

**Política e Financiamento do
Sistema de Saúde Brasileiro:
Uma Perspectiva Internacional**

**Saúde para Poucos ou para
Muitos: O Dilema da Zona Rural
e das Pequenas Localidades**

IDEA

série estudos para o planejamento

26

**SECRETARIA DE PLANEJAMENTO DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA
INSTITUTO DE PLANEJAMENTO ECONÔMICO E SOCIAL (IPEA)**

Presidente do Conselho de Administração
ANTONIO DILFIM NETTO
Ministro-Geral da Secretaria de Planejamento

Presidente do IPEA
JORGE FLAVIO PÉCORA
Substituto-Geral da Secretaria de Planejamento

Superintendente do Instituto de Planejamento (IPLAN)
JOSÉ AUGUSTO ARANTES SAVASINI

Superintendente do Instituto de Pesquisas (INPES)
MIRIAM GARTENKRAUT

Ministro-Geral do Instituto de Programação e Orçamento (INOR)
FERNANDO AUGUSTO BASTOS

Ministro do Centro de Treinamento para o Desenvolvimento Econômico
(CTDE)
FACILTO DA SILVA SOARES

**POLÍTICA E FINANCIAMENTO
DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO:
UMA PERSPECTIVA INTERNACIONAL**



**SAÚDE PARA POUCOS OU PARA MUITOS:
O DILEMA DA ZONA RURAL
E DAS PEQUENAS LOCALIDADES**

INSTITUTO DE PLANEJAMENTO ECONÔMICO E SOCIAL (IPEA)

Instituto de Planejamento (IPLAN)
Edifício BNDE, 11º andar, SBS — Brasília

Instituto de Pesquisas (INPES)
Av. Pres. Antônio Carlos, 51, 16º andar — Rio de Janeiro

Instituto de Programação e Orçamento (INOR)
Edifício BNDE, 10º andar, SBS — Brasília

Centro de Treinamento para o Desenvolvimento Econômico (CENDEC)
Campus da Fundação Universidade de Brasília

Serviço Editorial
Av. Pres. Antônio Carlos, 51, 13º andar — Rio de Janeiro



INSTITUTO DE PLANEJAMENTO ECONÔMICO E SOCIAL
INSTITUTO DE PLANEJAMENTO — IPLAN
CENTRO NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS — CNRH
Série Estudos para o Planejamento nº 26

**POLÍTICA E
FINANCIAMENTO
DO SISTEMA
DE SAÚDE
BRASILEIRO:
UMA
PERSPECTIVA
INTERNACIONAL**

William Paul McGreevey
Lúcia Pontes de Miranda Baptista
Vitor Gomes Pinto
Sérgio Francisco Piola
Solon Magalhães Vianna



**SAÚDE
PARA POUCOS
OU PARA MUITOS:
O DILEMA
DA ZONA RURAL
E DAS PEQUENAS
LOCALIDADES**

Vitor Gomes Pinto

Brasília, 1984

Política e financiamento do sistema de saúde brasileiro: uma perspectiva Internacional / William Paul McGreevey ... /et alii/ . Saúde para poucos ou para muitos: o dilema da zona rural e das pequenas localidades / Vitor Gomes Pinto. Brasília, IPEA/IPLAN, 1984.

214 p. (IPEA/IPLAN. Série estudos para o planejamento, 26).

1. Política de saúde — Brasil. 2. Saúde — Brasil — custo. 3. Saúde — Brasil — zona rural. I. McGreevey, William Paul. II. Pinto, Vitor Gomes. III. Instituto de Planejamento Econômico e Social. Instituto de Planejamento. IV. Título: Saúde para poucos ou para muitos: o dilema da zona rural e das pequenas localidades. V. Série.

**CDD 351.841
CDU 354.53(81)**

Este trabalho é da inteira e exclusiva responsabilidade de seus autores. As opiniões nele emitidas não exprimem, necessariamente, o ponto de vista da Secretaria de Planejamento.

**POLÍTICA E FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE
BRASILEIRO: UMA PERSPECTIVA INTERNACIONAL**

APRESENTAÇÃO	5
I — INTRODUÇÃO	7
II — PADRÕES DOS GASTOS EM SAÚDE	13
III — DISPÊNDIOS PÚBLICOS (FEDERAIS) EM SAÚDE (1978/85)	27
3.1 — A Proposta de Reorientação do Orçamen- to Federal de Saúde	30
3.1.1 — Alimentação e Nutrição	33
3.1.2 — Serviços Básicos de Saúde	34
3.1.3 — Controle de Doenças Transmis- síveis	35
3.1.4 — Medicamentos	37
3.2 — O Subsistema Médico-Hospitalar	39
IV — A QUESTÃO DOS CUSTOS NO SISTEMA DE SAÚDE	43
4.1 — O Papel do Médico	43
4.2 — Aspectos Comportamentais	53
4.3 — A Tecnologia de Ponta	56

V — FONTES DE CUSTEIO PARA O FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE	63
VI — POLITICA DE SAÚDE	67
6.1 — Modelos de Sistema de Saúde	67
6.2 — Responsabilidades Institucionais	69
6.3 — Mudanças no INAMPS	71
6.3.1 — O “Plano de Curitiba”	72
6.3.2 — O INAMPS e os Serviços Básicos de Saúde	75
6.3.3 — A Administração das Políticas de Saúde Previdenciária	77
VII — QUESTÕES REMANESCENTES	81
ANEXOS:	
I — Evolução de US\$ 1.00 em Relação a Cr\$ 1,00	85
II — Proporção de Cesarianas em Relação ao Total de Partos Ocorridos em Hospital, segundo as Classes de Rendimento Mensal Familiar — 1981	86
III — População Brasileira: Taxa de Urbanização — 1950/80	86
IV — Evolução das Despesas das Entidades do SINPAS (Moeda Corrente) — 1971/81	87
V — Brasil: Assistência Hospitalar da Previdência Social, por Região — 1971/82	88
VI — Brasil: Recursos Despendidos em Controle de Doenças Transmissíveis — 1978/82	89
VII — Modalidades Assistenciais do INAMPS — Serviços Produzidos e Gasto em 1981	90
SIGLAS E ABREVIATURAS	91
BIBLIOGRAFIA	95

**SAÚDE PARA POUCOS OU PARA MUITOS:
O DILEMA DA ZONA RURAL E DAS
PEQUENAS LOCALIDADES**

APRESENTAÇÃO	103
RESUMO	105
I — INTRODUÇÃO	111
II — A POPULAÇÃO	113
2.1 — População-Alvo	113
2.2 — Atividade Econômica	116
2.3 — Quadro Epidemiológico	119
III — ASSISTÊNCIA MÉDICA RURAL DA PREVIDÊNCIA	125
3.1 — Disponibilidade Geral de Serviços de Saúde	125
3.2 — A Oferta de Serviços Previdenciária	127
3.3 — Concessão e Reajuste de Subsídios	130
3.4 — Análise do Desempenho	134
IV — O FINANCIAMENTO DO SISTEMA RURAL PRE- VIDENCIÁRIO	145
4.1 — Gastos e Estrutura de Custeio	145
4.2 — Análise das Fontes de Receita	150
4.2.1 — Imposto sobre a Produção Rural (IPR)	150
4.2.1.1 — Receita Real e Pos- sível do IPR	153
4.2.1.2 — A Evasão do IPR ..	155
4.2.1.3 — Propostas para o Aumento da Re- ceita	158
4.2.2 — Imposto sobre a Folha de Sa- lário de Contribuições (IFSC) ..	159
4.2.3 — Contribuição do Empregador (ER)	160

V — PROGRAMA DE SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE	165
5.1 — Capacidade Instalada	165
5.2 — Gastos e Estrutura de Custeio	169
5.3 — Análise do Desempenho e da Estrutura de Gastos e Custeio/PIASS/Rede Básica	173
5.3.1 — Fatores de Desequilíbrio	174
5.3.2 — Avaliação do Desempenho da Rede Básica	178
VI — POLÍTICA DE SAÚDE	181
6.1 — Desenho Geral do Sistema de Saúde na Zona Rural e em Localidades de Pequeno Porte	181
6.2 — Elenco de Medidas Operacionais	183
VII — CONCLUSÃO	197
BIBLIOGRAFIA	199

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

POLÍTICA E FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: UMA PERSPECTIVA INTERNACIONAL

Gráficos

I.1 — Participação Relativa dos Setores Público e Privado nos Gastos em Saúde — 1975	10
II.1 — Brasil: Percentual dos Gastos Federais em Serviços “Curativos” e “Preventivos” — 1949/82	15
II.2 — Despesas das Entidades do SINPAS — 1981 ..	20
III.1 — Brasil: Participação Percentual dos Programas nas Despesas Efetuadas entre 1978 e 1982 e Estimadas para 1983 e 1985, em Saúde, na Área Federal	32
IV.1 — Brasil: Variação Anual dos Serviços Produzidos pelo INAMPS — 1971/82	50
IV.2 — Pacientes Renais por Milhão de Habitantes em 15 Países Desenvolvidos (1975) e no Brasil (1981) em Relação ao PNB Per Capita	57

Tabelas

1.1	— Tendências, em 11 Países, do Percentual do PNB Gasto com Saúde — 1950/81	8
1.2	— Gastos com Saúde Per Capita Total e Público, em Países Desenvolvidos e em Desenvolvimento, Respectivamente — 1976	9
II.1	Brasil: Participação Percentual dos Serviços de Caráter Predominantemente Curativo (INAMPS) e Preventivo (MS e Outros) nos Gastos Públicos Federais com Saúde — 1949/82	14
II.2	— Brasil: Dispêndios do Tesouro — Poderes Legislativo, Judiciário e Executivo, com Destaque para o Ministério da Saúde — 1978/82	16
II.3	— Brasil: Recursos Despendidos em Controle de Doenças Transmissíveis — 1978/82	17
II.4	— Brasil: Despesas Totais (Correntes e de Capital) das 10 Maiores Empresas Estatais — 1981	21
II.5	— Brasil: Evolução do PIB e da Receita do SINPAS e Percentual da Receita do SINPAS em Relação ao PIB — 1970/82	22
II.6	— Brasil: Participação dos Gastos do INAMPS nas Despesas Totais do SINPAS — 1970/82	23
II.7	— Brasil: Receitas do SINPAS e Despesas do INAMPS, por Regiões — 1981	23
II.8	— Brasil: Gastos do INAMPS (Assistência Médico-Hospitalar) Total e Per Capita , por Regiões — 1981	24
II.9	— Brasil: População, Área Geográfica e PIB, por Regiões — 1980	24
II.10	— Brasil: Recursos Repassados pelo MS para as Diferentes Regiões do País, segundo os Prín-	

cipais Campos de Atuação do Ministério — 1982	25
III.1 — Brasil: Gastos Público Federal Total e com a Função Saúde (Total e Per Capita), Realizados entre 1978 e 1982 e Previstos entre 1983 e 1985	28
III.2 — Brasil: Consolidação de Recursos Despendidos em Saúde, 1978/82, e Estimados para 1983/85 para os Principais Programas Setoriais e De- mais Áreas	29
III.3 — Brasil: Participação Percentual dos Programas nas Despesas Efetuadas entre 1978 e 1982 e Estimadas para 1983 e 1985, em Saúde, na Área Federal	31
III.4 — Brasil: Estabelecimentos de Saúde e Leitos se- gundo sua Classificação por Região	36
III.5 — Brasil: Ação de Controle da Poliomielite — Re- sultados das Campanhas, a Nível Nacional — 1980/82	38
III.6 — Brasil: Despesas do INAMPS por Programas — 1981	40
III.7 — Brasil: Evolução do Valor da Unidade de Servi- ço (US), do INPC e da ORTN — 1980/82 ..	42
IV.1 — Brasil: Consultas Médicas e Internações Hospi- tulares Efetuadas pelo INAMPS — 1970/82 ..	48
IV.2 — Brasil: Exames Laboratoriais e Radiológicos e Outros Serviços Complementares Efetuados pelo INAMPS — 1970/81	49
IV.3 — Brasil: Médicos Graduados Anualmente — 1941/82	52
V.1 — Brasil: Estimativas de Recursos do Tesouro e do SINPAS para o Setor Saúde — 1983/85 ..	65
V.2 — Brasil: Recursos Oriundos do FINSOCIAL por Área — 1982/83	66

**SAÚDE PARA POUCOS OU PARA MUITOS:
O DILEMA DA ZONA RURAL E DAS
PEQUENAS LOCALIDADES**

Tabelas

II.1 — População Recenseada com Domicílio na Zona Rural, nas Cidades de até 20 mil Habitantes e nas Vilas, por Região — Brasil, 1980	114
II.2 — População Recenseada em Cidades e Vilas e na Zona Rural e seu Crescimento Relativo — Brasil, 1970 e 1980	115
II.3 — População Economicamente Ativa em Atividades Agropecuárias, de Extração Vegetal e Pesca, por Rendimento Médio Mensal — Brasil, 1980	117
II.4 — PEA em Atividades Agropecuárias, de Extração Vegetal e Pesca, por sua Ocupação Principal — Brasil, 1980	117
II.5 — Mortalidade Proporcional de Menores de Um Ano e do Grupo de 65 a 79 Anos, segundo o Número de Municípios com Óbitos Informados, por Regiões, no Brasil, em 1979	121
II.6 — Mortalidade Proporcional segundo Grupos de Causas, nas Capitais — Todas as Idades — Brasil, 1979	121
II.7 — Domicílios com Serviços de Saneamento Básico, em 1970 e 1980, no Brasil	123
III.1 — Rede de Unidades de Saúde Existente e Conveniada com o INAMPS para Atendimento da População Rural e de Localidades de Menor Porte — Brasil, 1980/81	126

III.2	— Serviços Prestados à População Rural, segundo o Tipo de Entidade Conveniente, e Total de Serviços Prestados na Zona Urbana pelo INAMPS — Brasil, 1981	129
III.3	— Limites Mensais de Despesas do INAMPS com Convênios para Assistência Rural, Fixados em 1.º de junho de 1981	132
III.4	— Valor Per Capita em Assistência Ambulatorial e Hospitalar Prestada pelo INAMPS segundo a Região — Brasil, 1978 a 1980	134
IV.1	Receita Total e de Contribuições Rurais por Fonte e Gastos com Saúde e Benefícios Previdenciários — MPAS — Brasil, 1972 a 1981 ...	147
IV.2	— Receita Total e de Contribuições Rurais por Fonte e Gastos com Saúde e Benefícios Previdenciários, a Preços Constantes de 1980 — MPAS — Brasil, 1976 a 1981	148
IV.3	— Receita Previdenciária Total e Rural segundo a Fonte, por Regiões e Unidades Federativas em Percentuais — Brasil, 1981	149
IV.4	— Receita Real e Teoricamente Possível do Imposto Previdenciário sobre a Produção Rural (IPR), em Relação à Renda Interna na Agricultura — Brasil, 1972 a 1980	154
IV.5	— Colheita de Alguns Produtos Primários segundo o Destino da Produção e Valor Total da Produção — Brasil, 1975	157
V.1	— Centros de Saúde, Postos de Saúde, Unidades Mistas e Sistemas de Abastecimento de Água Construídos com Recursos do PIASS em 1978 e 1979 e Rede Incorporada ao Programa de Serviços Básicos em 1980 e 1981, por Regiões, no Brasil	167

V.2 — Gastos de Investimento e de Custeio com o Programa de Serviços Básicos de Saúde, segundo a Fonte de Recursos, Efetuados até 1981 e o Orçado para 1982 — Brasil	171
V.3 — Investimentos em Saneamento Básico Efetuados até 1981 e Previstos para 1982 — PIASS e Programa de Serviços Básicos de Saúde, segundo a Fonte — Brasil	171
V.4 — Gastos Federais com o Programa de Serviços Básicos de Saúde, por Regiões, Efetuados de 1976 a 1981 e o Orçado para 1982 — Brasil ..	172
V.5 — Custeio de Unidades Básicas de Saúde pelo INAMPS em 1982, segundo o Tipo e Custo Unitário da Unidade	172
VI.1 — Recursos Novos para o Programa de Atenção à Saúde na Zona Rural e em Pequenas Localidades, em Investimento e Custeio, segundo o Tipo de Atividade — Brasil, 1983/86	190

**POLÍTICA E FINANCIAMENTO
DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO:
UMA PERSPECTIVA INTERNACIONAL**

**"Há homens que lutam um dia e são bons.
Há homens que lutam um ano e são melhores.
Há homens que lutam muitos anos e são muito
bons.
Porém, há homens que lutam a vida inteira, e
estes são os imprescindíveis."**

BERTOLD BRECHT

Carlos Gentile de Mello, a cuja memória é dedicado este documento, estava entre os imprescindíveis.

APRESENTAÇÃO

Há um número significativo de pessoas estudando saúde e doença nos seus mais diferentes aspectos. Tentativas sob a ótica médica, social e epidemiológica tornam-se cada vez mais freqüentes e aprimoradas. É indisputável a sua importância. Sem esses estudos estaríamos tropeçando no escuro ao tentar pensar (ou repensar?) uma política de saúde.

Todavia, existe um outro lado da questão. Economistas em monocórdio cantochão insistem que "tudo tem seu custo". No fundo, fazer alguma coisa custa o que deixamos de fazer com o mesmo volume de recursos; é o bem conhecido conceito de "custo-opportunidade".

Por dever de ofício, contabilizam-se gastos com saúde algumas vezes com minudências dispensáveis, outras vezes com despreço a aspectos fundamentais. Tudo isso segundo padrões sempre fiéis às exigências formais, mas que, usualmente, pouco esclarecem sobre o que de fato acontece com os recursos ou qual o seu impacto.

São lamentavelmente escassos os esforços de juntar o real ao contábil. Esse casamento é que permite visualizar os dois lados da questão. Sem fazer esse enlace não se pode falar em decisões minimamente inteligentes ou julgar se as políticas de saúde são mais ou menos adequadas.

O presente trabalho é uma dessas tentativas de confrontar, criticamente, esforço com resultado ou de procurar pesar custos com seus efeitos. A partir da coleta e análise de dados feitas em boa parte pelo CNRH, William McGreevey, do Banco Mundial, produziu a primeira redação que embasou esta versão final. Trata-se de análise bastante bem fundamentada e abrangente do que vem acontecendo na área de saúde no Brasil em comparação com outros países, discutindo sobretudo como, em nosso País, os dispêndios vêm sendo realizados.

Este tipo de trabalho corresponde muito de perto à vocação do CNRH, e daí minha grande satisfação em apresentá-lo. Mais ainda, representa o resultado de um esforço de colaboração muito interessante e promissor entre técnicos do CNRH e do Banco Mundial.

CLÁUDIO DE MOURA CASTRO

julho de 1983

CAPÍTULO I — INTRODUÇÃO

O sistema de atenção à saúde do Brasil cada vez mais se assemelha aos sistemas vigentes em países desenvolvidos, especialmente no que se refere aos altos índices de utilização de tecnologia avançada e de prestação de serviços especializados. Procedimentos terapêuticos bastante sofisticados, como a cirurgia cardíaca e a diálise renal, ou de diagnóstico, como a tomografia computadorizada, são praticados com regularidade em muitos centros médicos de grandes cidades. Apesar de ser um país ainda em desenvolvimento, o Brasil é o sétimo maior importador mundial de equipamentos médicos, além de possuir, internamente, uma significativa capacidade de produção de grande parte do instrumental utilizado no setor [3].

A presença do Estado no sistema, principalmente através da Previdência Social, tem aumentado de forma considerável, sobretudo nas duas últimas décadas. Estima-se que o INAMPS, autarquia do SINPAS responsável pela assistência médica previdenciária, custeie mais de 80% de todas as internações hospitalares que ocorrem no Brasil. Esses dois aspectos — sofisticação tecnológica e crescente participação estatal —, somados a outros que serão analisados mais adiante, parecem estar contribuindo para um aumento nos gastos com saúde, o qual, na última década, ocorreu em ritmo superior ao dos países industrializados.

A participação dos gastos setoriais nos dispêndios nacionais tem aumentado substancialmente desde a década de 50. Os recursos destinados à saúde em 1981 foram da ordem de US\$ 4,5 bilhões, cerca de 4% do PNB brasileiro, não muito atrás da Inglaterra (1979), com 5,2%, embora ainda bem abaixo dos Estados Unidos (1981), com 9,8% do PNB. Há apenas alguns anos esses gastos eram bem menores: ao redor de 1950 estavam em torno de 1% do PNB e em 1975 atingiam 2,5% (gasto público) (Tabela 1.1). Na última década, a despesa do Governo federal com saúde triplicou, alcançando US\$ 4,2 bilhões em 1980. Mesmo assim o Brasil ainda se encontra em um padrão de dispêndios *per capita* pequeno, quando comparado com países como Venezuela, Portugal e Jamaica (Tabela 1.2).

TABELA 1.1

**TENDÊNCIAS, EM 11 PAÍSES, DO PERCENTUAL DO PNB
GASTO COM SAÚDE — 1950/81**

Países	1950	1955	1960	1965	1970	1975	1977	1978	1979	1981
Alemanha Ocidental	...	...	...	...	6,4	9,4	9,2	9,2	...	...
Austrália ^a	...	...	(5,0)	(5,2)	5,5	7,0	(7,9)	8,0	...	...
Brasil	(1,0)	...	...	...	...	(2,5)	...	...	...	(4,0)
Canadá	4,0	4,3	5,6	6,1	7,1	7,1	7,1	...	...	...
Estados Unidos	4,5	4,4	5,3	6,2	7,4	8,6	8,9	8,9	9,0	9,8
França	(3,4)	(4,5)	(4,7)	(5,3)	6,4	7,9	7,9	8,2	8,4	...
Itália	...	...	...	(5,0)	(6,1) ^b	7,1	6,4	...	...	...
Países Baixos	...	(4,0)	(4,5)	(5,3)	6,3	8,1	8,2	...	...	...
Reino Unido	3,9	3,4	3,8	3,9	4,3	5,5	5,2	5,2	5,2	...
Suécia	3,4	4,1	4,7	5,6	7,4	8,5	9,8	...	...	...
Suíça	...	...	...	(3,8)	...	6,9	6,9	...	...	...

^aFontes: [40] e [28].*

Nota: Os dados entre parênteses são aproximados, não derivados de fontes primárias.
Anos fiscais até 30 de junho.
1971.

A Tabela 1.1 compara os gastos em saúde de 10 países desenvolvidos e do Brasil em anos selecionados no período 1950/81. A despesa com saúde necessitou de 30 anos para dobrar seu volume nos Estados Unidos, mas o fez em períodos bem mais curtos na Suécia e nos Países Baixos. Os gastos cresceram de forma bem menos acelerada no Reino Unido, Canadá, Austrália e Itália. A Tabela 1.2 mostra os gastos totais *per capita* para 10 países desenvolvidos e os gastos públicos para oito países em desenvolvimento em 1976. O Gráfico 1.1 ilustra as participações percentuais do gasto público e privado, dentro do gasto total em saúde, para 11 países, inclusive o Brasil. Em 1982 somente os gastos públicos federais brasileiros em saúde atingiram cerca de US\$ 55 *per capita*, e as estimativas incluindo gastos privados e de todo o setor público indicam um gasto *per capita* da ordem de US\$ 77 [50].

TABELA 1.2

GASTOS COM SAÚDE PER CAPITA TOTAL E PÚBLICO, EM PAÍSES DESENVOLVIDOS E EM DESENVOLVIMENTO, RESPECTIVAMENTE — 1976

Per Capita em Saúde (US \$1.0)

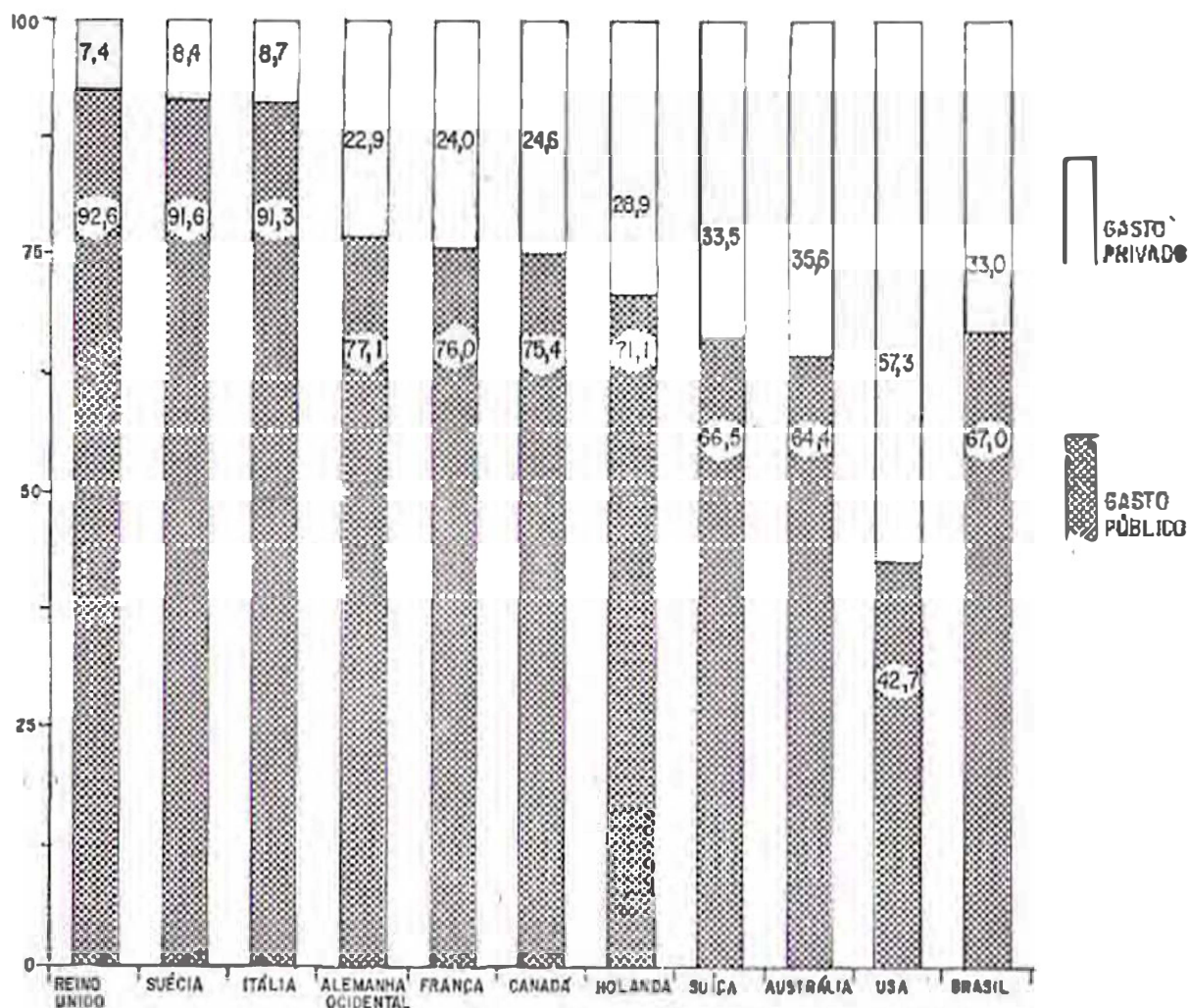
Países Desenvolvidos	Gasto Total	Países em Desenvolvimento	Gasto Público
Suécia	928	Venezuela	112
Alemanha Ocidental	774	Jamaica	91
Estados Unidos	769	Portugal	79
Suíça	688	Brasil ^a	55
Países Baixos	632	Chile	27
Canadá	609	Costa Rica	25
França	589	Peru	23
Austrália	546	Colômbia	13
Reino Unido	231		
Itália	221		

Fontes: [40] e [28].

^a 1980.

Gráfico I.1

PARTICIPAÇÃO RELATIVA DOS SETORES PÚBLICO E PRIVADO NOS GASTOS EM SAÚDE — 1975



Assim, embora os gastos em saúde tenham crescido em todos os países referidos, esse crescimento apresentou grande variação de país para país, o que demonstra a existência de diferentes estratégias para a expansão do setor de saúde. O Brasil, hoje com volume de gastos com saúde não muito diferente do experimentado pelos países desenvolvidos no início dos anos 50, está diante de duas alternativas: insistir no paradigma americano ou optar, a exemplo da Inglaterra, por um modelo de custo mais baixo e cobertura universal, para o desenvolvimento de seu sistema de saúde. A opção está — em última análise — entre gastos excessivos em práticas

curativas baseadas em estruturas hospitalares, de um lado, ou em ações básicas de caráter mais preventivo, de custo menor, de outro. A escolha poderia significar um gasto de mais de 10% do PNB em saúde, no primeiro caso, ou de menos de 5%, no segundo, para atingir objetivos similares no médio e longo prazo, uma vez que percentuais maiores do PNB destinados à saúde não se traduzem, necessariamente, em melhores condições de higiene.

A alternativa adotada deverá influenciar a forma pela qual o Brasil alocará seus ainda escassos recursos na área social nos próximos anos, afetando portanto a disponibilidade para atendimento a outras necessidades básicas e indicando, enfim, o quão eficientemente poderá o Governo brasileiro lidar com as disparidades entre ricos e pobres quanto ao acesso a boas condições de saúde, nutrição e saneamento.

CAPÍTULO II — PADRÕES DOS GASTOS EM SAÚDE

Quando, ao redor de 1950, o Governo brasileiro gastava menos de 1% do PNB com a função saúde, a maior parte desses dispêndios atendia a execução de ações preventivas, de responsabilidade do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Desde então, o subsistema médico-hospitalar a cargo da Previdência Social, financiado através de taxas incidentes sobre as folhas de salário, tem crescido enormemente em relação aos serviços tradicionais de saúde pública.

Entre 1949 e 1982, o subsistema de saúde pública, custeado por impostos gerais, teve um papel progressivamente menor em relação ao subsistema "curativo" previdenciário. A participação do primeiro em relação aos gastos públicos em saúde caiu de 87,1% em 1949 para aproximadamente 30% em 1975 e 15% em 1982. Tem havido uma clara tendência no sentido da marginalização das atividades a cargo do Ministério da Saúde, cujo orçamento diminuiu, em termos reais, no período 1965/75 em decorrência da baixa prioridade atribuída aos programas de saúde pública [37]. A Tabela II.1 e o Gráfico II.1 mostram a evolução dos gastos para anos selecionados entre 1949 e 1982 com serviços "curativos" e "preventivos".

Deve-se, no entanto, analisar esses dados com precaução, pois o MS é também responsável por serviços médicos, pres-

tados por seus grandes hospitais especializados (oncologia e saúde mental no Rio de Janeiro, por exemplo) e mesmo por outros (FSESP) de pequeno porte no interior das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Por outro lado, o MPAS/INAMPS apóia financeiramente ações de atenção primária desenvolvidas através do PIASS, embora somente pouco mais de 1% dos recursos da assistência médica previdenciária, em 1981, tenha sido destinado a ações básicas de saúde. Além disso, serviços de saúde materno-infantil e de controle de doenças (prevenção do câncer feminino, para só citar um exemplo) são prestados direta e indiretamente pelo INAMPS. Desta forma, apenas um estudo mais acurado identificaria aqueles serviços de baixo custo por pessoa beneficiada, mas com altos retornos individuais e coletivos, em oposição a serviços de natureza secundária ou terciária que, além de seu elevado custo, pro-

TABELA II.1

BRASIL: PARTICIPAÇÃO PERCENTUAL DOS SERVIÇOS DE CARÁTER PREDOMINANTEMENTE CURATIVO (INAMPS) E PREVENTIVO (MS E OUTROS) NOS GASTOS PÚBLICOS FEDERAIS COM SAÚDE — 1949/82 (Em %)

Anos	Assistência Médico-Hospitalar (Serviços "Curativos")	Atenção Primária (Serviços "Preventivos")
1949	12,9	87,1
1965	35,8	64,1
1969	59,2	40,8
1975	70,2	29,7
1978	81,3	18,7
1979	81,9	18,1
1980	84,5	15,5
1981	82,2	17,8
1982	84,6	15,4

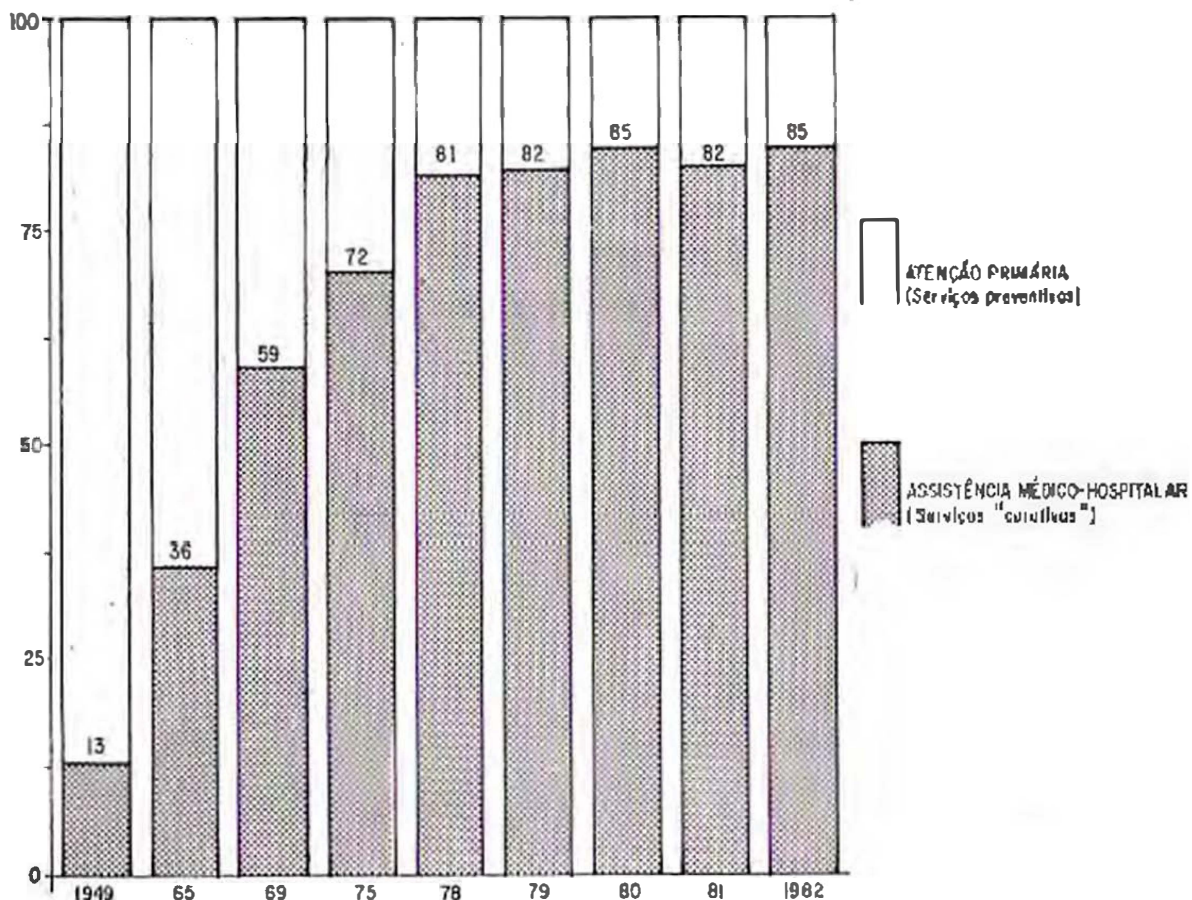
Fontes: [37], para os anos até 1975.

Notas: 1) Os recursos do MPAS/INAMPS foram computados como "curativos"; os demais (MS e Outros) como "preventivos".

2) A partir de 1978: apenas Gastos Públicos Federais.

Gráfico II.1

BRASIL: PERCENTUAL DOS GASTOS FEDERAIS EM SERVIÇOS "CURATIVOS" E "PREVENTIVOS" — 1949/82



porcionam reduzidas taxas de retorno individual e social. Os dados brasileiros, contudo, não estão disponíveis de forma que se possa efetuar com maior precisão essa análise.

Em anos recentes, tem havido uma diminuição ainda maior da participação do MS dentro do total dos gastos federais. A parcela dos gastos federais que lhe correspondeu diminuiu de 1,8% em 1978 para 1,6% em 1982 (Tabela II.2). O controle de endemias, um dos principais programas do Ministério da Saúde — executado pela SUCAM e que tem absorvido de 1/4 a 1/3 do orçamento do Ministério —, teve dois de seus maiores programas cortados substancialmente entre 1978 e 1981. Os gastos com o programa de malária declinaram em termos reais em 35% naquele período; outro programa, o de controle da esquistossomose, diminuiu em 80%. Os recursos aplicados em

TABELA II.2

BRASIL: DISPÊNDIOS DO TESOUREO — PODERES LEGISLATIVO, JUDICIÁRIO E EXECUTIVO, COM DESTAQUE PARA O MINISTÉRIO DA SAÚDE — 1978/82

(Em Cr\$ milhões correntes)

Especificação	1978		1979		1980		1981		1982	
	Cr\$	%	Cr\$	%	Cr\$	%	Cr\$	%	Cr\$	%
Poder Legislativo	3.034	0,8	4.986	1,0	8.877	0,7	18.240	0,8	40.389	0,9
Poder Judiciário	3.468	1,0	5.412	1,0	9.600	0,8	20.990	0,9	52.326	1,1
Poder Executivo	349.499	98,2	510.738	98,0	1.172.517	98,5	2.215.666	98,3	4.527.057	98,0
Ministério da Saúde	6.459	1,8	9.476	1,8	16.390	1,4	31.319	1,4	71.927	1,6
Presidência da República e Demais Ministérios	131.535	37,0	198.843	38,2	419.124	35,2	998.058	44,3	2.250.776	48,7
Fundos, Encargos, Transferências	211.505	59,4	302.419	58,0	737.003	61,9	1.186.289	52,6	2.204.354	47,7
Total das Despesas	365.001	100,0	521.136	100,0	1.190.994	100,0	2.254.896	100,0	4.619.772	100,0

Fonte: Balanços Gerais da União, 1978-1982.

Nota: Não inclui recursos do INAMPS.

1981 para o combate às moléstias transmissíveis foram inferiores em 43% ao gasto real de 1978 (Tabela II.3).¹ Sem dúvida, a fase recessiva da economia brasileira nos últimos anos, acarretando a necessidade de conter os gastos públicos, vem sendo responsável por parte significativa das reduções orçamentárias na área governamental. Todavia, o peso desses cortes caiu com mais intensidade sobre o orçamento do MS do que sobre o orçamento federal como um todo.

Enquanto os gastos em saúde pública declinaram, o sistema médico-hospitalar cresceu em termos reais, ao longo das últimas décadas, qualificando-se certamente como um dos setores de maior crescimento relativo no País. O sistema médico-hospitalar a cargo do INAMPS tem a maior parte de seus fundos proporcionada por taxas sobre a folha de salário, taxas estas que se destinam, primordialmente, a pagar aposentadorias, pensões, auxílio-doença e outros benefícios pecuniários.

Aproximadamente 2/3 dos recursos destinam-se ao custeio dessas prestações em dinheiro, enquanto cerca de 1/4 é destinado a cuidados médico-hospitalares; o restante atende outras despesas (Gráfico II.2). O sistema de seguro social destinado aos trabalhadores e suas famílias tem sido gradualmente estendido; hoje, talvez, mais de 90% de todos os brasileiros estejam de algum modo cobertos pelo SINPAS.²

Criado em 1977 (Lei n.º 6.439), o SINPAS é responsável pelos diferentes programas de proteção social a cargo do MPAS, englobando os seguintes órgãos:

- INPS (benefícios em dinheiro);

¹ Esses programas tiveram em 1982 um aumento de recursos em relação ao ano precedente.

² Por causa da magnitude e importância, mas, sobretudo, devido à sua crise recente, o sistema previdenciário no Brasil tem sido objeto de muitos estudos, incluindo Barnum (1981), Cohn (1981), Chadad e Macedo (1981), José Carlos de Souza Braga e Sérgio Góes de Paula (1981), Braga e Pedro Luiz Barros Silva (1982), Malloy (1979), Possas (1981), Fernando Resende e Dennis Mahar (1974), Paul Singer, Oswaldo Campos e Elizabeth M. de Oliveira (1981), Solon M. Vianna e Vitor G. Pinto (1981), Peter Thullen (1981), Maria Emilia de Azevedo (1981 e 1982).

TABELA II.3

BRASIL: RECURSOS DESPENDIDOS EM CONTROLE DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS — 1978/82

(Em Cr\$ 1.000,00 de 1980)

Titulos	Órgãos	1978	1979	1980	1981	1982
Controle de Doenças Transmissíveis		6.440.341	7.273.652	4.364.086	3.636.927	5.241.909
Controle das Doenças Evitáveis por Imunizantes	MS/SNABS	—	—	19.440	12.840	32.832
Ações de Vigilância e Estudos Epidemiológicos	MS/SNABS	27.778	21.443 ^a	9.510	15.817	4.409
Controle da Esquistossomose	MS/SUCAM	2.062.400	1.444.437	667.826	404.972	417.893
Controle da Doença de Chagas	MS/SUCAM	649.536	558.375	653.812	944.521	1.378.085
Controle da Febre Amarela	MS/SUCAM	260.535	242.410	411.418	— ^b	79.407
Controle da Malária	MS/SUCAM	2.379.043	2.535.711	1.952.158	1.544.649	2.345.056
Controle de Outras Endemias	MS/SUCAM	898.448	1.286.077	518.554	594.692 ^c	866.767 ^c
Controle das Doenças Evitáveis por Imunizantes	MS/FSESP	54.136	88.749	69.243	58.834	63.738
Controle de Doenças Transmissíveis	MS/FSESP	93.107	63.314	57.075	40.956	29.196
Operação do Sistema de Vigilância Epidemiológica	MS/FSESP	15.358	33.136	5.050	19.646	24.526

Fontes: Balanços Gerais da União, 1978-1981.

SEPLAN/SOF. Sistema de Acompanhamento de Créditos Adicionais: Quadro de Detalhamento da Despesa. Relatório 12, 1983.

FGV — Deflatores IGP/DI, médias anuais, 1977-1982.

^a Em 1978 e 1979 o título era "Implantação do Sistema de Vigilância Epidemiológica".

^b Em 1981 "Controle da Febre Amarela" estava englobado em "Controle de Outras Endemias".

^c Inclusive Recursos Extra-Orçamentários alocados à SUCAM para diversas Endemias.

- INAMPS (assistência médica);
- DATAPREV (processamento de dados);
- IAPAS (administração financeira);
- CEME (assistência farmacêutica);
- LBA (assistência social); e
- FUNABEM (assistência ao menor).

Esse complexo despendeu cerca de US\$ 16,3 bilhões em 1981, gasto esse só excedido pelo orçamento da União e pela PETROBRÁS (Tabela II.4). O sistema de seguro social vem crescendo com rapidez desde os anos 60. Em 1970, por exemplo, seus recursos constituíam aproximadamente 4,3% do PIB, percentual que subiu para 5,5% em 1978 e 6% em 1982 (Tabela II.5).

Hoje a situação do SINPAS não mais ostenta a euforia da década de 70, quando o sistema cresceu em ritmo superior ao da economia como um todo (Tabela II.5). Isto se deve não apenas à conjuntura econômica desfavorável (na qual as taxas atuais de desemprego são um indicador bastante explícito) que vem afetando a expansão da receita previdenciária, como à própria tendência dos gastos do sistema em crescer exponencialmente. Uma das causas apontadas para esse desequilíbrio seria o elenco de benefícios, em certa medida irrealisticamente generoso na opinião de alguns analistas, ao incluir a possibilidade de aposentadorias precoces [46].

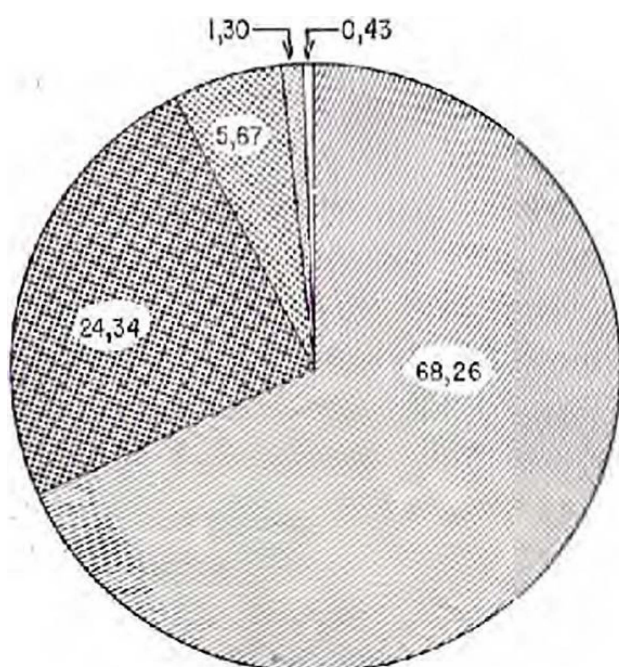
O INAMPS, o componente médico do sistema previdenciário, foi responsável em 1982 por 23% do total de gastos do SINPAS (31,6% em 1976). Com um dispêndio da ordem de Cr\$ 186,7 bilhões em 1980, essa autarquia pode ser classificada, em relação ao porte, como a 5.^a paraestatal, excluídos os bancos governamentais e o próprio SINPAS (Tabelas II.4 e II.6).

Cerca de 42% das receitas do SINPAS — segundo dados de 1981 — foram geradas em São Paulo, mas apenas 24% dos recursos do INAMPS foram gastos naquele Estado. O SINPAS obteve somente 9% de sua receita no Nordeste; o INAMPS, todavia, despendeu 17% do seu orçamento naquela região. Essa política redistributiva por parte da assistência

médica previdenciária ocorreu também nas regiões Norte e Centro-Oeste (Tabela II.7). Entretanto, persistem grandes discrepâncias nos dispêndios com saúde: o INAMPS tem um gasto *per capita* no Sudeste duas vezes superior ao do Nordeste, onde as condições de saúde são sensivelmente piores (Tabela II.8). Na verdade, a distribuição desigual dos serviços de saúde constitui um dos principais problemas do setor, ao qual se somam a excessiva centralização das decisões na área federal e uma participação mal disciplinada do setor privado, tudo isso causando custos excessivos e sem proporcionar, como seria desejável, cuidados de saúde realmente universalizados.

Nesse contexto, o SINPAS/INAMPS e o MS operam de maneira autônoma: o primeiro custeando serviços de assistência médica desenvolvidos principalmente através do setor privado e com uma atuação mais marcante nas regiões Sudeste

Gráfico II. 2
DESPESAS DAS ENTIDADES DO SINPAS
(MOEDA CORRENTE) - 1981



ENTIDADE	VALOR (Cr\$ Milhões)	%
INP S	1.015.381	68,26
INAMPS	352.112	24,34
IAPAS	84.334	5,67
LBA	19.200	1,30
FUNAREM	6.487	0,43
TOTAL	1.487.584	100,00

Fonte: MMS/IAPAS.

e Sul; e o MS, por sua vez, concentrando-se nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste ³ em programas de saúde pública, que incluem desde as ações da SUCAM de combate a doenças endêmicas, como Chagas, Malária, Febre Amarela e Esquistossomose, até serviços de atenção médico-sanitária executados pela FSESP; além disso, o MS apóia técnica e financeiramente as Secretarias Estaduais de Saúde. A função redistributiva dos

TABELA II.4

**BRASIL: DESPESAS TOTAIS (CORRENTES E DE CAPITAL)
DAS 10 MAIORES EMPRESAS ESTATAIS — 1981**

Empresas Estatais	Despesas	
	Em Cr\$ Bilhões	Em US\$ Bilhões
<i>Total</i>	7.584,9	79.2
Gr. Petrobrás	1.927,0	20.1
Gr. SINPAS	1.557,1	16.3
Gr. Siderbrás	629,9	6.6
Gr. Eletrobrás	624,5	6.5
Gr. Telebrás	421,3	4.4
Gr. CVRD	254,1	2.7
Gr. RFFSA	224,5	2.3
SFEE	224,2	2.3
IAA	169,5	1.8
DNER	126,6	1.3
Todas as demais	1.427,0	14.9

Fontes: SEPLAN/SEST. *Relatório das Atividades da SEST em 1981*. Brasília, 1982; e *Boletim do Banco Central*, 1982.

³ Essas regiões em conjunto representam cerca de 82% da área geográfica e 40% da população brasileira, mas apenas 17% do PIB. As regiões Sudeste (quatro Estados) e Sul (três Estados) correspondem a 18% da área do País e a 60% de seus recursos humanos. Sua participação no PIB, entretanto, é de 83% (Tabela II.9).

TABELA II.5

**BRASIL: EVOLUÇÃO DO PIB E DA RECEITA DO SINPAS E
PERCENTUAL DA RECEITA DO SINPAS EM RELAÇÃO AO PIB
— 1970/82**

Anos	PIB		Receita do SINPAS		%
	Cr\$ Bilhões Correntes	US\$ Bilhões	Cr\$ Bilhões Correntes	US\$ Bilhões	
1970	210,1	45,8	9,1	2,0	4,3
1971	279,5	52,9	12,2	2,3	4,4
1972	368,4	62,1	17,9	3,0	4,9
1973	508,7	83,0	25,6	4,2	5,0
1974	740,5	109,1	36,9	5,4	5,0
1975	1.052,1	129,5	55,7	6,9	5,3
1976	1.680,2	157,4	89,5	8,4	5,3
1977	2.523,1	178,4	138,9	9,8	5,5
1978	3.729,8	206,3	206,7	11,4	5,5
1979	6.239,4	232,7	335,9	12,5	5,4
1980	13.104,3	244,0	636,0	11,8	4,9
1981	26.879,2	260,9	1.368,7	14,3	5,1
1982	53.257,2	297,3	3.183,3	17,8	6,0

Fontes: *Conjuntura Econômica*, FGV, 1970-1982, vários números; IAPAS — Secretaria de Contabilidade e Auditoria.

Nota: Estimativa considerando uma taxa real de crescimento de 1,4% e variação do IGF em 95,4 para o PIB de 1982.

recursos do MS está registrada na Tabela II.10. Do total de recursos repassados aos Estados para o fortalecimento dos grandes campos de atuação do MS, cerca de 72% foram para as regiões Norte (10,4%), Nordeste (54,5%) e Centro-Oeste (7,1%). Na área de alimentação e saneamento,⁴ esse percen-

⁴ Esses recursos não incluem os destinados pelo PLANASA ao abastecimento de água e rede de esgoto, recursos esses que estão no âmbito de outro Ministério (MINTER) e representarão, em 1983, 99% do total (Cr\$ 278,9 bilhões) a ser aplicado no setor pelo Governo federal.

TABELA II.6

**BRASIL: PARTICIPAÇÃO DOS GASTOS DO INAMPS NAS
DESPESAS TOTAIS DO SINPAS — 1970/82**

(Em Cr\$ milhões correntes)

Anos	Despesas Totais		%
	SINPAS	INAMPS	
1970	9.183	2.661	29,0
1971	11.700	3.265	27,9
1972	16.822	4.435	26,4
1973	23.215	6.230	26,8
1974	33.731	8.943	26,5
1975	52.649	15.377	29,2
1976	90.723	28.657	31,6
1977	137.810	42.115	30,6
1978	212.762	63.422	29,8
1979	332.572	91.791	27,6
1980	682.814	186.773	27,4
1981	1.487.584	362.112	24,3
1982	3.102.982	712.410	23,0

Fontes: MPAS. Grupo de Custeio. Despesas do SINPAS e INAMPS até 1977; e MPAS Balanços do SINPAS e INAMPS, 1978-1982.

TABELA II.7

**BRASIL: RECEITAS DO SINPAS E DESPESAS DO INAMPS,
POR REGIÕES — 1981**

(Em Cr\$ milhões correntes)

Regiões	Receitas do SINPAS		Despesas do INAMPS	
	Cr\$ Milhões	%	Cr\$ Milhões	%
Brasil	1.368.675	100,0	362.112	100,0
Norte	25.478	1,9	8.701	2,4
Nordeste	123.762	9,0	62.313	17,2
Sudeste	856.951	62,6	190.497	52,6
Sul	194.245	14,2	68.279	18,9
Centro-Oeste	56.332	4,1	21.812	6,0
Direção-Geral	111.907	8,2	10.510	2,9

Fontes: Boletim do Banco Central, 1982; IAPAS — Secretaria de Contabilidade e Auditoria, 1982.

TABELA II.8

BRASIL: GASTOS DO INAMPS (ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR) TOTAL E PER CAPITA, POR REGIÕES — 1981

Especificação	Gastos do INAMPS		
	Total Cr\$ Milhões Correntes	Per Capita	
		Cr\$ 1,00	US\$
<i>Brasil</i>	362.112	2.965	31
Norte	8.701	1.402	15
Nordeste	62.313	1.750	18
Sudeste	190.497	3.585	37
Sul	68.279	3.535	37
Centro-Oeste	21.812	2.773	29
Direção-Geral	10.510	—	—

Fontes: IBGE, *Tabulações Avançadas do Censo Demográfico, 1980.*

(2.^a Alternativa); *Conjuntura Econômica*, FGV, 1982; *Boletim do Banco Central*, 1982; e IAPAS — Secretaria de Contabilidade e Auditoria, 1982.

TABELA II.9

BRASIL: POPULAÇÃO, ÁREA GEOGRÁFICA E PIB, POR REGIÕES — 1980

Regiões	População		Área		PIB ^a		
	Em 1.000	%	Em 1.000 km	%	Cr\$ Bilhões		%
					Correntes	US\$ Bilhões	
<i>Brasil</i>	119.070,9	100,0	8.511,9	100,0	13.104,3	244,0	100,0
Norte	5.855,5	4,9	3.581,2	42,1	275,2	5,1	2,1
Nordeste	34.885,5	29,3	1.548,7	18,2	1.533,2	28,6	11,7
Sudeste	51.746,4	43,5	924,9	10,8	8.583,3	159,8	65,5
Sul	19.038,9	16,0	577,7	6,8	2.240,8	41,7	17,1
Centro-Oeste	7.544,6	6,3	1.879,4	22,1	471,8	8,8	3,6

Fontes: IBGE, *Anuário Estatístico do Brasil*, 1981; e *Conjuntura Econômica*, FGV, 1981.

^a Estimativa para 1980 com base na distribuição regional de 1970.

TABELA II.10

**BRASIL: RECURSOS REPASSADOS PELO MS PARA AS DIFERENTES REGIÕES DO PAIS,
SEGUNDO OS PRINCIPAIS CAMPOS DE ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO — 1982**

Regiões	Recursos Repassados ^a											
	Total		Alimentação		Medicamentos		Saneamento		Saúde		Hemoderivados	
	Cr\$ Milhões	%	Cr\$ Milhões	%	Cr\$ Milhões	%	Cr\$ Milhões	%	Cr\$ Milhões	%	Cr\$ Milhões	%
<i>Total</i>	18.526	100,0	11.312	100,0	2.782	100,0	1.260	100,0	2.593	100,0	579	100,0
Norte	1.940	10,4	821	7,2	211	7,6	294	23,3	496	19,1	118	20,4
Nordeste	10.096	54,5	7.363	65,1	789	28,4	737	58,5	1.049	40,5	159	27,5
Centro-Oeste	1.310	7,1	743	6,6	195	7,0	82	6,5	287	11,1	0,5	0,1
Sudeste	3.142	17,0	1.411	12,5	1.147	41,2	127	10,1	332	12,8	124	1,3
Sul	2.038	11,0	974	8,6	440	15,8	20	1,6	427	16,5	178	30,7

Fonte: MS/SG — Secretaria de Planejamento, 1983.

^a Não inclui a reserva técnica de Cr\$ 10,7 milhões (Alimentação).

·tual, nessas regiões, chegou a quase 80% (85,1% no Nordeste) e 58%, respectivamente. Os repasses em medicamentos, entretanto, ocorreram em valores proporcionais à distribuição regional da população, o que explica o percentual mais alto destinado à região Sudeste (41,2%).

CAPÍTULO III — DISPÊNDIOS PÚBLICOS (FEDERAIS) EM SAÚDE (1978/85)

Em 1982, grupo técnico da PR-SEPLAN (IPEA-CNRH) formulou uma projeção plurianual de gastos consolidados federais,¹ 1982/85 [35]. A estrutura de gastos em saúde para o período 1983/85, incluída neste documento, representa uma proposição feita a nível técnico; não se trata ainda de uma decisão de governo. De qualquer forma, demonstra a intenção, existente a nível central, de promover uma reavaliação e reestruturação dos gastos do setor saúde, de forma a corrigir suas distorções mais notáveis. Por tratar-se de proposta concreta de reformulação do quadro orçamentário para a saúde no âmbito federal, vale a pena analisá-la.

As principais metas para o setor saúde são de que a participação setorial nos gastos totais do Governo supere o nível alcançado antes das reduções verificadas entre 1980 e 1982, e que os recursos destinados a serviços básicos de saúde sejam aumentados. A Tabela III.1 mostra os gastos federais totais em saúde para o período 1978/82 e a proposição feita para o período 1983/85. Pode-se verificar que a participação da saúde diminuiu entre 1979 e 1982.

¹ CPPG.

TABELA III.1

BRASIL: GASTOS PÚBLICO FEDERAL TOTAL E COM A FUNÇÃO SAÚDE (TOTAL E PER CAPITA), REALIZADOS ENTRE 1978 E 1982 E PREVISTOS ENTRE 1983 E 1985

(Em Cr\$ de 1980)

Anos	Gastos Públicos Federais					
	Totais		Em Saúde			
	Cr \$ Milhões	US\$ Milhões	Cr\$ Milhões	US\$ Milhões	%	Per Capita (Cr\$ 1.00)
1978	1.716.097	31.951	221.689	4.128	12,9	1.957
1979	1.677.566	31.234	223.090	4.154	13,3	1.922
1980	1.840.669	34.271	220.904	4.113	12,0	1.855
1981	1.720.782	32.038	206.194	3.839	12,0	1.688
1982	2.026.912	37.738	236.369	4.401	11,7	1.886
1983	1.970.145	36.681	258.413	4.811	13,1	2.010
1984	2.034.797	37.885	279.588	5.206	13,7	2.118
1985	2.106.561	39.221	298.974	5.566	14,2	2.207

Fontes: Balanços Gerais da União, 1978-1982, e Balanços SINPAS e INAMPS, 1978-1982.

A projeção para 1983 sugere um incremento da parcela do setor nos gastos federais, ou seja, de 11,7% em 1982 para 13,1% (Tabela III.1). Note-se, entretanto, que esta percentagem ainda permanece abaixo da alcançada em 1979. Em 1984 e 1985 a participação do setor saúde atingiria um nível ligeiramente mais alto do que em qualquer outro ano analisado. O gasto *per capita* federal com a função saúde passaria de Cr\$ 1.957 em 1978 para Cr\$ 2.207 em 1985. Se na projeção dos dispêndios federais para a saúde buscou-se superar, em termos relativos, o nível do gasto prevalente em 1978 e aumentar o valor *per capita*, na estimativa de alocação de recursos entre serviços preventivos e curativos (Tabela III.2) foram privilegiados os primeiros, o que representa um rompimento com as práticas presentes.

TABELA III.2

BRASIL: CONSOLIDAÇÃO DE RECURSOS DESPENDIDOS EM SAÚDE, 1978/82, E ESTIMADOS PARA 1983/85 PARA OS PRINCIPAIS PROGRAMAS SETORIAIS E DEMAIS ÁREAS

(Em Cr\$ 1.000,00 de 1980)

Programas	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985
<i>Principais Programas</i>	207.244.223	210.137.979	215.558.349	200.001.698	229.031.701	252.110.905	272.769.454	291.682.107
<i>Alimentação e Nutrição</i>	6.277.182	6.693.284	7.307.096	8.222.582	11.292.368	37.426.416	42.493.912	46.013.764
<i>Assistência Médica e Sanitária</i>	193.627.557	196.553.897	199.929.061	182.393.599	206.421.861	197.833.775	211.233.721	223.233.721
I — Serviços Básicos de Saúde	1.918.954	3.263.456	4.653.561	5.939.734	7.258.553	36.200.107	49.600.053	61.600.053
II — Atenção Médico-Hospitalar	191.708.603	193.290.441	195.275.500	176.453.865	199.163.308	161.633.668	161.633.668	161.633.668
<i>Controle de Doenças Transmissíveis</i>	6.440.341	6.273.652	4.364.086	3.636.927	5.241.909	9.553.790	10.405.770	11.422.446
<i>Produtos Profiláticos e Terapêuticos</i>	899.143	617.146	3.958.106	5.748.591	6.075.562	7.286.924	8.636.051	11.012.176
<i>Demais Áreas</i>	14.444.846	12.952.010	5.345.644	6.192.787	7.337.269	6.302.806	6.819.217	7.291.953
Total das Despesas	221.689.069	223.089.989	220.903.993	206.194.485	236.368.968	258.413.711	279.588.671	298.974.060

Fontes: Balanços Gerais da União, 1978-1981; SEPLAN/SOF. Sistema de Acompanhamento de Créditos Adicionais: Quadro de Detalhamento da Despesa. Relatório 12, 1983; Balança do INAMPS, 1978-1982; Balança LBA, 1978-1982; Balança INAN, 1978-1982; Relatório da CNAE 1978-1981 e informações INAE, 1982; e FGV — Deflatores IGP/DI, médias anuais, 1977-1982.

3.1 — A Proposta de Reorientação do Orçamento Federal de Saúde

Os principais aspectos da proposta de mudança na estrutura dos gastos setoriais estão resumidos na estimativa de recursos do Tesouro e do INAMPS necessários ao setor saúde, no período 1982/85 (Tabela III.2). Em 1982, de um total de Cr\$ 236 bilhões (a preços de 1980), Cr\$ 199 bilhões foram gastos no sistema médico-hospitalar, isto é, 84% dos recursos federais do setor. De acordo com a proposta em causa, os recursos para serviços de caráter curativo deverão permanecer constantes durante três anos, de 1983 até 1985 (Cr\$ 162 bilhões), ao passo que os recursos disponíveis para as demais atividades crescerão substancialmente. Até 1985 os recursos para o subsistema médico-hospitalar terão caído para 54% do total, enquanto o percentual destinado à atenção primária em geral terá crescido para 21%. Para 1983 foi proposto que os “serviços curativos” recebam 63% do total (Tabela III.3). Estas mudanças, se concretizadas, constituiriam uma reversão sem precedentes nos últimos 30 anos, período no qual os serviços médico-hospitalares cresceram, ao passo que os recursos destinados à prevenção e a outros serviços básicos diminuíram.

Os estudos mencionados têm justificativa técnica convincente. Sua viabilidade, contudo, requer que o MS receba uma quantidade bem maior de recursos do que lhe tem sido destinada nos últimos anos; e o MPAS/INAMPS terá de reorientar seus gastos na direção dos serviços básicos de saúde, ou seja, aumentar o apoio às Secretarias Estaduais de Saúde. Há um dado importante que estimula as esperanças de que esse objetivo possa ser alcançado: o controle sobre os custos médico-hospitalares vem-se tornando mais rigoroso a partir de 1981, o que sugere que o Governo pode ter sucesso na reorientação proposta desde que haja firme vontade política.

TABELA III.3

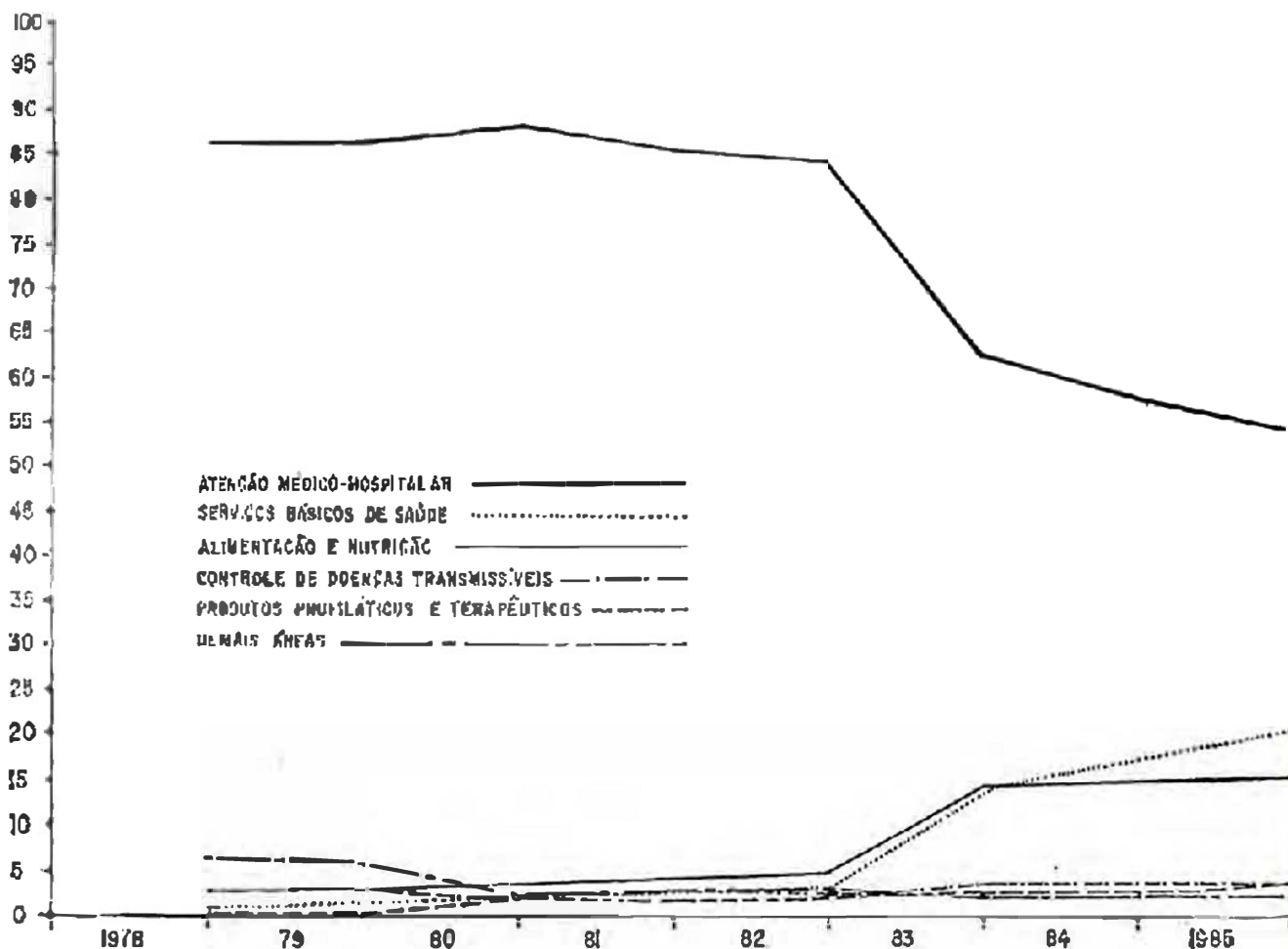
BRASIL: PARTICIPAÇÃO PERCENTUAL DOS PROGRAMAS NAS DESPESAS EFETUADAS ENTRE 1978 E 1982 E ESTIMADAS PARA 1983 E 1985, EM SAÚDE, NA ÁREA FEDERAL

Programas	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985
<i>Principais Programas</i>	93,5	94,2	97,6	97,0	96,9	97,6	97,6	97,6
<i>Alimentação e Nutrição</i>	2,8	3,0	3,3	4,0	4,8	14,5	15,2	15,4
<i>Assistência Médica e Sanitária</i>	87,4	88,1	90,5	88,4	87,3	76,6	75,6	74,7
I — Serviços Básicos de Saúde	0,9	1,5	2,1	2,9	3,1	14,0	17,8	20,6
II — Atenção Médico-Hospitalar	86,5	86,6	88,4	85,5	84,2	62,6	57,8	54,1
<i>Controle de Doenças Transmissíveis</i>	2,9	2,8	2,0	1,8	2,2	3,7	3,7	3,8
<i>Produtos Profiláticos e Terapêuticos</i>	0,4	0,3	1,8	2,8	2,6	2,8	3,1	3,7
<i>Demais Áreas</i>	6,5	5,8	2,4	3,0	3,1	2,4	2,4	2,4
Total das Despesas	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fontes: Balanços Gerais da União, 1978-1981; SEPLAN/SOF. Sistema de Acompanhamento de Créditos Adicionais: Quadro de Detalhamento da Despesa, Relatório 12, 1983; Balanço da INAMPS, 1978-1982; Balanço LBA, 1978-1982; Balanço INAN, 1978-1982; Relatório da CNAE, 1978-1981 e Infarmações INAE, 1982; e FGV — Deflatores (GP/DI), médias anuais, 1977-1982.

Gráfico III.1

BRASIL: PARTICIPAÇÃO PERCENTUAL DOS PROGRAMAS NAS DESPESAS EFETUADAS ENTRE 1978 E 1982 E ESTIMADAS PARA 1983 E 1985, EM SAÚDE, NA ÁREA FEDERAL



Nota: Cr\$ A PREÇO DE 1980.

Na distribuição dos gastos em saúde, o documento do IPEA/CNRH observou que as despesas em Serviços Básicos de Saúde, Alimentação e Nutrição, Controle de Doenças Transmissíveis e Medicamentos estiveram em torno de apenas 7% em 1978 e 12% em 1982, do total, a despeito de serem esses os quatro programas prioritários. As Tabelas III.2 e III.3 mostram os volumes de alocações passados e estimativas para os programas mencionados entre 1978 e 1985, onde, nesse último ano, os gastos nos programas mencionados deverão alcançar 43,5% do total de gastos federais em saúde.

3.1.1 — Alimentação e Nutrição

O Programa de Alimentação e Nutrição desenvolver-se-á de acordo com a proposição feita no anteprojeto do "Programa Nacional de Alimentação e Nutrição-III Pronan, 1982-1985", aprovado pelo Conselho Deliberativo do INAN em 26 de maio de 1981. Esse Programa pretende atingir, até 1985, 27 milhões de pessoas, o que representa um acréscimo de 32% em relação à cobertura de 1982, além de melhorar a qualidade da suplementação alimentar e de ampliar o desenvolvimento das atividades de apoio ao pequeno produtor rural.

A expansão do Programa de Alimentação e Nutrição, se concretizada, conduzirá esta área a despender em 1985 pelo menos quatro vezes mais do que o fez em qualquer ano no período 1978/82. De acordo com as sugestões feitas pelo próprio INAN, esta expansão estará dirigida essencialmente para três objetivos:

a) ampliação da cobertura do subprograma de Suplementação Alimentar a gestantes, nutrizes e crianças (de 2,5 para 4 milhões de pessoas atendidas);

b) melhoria qualitativa e quantitativa da alimentação fornecida a escolares carentes e elevação da freqüência de atendimento por escolar de 130 para 160 dias ao ano; e

c) apoio ao sistema integrado de aquisição e suprimento através da COBAL, objetivando racionalizar a linha de suplementação e possibilitar a venda de alimentos a preços reduzidos para a população de baixa renda (17% dos recursos totais serão destinados a este novo sistema).

É certo que, além da obtenção desses recursos, a implementação global do programa exigirá esforços de adaptação do aparato administrativo que possam permitir ao INAN conduzir e coordenar melhor a política nutricional do País.

3.1.2 — Serviços Básicos de Saúde

A rápida expansão sugerida para o Programa de Serviços Básicos de Saúde, de Cr\$ 5,9 bilhões em 1981 para Cr\$ 61,6 bilhões em 1985 a preços de 1980, requer, a curto prazo, um grande esforço organizacional e mudanças estruturais no setor.

Esse crescimento, sem dúvida, só será factível se houver transferência de recursos da esfera “curativa” para a de serviços básicos de saúde. Entretanto, o remanejamento desses recursos pode ser obstaculizado por pressões sinérgicas de grupos de produtores e consumidores eventualmente afetados.

A expansão de serviços básicos de saúde, especialmente para áreas rurais, tem sido feita através do PIASS e FSESP. O Banco Mundial, em seu relatório² sobre recursos humanos no Brasil, examinou o funcionamento do PIASS e da FSESP em 1977 e 1978, observando que esta última organização, que mantém todo o seu pessoal em regime de tempo integral e dedicação exclusiva e desenvolve eficientes programas de treinamento, apresenta um investimento *per capita* e custos operacionais pelo menos três vezes maiores que os do PIASS. O relatório sugere, contudo, que a FSESP pode ser mais eficiente do que o PIASS. Os dois programas atuam em diferentes áreas do Nordeste, Norte e Centro-Oeste. A FSESP está também presente nas regiões de fronteira norte. Diz o relatório: “Antes que um sistema de prestação de serviços de medicina nacional rural seja implementado, as lições da experiência do PIASS e da FSESP devem ser avaliadas. Em princípio, a abordagem do PIASS oferece um sistema de prestação de serviços de medicina básica rural adequado, mas na prática isto depende da melhoria da gerência das Secretarias Estaduais de Saúde”. Por outro lado, não seria aconselhável estender a cobertura por serviços de saúde em um país tão vasto como o Brasil, através de um organismo centralizado como a FSESP.

² Uma avaliação recente das vantagens e defeitos das diferentes formas de atuação no meio rural foi elaborada no CNRH [48].

O PIASS foi criado em agosto de 1976³ com a finalidade de implantar uma estrutura básica de saúde pública nas comunidades de até 20.000 habitantes, inicialmente atuando na região Nordeste e no chamado polígono das secas de Minas Gerais, onde está dimensionado (1979) para atender aproximadamente 7 milhões de pessoas [51]. A partir de 1979 o Programa foi expandido para todo o território nacional (áreas rurais), com prioridade para o Nordeste, o Norte, o Centro-Oeste e as áreas mais carentes das demais regiões. O PIASS atua através de módulos básicos, conjuntos de postos de saúde localizados em comunidades rurais e apoiados por uma unidade de maior porte situada na sede do município de referência. Além disso, no campo do saneamento básico tem implantado sistemas simplificados de abastecimento d'água e destinação de dejetos. Em dezembro de 1981, a rede de Serviços Básicos das Secretarias Estaduais de Saúde, onde se incluem as Unidades implantadas através do PIASS, contava com cerca de 9.500⁴ Unidades em funcionamento entre Postos, Centros de Saúde e Unidades Mistas (Tabela III.4). Apesar do grande incremento da rede pública de Unidades (especialmente PS e CS) verificado a partir de 1977, o objetivo de estender serviços básicos de saúde para todos os brasileiros ainda está longe de ser atingido, tanto em áreas rurais quanto nas periferias dos grandes centros urbanos.

3.1.3 — Controle de Doenças Transmissíveis

O crescimento proposto para as atividades de controle de doenças transmissíveis é bem menor do que o previsto para as demais áreas. Os recursos para esse programa não chegam, em 1985, a duplicar, em confronto com a posição em 1978. Ainda que não seja fácil, é possível que a SUCAM, agência responsável pelo componente mais expressivo do programa (o controle de endemias), e a FSESP, bem como as Secretarias

³ Projeto elaborado pelo IPEA/CNRH.

⁴ Inclui as unidades da FSESP.

TABELA III.4

**BRASIL: ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE E LEITOS SEGUNDO SUA CLASSIFICAÇÃO
POR REGIÃO^a**

Estabelecimentos de Saúde	Classificação e Região											
	Público						Privado					
	N	NE	SE	S	CO	BR	N	NE	SE	S	CO	BR
Posto de Saúde	733	2.422	533	368	50	4.106	12	25	2	37	—	76
Centro de Saúde	158	1.242	1.614	898	353	4.265	—	13	7	11	2	33
Posto de Assistência Médica ou Policlínica	65	736	825	608	40	2.274	199	790	2.033	513	152	3.687
Pronto-Socorro	1	10	47	1	3	62	5	15	141	12	7	180
Unidade Mista	87	248	24	2	17	378	6	21	22	1	2	52
Hospital	55	377	256	117	45	850	185	887	1.357	1.106	457	3.992
Leitos Hospitalares	6.007	31.633	47.095	15.410	6.852	106.727	8.807	55.346	156.837	71.535	22.977	315.502

Fonte: MS/Sistema de Informação de Saúde, 1982.

^aPopulação estimada em 1981 e número de municípios: Norte — 10,0 milhões de habitantes e 276 municípios; Nordeste — 32,0 milhões e 1.231; Sudeste — 53,0 milhões e 1.411; Sul — 19,4 milhões e 733; Centro-Oeste — 9,0 milhões e 367; Brasil — 123,4 milhões de habitantes e 4.018 municípios.

Estaduais de Saúde, sejam eficientes o bastante para conseguir resultados promissores a partir da obtenção desses fundos adicionais.

A despeito da existência de claro consenso de que mais recursos devam ser destinados às ações preventivas, não existem, no Brasil, estudos que indiquem, do ponto de vista econômico, o grau em que determinados problemas ou ações devam ser privilegiados. Estudos nacionais sobre Tuberculose, Doença de Chagas e Malária [30], por exemplo, não incluem análise de custo/benefício. As campanhas antipólio (Tabela III.5), que têm mobilizado dois dias por ano grande parte, senão a maioria, dos recursos humanos e materiais dos serviços de saúde pública, alcançaram êxito incontestável no seu objetivo de reduzir a incidência da doença: o número de casos caiu de 2.509 em 1979 para 122 em 1982. A continuidade dessa estratégia, ainda que respaldada por justificativa de ordem política ou mesmo epidemiológica (evitar o recrudescimento da doença), pode ser discutível, sob uma ótica estritamente econômica, ainda que esta, em certas circunstâncias, seja a menos relevante: "É comumente aceito que, não importa qual seja a doença, a prevenção sempre é mais barata do que a cura. Isto não é necessariamente verdade. Por exemplo, quando a incidência de poliomielite ou tuberculose é baixa, pode ser mais barato tratar os casos que aparecem do que empreender uma procura intensa para encontrar alguns casos de tuberculose em estágio inicial ou imunizar a população contra a pólio" [1].

3.1.4 — Medicamentos

A área de medicamentos (produtos profiláticos e terapêuticos) teve entre 1978/80 um crescimento de recursos atípico, mas explicável: o Fundo CEME, a partir de 1980, passou a incorporar, entre outros, os recursos das Secretarias Estaduais de Saúde, com vistas a centralizar a compra de medicamentos. A atuação governamental nessa área tem tido, como caracte-

rísticas predominantes, a centralização na CEME da compra dos fármacos mais necessários e sua distribuição para as unidades ambulatoriais e hospitalares do INAMPS, das Secretarias Estaduais de Saúde e as vinculadas ao MEC (hospitais universitários e de ensino).

O crescimento estimado para as atividades relacionadas com produtos profiláticos e terapêuticos, segundo a Tabela III.2, deverá ser de 80% entre 1982 e 1985. O crescimento real sugerido privilegiará o desenvolvimento de tecnologia, de modo a possibilitar maior autonomia nacional no setor químico-farmacêutico. Um fator importante para direcionar as pesquisas e balizar o apoio à indústria nacional é a efetiva implantação da RENAME. A adoção dessa lista permitirá a concentração de esforços em um número restrito de medicamentos capaz de atender a quase totalidade das necessidades básicas da população brasileira.

TABELA III.5

**BRASIL: AÇÃO DE CONTROLE DA POLIOMIELITE —
RESULTADOS DAS CAMPANHAS, A NÍVEL NACIONAL
— 1980/82**

Anos	Etapas	Datas	População Alva	População Vacinada	Cobertura (%)	Total (Doses)
1980	1. ^a	14.06.80	18.060.931	18.122.978	100	21.759.050
	2. ^a	16.08.80		18.998.098	100	22.953.795
1981	3. ^a	15.08.81	18.525.362	18.561.331	100	21.911.518
	4. ^a	24.10.81		18.194.598	98,2	21.523.672
1982	5. ^a	12.06.82	19.005.483	17.148.140	98,2	19.558.902
	6. ^a	14.08.82		18.031.037	94,9	20.687.133

Fonte: MS/SNABS,DNE, 1982.

3.2 — O Subsistema Médico-Hospitalar

O chamado subsistema médico-hospitalar é a resultante de um conjunto heterogêneo e desarticulado de instituições públicas e privadas, tendo o INAMPS como o elemento nuclear. Inclui, além de unidades do próprio INAMPS, hospitais públicos do MS, dos Estados, dos Municípios, das Universidades e escolas isoladas de medicina, bem como hospitais e clínicas privadas, com e sem fim lucrativo. A importância relativa de cada um deles fica evidenciada no exame de sua participação no total de admissões hospitalares de beneficiários do INAMPS, assim distribuídas [33]:

● Hospitais privados contratados:	86%
● Hospitais do INAMPS:	2%
● Hospitais públicos (federais, estaduais e municipais):	6%
● Hospitais universitários:	2%
● Outros:	4%

Aproximadamente 56% do total de gastos do INAMPS, em 1981, destinaram-se à compra de serviços hospitalares, de diagnose e terapia (exames de laboratório, raios X e outros procedimentos) junto à rede privada. O segundo maior responsável pelos gastos do INAMPS são os serviços que presta diretamente (18,5% do total) e depois os gastos administrativos (5,4%). Quantias menores foram destinadas ao custeio de serviços conveniados com entidades estaduais e municipais (4,7%), hospitais universitários e de ensino (2,2%), instituições filantrópicas (3,4%), subsídios a empresas que prestam serviços de saúde a seus empregados (3,5%) e outras classes de pagamento (6,6%) (Tabela III.6). Esses dados mostram que a forma predominante de prestação de serviços médico-hospitalares é através do setor privado, com pagamento integral dos dispêndios por parte do INAMPS, conforme tabela de preços fixada pela previdência.

A assistência médica proporcionada pela previdência social triplicou sua cobertura nos anos 70. Não obstante o inegável alcance social dessa expansão sem precedentes, o subsistema tem sido qualificado por seus críticos mais veementes como elitista, irracional e incontrolável [26]. O desempenho descoordenado de órgãos públicos e privados, a má gerência dos primeiros e o descompromisso social de boa parte dos demais vêm contribuindo para a prestação de serviços inadequados, desigualmente distribuídos do ponto de vista social e geográfico, e o uso excessivo de tecnologia de ponta. Além disso, há casos de internações desnecessárias, superfaturamento e

TABELA III.6

BRASIL: DESPESAS DO INAMPS POR PROGRAMAS — 1981
(Em Cr\$ milhões correntes)

Programas	Despesa Realizada	
	Valor	%
Administração	19.710,2	5,4
Saúde	335.916,4	92,9
Serviços Próprios	67.144,5	18,5
Serviços Contratados	201.114,0	55,7
Convênios com Órgãos Governamentais	17.083,9	4,7
Convênios com Hospitais Universitários e de Ensino	8.112,7	2,2
Convênios com Entidades Filantrópicas	12.216,6	3,4
Convênios com Sindicatos e Entidades de Classe	9.306,6	2,6
Convênios com Empresas	12.588,3	3,5
Rede Distribuidora de Medicamentos	8.349,8	2,3
Previdência (Inativos e Pensionistas)	3.479,6	0,9
Programa de Formação do PASEP	1.758,7	0,5
Projetos	1.247,1	0,3
Total	362.112,0	100,0

Fonte: INAMPS: Relatório: Balancete Orçamentário da Despesa, 1981.

outras fraudes, para compensar remunerações reduzidas fixadas unilateralmente pelo INAMPS, bem como a subutilização dos leitos e outras instalações operadas pelo setor público [53].

Auditorias de contas hospitalares submetidas ao INAMPS para pagamento acharam irregularidades em 90% dos casos. Estas irregularidades incluem contas relativas a pacientes inexistentes, diagnósticos falsos, cobrança dupla para a mesma estadia no hospital, admissões hospitalares injustificáveis, faturas de medicamentos não ministrados e cobranças improcedentes para serviços especiais, tais como unidades de tratamento intensivo e salas de cirurgia [24].

A rápida expansão dos gastos médico-hospitalares⁵ na primeira fase da década de 70 está mencionada no início (Capítulos I e II) deste documento. A partir de 1978, os gastos médico-hospitalares mantiveram-se relativamente estáveis, havendo um crescimento de apenas 4% entre 1978 (Cr\$ 191 bilhões) e 1982 (Cr\$ 199 bilhões). Como parte da política de austeridade, em 1981 os gastos declinaram para Cr\$ 176 bilhões, crescendo novamente no ano seguinte (Tabela III.2). Deste modo, após quase uma década de crescimento inusitado, o subsistema médico-hospitalar teve, no início dos anos 80, seu primeiro confronto com a restrição de recursos.

A *performance* do subsistema — do ponto de vista econômico — vem sendo alterada como resultado de uma nova orientação exigida pela crise no sistema previdenciário. A participação do INAMPS no orçamento do SINPAS tem diminuído nos últimos anos, mas a produção global de serviços e, possivelmente, a sua cobertura continuam crescendo. O percentual do orçamento que cabe ao INAMPS, desde o começo dos anos 70, foi estimado para situar-se em torno de 25% do total das disponibilidades do SINPAS. Essa quota ficou geralmente acima daquele nível, atingindo o máximo de 31,6% em 1976 e permanecendo acima de 26% durante o período de 1970 até 1980. Em 1981

⁵ Refere-se a gastos federais nos quais a participação do INAMPS é acima de 90%.

a participação do INAMPS caiu para 24,3% do total de gastos, sendo de 23% em 1982 (Tabela II.6).

TABELA III.7

BRASIL: EVOLUÇÃO DO VALOR DA UNIDADE DE SERVIÇO (US), DO INPC E DA ORTN — 1980/82

Anos	US	INPC	ORTN
1980	100	100	100
1981	165	199	171
1982	296	359	301

Fontes: INAMPS. Valor da Unidade de Serviço, 1980—1982; e Conjuntura Econômica, FGV, vários números, 1980—1982.

Não há evidência de que esse comportamento, simplistamente classificado como melhoria do desempenho, seja resultado — em tão curto prazo — de um súbito aumento da eficiência do setor público. Ao que tudo indica, a redução da participação do INAMPS nos recursos do SINPAS foi determinada pela pressão dos dispêndios com benefícios em dinheiro, compromisso securitário não passível de compressão, fazendo com que ficasse menor a disponibilidade para a atenção médica. O ajuste a essa conjuntura obrigou o INAMPS a um maior rigor no controle dos serviços privados, a uma melhor utilização da rede pública e, não menos importante, a um reajuste de sua tabela de pagamento de serviços, em percentuais inferiores à inflação: o valor da US vem sendo reajustado em níveis inferiores aos do INPC e das ORTN (Tabela III.7). As medidas racionalizadoras em fase de implementação estão explicitadas no Plano de Reorientação da assistência médica previdenciária elaborado pelo CONASP e comentado no Capítulo VI deste documento.

CAPÍTULO IV — A QUESTÃO DOS CUSTOS NO SISTEMA DE SAÚDE

No Brasil os custos de alguns serviços de saúde são, com freqüência, maiores do que os observados em outros países desenvolvidos [39]. Essas informações não têm sido acompanhadas e analisadas tão exaustivamente quanto seria desejável, mas, a despeito dessas limitações, fornecem uma orientação já bastante sólida, tanto a respeito de como identificar áreas de gastos excessivos, como em relação a métodos que podem fazer com que o sistema de saúde tenha maior eficácia e menores custos.

4.1 — O Papel do Médico

Uma das causas importantes para as despesas crescentes do sistema de saúde é a desorganização do mercado de trabalho médico. Um dos fenômenos mais sérios nesse mercado parece ser a chamada “dupla militância”, denominação dada ao conflito de interesses que se estabelece com médicos servidores públicos que trabalham simultaneamente na área privada vinculada ao INAMPS. Essa situação insólita acarreta um duplo prejuízo, para o setor público em geral e para o INAMPS em

particular: de um lado, desestimula e desinteressa o profissional no emprego público, provocando a ociosidade dos serviços oficiais; e, de outro, faz com que a previdência tenha de custear na área privada pacientes que poderiam estar sendo tratados nos hospitais públicos.

Grande parte dos médicos brasileiros, principalmente nas grandes cidades, trabalha em tempo parcial em vários empregos, a maioria com salário, outros com pagamento por "produção". Na cidade de São Paulo, esses profissionais têm uma média de 2,4 "situações de trabalho" [21]. As desvantagens mais evidentes dessa condição, especialmente no caso de mais de um emprego público em locais diferentes, são: em primeiro lugar, o desgaste decorrente do deslocamento, repercutindo no tempo disponível para o atendimento, que passa a ser sumário e de baixa qualidade; e, em segundo, esta situação encoraja o desvio de pacientes para clínicas privadas, sobretudo as credenciadas pelo INAMPS, nas quais, segundo o ponto de vista questionável de alguns desses médicos, poder-se-ia oferecer cuidados de melhor qualidade e menos impessoais.

Este último aspecto, associado à obsolescência de algumas instalações, parece estar contribuindo para a ociosidade dos serviços oficiais e filantrópicos. A capacidade instalada do INAMPS, cerca de 8.000 leitos em 36 hospitais, era, em 1982, apenas um pouco maior que há 20 anos atrás [39]. Mesmo assim, estudos oficiais [12] constataram a subutilização dessas instalações nas principais cidades. Em São Paulo, um dos cinco hospitais do INAMPS permaneceu fechado um ano após sua conclusão. O Hospital Pediátrico Darcy Vargas, no Morumbi, um bairro paulista, tinha somente 1/3 de seus leitos ocupados em maio de 1982. O Hospital do INAMPS de Heliópolis tinha menos de 50% de ocupação na mesma época. A maternidade Leonor Mendes de Barros, do INAMPS, no bairro de Tatuapé, também tinha menos da metade ocupada [44].

Um fator que tem exacerbado esse conflito de interesses nas profissões médica e odontológica é o sistema de pagamento por ato médico. Quase todos os serviços dos contratados privados pelo INAMPS são remunerados a taxas expressas em

termos de número de Unidades de Serviços (US). Na atenção obstétrica, que representa 1/4 das admissões hospitalares, a previdência social paga ao médico, por um parto normal, 90 US, enquanto que uma cesariana custa o mesmo, com o adicional de 60 US para os honorários do anestesista. As taxas de partos foram modificadas a partir de 1982, a fim de igualar o pagamento de cesarianas e partos normais. Com essa medida pretendia-se diminuir o número de partos cirúrgicos, os quais estariam sendo realizados em excesso face ao incentivo decorrente da sua maior remuneração. Os resultados não parecem ser expressivos. A taxa de cesáreas continua alta (34%).¹ É possível que existam outras motivações para a conduta intervencionista do médico. Agendar cirurgias obstétricas, uma intervenção considerada segura, simples e rápida, é, por assim dizer, mais confortável e econômico para o médico do que esperar, como faziam os antigos médicos de família, às vezes durante horas, para que o nascimento ocorra naturalmente. Além disso pode haver acordos com os pacientes para, na ocasião da cirurgia, proceder à ligadura de trompas.

Pode estar havendo exagero quanto ao número real de cesáreas, desde que um certo percentual dessas teriam sido na realidade partos normais cobrados pelos hospitais privados, com ou sem conhecimento do médico, como cirúrgicos [4]. Nesse caso, mesmo que a remuneração do profissional não sofra majoração, a conta nosocomial cresce, pois passa a incluir medicamentos, um número maior de diárias, honorários do anestesista e outros itens. Quase um terço de todos os nascimentos pagos pelo INAMPS em junho de 1980 realizaram-se por cesariana [11].

Metade dos partos custeados diretamente pelos próprios pacientes, sem qualquer subsídio oficial, foi cirúrgica, no hospital da Universidade Católica Santa Lucinda, em Sorocaba, São Paulo [27]. Não se pode, portanto, considerar que o excesso de cirurgias seja um fenômeno exclusivo do mercado previ-

¹ Esse percentual refere-se apenas a pacientes previdenciários [52].

denciário.² Tudo indica que a prática médica usual no Brasil comporta uma ênfase especial em procedimentos cirúrgicos. Resta identificar as causas reais.

Padrões internacionais citam uma média de 25 exames complementares para cada 100 consultas de pacientes; serviços privados contratados pelo INAMPS produziram, em 1981, 130 exames para cada 100 consultas de pacientes, uma taxa cinco vezes superior ao normal [45]. Considerados em conjunto, os subsistemas público e privado realizaram 94 exames de laboratório e outros serviços complementares para cada 100 consultas (Tabela IV.1 e IV.2). É provável que um alto percentual desses exames tenha sido desnecessário.

O total de consultas médicas, tomando 1970 como base 100, aumentou para 572 até 1982 (Tabela IV.1). As hospitalizações aumentaram menos (472). Os exames de laboratórios subiram, até 1981, para 551, porém, os exames de raios X aumentaram a um nível muito mais elevado (1.036) e outros serviços complementares mais ainda (1.530) (Tabela IV.2). Aproximadamente 14,7 milhões de exames radiológicos, muitos deles tendo pouco valor diagnóstico, foram realizados em 1981. Raios X de tórax, que em 1974 somaram 42,3% de todos os exames radiológicos, não encontraram anormalidades significativas entre pacientes até 19 anos de idade, 5,6% de anormalidade entre aqueles de 20 a 50 anos e 11,8% entre aqueles acima de 50 anos [29]. Muitas dessas radiografias foram requisitadas apenas para atender exigências burocráticas relacionadas com permissão para práticas de esporte (escolares) ou como documentação para obter emprego. Os perigos do excesso de exposição dos raios X, hoje bastante conhecidos, fazem com que esses exames, ao menos em países desenvolvidos, tenham uso bastante seletivo.

A maioria das radiografias e os custos delas decorrentes poderiam ser evitados praticamente sem perda real de precisão diagnóstica, mas “é mais fácil pedir uma radiografia do que pensar” [41]. Estudos mostram que médicos melhores pedem

² Ver Anexo II.

menos testes, e vice-versa [20]. Mudanças substantivas no sistema de saúde que alterassem os padrões de consumo desses serviços certamente afetariam o denominado complexo médico-industrial, cujo crescimento alimentou e foi alimentado pela notável expansão do sistema de saúde brasileiro nos últimos 15 anos.

O INAMPS pagou também por 1,7 milhão de eletrocardiogramas, 700 mil eletroencefalogramas e mais de 10 milhões de outros exames de laboratório em 1979; parte destes testes poderia ter sido evitada sem interferir na qualidade do tratamento. Entre 1979 e 1981, o total de outros serviços complementares aumentou em 22% a cada ano, mesmo enquanto o INAMPS reduzia seus gastos totais (Tabela IV.2).

Estudos feitos nos Estados Unidos [43], Canadá [32] e Reino Unido [23] demonstram a ineficiência de muitos testes para diagnósticos. A superutilização desses testes, similar à de outros países, pode, todavia, ser mais perniciosa no Brasil, face à limitação de recursos financeiros e à desigualdade no acesso aos serviços.

Em meados de 1982, a tabela do INAMPS fixava em Cr\$ 480 (oito US) o preço de uma consulta, na época quase US\$ 2,0. Essa quantia é, obviamente, muito baixa para compensar o custo real do tempo de um médico e ao redor de pelo menos 10 vezes abaixo dos preços de mercado. A fase mais eficiente do trabalho médico é a consulta inicial; exames complementares raramente contribuem para mudar ou melhorar o diagnóstico feito nesse estágio [39]. O sistema de pagamento do INAMPS, sub-remunerando o serviço mais valioso, acaba, na verdade, por encorajar a superutilização de serviços, testes, instalações e operações que poderiam ser evitados. As causas desse consumo no Brasil e nos Estados Unidos não são as mesmas. O Brasil não tem o problema, bastante comum nos Estados Unidos, do excesso de testes para diagnóstico em pacientes, como um modo de evitar qualquer margem de erro cuja ocorrência redundaria em processo judiciário.

Outro aspecto tão importante quanto polêmico, no que se refere ao papel do médico, diz respeito à remuneração desses

TABELA IV.1

**BRASIL: CONSULTAS MÉDICAS E INTERNAÇÕES HOSPITALARES EFETUADAS PELO INAMPS
— 1970/82**

(Em milhares)

Anos	Consultas Médicas			Consultas Odontológicas			Internações Hospitalares		
	Número	Crescimento Ano a Ano (%)	Crescimento Relativo (Índice: 1970 = 100)	Número	Crescimento Ano a Ano (%)	Crescimento Relativo (Índice: 1970 = 100)	Número	Crescimento Ano a Ano (%)	Crescimento Relativo (Índice: 1970 = 100)
1970	35.849	—	100	4.297	—	100	2.816	—	100
1971	44.688	24,7	125	3.111	-27,6	72	2.932	4,1	104
1972	52.687	17,9	147	7.073	127,3	165	4.449	51,8	158
1973	53.900	2,3	150	8.015	13,3	187	4.719	6,1	168
1974	59.618	10,6	166	9.136	14,0	211	5.194	10,1	184
1975	92.333	54,9	258	13.828	51,4	322	6.649	28,0	236
1976	118.648	28,5	331	18.160	31,3	423	8.356	25,7	297
1977	132.503	11,7	370	23.483	29,3	547	8.617	3,1	306
1978	145.412	9,7	406	29.010	23,5	675	9.658	12,1	343
1979	154.540	6,3	431	31.634	9,0	736	10.571	9,5	375
1980	179.751	16,3	501	34.160	8,0	795	11.753	11,2	417
1981	202.589	12,7	565	37.968	11,2	884	13.194	12,3	469
1982	205.100	1,2	572	39.145	3,1	911	13.278	0,6	472

Fonte: FUNRURAL, Boletim Estatístico, N.5, 1978; e INAMPS em Dados, 1978-1980.

Nota: Em 1982, dados estimados a partir dos serviços efetivamente realizados até o mês de novembro.

TABELA IV.2

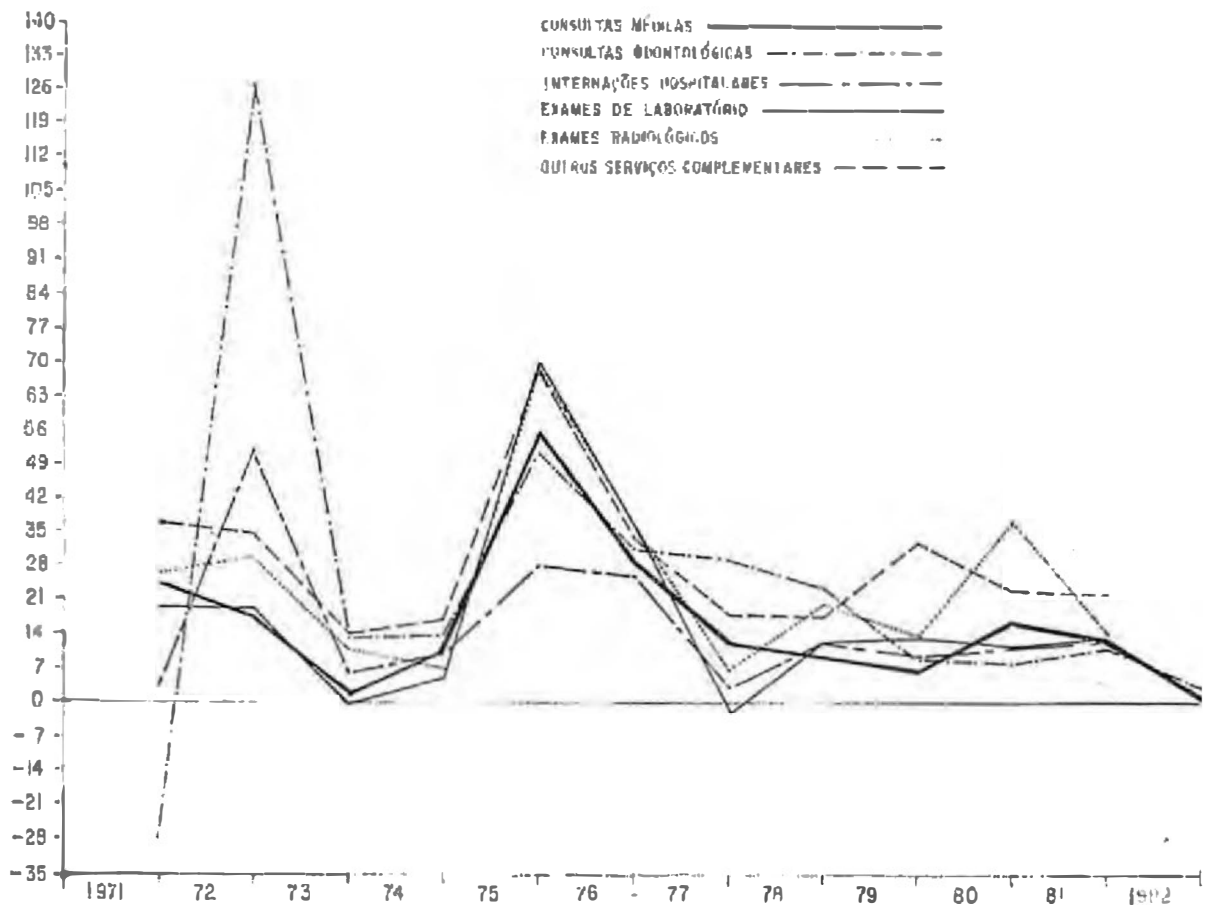
**BRASIL: EXAMES LABORATORIAIS E RADIOLÓGICOS E OUTROS SERVIÇOS COMPLEMENTARES
EFETUADOS PELO INAMPS — 1970/81**

(Em milhares)

Anos	Exames Laboratoriais			Exames Radiológicos			Outros Serviços Complementares		
	Número	Crescimento Ano a Ano (%)	Crescimento Relativo (Índice: 1970 = 100)	Número	Crescimento Ano a Ano (%)	Crescimento Relativo (Índice: 1970 = 100)	Número	Crescimento Ano a Ano (%)	Crescimento Relativo (Índice: 1970 = 100)
1970	10.581	—	100	1.416	—	100	7.708	—	100
1971	12.665	19,7	120	1.793	26,7	127	10.553	36,9	137
1972	16.189	19,3	143	2.326	29,7	164	14.185	34,4	184
1973	16.022	-0,4	142	2.583	11,1	182	16.213	14,3	210
1974	16.693	5,6	150	2.767	7,1	195	18.995	17,2	246
1975	27.076	70,3	256	4.679	69,1	331	31.956	68,2	415
1976	37.051	36,8	350	6.394	36,9	452	42.743	33,8	555
1977	36.254	-2,2	343	6.842	7,0	483	50.423	18,0	654
1978	40.771	12,5	385	8.217	20,1	580	59.309	17,6	769
1979	46.131	13,1	436	9.360	13,9	661	78.624	32,6	1.020
1980	51.512	11,7	487	12.822	37,0	906	96.579	22,8	1.252
1981	58.394	13,4	551	14.674	14,4	1.036	117.942	22,1	1.530

Fonte: FUNRURAL, Boletim Estatístico, N.5, 1978; e INAMPS em dados, 1978-1980.

Nota: A partir de 1979 foram contados todos os "Serviços Complementares" realizados, tais como curativos, eletrocardiogramas, injeções, imobilizações, pequenas cirurgias, etc. Até 1978 eram contados apenas pequenos procedimentos cirúrgicos.

BRASIL: VARIAÇÃO ANUAL DOS SERVIÇOS PRODUZIDOS PELO INAMPS —
1971/82

profissionais. A medicina brasileira — à luz de alguns indicadores disponíveis — está entre as profissões melhor remuneradas, embora os salários do setor público sejam baixos e a grande maioria da categoria dependa dessa fonte de receita, parcimoniosa mas pouco exigente. Um médico trabalhando para o Governo do Estado de São Paulo recebia em 1981 cerca de US\$ 385 por mês para quatro horas diárias de trabalho [22]. Esse profissional, no entanto, poderia compensar esse salário baixo trabalhando menos horas do que o formalmente exigido, tendo outro(s) emprego(s) e mantendo atividades em uma instituição privada ou em seu próprio consultório.

O salário dos médicos brasileiros pode ser considerado alto quando comparado com o de outras categorias de nível

superior. Essa posição hegemônica não se refere apenas a salários nominais, mas decorre também de uma jornada de trabalho menor e da permissão constitucional para acumular dois empregos públicos. Há — de outra parte — evidências de grandes desigualdades na distribuição dessas rendas entre os profissionais da medicina. Uma “classe média” de médicos, com idade suficiente para ter 10 ou mais anos de exercício profissional, pode ter rendimentos elevados (para os padrões brasileiros) provenientes de prática privada liberal e/ou com pagamento por Unidade de Serviço, combinada com um ou mais empregos de tempo parcial no setor público. Contudo, um número significativo, e cada vez maior, de médicos jovens em começo de carreira recebe consideravelmente menos, formando os segmentos que vêm-se organizando com vistas a uma melhoria salarial e de condições de trabalho.

Pesquisa conduzida com o apoio do Conselho Regional de Medicina de São Paulo encontrou somente dois médicos, entre 795 entrevistados, que se consideraram desempregados [21]. Mais de 40% dos médicos incluídos na pesquisa trabalhavam mais de 50 horas por semana, e 27% mais de 60 horas. Metade da amostra tinha uma renda mensal superior a 15 salários mínimos, ou seja, US\$ 1.545. Devido ao excepcional aumento do número de escolas médicas nos últimos anos da década de 60, hoje quase 9.000 novos profissionais entram no mercado de trabalho a cada ano (Tabela IV.3). Cada um deles deseja a renda e o prestígio dos colegas mais antigos e bem-sucedidos, numa profissão que pode contar, no seu meio, com cirurgiões plásticos e cardiologistas de renome internacional, responsáveis pelo perfil atraente da profissão e que fascina os jovens aspirantes à carreira médica. Autoridades do setor de saúde preocupam-se com o fato de que apenas cerca de metade dos recém-formados poderia ser absorvida em empregos produtivos. Quando a superintendência do INAMPS de São Paulo anunciou 910 vagas de médicos em 1981, 6.810 médicos se inscreveram.

Os salários médicos constituem um dos componentes importantes dos custos dos serviços de saúde. No Brasil, como

em outros países em desenvolvimento, pelo menos 75% do custeio dos serviços de saúde destinam-se ao pagamento de salários. Entretanto, segundo Maxwell, referindo-se a países desenvolvidos: "O custo direto dos médicos, aproximadamente, um sexto do total dos custos de saúde, não se constitui um problema, no presente... A pressão econômica está mais nos procedimentos adicionais gerados por cada médico, já que

TABELA IV.3

BRASIL: MÉDICOS GRADUADOS ANUALMENTE — 1941/82

Anos	Número de Graduados	Anos	Número de Graduados
1941	878	1962	1.348
1942	662	1963	1.556
1943	595	1964	1.537
1944	788	1965	1.734
1945	769	1966	1.747
1946	872	1967	2.039
1947	1.001	1968	2.713
1948	978	1969	3.212
1949	1.142	1970	3.306
1950	1.070	1971	3.721
1951	1.129	1972	5.301
1952	1.241	1973	6.613
1953	1.274	1974	7.722
1954	1.503	1975	8.284
1955	1.468	1976	8.641
1956	1.422	1977	9.201
1957	1.586	1978	9.412
1958	1.578	1979	8.929
1959	1.491	1980	9.109
1960	1.528	1981	9.176
1961	1.760	1982	8.975

Fonte: MEC e ABEM, 1982.

decisões sobre que serviços os pacientes devam receber dependem, grandemente, do julgamento dos médicos que eles consultam. É, portanto, altamente provável que, se o número de médicos em atividade aumentar, o total dos serviços e dos gastos em saúde também irá aumentar, embora não necessariamente na mesma proporção” [40]. Esta inflação de custos ocorre, tanto no Brasil como em outros países, através da expansão desordenada de serviços médicos, em conjunção com a incorporação de altas tecnologias da medicina, prescritas e administradas pelos médicos.

Apesar de já existir uma considerável literatura sobre a saúde pública brasileira, não há ainda uma análise ampla e confiável sobre o mercado de trabalho das profissões de saúde. A informação gerada pelas declarações do imposto de renda não foram ainda exaustivamente utilizadas; nos últimos dois anos serviram apenas para aumentar a pressão das autoridades tributárias sobre os profissionais de saúde, sobretudo médicos e dentistas.

4.2 — Aspectos Comportamentais

O Brasil é, em volume de vendas, o oitavo maior consumidor mundial de produtos farmacêuticos (depois de Estados Unidos, Japão, Alemanha Ocidental, França, Itália, Espanha e Reino Unido, mas à frente de México e Canadá), embora o consumo *per capita* seja apenas 1/3 do nível do Canadá e 1/6 do nível da França [36]. Foi também, em 1971, o oitavo produtor de drogas [49] e é um grande consumidor de antibióticos, os quais constituem 13% de todos os medicamentos usados no mundo, mas 18% dos vendidos no Brasil em 1973 [18]. Devido à enorme quantidade de medicamentos que são comprados e usados sem controle, seria injusto atribuir somente aos médicos a responsabilidade pelos excessos em seu uso. Entretanto, o Governo poderia interferir mais enfaticamente, informando o público dos perigos do abuso de antibióticos, excesso de

raios X, uso inapropriado de outras drogas e a possível ineficácia ou iatrogenia de vários remédios não receitados.

No Hospital do INAMPS de Ipanema, no Rio de Janeiro, um estudo que começou em 1973 revelou que estavam sendo receitadas, pela equipe médica, 32,8 doses de antibióticos por paciente. Dos pacientes, 1/3 estava tomando dois antibióticos diferentes e 12% estava tomando quatro ou mais drogas diferentes, simultaneamente. Como resultado de um programa educativo especial para o corpo clínico, o número de doses por paciente foi reduzido para 16,75 em 1974 e 9,6 em 1975, isto é, para menos de 1/3 do nível prevalente antes do início do programa. Um efeito colateral positivo, provavelmente atribuível à diminuição na excessiva prescrição das drogas, foi uma sensível redução da taxa de infecções hospitalares, que passou de 6,8% em 1973 para 4,9% em 1975 [2].

Os brasileiros podem muito mais facilmente auto-receitar-se e obter livremente drogas como antibióticos ou anticoncepcionais do que as pessoas comuns em países desenvolvidos, onde esse acesso é limitado pela profissão médica e pelo governo. Esta superutilização e mesmo abuso de drogas é um fenômeno comum no Brasil, com efeitos não totalmente conhecidos. A extensão do uso de medicamentos, sem receita médica, foi objeto de um estudo especial em Nova Iguaçu, um município perto do Rio de Janeiro. Mais de 1/3 dos antibióticos foi tomado sem uma receita médica, como também 2/3 das pílulas anticoncepcionais [18].

Numa pesquisa de gastos familiares realizada em 1974, o IBGE encontrou gastos com saúde variando de 3,4% da renda nos Estados mais pobres do Nordeste a 4,3% no Rio de Janeiro e 5,3% nos Estados do Sul [18]. A parcela dos gastos em remédios variou inversamente com a da renda destinada à saúde. As famílias do Nordeste gastam a maior parte de seu pequeno orçamento destinado à saúde em medicamentos (56,7%), as do Rio de Janeiro 34% e as dos Estados do Sul 37,6% [18]. A alta participação dos gastos com medicamentos, nas despesas familiares em saúde na região Nordeste, poderia ser explicada como sendo uma decorrência de dificuldade de

acesso aos serviços de saúde, o que leva ao uso de formas alternativas de atendimento como a automedicação e às prescrições feitas por atendentes de farmácias.³ Um novo estudo no setor, numa amostra de 120.000 famílias em todo Brasil, foi realizado em outubro e novembro de 1981, cujos dados permitirão checar se o perfil dos gastos mudou.

De um modo geral, o uso, no Brasil, das assim chamadas "drogas sociais", tais como o álcool⁴ e o fumo, parece ocorrer em níveis que as tornam danosas à saúde. O uso destas drogas e um consumo elevado de hidratos de carbono, fator importante não só da obesidade e suas seqüelas como da cárie dental, devem estar impondo grandes custos ao sistema de saúde. Uma avaliação mais aprofundada das condições de saúde da população brasileira deveria incluir o estudo de aspectos comportamentais e suas implicações. Nos Estados Unidos, onde o tema foi estudado, revelou-se a existência de grandes diferenças na mortalidade e expectativa de vida entre as populações de Utah e Nevada, apesar da estrutura similar de idade e da disponibilidade de serviços de saúde [25]. A principal variável explicativa da diferença (a favor de Utah) entre os dois Estados na estrutura da mortalidade está relacionada com o comportamento pessoal quanto ao consumo de determinados alimentos e "drogas sociais", particularmente álcool e fumo, bem como o *stress* e características sociais, diferenciando a população mórmon de Utah da população mais secular de Nevada.

Pesquisa [31] sobre a incidência e os custos dos principais danos à saúde nos Estados Unidos informa que os custos diretos e indiretos do câncer, doenças coronarianas, a.v.c. e ferimentos causados por acidentes automobilísticos foram de US\$ 57,8 bilhões em 1975, representando nada menos que 3,8% do PNB americano. Todas essas quatro doenças estão sujeitas a redu-

³ O percentual de gastos com medicamentos não prescritos em relação ao total de gastos com medicamentos variou entre diferentes grupos sociais de 47% (gerentes) para 72% (operários de construção civil) [18].

⁴ 24% das internações psiquiátricas custeadas pelo INAMPS em 1981 foram causadas por alcoolismo [52].

ções substanciais através de medidas preventivas envolvendo mudanças comportamentais. Mas, nos Estados Unidos como no Brasil, é mais fácil identificar as soluções (parar de fumar, mudar a dieta, reduzir o *stress*, usar cintos de segurança) do que induzir as pessoas a mudarem o seu comportamento.

4.3 — A Tecnologia de Ponta

O processo de modernização da sociedade brasileira, paralelamente ao crescimento acelerado do seu sistema de saúde, favoreceu a expansão de serviços altamente especializados, os quais, beneficiando um número relativamente pequeno de pessoas, têm contribuído para agravar as desigualdades sociais no modelo médico-assistencial. Esses serviços especializados, importadores de tecnologia de ponta, incluem, entre outros, as diálises renais, cirurgias de ponte de safena, bombas de cobalto, aceleradores lineares e tomógrafos computadorizados.

Em 1978, havia aproximadamente 12 pacientes por milhão de habitantes (1.428 no total) sendo tratados por conta do INAMPS com diálise renal. O número tinha aumentado para um total de 3.000, aproximadamente 25 por milhão de habitantes em maio de 1981, um índice acima do registrado nos países do Leste europeu, mas ainda muito abaixo dos 200 pacientes por milhão de habitantes dos Estados Unidos [39] (Gráfico IV.2). O custo total para manter estes 3.000 pacientes esteve ao redor de Cr\$ 12 bilhões em 1981, ou o equivalente a aproximadamente 4% do total do orçamento do INAMPS [39].

Em 1976, o INAMPS destinou 1% de seu orçamento para financiar operações de ponte de safena e, provavelmente, deve ter gasto uma fatia ainda maior em anos recentes [39]. Um único hospital privado em São Paulo realiza mais operações de ponte de safena do que a Holanda, um país com baixa mortalidade e população um pouco maior (13,8 milhões) do que a Grande São Paulo (12,5 milhões). Esse país, no entanto, tomou a decisão política de limitar tais operações por serem consi-

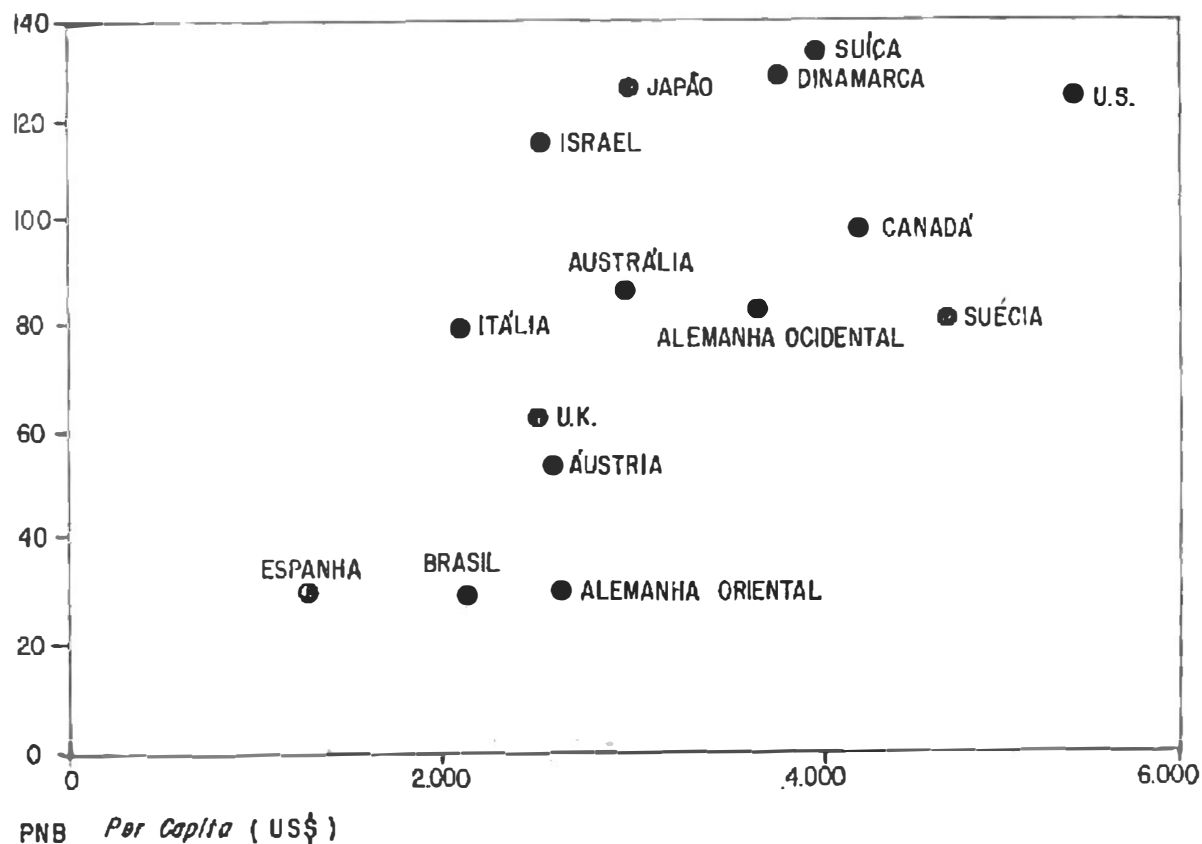
deradas ineficientes e custosas [19]. O Governo brasileiro, através do CONASP, já tomou a decisão de limitar muitos procedimentos médicos de alto custo. Ainda não foram divulgados os resultados concretos dessa decisão, nem das medidas que limitaram os tratamentos no exterior custeados pela previdência social, injustificáveis sempre que houver alternativa de igual eficácia no País.

Os 3.000 dialisados e os 7.000 pacientes submetidos a cirurgias de revascularização do miocárdio absorveram em 1981 6% do orçamento do INAMPS, ou seja, Cr\$ 22 bilhões (cerca de US\$ 206 milhões). Naquele mesmo ano os recursos para serviços básicos de saúde e controle de doenças transmissíveis totalizaram Cr\$ 20 bilhões. Esses dois programas visam básica-

Gráfico IV. 2

PACIENTES RENAIIS POR MILHÃO DE HABITANTES EM 15 PAÍSES DESENVOLVIDOS (1975) E NO BRASIL (1981) EM RELAÇÃO AO PNB *PER CAPITA*

Pacientes renais submetidos a transplante ou sob diálise renal por milhão de habitantes



mente a beneficiar, através de tratamento primário e preventivo, 41 milhões de pessoas se considerarmos apenas o Norte e o Nordeste do Brasil, onde essas atividades são mais essenciais.

Não foram só a “modernização” da sociedade brasileira e o crescimento acelerado do setor saúde, bem como o sistema de remuneração dos serviços médicos, os responsáveis pela incorporação assistematizada de tecnologias avançadas. Os meios de comunicação social, particularmente a televisão, têm sua parte de responsabilidade (atuando sobre a demanda), na medida em que incutem na audiência (em torno de no mínimo 80 milhões de pessoas no Brasil) a convicção, freqüentemente equivocada, de que a qualidade da assistência médica tem estreita correlação com sofisticação tecnológica. Não menos influente é a educação médica, baseada no treinamento hospitalar, formando profissionais não vocacionados para o trabalho em ambulatório ou no domicílio do paciente, alternativas sabidamente mais eficientes de atenção médica tendo em vista o tipo de necessidades predominantes na maioria da população brasileira.

Um outro exemplo da presença crescente de tecnologia de ponta no sistema de saúde pode ser encontrado na aparelhagem médica disponível, cujo aumento nos últimos anos teve reflexos diretos no quadro de importações. As importações de equipamentos e outros materiais médicos passaram de US\$ 78.6 milhões em 1977 para US\$ 98.8 milhões em 1979 [16]. Desse último total, US\$ 12.3 milhões foram isentos do imposto de importação, conforme previsto no Decreto n.º 76.063/75 [5].

O Brasil dispunha, em 1980, de 94 Bombas de Cobalto e de 37 Aceleradores Lineares. Esse último tipo de aparelho só deveria ser instalado em Centros Oncológicos de excelência, mas é pouco provável que o Brasil disponha de 37 Centros de Tratamento de Câncer que possam ser classificados como de excelência. O índice recomendado por especialistas, uma Bomba de Cobalto para um milhão de habitantes, já foi ultrapassado: a média em 1980 era de 1/911 mil.

O mesmo fenômeno repete-se com os Tomógrafos Computadorizados, o mais recente e fascinante avanço da tecnologia

médica na área de meios de diagnóstico. Entre 1975 e 1980, foram importados 45 desses aparelhos, dos quais 21 no último ano referido. Do total de tomógrafos, 14 são específicos para crânio (US\$ 600 mil cada) e 31 para tomografia de corpo inteiro (US\$ 1 milhão cada). Enquanto a França adota como norma a disponibilidade de um Tomógrafo para cada 5 milhões de habitantes, no Brasil, em 1980, essa relação era de 1/2,6 milhões, chegando a 1/1,6 milhão na região Sudeste, onde estão instalados cerca de 70% desses aparelhos [15].

Como 39 (86%) desses aparelhos pertencem ao setor privado, é evidente que devem produzir exames na quantidade necessária para, no mínimo, recuperar o capital investido. Pode ser válida a conclusão de que, para alcançar esse objetivo, sua utilização passe a desatender indicações técnicas mais seletivas, e o emprego de tomografias se vulgarize na obtenção de diagnósticos que poderiam ser alcançados por processos convencionais menos dispendiosos [55].

No campo da saúde, segundo Maxwell: "As principais decisões sobre consumo não são tomadas pelos consumidores, mas pelos produtores. É o médico quem decide que serviços iremos utilizar; eles são, pois, os principais determinantes de como os recursos são utilizados em todo o setor de saúde. A quantidade e qualidade dos serviços médicos tende a crescer até o ponto onde, no julgamento dos produtores, o benefício marginal de serviços adicionais é zero. Resumindo, quando médicos e hospitais são pagos por cada item de serviço, eles, sem dúvida, se perguntam se um item adicional irá beneficiar o paciente, mas não se perguntam se o mesmo paciente (ou a organização que paga a conta) gostaria de gastar seu dinheiro de outra maneira" [40]. O médico é solicitado a lidar com pacientes específicos e a oferecer toda a ajuda disponível na ciência médica, não importando o custo. Não seria justo culpar cada médico por escolher as tecnologias que lhe pareçam mais efetivas. O que é essencial é criar um sistema ou um mecanismo de escolha para o médico, que possa encorajá-lo a um uso socialmente mais eficiente dos recursos. O juramento hipocrá-

tico requer, rigorosamente, o que Maxwell chama de uma aplicação de recursos até onde o benefício marginal seja zero. Este princípio ético individual opõe-se aos objetivos sociais de aplicar os recursos a um dado paciente somente até o ponto onde o benefício marginal não seja menor do que na aplicação de recursos a todos os outros pacientes. Essa escolha deve ser feita pela sociedade não apenas com o objetivo, no caso menos relevante, de diminuir os gastos setoriais, mas principalmente tendo em vista a redução das desigualdades de acesso aos serviços de saúde. Um dos instrumentos de que dispõe o Governo para isso é o poder de decidir sobre a grande maioria dos gastos setoriais e sobre as formas e valores da remuneração dos produtores (profissionais de saúde, hospitais, etc.), em sua quase totalidade vinculados de alguma forma à previdência social.

Não será fácil induzir produtores e consumidores a oferecerem e procurarem serviços mais simples, ainda que eficazes, em substituição à conduta usual de utilizar, como rotina, recursos especializados, às vezes altamente sofisticados. O elevado consumo de serviços de alto teor tecnológico, que muitas vezes pouco ou nada acrescentam à saúde do paciente, deve-se também a um tácito entendimento entre médico e paciente. Isso é particularmente verdadeiro quando entre um e outro interpõe-se um terceiro interveniente que paga as despesas; no caso brasileiro esse personagem é o INAMPS [54].

Na rotina diária de muitos atendimentos ambulatoriais custeados pela previdência, o médico tende a subestimar o contato e o diálogo com o paciente, substituindo-os por baterias de exames de laboratório e outros atos complementares. Essa conduta tem várias causas. O fascínio pela sofisticação tecnológica, o sistema de remuneração a que estão vinculados, ou até mesmo as condições desfavoráveis de trabalho. As duas últimas contribuem para que o profissional muitas vezes queira livrar-se do paciente o mais depressa possível [54].

Os pacientes, por sua vez, são vítimas inconscientes da mitificação da alta tecnologia médica e do envolvimento do especialista pelos meios de comunicação de massa. Isso faz

com que passem a vincular a qualidade do atendimento que recebem à frequência, variedade e complexidade dos procedimentos de diagnóstico e terapêutica a que são passivamente submetidos e ao número de especialistas para os quais são encaminhados [54].

CAPÍTULO V — FONTES DE CUSTEIO PARA O FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE

Não são ainda visíveis perspectivas imediatas de mudanças na estrutura de custeio do sistema de saúde no Brasil. Os recursos para a assistência médica previdenciária, ao que tudo indica, continuarão a vir de taxas incidentes sobre os salários; os impostos gerais, por sua vez, continuarão a ser a fonte principal de financiamento dos programas do MS. Mudanças, particularmente no primeiro caso, poderiam ser oportunas. Substituir a alíquota sobre as folhas de salários pagos pelo empregador por uma taxa que penalize o faturamento bruto pode ser uma das formas, entre outras, de incentivar as empresas de mão-de-obra intensiva em uma época de crise na oferta de emprego.

As receitas do SINPAS estão previstas para crescer, de 1983 a 1985, a um nível de 3% ao ano. Entretanto, para os gastos totais em saúde está previsto um crescimento de 9,0% entre 1982 e 1983, passando, respectivamente, para 8 e 7% nos dois anos seguintes (Tabela III.2). O incremento dos recursos, presume-se, deverá vir do Tesouro (impostos gerais), já que com um crescimento de apenas 3% e pressionado pelos irredutíveis dispêndios com prestações pecuniárias é, no mínimo, improvável que o SINPAS possa contribuir de forma mais significativa para o crescimento do sistema.

A receita global do SINPAS, em 1981, foi da ordem de Cr\$ 1,369 bilhões (Tabela II.5). Os aumentos das alíquotas de contribuição verificados no começo de 1982 fizeram subir, em percentuais variados, a participação tanto dos empregados como dos empregadores, de forma que a receita do SINPAS em 1983, incluídas todas as suas fontes, deverá ser de Cr\$ 6.494 bilhões, projetada para crescer (3% ao ano) até Cr\$ 6.688 bilhões e Cr\$ 6.889 bilhões em 1984 e 1985, respectivamente. Assumindo, com otimismo, que 25% das receitas do SINPAS possam ser aplicadas em saúde, os fundos daquela fonte seriam de Cr\$ 1.623 bilhões, Cr\$ 1.672 bilhões e Cr\$ 1.722 bilhões para os anos de 1983 até 1985, todos estabelecidos em cruzeiros de 1983. Os recursos do Tesouro destinados à saúde, de acordo com as projeções do CNRH, crescerão 3% a partir de 1983, conforme consta da Tabela V.1. Quando estas estimativas são comparadas com os gastos projetados em saúde (coluna 5 da mesma tabela), verifica-se que os recursos provenientes do SINPAS e do Tesouro serão insuficientes, diante dos dispêndios previstos. Essa insuficiência teria de ser coberta por alocações oriundas de outras fontes, as quais teriam de destinar Cr\$ 202 bilhões em 1983, Cr\$ 318 bilhões em 1984 e Cr\$ 418 bilhões em 1985.

Em 25 de maio de 1982, o Governo Brasileiro criou o FINSOCIAL, que poderá gerar em 1983 cerca de Cr\$ 600 bilhões (US\$ 1,2 bilhão). Esses recursos são administrados pela SEPLAN, já que o BNDES, entidade gestora do FINSOCIAL, foi, por ocasião da criação do Fundo, transferido do âmbito do MIC para a área do Planejamento. A receita do Fundo tem origem na chamada "contribuição social" de 0,5% sobre a receita bruta das empresas públicas e privadas, que realizam venda de mercadorias, bem como das instituições financeiras e das sociedades seguradoras. Para as empresas públicas e privadas prestadoras de serviços, a contribuição é de 5% do imposto de renda devido. Para não perturbar a competitividade dos produtos brasileiros vendidos no exterior, a contribuição social não incide sobre a venda de mercadorias ou serviços destinados à exportação. A essa fonte — a contribuição social —

o Fundo poderá agregar ainda recursos orçamentários da União, o retorno de suas eventuais aplicações em forma de empréstimos, bem como outros recursos internos ou do exterior, compreendendo repasses e financiamentos. O FINSOCIAL, ou, mais precisamente, a contribuição social (art. 1.º do Decreto-Lei n.º 1.940, de 25 de maio de 1982), destina-se a custear investimentos de caráter assistencial em alimentação, habitação popular, saúde, educação e amparo ao pequeno agricultor [8].

Essa fonte adicional já começou a ser utilizada para a expansão de serviços básicos de saúde nas áreas rurais e periurbanas dos grandes centros, para o controle de doenças transmissíveis (sobretudo, malária, de Chagas, tuberculose, hanseníase, diarréias e evitáveis por imunização) e, ainda, para crescer a cobertura e melhorar a qualidade dos programas de distribuição de alimentos para a população carente e para os escolares (Tabela V.2), nos termos de propostas elaboradas pela SEPLAN e aprovadas pelo Presidente da República.¹ Es-

TABELA V.1

BRASIL: ESTIMATIVAS DE RECURSOS DO TESOURO E DO SINPAS PARA O SETOR SAÚDE — 1983/85

Anos	Fontes em Cr\$ Bilhões de 1983			Gastos	
	SINPAS (Saúde)	Tesouro (Saúde)	Finsocial e Outras	Cr\$ Milhões de 1983	US\$ Milhões de 1983
1983	1.623	295	202	2.120	6.0
1984	1.672	304	318	2.294	6.5
1985	1.722	313	418	2.453	7.0

Nota: Estimativas com base na Tabela III.2.

¹ De acordo com o art. 6º do Decreto-Lei nº 1.940 que criou o FINSOCIAL, a aplicação dos recursos será feita em programas e projetos elaborados segundo diretrizes estabelecidas pelo Presidente da República.

TABELA V.2

**BRASIL: RECURSOS ORIUNDOS DO FINSOCIAL POR ÁREA
— 1982/83^a**

(Em Cr\$ bilhões correntes)

Áreas	Total	1982	1983
<i>Total</i>	325,3	75,3	250,0
Alimentação e Nutrição	104,3	26,3	78,0
Escolares	...	14,4	...
Outros ^b	...	11,9	...
Serviços Básicos de Saúde	13,7	2,5	11,2
Controle de Doenças Transmissíveis	24,3	12,0	12,3
Doenças Endêmicas	12,0	12,0	—
Outras ^c	12,3	—	12,3
Assistência Farmacêutica	25,0	—	25,0
Outras Áreas	158,0	34,5	123,5

Fonte: E.M. SEPLAN n.ºs 426, de 13 de setembro de 1982, 662, de 1 de dezembro de 1982 e 62, de 13 de abril de 1983.

^a Até abril.

^b Gestantes, nutrízes e crianças menores de sete anos de famílias com renda mensal até dois salários mínimos.

^c Doenças diarréicas, tuberculose, hanseníase e evitáveis por imunização (sarampo, difteria, tétano, coqueluche e pólio).

pera-se que essa fonte seja utilizada para a ampliação dos programas sociais em geral e de saúde em particular. Não obstante, como o aumento da receita do SINPAS resultante de alteração no regime de contribuição em 1982 não foi suficiente para expandir recursos à assistência médica, e como o MS vem tendo sua participação gradualmente reduzida no orçamento da União, o FINSOCIAL corre o risco de ser uma fonte meramente substitutiva de recursos e não uma fonte adicional. Essa possibilidade, entretanto, não é considerada nas projeções do IPEA/CNRH.

CAPÍTULO VI — POLÍTICA DE SAÚDE

6.1 — Modelos de Sistema de Saúde

O pluralismo institucional do sistema de saúde brasileiro encontra modelos similares em diversos outros países. Os sistemas de assistência médica dependentes de seguro social, como o do Brasil, foram inicialmente implantados nas nações mais industrializadas da Europa, generalizando-se depois para todos os continentes, embora nos países em desenvolvimento abarquem, em geral, apenas um pequeno percentual da população nacional.

Basicamente, os diversos programas de assistência médica estabelecidos através de regimes de seguro social podem ser divididos em dois grandes grupos: os sistemas diretos, nos quais os serviços são prestados por pessoal e instalações pertencentes ao regime de seguro social, e os indiretos, em que o regime previdenciário utiliza os serviços de saúde já estabelecidos, em geral privados, mediante contratos ou acordos para que prestem atendimento aos seus beneficiários.

A América Latina [47] apresenta vários modelos. Em 18 países, há sistemas de serviço de saúde administrados pelo Ministério da Saúde, financiados por impostos gerais, paralelamente a serviços ligados à Previdência Social. Bolívia, Colômbia,

bia, Equador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana e Venezuela têm um ou mais Institutos de Seguro Social — financiados de forma exclusiva por contribuições pessoais de trabalhadores e empregados — que administram os serviços de assistência médica. No Chile, na Costa Rica e no Brasil o financiamento do sistema de previdência social inclui uma participação governamental,¹ inclusive através de impostos gerais (Chile) ou especiais, complementando as contribuições salariais. Na Argentina e no Uruguai há um grande número de órgãos de seguro social ou similares, organizados segundo a atividade sindical ou ação mutualista, ainda não unificados.

Em outros 12 países, o regime de seguro social não está diretamente comprometido com a prestação de serviços de saúde. No Canadá e em Cuba vigora o regime único de atenção à saúde, sendo que no primeiro há um seguro universal de saúde baseado em hospitais comunitários tradicionais e na prática individual de medicina, enquanto que no segundo o Estado é o financiador e executor exclusivo do sistema.

Bahamas, Barbados, Granada, Guiana, Jamaica, Suriname, Trinidad e Tobago, mais os países vinculados à França, Holanda e Inglaterra, contam com sistemas de saúde governamentais, pois a previdência social não se envolve com o setor; assim, à margem do subsistema de saúde pública, existem somente os serviços privados.

Nos Estados Unidos a prestação de serviços está, fundamentalmente, sob a responsabilidade do setor privado, mas cresce a presença federal com esquemas diretos e, principalmente, indiretos de cuidados às pessoas economicamente carentes e a determinados grupos da população (veteranos das forças armadas, índios, idosos).

¹ No Brasil, a União é responsável pelas despesas administrativas do sistema, inclusive pagamento de pessoal.

6.2 — Responsabilidades Institucionais

O Decreto-Lei n.º 200, de fevereiro de 1967, dispendo sobre a Reforma Administrativa, incluiu entre as atribuições do Ministério da Saúde a de formular a Política Nacional de Saúde [7]. As tentativas — pelo menos duas — no sentido de exercer essa atribuição não tiveram, por diferentes motivos, a indispensável eficácia. A primeira, em 1968, foi consubstanciada no chamado “Plano Nacional de Saúde”, que, entre outras mudanças substantivas no sistema de saúde, transferiria integralmente, ao setor privado, a responsabilidade da prestação de serviços médico-hospitalares, inclusive mediante a privatização da rede oficial, e ainda — se implementada — retiraria a assistência médica do âmbito da previdência social, situando-a no Ministério da Saúde.

A segunda tentativa em 1973 [14], não menos infrutífera, reiterava esse último objetivo, ou seja, de integrar no Ministério da Saúde todos os serviços e estruturas divididas entre esse Ministério e o MPAS.

Pouco tempo depois, o II PND (1975-1979) [17], propondo “... clara definição institucional do setor com base em mecanismos de coordenação que anulem imprecisões ou superposições de âmbitos de atuação”, definiu as áreas de atuação do MS e do MPAS, desacelerando, assim, quaisquer pretensões hegemônicas, ao atribuir ao primeiro, ‘... de caráter eminentemente normativo, uma ação executiva voltada para medidas e atendimentos de interesse coletivo...’, e ao MPAS uma “... atuação voltada, principalmente, para o atendimento médico-assistencial individualizado”. Essa divisão de atribuições manteve sua imprecisão com a Lei n.º 6.229, de 17 de junho de 1975, dispendo sobre o Sistema Nacional de Saúde [10].

A competência do MS, literalmente consignada no Decreto-Lei n.º 200/67, para formular a política de saúde sofreu substancial redução com a vigência da Lei n.º 6.118/74, que criou o Conselho de Desenvolvimento Social (CDS) [9]. Essa Lei revogou expressamente o Parágrafo 3.º do artigo 156 do De-

creto-Lei n.º 200, segundo o qual a assistência médica da previdência social subordinava-se à Política Nacional de Saúde. Essa decisão, se contribuiu para proteger a previdência social da recidiva de um possível, ainda que improvável, ímpeto hegemônico do Ministério da Saúde, privou a política do setor de um componente fundamental — a assistência médica —, seguramente o mais importante e complexo, tanto do ponto de vista do volume de recursos que absorve, como dos aspectos polêmicos envolvidos na sua organização.

A posterior promulgação da Lei n.º 6.229/75, embora reiterando a posição do MS como formulador da política, não alterou a restrição legal quanto à atenção médica. A essa limitação do MS associa-se outra, que é a incapacidade do órgão formulador de política em direcionar os recursos setoriais. Ainda que mantida a integralidade da Política Nacional de Saúde, conforme originalmente explicitado no Decreto-Lei n.º 200, a sua elaboração — no modelo brasileiro para o setor saúde — não configura, na prática, a efetividade que a letra dos textos legais apresenta.

Na medida em que a estrutura pluralista do Sistema Nacional de Saúde, legitimada com a Lei n.º 6.229, confiou competências específicas a vários Ministérios (MS, MPAS, MTb, MINTER e MEC) financeiramente mais poderosos (com exceção do MTb) do que a pasta da Saúde, a formulação da política setorial reduz-se, de fato, ao mero exercício intelectual de redigir diretrizes e normas, para cujo cumprimento a instituição elaboradora (MS) nem sempre dispõe de instrumentos coercitivos apropriados. Em outras palavras: na medida em que — para citar dois exemplos clássicos — a assistência médica e as ações de saneamento básico sejam custeadas respectivamente com recursos oriundos da contribuição previdenciária e do SFH, administrados de forma autônoma pelo MPAS e MINTER, a formulação da política setorial pelo MS dificilmente ultrapassará o campo da retórica.

Depois de mais de sete anos de vigência da Lei n.º 6.229, que representou a primeira tentativa formal de ordenação institucional do setor, poucos foram os progressos alcançados com

vistas a esse objetivo, em grande parte por força das imprecisões e dubiedades — e até mesmo impropriedades — do texto legal, agravadas pela não expedição de Decreto regulamentador.

Apesar dos esforços de articulação interinstitucional que vêm sendo realizados, através de órgãos colegiados e até mesmo mediante a proposição de programas comuns, a dicotomização mantêm-se, acarretando dificuldades na condução do SNS. A reconhecida falta de unidade de comando na condução da política setorial ainda não foi corrigida; assim, nem o Ministério da Saúde passou a exercer de fato a coordenação do setor, nem foi alterado o quadro institucional historicamente composto por múltiplas entidades federais, estaduais, municipais e privadas — que desenvolvem suas atividades quase que totalmente dirigidas ao mercado previdenciário, sem obediência a mecanismos eficazes de articulação.

6.3 — Mudanças no INAMPS

A maioria dos problemas do sistema de saúde brasileiro, identificados e resumidamente descritos neste documento, já é bem conhecida pelos diferentes níveis de governo. Algumas ações já estão em andamento para alterar o sistema, objetivando torná-lo mais eficiente, no sentido de reduzir os custos dos serviços oferecidos à população, e mais eficaz, de forma a estender sem desigualdades esses serviços a todos que deles necessitem.

Mudanças importantes estão ocorrendo no INAMPS desde fins de 1981, incluindo: um novo sistema de pagamentos para hospitais universitários que os remunere mais adequadamente no atendimento de pacientes previdenciários; restrições em hospitalizações eletivas nos hospitais privados; e prioridade aos hospitais do setor público e universitários, para a execução de exames e tratamentos mais sofisticados, de custo unitário elevado. O fato de que estejam em curso alterações significativas

iniciando um processo de transformações maiores no campo da saúde evidencia quão rapidamente evolui a política de saúde no Brasil. Medidas similares, dois anos antes, tinham sido consideradas inviáveis, levando ao arquivamento do PREV-SAÚDE (ver Subseção 6.3.3).

Em seus esforços para controlar custos, o INAMPS começou a experimentar formas alternativas de remuneração dos contratos com hospitais privados e a implantar limitações aos atendimentos e internações, os quais, com evidente liberalidade, vinham sendo rotulados como de emergência. A partir de 1981, a previdência social vem procurando limitar esses atendimentos de emergência a 15% do total nos hospitais e clínicas privados.

6.3.1 — O “Plano de Curitiba”

Em janeiro de 1981, no Paraná, a superintendência estadual do INAMPS iniciou em Curitiba um programa-piloto com vistas à melhor racionalização do uso dos serviços privados, redução das filas nas unidades do INAMPS e melhoria em geral do atendimento às necessidades básicas de saúde da população previdenciária.

O denominado “Plano de Curitiba” apresenta três aspectos principais: o primeiro refere-se basicamente à organização da rede de médicos autônomos, os quais, na condição de “credenciados”, atendem em seus consultórios privados a clientela encaminhada pelo INAMPS; o segundo diz respeito ao emprego de critérios mais seletivos de hospitalização, de forma a evitar internações de pacientes que poderiam ser tratados em ambulatório; finalmente, o terceiro aspecto inclui a implantação de um novo sistema de pagamento de contas hospitalares. Segundo esse novo processo, passou a ser pago a cada hospital privado um valor fixo por tratamento que executasse em paciente internado, independente do número de dias que durasse a hospitalização ou da quantidade de atos médicos que fossem realizados. Antes disso, o valor da conta hospitalar variava em função de inúmeros fatores, tais como o número de

dias de internação e a quantidade de medicamentos e de exames complementares, criando assim incentivos à multiplicação de atos nem sempre necessários. O novo sistema, ao contrário, estimula a redução do consumo, o que, obviamente, não está livre de distorções.

O plano, no entanto, tem potencialidades para reduzir bastante o número de pacientes que, como resultado de consultas, são encaminhados à hospitalização. De acordo com Alceni Guerra, ex-superintendente do INAMPS no Paraná, 85% dos pacientes de ambulatório tiveram seus casos resolvidos sem serem encaminhados a um outro nível de serviço e sem terem que retornar a uma longa fila de espera. As hospitalizações foram reduzidas em 30% no total e apenas 5% das consultas geraram internações, abaixo, portanto, da média brasileira de 6,5% em 1981 [34]. Uma avaliação preliminar em setembro de 1981 mostrou que o serviço tinha melhorado aos olhos dos usuários; 78% desses informaram que o serviço estava melhor, sendo que 93% dos entrevistados tinham sido atendidos por um médico em até 15 minutos após sua chegada nas clínicas objeto do estudo.

O “Plano de Curitiba” tem alguns pontos de semelhança com o Serviço Nacional de Saúde britânico, que é caracterizado pelo modelo de prática geral, com um mecanismo de encaminhamento entre os níveis primário (prática médica geral), secundário e terciário. Na Inglaterra, mais de 80% dos casos de doença que chegam ao Serviço Nacional de Saúde encontram solução junto ao clínico geral e menos de 2% dos casos de doença realmente requerem hospitalização.

A diferença principal do Plano de Curitiba com a forma de trabalho convencional do INAMPS é a substituição, no sistema de remuneração por US, por pagamentos globais a prestadores privados segundo um “procedimento” previamente identificado. O sistema de triagem nas clínicas do INAMPS coloca, em boa parte, a decisão a respeito de qual o tratamento apropriado nas mãos do médico-auditor do INAMPS, e não nas dos hospitais privados ou dos médicos para onde o paciente foi encaminhado. Se forem apresentados custos acima do que foi

pago pelo INAMPS, o hospital deve absorvê-los, o que, do ponto de vista oficial, acontecerá poucas vezes, pois na quase totalidade dos casos, segundo a mesma opinião, haverá lucro sem qualquer superfaturamento. Se, como diversos especialistas brasileiros sugerem, muitos testes, exames e serviços executados não são realmente úteis, este novo sistema de pagamento poderia reduzir os custos, mantendo, entretanto, a qualidade dos serviços, desde que o sistema de auditoria médica funcione de forma adequada.

Não se pode descartar a possibilidade de que as distorções que se espera corrigir sofram apenas mutações, assumindo novas formas. Por exemplo, em lugar de multiplicar o número de atos em cada paciente, o rentável passará a ser o oposto: efetuar o menor número possível para reduzir os gastos operacionais, tendo em vista que o valor a ser pago pelo INAMPS é fixo. Ademais, na nova modalidade, desloca-se a possibilidade de fraude para o campo do diagnóstico, pois procedimentos mais complexos continuam sendo melhor remunerados.

Em meados de 1982, não havia ainda evidência de que os custos por hospital para o INAMPS eram menores com o Plano de Curitiba. Isto se deu porque os pagamentos iniciais dos procedimentos feitos aos hospitais tomaram por base os valores mais elevados vigentes no regime anterior (US); essa aparente generosidade parece ter sido uma tática para quebrar resistência ao novo esquema. Mesmo assim, estava ocorrendo sensível diminuição do número de internações, possibilitando uma economia que certamente não deve ser desprezível. O problema está em saber se esta redução nas internações poderá ser mantida, ou se ela é apenas uma consequência passageira, típica de um período de transição durante o qual os prestadores de serviços tentam adaptar-se às novas regras.

Para o controle tornar-se respeitado, há que gerar consequências práticas que permitam corrigir os problemas detectados. O caso do Paraná é elucidativo. A rede hospitalar do estado é quase toda privada. Algumas casas de saúde apresentavam irregularidades praticamente constantes. O super-

faturamento, com a cobrança em excesso de diárias e outras distorções, repetia-se monotonamente. O máximo que ocorria era a identificação pelo INAMPS do seu prejuízo e a cobrança com fins de ressarcimento. A justificativa para a não rescisão dos contratos com esses hospitais é a impossibilidade de substituição no atendimento à população; notadamente no interior (e para certas especialidades nas grandes cidades), o hospital contratado é o único existente, além de haver o reconhecimento unânime de que o valor das diárias pagas pelo INAMPS é realmente reduzido, tornando o tratamento, apesar das fraudes, mais barato do que se prestado em um hospital próprio. Embora legalmente possível, o INAMPS — salvo em uma única oportunidade conhecida² — não interveio em hospital privado reincidente contumaz. Essa intervenção poderia ser transitória, até que o controle da empresa fosse entregue a outro grupo privado de reconhecida idoneidade, ou assumir caráter permanente.

6.3.2 — O INAMPS e os Serviços Básicos de Saúde

Uma característica peculiar do sistema de saúde brasileiro está no seu papel redistributivo. No caso dos recursos oriundos do Tesouro, esse papel está bem explícito na Tabela II.10, onde se pode constatar que o MS repassou em 1982 aos Estados das regiões mais pobres (Norte, Nordeste e Centro-Oeste) 71% dos recursos. A função redistributiva do INAMPS, já discutida neste documento, tem como principal mecanismo os seus convênios com as Secretarias Estaduais de Saúde, com vistas sobretudo ao custeio de serviços básicos de saúde.

A Tabela III.4 contém o número de estabelecimentos de saúde existentes em cada região e no Brasil em fins de 1981. Observa-se a nítida predominância do setor público no que respeita às unidades de atenção básica (PS, CS, UM e PAM),

² No início da década de 70 a previdência social assumiu o controle do Grupo Conceição, em Porto Alegre (RS), depois de constatadas irregularidades constantes e insanáveis.

invertendo-se a situação quando se trata da prestação de cuidados hospitalares para os quais a rede privada é majoritária, chegando a, por exemplo, uma relação de 3:1 na disponibilidade de leitos. Por outro lado, enquanto a rede de Postos de Saúde privilegia fundamentalmente as regiões mais desfavorecidas, a estrutura hospitalar privada e pública, em sua maioria, concentra-se nas regiões Sudeste e Sul.

Em 1973, dos 4.000 municípios brasileiros, aproximadamente metade não contava com médicos residentes (a maioria nas regiões Norte e Nordeste). Surpreendentemente, 175 municípios dos 570 do Estado de São Paulo, isto é, 31% deles, também não tinham médicos presentes [27]. Não é de se estranhar que exista uma maior correlação positiva entre o nível de renda e a existência de médicos ($r = + 0,78$), ao invés de entre população e médicos ($r = + 0,45$), quando se comparam as distribuições percentuais dessas variáveis, por região [42]. Na verdade, os médicos tendem a estabelecer-se nas localidades onde existam recursos financeiros disponíveis para comprar os seus serviços. Tentando contrabalançar as desigualdades de distribuição dos serviços médicos, programas como o PIASS passaram a promover a criação de serviços básicos de saúde nas cidades, vilas e povoados mais desprotegidos e, conseqüentemente, com um grande volume de necessidades não atendidas.

Inúmeros indicadores demonstram as diferenças entre o *status* de saúde das regiões ricas e pobres do Brasil. Um deles é a expectativa de vida ao nascer. No Nordeste, na época do Censo de 1970, a expectativa de vida, para o sexo masculino, era de aproximadamente 48 anos, enquanto para o sexo feminino, como na maioria das populações, era um pouco maior, situando-se em torno de 52 anos. Já no Sudeste, a expectativa de vida dos sexos masculino e feminino era de 60 e 64 anos, respectivamente. Os programas de atenção primária, que contribuiriam para eliminar certas causas de morte, tais como tuberculose, influenza, pneumonia, bronquite, moléstias diarréicas, outras doenças infecciosas e parasitárias e mortalidade materna, ajudariam a aumentar a expectativa de vida em aproxima-

damente 14 anos no Nordeste do Brasil e em seis anos no Sudeste.³

O INAMPS tem fornecido recursos para apoiar a rede básica de saúde⁴ que inclui aproximadamente 8.750 unidades, das quais 11% estão no Norte, 45% no Nordeste, 25% no Sudeste, 5% no Centro-Oeste e 14% no Sul (Tabela III.4). Esse esforço para redistribuir a oferta de serviços de saúde ainda não é suficiente, já que no Sudeste do País o número de consultas médicas *per capita* ainda é o dobro do registrado no Nordeste, por exemplo. A reorientação dos recursos financeiros, já analisada no Capítulo III, teria que ser baseada em maior ênfase nos cuidados primários, de forma a atender os problemas de saúde de maior prevalência, sobretudo no Nordeste. Um remanejamento dos recursos do INAMPS ao longo destas linhas poderia contribuir para aumentar a expectativa de vida no Nordeste e outras regiões deprimidas, pela redução da incidência das chamadas “doenças do subdesenvolvimento”.

6.3.3 — Administração das Políticas de Saúde Previdenciária

O mais recente e importante instrumento de mudanças substantivas na política de atenção médico-hospitalar do INAMPS é o “Plano de Reorientação de Assistência à Saúde, no âmbito da Previdência Social”, formulado pelo CONASP em agosto de 1982. Este conselho consultivo, vinculado ao MPAS e composto por representantes de sete Ministérios e de sete entidades de empregados e empregadores (inclusive um do Conselho Federal de Medicina), foi criado pelo Decreto n.º 86.329, em setembro de 1981. Nos termos do Decreto, o Conselho deve ser presidido por um médico de reconhecido

³ Estas estimativas não são baseadas diretamente em dados brasileiros com relação a causas de morte, mas numa coorte internacional relatada por Golladay e Liese [28] e numa revisão da equipe do Banco Mundial sobre problemas e políticas de saúde dos países em desenvolvimento.

⁴ PS, CS e UM.

prestígio profissional, nomeado pelo Presidente da República para um mandato de quatro anos [6].

As atribuições do CONASP incluem opinar sobre a organização da assistência médica, sugerir critérios de alocação de recursos, recomendar políticas ou modalidades de financiamento, analisar e avaliar a operação e o controle do sistema de assistência médica.

Antes mesmo da elaboração do Plano de Reorientação, o Conselho emitiu (dezembro de 1981) diretrizes com vistas à redução das despesas com atos médicos de alta tecnologia, como diálise renal, cirurgia cardiovascular, transplantes, tomografia computadorizada e medicina nuclear.

O Plano de Reorientação tem como pontos principais:

- prioridade à atenção primária e aos cuidados ambulatoriais;
- integração das diferentes agências públicas em um sistema único;
- eliminação da capacidade ociosa do setor público;
- fixação de limites orçamentários para a assistência médica;
- administração descentralizada dos serviços;
- reconhecimento da participação complementar do setor privado na prestação de serviços médicos;
- estabelecimento de critérios mais racionais nos programas do INAMPS;
- simplificação dos mecanismos de pagamento aos serviços prestados por outras agências, públicas e privadas, em decorrência de convênio ou contrato com a previdência social;
- racionalização na prestação de serviços altamente especializados e de tratamento médico no exterior; e
- implantação gradual da reforma no subsistema.

A assistência médica prestada pelo INAMPS é bastante complexa, envolvendo 10 diferentes modalidades, que abran-

gem desde as unidades ambulatoriais e hospitalares do próprio INAMPS até a concessão de subsídios a empresas que se responsabilizem pela assistência médica dos seus empregados e dependentes. Como todo esse subsistema cresceu de forma descoordenada e muito rápida, sobretudo nos anos 70, quando havia relativa abundância de recursos, nos dias de hoje as restrições na disponibilidade de recursos passaram a exigir uma maior seletividade na sua expansão e um melhor uso dos recursos existentes.

Essas medidas, via CONASP, tornam-se mais viáveis, reduzindo os riscos de confronto entre os diferentes interesses em jogo — produtores, consumidores e Governo —, embora a representatividade desses interesses não esteja eqüitativamente distribuída no CONASP, onde são majoritários os representantes do Governo. Mesmo assim, o Conselho é, no mínimo, um fórum apropriado para refletir os anseios e pontos de vista dos segmentos com representação minoritária.

Órgãos colegiados consultivos são, muitas vezes, não mais que interessantes fóruns de debates. No caso particular do CONASP, é necessário reconhecer que sua efetiva influência na conduta do INAMPS está bastante ligada a dois fatores importantes: o fato de o Presidente do Conselho ter forte respaldo político, não só do MPAS mas fora dele; e a sua simultânea condição de Presidente do INAMPS. A ausência, no futuro, de quaisquer dessas duas condições poderá alterar substancialmente o papel do CONASP, enfraquecendo-o. A exigência formal para ocupar a função de Presidente do CONASP — “notório saber e reconhecida experiência profissional” — só se torna conseqüente, em boa medida, porque complementada pelos dois fatores mencionados.

As proposições contidas no Plano reeditam, em boa medida, ainda que com outra roupagem, as diretrizes e o conteúdo fundamental do PREVSAÚDE [13], plano elaborado em 1979 e que propunha alterações substantivas, ainda que graduais, na política de saúde, mas que não teve êxito por força de diferentes pressões, tanto do setor privado como de alguns setores oficiais. Em 1979, ainda não se havia evidenciado pu-

blicamente a crise de recursos na previdência social, que levou o Governo, em 1981, a aumentar o valor das contribuições de empregados e empregadores. Medidas de austeridade encontravam pouca receptividade nos anos 70. Ainda predominava, no âmbito da previdência social principalmente, o clima de euforia proporcionado pela relativa abundância de recursos gerada no período de crescimento econômico experimentado pelo Brasil nos anos que antecederam a crise econômica mundial.

CAPÍTULO VII — QUESTÕES REMANESCENTES

O sistema institucional de prestação de serviços de proteção e recuperação da saúde tende, a médio e longo prazos, a ser *universalizado* em relação à clientela e *descentralizado* quanto às responsabilidades executivas. Em outras palavras, busca incorporar a totalidade da população brasileira, como beneficiária direta de subsistemas locais ou regionais, definidos de acordo com as respectivas peculiaridades.

O primeiro objetivo — a universalização — significa a concretização de uma tendência delineada pelo desenvolvimento da previdência social; o segundo requer, antes de mais nada, para ser alcançado, o consenso sobre o fato de que a descentralização será, por definição — em confronto ao seu oposto (a centralização) —, mais democrática, e os sistemas sociais concebidos sob sua ótica terão maior possibilidade de atingir a eficiência.

Não obstante, esses dois objetivos, ainda que alcançados, não asseguram por si sós uma distribuição mais equânime dos serviços entre os diferentes segmentos sociais. Ao contrário, podem perpetuar desigualdades. A ausência de regras gerais claras, centralmente estabelecidas, pode permitir políticas locais equivocadas, de caráter discriminatório, que obstaculizem a equalização do direito de acesso aos serviços, uma das vantagens, talvez a única, dos sistemas de saúde unificados de

comando vertical em países de grande extensão territorial e de contextos sociais e econômicos heterogêneos, como é o caso do Brasil.

A manutenção do quadro político-institucional brasileiro, caracterizado por uma democracia representativa liberal e por um regime de economia de mercado, e a influência de outros fatores que desenham o perfil cultural, político, social e econômico do País asseguram que o sistema de saúde brasileiro deverá conservar duas de suas características básicas:

- um papel crescente do Estado, particularmente no que diz respeito à sua responsabilidade no financiamento e no controle geral do sistema; e

- a presença do setor privado, para o qual o Estado continuará a delegar atribuições específicas, estabelecidas, no entanto, de forma mais precisa do que até agora.

O gasto crescente com o setor saúde não é, em princípio, intrinsecamente perverso. O aumento dos dispêndios nesta e em outras funções sociais de Governo decorre, muitas vezes, de pressões legítimas da população, que aspira por melhores níveis de bem estar e tende a copiar modelos de vida de sociedades afluentes hegemônicas. Ademais, a tendência do crescimento dos gastos *per capita* com saúde é universal, embora em ritmos diferentes, particularmente nos países de economia de mercado.

O problema deve preocupar-se, em um contexto de restrição de recursos, como o previsto para os próximos anos, esses dispêndios:

- deixarem de contribuir para melhorar o nível de saúde, porque eventualmente direcionados para prioridades equivocadas; e

- não influenciarem na melhoria do bem-estar nem ajudarem na minimização das tensões sociais, porque, embora mais caros, os serviços prestados não atendam, nos aspectos qualitativos e quantitativos, as aspirações de seus usuários e produtores.

O problema apresenta-se de forma mais nítida diante da estimativa [50] segundo a qual para se manter o nível da oferta atual de serviços de saúde até o ano 2000 seriam necessários investimentos (leitos hospitalares, ambulatorios, formação de recursos humanos, pesquisa e desenvolvimento institucional) da ordem de U\$ 2,3 bilhões por ano. Parece no mínimo difícil fugir a duas alternativas, não necessariamente excludentes: a definição de um modelo capaz de se ajustar a um novo contexto econômico, o que implicará alterações tanto nos hábitos de consumo da população como nas aspirações dos profissionais de saúde e dos empresários do setor, bem como a busca de novas fontes de financiamento considerando a exaustão do SINPAS como tal.

O aprimoramento do sistema de saúde deve ser buscado de forma persistente, sem contudo assumir riscos de alterações bruscas, quase sempre traumáticas, em um setor extremamente sensível a mudanças. Esse gradualismo, entretanto, não se confunde com timidez, e para ter eficácia deve referir-se apenas ao ritmo com que medidas previamente estudadas sejam implementadas com coerência e sem solução de continuidade. É preciso evitar que uma estratégia definida como gradual possa servir apenas para retardar opções que não mais podem ser adiadas impunemente, já que, a despeito de todo o esforço em desenvolvimento, persistem certos pontos críticos na política de saúde, alguns ainda carentes de estudos mais aprofundados. São os seguintes os mais importantes:

- a) permanência da desigualdade na distribuição de serviços de saúde entre regiões e diferentes grupos sociais;
- b) predominância, na assistência médica da previdência social, de formas de remuneração que podem conduzir a uma excessiva demanda de recursos;
- c) planos inadequados de formação de recursos humanos, particularmente em relação a médicos, dentistas e enfermeiras, com repercussões na distribuição geográfica desses recursos e em sua absorção pelo mercado de trabalho;

d) planejamento insuficiente para a expansão da rede de serviços básicos de saúde e de programas de alimentação e nutrição, em áreas rurais e urbanas, e ausência de clara e efetiva prioridade política para essas ações; e

e) inadequação da estrutura industrial e de importação de produtos farmacêuticos, equipamentos e outros materiais médicos.

ANEXO I**EVOLUÇÃO DE US\$ 1.00 EM RELAÇÃO A CR\$ 1,00**

Anos	Valor do Dólar em Cr\$ Correntes
1970	4,589
1971	5,280
1972	5,934
1973	6,126
1974	6,790
1975	8,127
1976	10,673
1977	14,144
1978	18,078
1979	26,818
1980	53,710
1981	95,704
1982	179,165
1983	352,650 ^a

^a Taxa de câmbio — média mensal — até abril.

ANEXO II

PROPORÇÃO DE CESARIANAS EM RELAÇÃO AO TOTAL DE PARTOS OCORRIDOS EM HOSPITAL, SEGUNDO AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR — 1981

Classes de Rendimento Mensal Familiar	% de Cesarianas
<i>Total</i>	30,9
Até 1 salário mínimo	16,7
Mais de 1 a 2 salários mínimos	22,2
Mais de 2 a 3 salários mínimos	27,6
Mais de 3 a 5 salários mínimos	36,3
Mais de 5 a 10 salários mínimos	45,9
Mais de 10 salários mínimos	57,6
Sem rendimento	21,5
Sem declaração de rendimento	42,2

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio, 1981 — Suplemento SAÚDE.

ANEXO III

POPULAÇÃO BRASILEIRA: TAXA DE URBANIZAÇÃO — 1950/80

Censos	1950	1960	1970	1980
População Total	51,9	71,0	94,5	119,1
População Rural	33,1	39,0	41,6	38,6
População Urbana	18,8	32,0	52,0	80,5
Taxa de Urbanização (%)	36,2	45,1	56,0	67,6

ANEXO IV

EVOLUÇÃO DAS DESPESAS DAS ENTIDADES DO SINPAS (MOEDA CORRENTE) — 1971/81

Anos	INPS		INAMPS		IAPAS		LBA		FUNABEM		SINPAS	
	Cr\$ Milhões	%	Cr\$ Milhões	%	Cr\$ Milhões	%	Cr\$ Milhões	%	Cr\$ Milhões	%	Cr\$ Milhões	%
1971	7.684	65,67	3.265	27,91	631	5,39	78	0,67	42	0,36	11.700	100,00
1972	11.437	67,99	4.436	26,37	808	4,80	97	0,58	44	0,26	16.822	100,00
1973	15.735	67,77	6.230	26,84	1.077	4,64	118	0,51	55	0,24	23.215	100,00
1974	22.990	68,16	8.943	26,51	1.583	4,69	147	0,44	68	0,20	33.731	100,00
1975	34.290	65,12	15.377	29,21	2.659	5,05	225	0,43	98	0,19	52.649	100,00
1976	56.625	62,41	28.657	31,59	4.959	5,47	303	0,33	179	0,20	90.723	100,00
1977	89.459	64,91	42.115	30,56	5.045	3,66	866	0,63	324	0,24	137.809	100,00
1978	140.149	65,87	63.422	29,81	6.894	3,24	1.683	0,79	614	0,29	212.762	100,00
1979	229.088	68,84	91.791	27,58	7.305	2,19	3.639	1,09	991	0,30	332.814	100,00
1980	464.415	68,02	186.773	27,35	20.236	2,96	8.738	1,28	2.652	0,39	682.814	100,00
1981	1.015.381	68,26	362.112	24,34	84.344	5,67	19.280	1,30	6.467	0,43	1.487.584	100,00

Fontes: Grupo de Custeio do MPAS para os dados até 1977. Balanços Gerais do FPAS e Balanços da LBA e da FUNABEM.

Nota: Os dados referentes aos exercícios anteriores a 1978 foram estimados com vistas a reconstituir a despesa do SINPAS, se existente a partir de 1971.

ANEXO V

BRASIL: ASSISTÊNCIA HOSPITALAR DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, POR REGIÃO — 1971/82

(Em milhares)

Assistência Hospitalar da Previdência Social												
Anos	Brasil		Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste	
	N.º de Hospita- lizações	% de Cober- tura	N.º de Hospita- lizações	% de Cober- tura	N.º de Hospita- lizações	% de Cober- tura	N.º de Hospita- lizações	% de Cober- tura	N.º de Hospita- lizações	% de Cober- tura	N.º de Hospita- lizações	% de Cober- tura
1971	2.932	3,1	67	0,1	428	1,4	1.690	4,1	608	3,5	139	2,6
1972	4.448	4,5	127	3,3	808	2,7	2.281	5,4	1.014	5,7	218	3,9
1973	4.719	4,6	140	3,5	797	2,6	2.410	5,6	1.154	6,4	218	3,8
1974	5.194	4,9	151	3,7	872	2,8	2.644	6,0	1.281	6,9	246	4,1
1975	6.649	6,2	167	3,9	1.100	3,4	3.462	7,6	1.584	8,2	336	5,3
1976	8.356	6,1	213	3,5	1.359	3,0	4.233	7,9	2.088	7,9	463	5,7
1977	8.617	6,1	224	3,4	1.456	3,1	4.410	8,1	2.036	7,2	491	5,8
1978	9.658	8,3	264	5,7	1.677	4,9	4.884	10,0	2.201	10,4	632	8,8
1979	10.571	8,8	310	6,5	1.858	5,3	5.251	10,1	2.415	11,1	737	9,9
1980	11.754	9,9	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
1981	13.194	10,8	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
1982	13.278	10,6	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

Fontes: FUNRURAL Boletim Estatístico, V.5 1978; INAMPS em Dados, 1978—1980; e INAMPS, Boletim Estatístico de Resumo de Movimento Nosocomial (DP—34).

Nota: Em 1982, dados estimados a partir dos serviços efetivamente realizados até o mês de novembro.

ANEXO VI

BRASIL: RECURSOS DESPENDIDOS EM CONTROLE DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS — 1978/82

(Cr\$ 1.000,00 correntes)

Títulos	Orgãos	1978	1979	1980	1981	1982
Controle de Doenças Transmissíveis		2.086.684	3.130.565	4.364.086	7.634.188	19.803.957
Controle das Doenças Evitáveis por Imuni- zantes	MS/SNABS	—	—	19.440	26.952	124.040
Ações de Vigilância e Estudos Epidemioló- gicas	MS/SNABS	9.000 ^a	10.700 ^a	9.510	33.202	16.659
Controle da Esquistossomose	MS/SUCAM	668.222	720.777	667.826	850.068	1.578.800
Controle da Doença de Chagas	MS/SUCAM	210.451	278.630	653.812	1.982.621	5.206.410
Controle da Febre Amarela	MS/SUCAM	84.414	120.963	411.418	— ^b	300.000
Controle da Malária	MS/SUCAM	770.815	1.265.325	1.952.158	3.242.336	8.859.631
Controle de Outras Endemias	MS/SUCAM	291.099	641.755	518.554	1.248.303 ^c	3.274.650 ^c
Controle das Doenças Evitáveis por Imuni- zantes	MS/FSESP	17.540	44.286	69.243	123.497	240.804
Controle de Doenças Transmissíveis	MS/FSESP	30.167	31.594	57.075	85.971	110.303
Operação do Sistema de Vigilância Epide- miológica	MS/FSESP	4.976	16.535	5.050	41.238	92.660

Fontes: Balanços Gerais da União, 1978—1981; e SEPLAN/SOF. Sistema de Acompanhamento de Créditos Adicionais: Quadro de Detalhamento da Despesa. Relatório 12, 1983.

^a Em 1978 e 1979 o título era "Implantação do Sistema de Vigilância Epidemiológica".

^b Em 1981, Controle da Febre Amarela estava englobado em "Controle de Outras Endemias".

^c Inclusive recursos Extra-Orçamentários (Cr\$ 105.888 mil para 1981 e Cr\$ 681.699 mil para 1982) alocados às diversas Endemias na SUCAM

ANEXO VII

MODALIDADES ASSISTENCIAIS DO INAMPS — SERVIÇOS PRODUZIDOS E GASTO EM 1981

Discriminação	Serviços Produzidos						Gasto	
	Consultas ^a		Internações		Serviços Complementares		Em Cr\$ Bilhões	%
	Em 1.000	%	Em 1.000	%	Em 1.000	%		
A) <i>Clientela Urbana (Total)</i>	209.649	87,1	10.778	81,7	178.895	93,6	319,2	93,1
— Serviços contratados	70.877	29,5	9.202	69,8	86.243	45,1	202,7	59,1
— Serviços próprios	63.519	26,4	215	1,6	30.682	16,0	67,2	19,6
— Convênios com Órgãos Governamentais (MS, SES, FSESP)	31.240	13,0	565	4,3	38.984	20,4	17,0	4,9
— Convênios com Empresas	21.841	9,1	508	3,8	16.140	8,5	12,6	3,7
— Convênios com Hospitais Universitários e de Ensino (MEC/MPAS)	4.462	1,8	179	1,4	2.830	1,5	8,1	2,4
— Convênios com Sindicatos URB	14.045	5,8	1	—	1.872	1,0	9,3	2,7
— Outros (Assist. Patronal)	3.665	1,5	108	0,8	2.144	1,1	2,3	0,7
B) <i>Clientela Rural (Total)</i>	30.999	12,9	2.415	18,3	12.157	6,4	23,5	6,8
— Convênios com Órgãos Governamentais	3.973	1,6	269	2,0	3.402	1,8	...	...
— Hospitais Universitários e de Ensino	523	0,2	38	0,3	536	0,3	...	...
— Sindicatos Rurais	18.924	7,9	23	0,2	2.964	1,5	...	...
— Outros (convênio FUNRURAL com Hospitais Filantrópicos, privados etc.)	7.579	3,2	2.085	15,8	5.255	2,8	...	...
Total Geral	240.648	100,0	13.193	100,0	191.052	100,0	342,7	100,0

Fonte: MPAS/INAMPS — Secretaria de Planejamento — INAMPS — Relatório Balancete Orçamento da Despesa 1981.

^a Inclui consultas médicas e odontológicas (médicas: 84% do total).

SIGLAS E ABREVIATURAS

ABEM	Associação Brasileira de Escolas Médicas
AMB	Associação Médica Brasileira
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
CDS	Conselho de Desenvolvimento Social
CEME	Central de Medicamentos
CNAE	Campanha Nacional de Alimentação Escolar
CNRH	Centro Nacional de Recursos Humanos
COBAL	Companhia Brasileira de Alimentos
CONASP	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
CPPG	Consolidação Plurianual de Programas de Governo
CS	Centro de Saúde
CVRD	Companhia Vale do Rio Doce
DATAPREV	Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
DNE	Divisão Nacional de Epidemiologia
DNER	Departamento Nacional de Estrada de Rodagem
DNOSS	Divisão Nacional de Organização de Serviços de Saúde
DPT	Difteria, Pertussis, Tétano

ELETROBRÁS	Centrais Elétricas Brasileiras S.A.
EM	Exposição de Motivo
FGV	Fundação Getúlio Vargas
FINSOCIAL	Fundo de Investimento Social
FPAS	Fundo de Previdência e Assistência Social
FUNABEM	Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor
FUNRURAL	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
GAP	Grupo Assessor Principal para o Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil
IAA	Instituto do Açúcar e do Alcool
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IGP/DI	Índice Geral de Preços/Disponibilidade Interna
INAE	Instituto Nacional de Assistência ao Educando
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
INPC	Índice Nacional de Preços ao Consumidor
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA	Instituto de Planejamento Econômico e Social
LBA	Fundação Legião Brasileira de Assistência
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MIC	Ministério da Indústria e do Comércio
MINTER	Ministério do Interior
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
MTb	Ministério do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPS	Organização Panamericana de Saúde
ORTN	Obrigação Reajustável do Tesouro Nacional
PAM	Posto de Assistência Médica
PETROBRÁS	Petróleo Brasileiro S.A.
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto

PLANASA	Plano Nacional de Saneamento
PNB	Produto Nacional Bruto
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PREVSAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PRONAN	Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
PS	Posto de Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos
RFFSA	Rede Ferroviária Federal S.A.
SEPLAN	Secretaria de Planejamento da Presidência da República
SESP	Fundação Serviços de Saúde Pública
SEST	Secretaria de Controle das Empresas Estatais
SFEE	Sistema Federal de Educação e Ensino
SIDERBRÁS	Siderurgia Brasileira S.A.
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SG	Secretaria Geral do Ministério da Saúde
SNABS	Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde
SNPES	Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SOF	Secretaria de Orçamento e Finanças
SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
TELEBRÁS	Telecomunicações Brasileiras S.A.
UM	Unidade Mista
US	Unidade de Serviço

BIBLIOGRAFIA

- [1] ABEL-SMITH, Brian. *Value for money in health services, a comparative study*. London, Heinemann, 1976.
- [2] AGUIAR, Nildo, et alii. A infecção hospitalar e o emprego de antibióticos: resultados de pesquisa no hospital de Ipanema. *Informe INPS: carta quinzenal*, Rio de Janeiro, 40:1-4, mar. 1976.
- [3] BRAGA, José Carlos de Souza, e PAULA, Sérgio Góes de. *Saúde e previdência: estudos de política social*. São Paulo, CEBES/HUCITEC, 1981.
- [4] BRASIL. CONASP. *Plano de reorientação da assistência à saúde no âmbito da Previdência Social*. Rio de Janeiro, 1982.
- [5] BRASIL. Leis, decretos, etc. Decreto 76.063, de 31 de julho de 1975. *Diário Oficial*, 7 de agosto de 1975. "Regulamenta os incisos III, IV, V, VI, VII, XI e XII do artigo 15 do Decreto-Lei 37, de 18 de novembro de 1966, e dá outras providências".
- [6] ———. Decreto 86.329, de 2 de setembro de 1981. *Diário Oficial*, Brasília, 3 de setembro de 1981. pt. I.

“Institui o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária — CONASP”.

- [7] ———. Decreto-Lei 200, de 25 de fevereiro de 1967. *Diário Oficial*, Brasília, 27 de fevereiro de 1967. Supl. “Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para reforma administrativa e dá outras providências”.
- [8] ———. Decreto-Lei 1940, de 25 de maio de 1982. *Diário Oficial*, Brasília, 26 de maio de 1982. pt. I. “Institui contribuição social, cria o Fundo de Investimento Social (FINSOCIAL) e dá outras providências”.
- [9] ———. Lei 6.118, de 9 de outubro de 1974. *Diário Oficial*, Brasília, 10 de outubro de 1974. pt. I. “Dispõe sobre a criação do Conselho de Desenvolvimento Social e dá outras providências”.
- [10] ———. Lei 6.229, de 17 de junho de 1975. *Diário Oficial*, Brasília, 18 de julho de 1975. pt. I. “Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde”.
- [11] BRASIL. MPAS. DATAPREV. *A previdência social brasileira*. Rio de Janeiro, 1980.
- [12] BRASIL. MPAS e MS. *Levantamento da capacidade de saúde instalada no setor público*. s. 1., 1980.
- [13] ———. *Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde: PREVSAÚDE*. Brasília, 1981.
- [14] BRASIL. MS. *Política Nacional de Saúde*. Brasília, 1973.
- [15] ———. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. DNOSS. *Encontro do equipamento médico-hospitalar*. Versão preliminar das conclusões do grupo 2. Brasília, 1980.

- [16] ———. *Levantamento do equipamento médico-hospitalar importado (1977/1979)*. Brasília, 1979.
- [17] BRASIL. Presidência. *II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND) — 1975/1979*. Brasília, 1975.
- [18] CORDEIRO, Hésio. *A indústria da saúde no Brasil*. Biblioteca de Saúde e Medicina, 11. Rio de Janeiro, Graal, 1980.
- [19] CROOK, B. Letter from Holland: postures new for cardiac surgery. *Brit. Med. J.*, London, 1:159, 1978.
- [20] DANIELS, M., e SCHROEDER, S. Variations among physicians in use of laboratory tests: relation to clinical productivity and outcomes of care. *Medical care*, 15: 482, 1977.
- [21] DONNANGELO, Cecília. *Modalidade de exercício profissional de medicina na grande São Paulo*. São Paulo, USP/Dept.º de Medicina Preventiva, s. d., "não publicado".
- [22] ECHEVERRI, Oscar. *Human resources in the Brazil urban health sector with special reference to São Paulo*. Washington, World Bank, 1981.
- [23] EVALUATION of laboratory tests. *British Medical Journal*, London, 282, 1994.
- [24] FISZBEJN, Élio. Alternativas no custeio médico-hospitalar. In: *Simpósio sobre Política Nacional de Saúde*, 3, Brasília, Câmara dos Deputados, 1982.
- [25] FUCHS, Victor. *Who shall live? Health, economics and social choice*. New York, Basic Book, 1974.
- [26] GENTILE DE MELLO, Carlos. *Saúde e assistência médica no Brasil*. São Paulo, CEBES/HUCITEC, 1977.

- [27] ———. *O sistema de saúde em crise*. São Paulo, CEBES/HUCITEC, 1981.
- [28] GOLLADAY, Fredrick, e LIESE, Bernhard. *Health problems and policies in the developing countries*. World Bank Staff. Working Paper, 412. Washington, World Bank, 1980.
- [29] GUIMARÃES, R. F. N. A eficácia do exame telerradiográfico de tórax como técnica de "screening" em população hospitalar. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 11(1):97-109, mar. 1977.
- [30] ———. *Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate*. 3.^a ed.; Rio de Janeiro, Graal, 1981.
- [31] HARTUNIAN, Nelson S., et alii. *The incidence and economic costs of major health impairments, a comparative analysis of cancer, motor vehicle injuries, coronary heart disease and stroke*. Lexington, Lexington Book, 1981.
- [32] HENDERSON, A. R., e GARDNER, M. D. Clinical chemistry laboratory productivity: a comparison between a Canadian and British teaching hospital. *Journal Clinical Patology*, 34(1):44-8, jan. 1981.
- [33] INAMPS. *Relatório gerencial de serviços produzidos*. Brasília, 1981.
- [34] ———. Superintendência Regional do Paraná. *Sistema de assistência médico-hospitalar da previdência social — SHAMPS: relatório geral*. Curitiba, s.d.
- [35] IPEA/IPLAN. *Consolidação Plurianual de Programas de Governo (CPPG), 1982-85*. Brasília, 1982.
- [36] JAMES, B. G. *The future of the multinational pharmaceutical industry to 1990*. New York, John Wiley, 1977.

- [37] KNIGHT, Peter T., e MORAN, Ricardo. *Brazil: poverty and basic needs series*. Washington, World Bank, 1981.
- [38] KNIGHT, Peter T., *et alii*. *Brazil: human resources*. Special report. Washington, World Bank, 1979.
- [39] LANDMANN, Jayme. *Evitando a saúde e promovendo a doença*. Série Saúde e Realidade Nacional, 1. Rio de Janeiro, Achiamé, 1982.
- [40] MAXWELL, Robert J. *Health and wealth, an international study of health-care spending*. Lexington, Lexington Book, 1981.
- [41] McCLENAHAN, J. L. Wasted x-rays. *Radiology*, 96:453, 1970.
- [42] McGREEVEY, W. P. *Brazilian health care financing and health policy, an international perspective*. Washington, World Bank, 1982.
- [43] NEUHAUSER, D., e LEWICKI, A. What do we gain from the six stool guial? *New England Journal Medicine*, London, 293(5):226-8, jul. 1975.
- [44] NITRINI, Dario. Médicos denunciam ociosidade nos hospitais da previdência. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 9 de maio de 1982.
- [45] NÚMERO de exames maior que consultas. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, 14 de maio de 1982, p. 15.
- [46] OIT, Genebra. *Brasil: Conclusiones y recomendaciones del proyecto*. Coord. por Peter Thullen. Ginebra, OIT/PNUD, 1981. (Previsión Social del Brasil. Política Social, BRAS/81/001).
- [47] OMS, Genebra, e OPS, Washington. *Coordinación entre los sistemas de seguridad social y salud pública*. Washington, 1977.

- [48] PINTO, Vitor G. *Saúde para poucos ou para muitos: o dilema da zona rural e das pequenas localidades*. Brasília, IPEA/IPLAN/CNRH, 1983.
- [49] POSSAS, Cristina. *Saúde e trabalho, a crise da previdência social*. Rio de Janeiro, Graal, 1981.
- [50] PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE NO BRASIL. *Distribuição do gasto do setor saúde por fontes de financiamento, Brasil, 1982: estimativas preliminares*. Trabalho elaborado pelo GAP do Acordo MS/MPAS/MEC/OPS. Brasília, 1982.
- [51] PROGRAMA DE INTERIORIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE E SANEAMENTO — PIASS. *Relatório de atividades e desenvolvimento do PIASS, de agosto de 1976 a setembro de 1979, Brasil*. Brasília, Secretaria Técnica/GEIN/PIASS, 1979.
- [52] RODRIGUES NETO, Eleutério. *Dados estatísticos*. Rio de Janeiro, INAMPS, 1983. "Informações pessoais".
- [53] SALLES FONSECA, Aloysio de. A crise da previdência social no sistema médico-hospitalar brasileiro. In: *Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, 3*, Brasília, Câmara dos Deputados, 1982.
- [54] VIANNA, Solon Magalhães. *Os programas de extensão de cobertura: limitações, dificuldades e riscos*. Conferência Nacional de Saúde, 7, de 24 a 28 de março de 1980. Brasília, IPEA/IPLAN/CNRH, 1980.
- [55] VIANNA, Solon Magalhães, e PINTO, Vitor Gomes. *A assistência médica da previdência social*. Mimeo. Brasília, IPEA/IPLAN/CNRH, 1981.

**SAÚDE PARA POUCOS OU PARA MUITOS:
O DILEMA DA ZONA RURAL
E DAS PEQUENAS LOCALIDADES**

A década de 70 presenciou um vigoroso esforço de desenvolvimento de ações de saúde na área rural. Nada mais oportuno e necessário.

Consideráveis avanços puderam ser obtidos como resultado de duas iniciativas independentes, inspiradas e alimentadas por instituições diferentes: de um lado, temos a expansão para o campo da gigantesca máquina da Previdência, reproduzindo ali os seus modelos urbanos de funcionamento; e, de outro, o PIASS, sintonizado com o mais recente pensamento da medicina social e dos organismos internacionais.

O confronto das duas experiências revela resultados curiosos e talvez mesmo inesperados. O PIASS é impecável em sua arquitetura, mas revela-se tosco na execução. Em que pesem a pureza e os atrativos de seu projeto inicial, tropeça nos ubíquos e teimosos problemas de operacionalização. Deixaram-se escapar falhas de implantação, permitindo que o sistema grave em torno de uma dinâmica própria que tende a negar alguns dos seus postulados iniciais, como, por exemplo, a desejada ênfase na prevenção ou a eficácia do trabalho ao nível das pequenas unidades locais.

Na outra vertente temos o INAMPS com o modelo hoje questionado até mesmo pelo CONASP: bem conhecemos as limitações intrínsecas ao sistema curativo convencional. Não

obstante, a experiência previdenciária de saúde rural revela um sistema com considerável plasticidade e potencial de redefinição. Principalmente a nível operacional, é sem dúvida saudável a busca de novas formas de funcionamento ou atendimento.

Neste ensaio, portanto, examina-se um sistema convencional e equivocado na sua concepção, mas de grande dinamismo. Essa situação contrasta com a outra, onde partimos de um excelente modelo, mas que, estando ainda em estágio de implantação, encontra-se às voltas com inúmeros problemas operacionais que vêm seriamente restringindo a materialização das suas intenções iniciais.

Em outras palavras, estamos diante de um mau modelo com uma práxis que tenta consertá-lo e um bom modelo ainda traumatizado pelas dificuldades da práxis.

CLAUDIO DE MOURA CASTRO

Com o objetivo de proporcionar serviços de saúde na zona rural e nas localidades de pequeno porte, o Brasil experimentou — até agora com reduzido sucesso — duas táticas principais de atuação: uma de atomização de recursos, sem um programa definido como suporte — a interiorização da saúde no modelo previdenciário; e outra de implantação de um programa de ações primárias de saúde a partir do nível central, com um insuficiente grau de coordenação institucional.

As lições maiores a serem aprendidas deste período, iniciado em 1971 com o FUNRURAL, provêm do nível de execução, de cada unidade local, onde algumas distorções (principalmente de formulação inicial) puderam ser corrigidas pelo esforço das equipes de trabalho, ao mesmo tempo em que muitos dos sonhos dos dois sistemas se esvaneceram, deixando como resultado palpável uma rede já extensa de centros, postos e hospitais, que não consegue modificar para melhor os padrões sanitários das populações a que atendem.

São 65 milhões de brasileiros (segundo o Censo de 1980) que vivem na zona rural, nas cidades de até 20 mil habitantes e nas vilas, constituindo um estrato populacional escolhido como alvo deste estudo não só em função de similaridades em suas condições de vida, como pelas possibilidades con-

cretas de interferência de um setor saúde que possui hoje uma estrutura de serviços essencialmente urbana.

Com um crescimento de apenas 0,8% ao ano entre 1970 e 1980, e sujeito a uma intensa migração interna, este grupo tem como características marcantes tanto um reduzido poder financeiro como uma débil condição de saúde. De fato, 71% das pessoas ocupadas em atividades agropecuárias, de extração vegetal e pesca tinham em 1980 rendimento de até dois salários mínimos, enquanto outros 17% não possuíam qualquer rendimento. Com as modificações ocorridas na estrutura de ocupação da terra no País, formas tradicionais de trabalho como a parceria e o arrendamento perderam nítida substância, ao mesmo tempo em que ocorria um ativo crescimento da categoria de trabalhadores "volantes" nos arredores das cidades, nas vilas e em acampamentos à beira das estradas que interligam as fazendas, em precárias condições sanitárias. Assim, a esperança de vida ao nascer, que entre os homens é de 58 anos na zona urbana, baixa para 55 anos na zona rural, em parte devido às grandes endemias e doenças transmissíveis que assolam basicamente o interior (por exemplo: 96% dos 197 mil casos de malária em 1981 ocorreram na região amazônica; há 5 milhões de pessoas infectadas pelo vetor da doença de Chagas na zona rural).

Para enfrentar este quadro, o sistema previdenciário chegou a efetuar 21 milhões de consultas médicas e 2,4 milhões de internações hospitalares em 1981 através de seu segmento rural. Na verdade, a previdência pode orgulhar-se de ter conseguido implantar (via FUNRURAL) uma estrutura mínima de saúde junto ao campo, fornecendo emprego a uma crescente mão-de-obra profissional que por esta forma alcançou um grau de interiorização nunca antes conhecido.

No entanto, acumulou inegáveis distorções, distanciando-se fortemente do setor de atenção urbana: em 1980, por exemplo, em internações hospitalares a previdência despendeu Cr\$ 1.079,00 por habitante urbano e somente Cr\$ 221,60 por habitante rural. Os pequenos hospitais desconectados das unidades ambulatoriais logo mostraram ser antieconômicos e

pouco eficazes, enquanto que uma gradativa compressão dos subsídios financeiros ocasionou (mormente após a criação do SINPAS) dificuldades de manutenção dos convênios ambulatoriais e restrições crescentes no acesso à hospitalização.

A linha de atenção rural da previdência desde 1978 é deficitária, tendo em 1981 arrecadado Cr\$ 139 bilhões e gasto 154 bilhões. Uma análise aprofundada sobre a estrutura de custeio indicou uma significativa defasagem na receita do imposto sobre a produção rural (2,5%, cobrado quando o produto entra no mercado) e na contribuição do empregador, concluindo ainda pela virtual exaustão da fonte principal, que é o imposto sobre a folha de salários de contribuição urbana (2,4%). O imposto sobre a produção rural arrecada cerca da metade do que deveria, em parte pelas deficiências da máquina fazendária do IAPAS e principalmente devido a quatro fatores que fogem à sua influência: a grande extensão da área agrícola, o significativo volume de produção concentrado nas pequenas propriedades, o consumo interno de alimentos na zona rural e o sistema oficial de isenções tributárias que favorece o setor primário da economia.

Não obstante, as proposições conhecidas de incremento da atual arrecadação (aumento de contribuições, fiscalização a cargo dos Estados, adoção de sistemática do ICM, taxaço da produção mineral, etc.) apresentam um patente grau de inviabilidade prática, reduzindo com isto as possibilidades de correção interna dos problemas existentes.

Já o Programa de Serviços Básicos de Saúde originou-se no PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento) em 1976, na tentativa do Poder Central para superar assintonias institucionais e inverter a estratégia de atuação de um setor que historicamente privilegiara um modelo de trabalho curativo sob responsabilidade principal privada. Com um total de quase 2.300 unidades de saúde incorporadas de forma a propiciar 9,3 milhões de consultas médicas com um gasto de Cr\$ 6,0 bilhões em 1981, a rede básica coordenada pelo Ministério da Saúde vive hoje uma difícil etapa de transição, na qual seu maior desafio está em comprovar sua eficiência e real utilidade para a população a que serve.

Considerando que o acesso à saúde significa não só a existência de serviços ao alcance da população, mas também adequação técnica e sua conseqüente incorporação aos hábitos de utilização desses serviços pela comunidade, pode-se dizer que apenas a primeira condição está satisfeita neste momento. A política de instalação compacta de unidades de saúde, com a intenção de mais tarde dedicar-se à melhora na qualidade de serviços, fez surgirem distorções como a pequena ênfase nas ações de saneamento, dificuldades na integração entre o Centro de Saúde e seus Postos satélites, permissão de indicação não técnica de Atendentes. A estes fatores juntaram-se problemas típicos da estrutura multiinstitucional vigente no setor saúde brasileiro, como uma temerosa e contida participação previdenciária, restrição estadual nos investimentos e custeio da rede e a longa espera por um PREVSAÚDE que não se concretizou.

Tornou-se claro que a simplicidade tecnológica e operacional do modelo de cuidados primários proposto é aparente, pois a estrutura tradicional que impera no setor saúde, ao forçar sua própria conservação, exige tanto uma mudança conceitual a nível de mando como um prazo suficientemente longo no qual se mantenham com firmeza uma política inovadora uniforme e uma alocação perene de recursos que privilegie os serviços básicos.

Com base na análise efetuada, propõe-se a estruturação de *uma só rede de serviços de saúde* para a zona rural e localidades de pequeno porte, com todas as unidades articuladas entre si (incluindo os Hospitais), sem diferenciação urbana e rural, exceto quanto às características epidemiológicas, apoiada na população local e implementada pelas unidades federais e seus municípios.

Detalha-se em conseqüência um elenco de medidas operacionais, prevendo fundamentalmente:

— integração das unidades da atual rede básica, do INAMPS e dos Estados sob comando único, com um grupo técnico ligado à CIPLAN a nível central e concentração de poder em um organismo ligado à Secretaria de Saúde estadual;

— consolidação orçamentária a nível estadual;

— aplicação de recursos adicionais da ordem de Cr\$ 250 bilhões a preços de 1982 ao longo de um prazo de quatro anos (Cr\$ 126 bilhões em assistência hospitalar, Cr\$ 95 bilhões em assistência ambulatorial, Cr\$ 28 bilhões em assistência odontológica, sendo que 59% de todos os recursos referem-se a custeio);

— incremento das fontes atuais de arrecadação;

— qualificação das unidades pertencentes à rede básica e à rede ambulatorial conveniada pelo INAMPS;

— nova modalidade de custeio da rede hospitalar, remunerando-a pela população total coberta (urbana e rural) com aprovação de orçamento anual;

— transformação dos hospitais de pequeno porte em unidades mistas;

— crescimento seletivo da capacidade instalada, substituindo unidades hospitalares física, ética ou financeiramente inadaptadas; e

— favorecimento de ações de saneamento básico, de odontologia e de complementação terapêutica e diagnóstica.

Um sistema de saúde destinado aos trabalhadores rurais das pequenas ou das grandes propriedades? Aos colonos do Sul, aos peões do cacau, aos pescadores, aos indígenas ou aos "volantes"? Ou, ainda, às suas famílias e aos moradores das pequenas e médias localidades interioranas cuja economia está fundamentalmente ligada à produção agropecuária?

São mais de 60 milhões de pessoas que, apesar das marcadas diferenças que as identificam e por vezes separam, têm em comum a convivência freqüente com a doença e com a morte prematura, coincidindo com o difícil acesso a uma precária e insuficiente rede de serviços de saúde.

A resposta para estas dúvidas começa pela aceitação de que a insistência em um plano único de saúde (que em geral é tipicamente urbano), regido pelo nível central — como pretendeu, sem êxito, o FUNRURAL, por exemplo —, não é compatível com a extensa zona rural brasileira. Conquanto não existam dúvidas quanto ao caráter universal de muitas ações de saúde, é certo que as necessidades específicas de cada agrupamento humano, em especial no campo, só podem ser bem resolvidas a partir da liberdade de definição local das prioridades de trabalho e dos seus mecanismos de execução.

Este estudo está estruturado com vistas a, inicialmente, conhecer e entender a situação vigente no País em relação a

quatro fatores principais: a população e suas condições de trabalho e de vida, a oferta de serviços de saúde, os recursos alocados e o modelo de financiamento. Sobre este alicerce, surge uma proposição de um sistema de saúde para a zona rural, cidades de até 20 mil habitantes e vilas, incluindo desde o desenho da concepção geral que rege o modelo sugerido, até um elenco de medidas concretas acompanhado dos respectivos custos e da exposição das fontes de custeio possíveis ou viáveis.

A ação institucional desenvolvida pelos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social e pelas Secretarias Estaduais de Saúde (principalmente através dos programas na linha "FUNRURAL" e "PIASS") é enfatizada por se constituir no determinante maior de interferência sobre o quadro sanitário das populações interioranas.

2.1 — População-Alvo

Não há como isolar a população rural e particularizar-lhe um sistema de saúde, face à estreita relação de interdependência mantida especialmente com os núcleos urbanos de menor porte, nos quais reside parcela considerável da mão-de-obra agrícola e se localiza a quase totalidade das unidades de atenção médica e odontológica disponíveis.

Para efeitos deste estudo, define-se como alvo prioritário o contingente populacional em situação de *domicílio rural*¹ — 39,1 milhões de pessoas —, mas a ele agregam-se cerca de 16 milhões de moradores urbanos das *idades de até 20 mil habitantes* e outros 9,4 milhões de moradores urbanos das *vilas*, num total de 64,5 milhões de brasileiros, segundo o Censo Demográfico de 1980, como está explicitado na Tabela II.1.

Mesmo que se mostre difícil estabelecer contornos exatos para este grupo (parte dos rurícolas, por exemplo, vive em municípios mais populosos e utiliza-se dos serviços aí oferta-

¹ De acordo com a FIBGE, a *situação urbana* inclui as áreas correspondentes às cidades (sedes municipais), às vilas (sedes distritais) ou às áreas urbanas isoladas. A *situação rural* abrange toda a área situada fora desses limites, inclusive os aglomerados rurais (povoados, arraiais).

TABELA II.1

POPULAÇÃO RECENSEADA COM DOMICÍLIO NA ZONA RURAL, NAS CIDADES DE ATÉ 20 MIL HABITANTES E NAS VILAS, POR REGIÃO — BRASIL, 1980

População e Localidades

País e Região	Zona Rural—População	Zona Urbana				Total (População—Alvo)
		Cidades de até 20 Mil Habitantes		Vilas		
		Nº. de Cidades	População	Nº. de Vilas	População	
<i>Brasil</i>	39.137	3.495	15.990	4.084	9.441	64.568
Norte	2.926	134	662	173	233	3.821
Nordeste	17.459	1.265	5.418	1.125	2.199	25.076
Sudeste	9.030	1.175	5.554	1.333	5.541	20.125
Sul	7.226	620	2.956	1.171	1.131	11.313
Centro-Oeste	2.496	301	1.400	282	337	4.233

Fonte: SINOPSE PRELIMINAR DO CENSO DEMOGRÁFICO — IX Recenseamento Geral do Brasil, 1980. Vol. 1, Tomo 1, n.º 1. SEPLAN-FBGE, 1981.

dos), a inclusão das pequenas localidades — mantendo a estrutura agrícola e pecuária como núcleo de referência — parece aproximar-se melhor tanto das condições de vida vigentes no interior da nação como das possibilidades de interferência do setor saúde.

No total, representa 53% da população recenseada em 1980, variando sua participação de 63% no Norte para 71% no Nordeste, 38% no Sudeste, 58% no Sul e 55% no Centro-Oeste, constatação que reforça o caráter social da tentativa de privilegiar um público que, coincidentemente, está composto pelas faixas de menor capacidade econômica.

Se examinarmos o crescimento quantitativo (Tabela II.2) do conjunto da população nacional, e especificamente das

TABELA II.2

POPULAÇÃO RECENSEADA EM CIDADES E VILAS E NA ZONA RURAL E SEU CRESCIMENTO RELATIVO — BRASIL, 1970 E 1980

Situação da Moradia	Localidades — Número		Crescimento Per- centual	População (em mil pessoas)		Crescimento Per- centual
	1970	1980		1970	1980	
a. Vilas ^c	3.877	4.084	5	5.364	9.441	76
b. Cidades de até 20 Mil Habitantes ^a	3.449	3.495	-4	13.087	15.990	22
c. Zona Rural	—	—	—	41.054	39.137	-5
d. Subtotal — a + b + c (população-alvo)	—	—	—	59.505	64.568	8
e. Cidades com Mais de 20 Mil Habitantes ^a	303	496	64	34.207	55.323	62
f. Todas as Cidades ^a	3.952	3.991	1	47.294	71.313	51
g. Brasil ^b	—	—	—	93.139	121.150	30

Fonte: IBGE, *Anuário Estatístico do Brasil*, 1981.

^a População urbana.

^b População total recenseada, incluindo aglomerados urbanos.

idades e vilas e da zona rural entre 1970 e 1980, veremos que os maiores ganhos cabem às grandes metrópoles. No entanto, é curioso observar que a perda sofrida pela zona rural em parte beneficiou as vilas, cuja população cresceu 76% no período, passando de uma concentração de 1.383 habitantes/vila em 1970 para 2.311 em 1980, possível consequência do incremento do trabalho "volante". No conjunto, como mostra a Tabela II.2, a população considerada como objetivo deste trabalho experimentou o reduzido incremento de 8,5% no período, reforçando internamente a tendência geral à urbanização verificada no País.

É interessante observar, ainda, o intenso movimento migratório verificado no Brasil na última década.

Estimativas feitas no IPEA [13] indicam que entre 1970 e 1980 houve um ganho líquido migratório de 915 mil pessoas para o Norte, de 736 mil pessoas para o Centro-Oeste e de 2,5 milhões para o Sudeste, às custas de perdas da ordem de 2,2 milhões de pessoas do Nordeste e de 2,0 milhões do Sul.

Mesmo que as grandes áreas urbanas, como São Paulo, por exemplo, retenham a maioria dos migrantes internos, aumentos populacionais como os verificados em Rondônia, Pará e Mato Grosso estão fortemente relacionados aos projetos de exploração agrícola e mineral aí existentes.

2.2 — Atividade Econômica

O estudo da estrutura econômica da zona rural conduz-nos inevitavelmente ao encontro de um verdadeiro exército humano de reduzido poder aquisitivo, que, em parte, mas cada vez em maior número, tenta viver às custas de ofertas eventuais de trabalho, que, no entanto, só permitem sua manutenção ao nível da mera subsistência.

Uma fração do problema está exposta na Tabela II.3: 49% da população economicamente ativa (PEA) rural têm rendimentos de no máximo um salário mínimo (SM) mensal e 71% ganham no máximo dois SM, enquanto outros 17% simplesmente não têm rendimentos. De acordo com os dados preliminares do Censo Agropecuário de 1980, existem 21,1 milhões de "pessoas ocupadas" na lavoura e na pecuária, no País. Em relação à PEA rural (13,1 milhões de pessoas), há um excedente de 8 milhões de "ocupados" aparentemente também não remunerado e que funciona como mão-de-obra auxiliar para, com seu trabalho, viabilizar a obtenção dos reduzidos salários pelo contingente remunerado.

Outra fração começa a ser identificada na Tabela II.4, onde é referida a existência de 5,6 milhões de autônomos no trabalho rural. Tudo indica que tal categoria, em boa parte constituída

TABELA II.3

POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA EM ATIVIDADES AGROPECUÁRIAS, DE EXTRAÇÃO VEGETAL E PESCA, POR RENDIMENTO MÉDIO MENSAL — BRASIL, 1980

Classe de Rendimento Médio Mensal	Nº. (Em 1.000 Pessoas)	%
PEA Rural — Total	13.109	100,0
Até 1/2 Salário Mínimo (SM)	2.443	18,6
Mais de 1/2 até 1 SM	4.025	30,7
Mais de 1 até 2 SM	2.857	21,8
Mais de 2 até 5 SM	1.123	8,6
Mais de 5 SM	425	3,2
Sem Rendimento	2.203	16,8
Sem Declaração	33	0,3

Fonte: IBGE, *Anuário Estatístico do Brasil*, 1981.

TABELA II.4

PEA EM ATIVIDADES AGROPECUÁRIAS, DE EXTRAÇÃO VEGETAL E PESCA, POR SUA OCUPAÇÃO PRINCIPAL — BRASIL, 1980

Ocupação	Número de Pessoas	%
PEA Rural — Total	13.109	100,0
Empregados	4.894	38,4
Autônomos	5.601	42,7
Empregadores	378	2,9
Não remunerados	2.203	15,8
Sem declaração	33	0,2

Fonte: IBGE, *Anuário Estatístico do Brasil*, 1981.

pelos trabalhadores conhecidos como "volantes", é bem mais numerosa.

A tradicional agregação do camponês às fazendas, característica dominante da colonização brasileira desde o descobrimento, sofreu radical transformação a partir dos anos 60, quando surge a figura do "volante": "com a sua implantação vertiginosa, a história da agregação, que perdura por quatro séculos, modificou-se completamente em 20 anos. Hoje a população rural é menor que a população urbana, e uma parcela bem ponderável de trabalhadores rurais vive nos subúrbios das cidades, vilas e lugarejos à beira das estradas que interligam as fazendas" [4].

Os "volantes" (bóia-frias, peões, clandestinos, etc.) residem fora das fazendas e deslocam-se continuamente para executar tarefas em regime de empreitada ou como diaristas nas áreas rurais. Dispõem apenas da própria força de trabalho para vender e não obtêm vínculo de emprego. Sua remuneração, embora por vezes exceda à dos trabalhadores permanentes, termina na realidade sendo inferior por não incluir os encargos sociais, condição esta facultada pelo Estatuto do Trabalhador Rural, que não considera o trabalho volante em regime de tarefa por empreitada como forma de emprego assalariado, permitindo aos empregadores liberarem-se das obrigações trabalhistas.²

Não é sem razão que somente 13% dos trabalhadores em atividades agrícolas tinham carteira de trabalho assinada em 1979, conforme dados do Anuário Estatístico de 1981.

Já a Fundação IBGE, em tabulação especial do Censo Demográfico de 1970, constatou que 27% da PEA rural de São Paulo residiam na zona urbana, e o mesmo ocorria com um índice de 13% em Pernambuco e 14,5% em Goiás. O auxílio da família, para que o volante cumpra com a tarefa diária que lhe é cometida, é usual, não sendo raro encontrar nos canaviais nordestinos ou nos cafezais do Sul crianças de oito

² Para maiores informações a respeito do trabalho volante, consultar Gonzales e Bastos [7], Russomano [18], Moraes Filho [14] e Brasil, MPAS [4].

ou 10 anos labutando na colheita. Estimativas não oficiais [11] apontam a existência de cerca de 6,8 milhões de "bóias-frias" no País, utilizados principalmente pelas agroindústrias e pelos latifúndios (apesar da intensa mecanização da agricultura, várias colheitas, como de cana-de-açúcar, café, algodão, hortaliças, por exemplo, exigem a mão humana), mas também pelos minifúndios produtivos como as colônias ao Sul.

Uma terra predominantemente tomada por lavouras temporárias e por minifúndios improdutivos favorece esta situação. Em 1980, de uma área total de 370 milhões de hectares, 49,2 milhões eram constituídos de lavouras, das quais apenas 10,5 milhões de hectares eram permanentes e os demais 38,7 milhões temporários. Dos estabelecimentos rurais, 10% (537.619 estabelecimentos com mais de 100 hectares em 1980) detinham 80% da área total disponível.

Nesta senda, formas de trabalho como a parceria (meia, terça, etc.) e o arrendamento perderam nitida substância, diante da crescente mecanização da agricultura, da forte migração interna e do aumento de influência das grandes empresas rurais e dos latifúndios, que viabilizam a prática de culturas extensas dirigidas à exportação [4]. Dados do INCRA de 1978 [8] mostram que, de um total de 3,1 milhões de imóveis cadastrados (com 401 milhões de hectares), apenas 122 mil eram explorados em parceria (com 4,6 milhões de hectares) e 88,5 mil por arrendamento (com 11,6 milhões de hectares).

2.3 — Quadro Epidemiológico

O principal determinante do estado de saúde de uma população é o seu nível de renda. Somente parte das soluções encontram-se nas mãos do setor saúde, o qual, no entanto, detém o poder de agravar ou de reduzir os males que afligem os diversos estratos populacionais na medida em que atue — dentro dos seus limites — correta ou incorretamente.

A população rural e das pequenas localidades, caracterizada por uma reduzida renda *per capita* e contando com uma insuficiente e pobre estrutura de serviços sanitários, não tem, conseqüentemente, como apresentar um quadro epidemiológico favorável.

Conquanto não se disponham de estatísticas individualizadas para as diferentes áreas urbanas e para a zona rural, há um volume suficiente de indicadores que permitem estabelecer com clareza as diferenças nos padrões de saúde de populações com melhor ou pior situação econômica no País.

A Tabela II.5 nos dá o percentual de óbitos em menores de um ano e na faixa de 65 a 79 anos para 2/3 dos municípios brasileiros em 1979 (707.378 óbitos informados). As regiões Norte e Nordeste, mesmo considerando-se a ausência de dados precisamente dos seus municípios menores e mais carentes, destacam-se negativamente pela exagerada contribuição relativa da mortalidade infantil: 1/3 dos óbitos ocorrem nesta faixa. Já nas regiões mais desenvolvidas (Sul e Sudeste) as posições se invertem, e os óbitos entre idosos já superam os da infância.

A Tabela II.6, referente aos municípios das capitais, mostra-nos sensíveis diferenças na estrutura regional da mortalidade por causas, principalmente no que respeita à maior prevalência das "doenças infecciosas e parasitárias" nas regiões economicamente deprimidas e das doenças crônicas no Sul e Sudeste.

A esperança de vida ao nascer, que em 1980 era, nos homens, de 56,3 anos e, nas mulheres, de 62,8 anos no País, alcançava, respectivamente, 57,5 e 64,1 anos na zona urbana, reduzindo-se para 54,6 e 61,0 anos na zona rural. De acordo com estudos do INAN/FINEP/FIBGE, feitos a partir dos dados do ENDEF, a desnutrição atinge 66% das crianças de um a cinco anos residentes na zona rural e 58% na zona urbana no Nordeste; no Rio de Janeiro e em São Paulo esta relação era de 52% na zona rural para 38% na zona urbana.

As grandes endemias, que assolam o interior da Nação, vêm-se expandindo na rota do movimento migratório interno e dos projetos de penetração territorial. A malária tem encon-

TABELA II.5

MORTALIDADE PROPORCIONAL DE MENORES DE UM ANO E DO GRUPO DE 65 A 79 ANOS, SEGUNDO O NÚMERO DE MUNICÍPIOS COM ÓBITOS INFORMADOS, POR REGIÕES, NO BRASIL, EM 1979

Regiões	Óbitos em Menores de um Ano	Óbitos Entre 65 e 79 Anos	Nº. de Municípios com Óbitos Informados	Nº. Total de Municípios
	(% em relação ao total, na região)			
Norte	33,3	15,5	91	153
Nordeste	34,4	17,8	582	1.374
Sudeste	22,4	23,3	1.410	1.410
Sul	19,6	25,2	522	719
Centro-Oeste	23,5	18,3	37	334
Brasil	25,8	21,8	2.642	3.990

Fonte: Ministério da Saúde/DNE—SNABS, 1982.

TABELA II.6

MORTALIDADE PROPORCIONAL SEGUNDO GRUPOS DE CAUSAS, NAS CAPITALIS — TODAS AS IDADES — BRASIL, 1979

Regiões	Causas da Mortalidade [em %] ^a				
	Doenças do Aparelho Circulatorio	Doenças Infecciosas e Parasitárias	Tumores	Doenças do Aparelho Respiratório	Causas Externas ^b
Norte	20,0	27,7	8,6	9,3	11,0
Nordeste	25,2	23,2	8,3	10,6	9,2
Sudeste	35,5	8,5	12,5	11,0	10,2
Sul	35,0	8,1	14,5	11,3	10,5
Centro-Oeste	22,0	15,3	9,4	11,3	16,1
Brasil	31,2	13,6	11,3	10,8	10,4

Fonte: Ministério da Saúde/DNE—SNABS, 1982.

^a Exceto os óbitos sem assistência médica e por causas mal definidas.

^b Acidentes, homicídios e suicídios.

trado campo propício nos precários acampamentos da região amazônica junto às novas rodovias, hidrelétricas, projetos de colonização e de exploração mineral (Tucuruí, Serra Pelada, áreas de fronteira, Rondônia, etc.), onde sem possibilidades de controle convivem pessoas sãs com os transmissores da doença e portadores de gametócitos. De acordo com Agostinho Marques [12], de 28 mil casos de malária ocorridos no Acre, Amazonas, Pará e Maranhão em 1974, a metade foi transmitida na Rodovia Transamazônica; entre 1971 e 1974 as três rodovias em construção no Pará (Transamazônica, Cuiabá—Santarém, Perimetral Norte) deram origem a 18 mil casos; das 942 ocorrências verificadas em 1977 em São Paulo, 45% foram em migrantes provenientes das áreas de colonização agropecuária do Mato Grosso, 39% em migrantes do Pará e Rondônia e os demais vindos do interior de Goiás, Maranhão, Amazonas, Acre, Roraima e Amapá.

Na verdade, registraram-se 189.319 casos de malária na região amazônica e 7.830 no restante do País em 1981, enquanto que em 1978, por exemplo, ocorreram, respectivamente, 105.600 e 9.481 casos.

Já a doença de Chagas tem uma área de transmissão que vai do Piauí ao Rio Grande do Sul, penetrando pelo interior do Mato Grosso do Sul e de Goiás, atingindo 13 Estados, com cerca de 5 milhões de pessoas infectadas pelo *Trypanosoma Cruzi* na área rural.

A esquistossomose, com aproximadamente 5 milhões de portadores no País (estima-se que 40 milhões estejam sob risco de contágio face à presença do molusco transmissor em quase todos os Estados), ocorre principalmente nas áreas mais quentes e úmidas do interior do Nordeste e do Sudeste.³

O bócio endêmico aumentou sua prevalência, no prazo de 20 anos (entre os inquéritos nacionais de 1955 e 1975 feitos pela SUCAM), exatamente nas regiões Norte e Nordeste, atin-

³ Para maiores detalhes sobre doenças endêmicas, ver MS/SUCAM, *Relatórios Anuais*, 1980 e 1981.

gindo em média 14% da população, com Índices muito elevados em Rondônia (31%), Bahia (33%) e Minas Gerais (29%).

Algumas razões adicionais podem ser identificadas através do exame das condições de saneamento básico vigentes no Brasil em 1970 e 1980, como mostra a Tabela II.7. As melhoras verificadas na zona rural são virtualmente nulas, não obstante se saiba que o acesso à água potável e a adequada destinação de dejetos sejam, também, fatores essenciais para uma vida saudável.

TABELA II.7

**DOMICÍLIOS COM SERVIÇOS DE SANEAMENTO BÁSICO,
EM 1970 E 1980, NO BRASIL**

(Em milhares)

Serviços de Saneamento	Anos	Brasil	Zona Urbana	Zona Rural
a. Com Rede Geral de Abastecimento d'água	1970	5.784	5.592	192
	1980	14.073	13.811	262
b. Com Instalação Sanitária da Rede Geral ou com fossa Séptica	1970	4.684	4.539	145
	1980	10.966	10.459	507
c. Sem Instalação Sanitária	1970	6.954	7.483	5.471
	1980	6.019	1.304	4.715

Fonte: IBGE, *Anuário Estatístico do Brasil*, 1981.

Pode-se afirmar que é o ambiente e a forma de vida de uma coletividade — determinados especialmente por sua condição econômica e, no campo, pela estrutura de distribuição e posse da terra — que condicionam a presença dos serviços de saúde. Estes fatores, somados à diversidade de situações encontradas dentro da grande extensão territorial brasileira, explicam com nitidez o caráter local das ações de saúde. Já

a maneira mais apropriada de intervenção prática surge como consequência da identificação epidemiológica de cada comunidade, estabelecendo então os limites e as possibilidades específicas do trabalho setorial.

3.1 — Disponibilidade Geral de Serviços de Saúde

Tradicionalmente, a responsabilidade pela oferta de serviços de saúde, seja às camadas mais pobres e sem proteção previdenciária, seja à população rural e das pequenas localidades em geral, coube aos Estados e às Prefeituras Municipais, num esquema cuja debilidade estava usualmente na razão direta da reduzida capacidade de obtenção de recursos financeiros por partes dessas esferas administrativas.

Quando se considera a rede de serviços atualmente disponível para estes grupos populacionais, no entanto, somos conduzidos para dois grandes subsistemas: o PRO-RURAL (Programa de Assistência ao Trabalhador Rural — Lei complementar n.º 11/71), no âmbito da Previdência Social, e o PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento), originalmente promovido pelo Ministério da Saúde, mas que agora se confunde com a rede ambulatorial das Secretarias Estaduais de Saúde.

Os dois programas, isolados entre si, embora ofereçam por vezes serviços similares às mesmas comunidades, representam em essência as únicas alternativas de socorro médico acessíveis ao homem do interior. A Tabela III.1 fornece-nos

uma visão geral da oferta de unidades de saúde existente e da rede conveniada com o INAMPS para cobertura da população-alvo aqui considerada.

TABELA III.1

REDE DE UNIDADES DE SAÚDE EXISTENTE E CONVENIADA COM O INAMPS PARA ATENDIMENTO DA POPULAÇÃO RURAL E DE LOCALIDADES DE MENOR PORTE — BRASIL, 1980/81

Tipo de Unidade de Saúde	Rede Existente	Rede Conveniada com INAMPS
Posto de Saúde	4.106	4.075
Centro de Saúde "Rede Básica"	4.815	1.192
Unidade Mista	378	277
Poli-clínicas e Ambulatórios	5.474	3.621 ^a
Hospitais	4.844	2.703 ^a
Leitos Hospitalares	422.229	128.035 ^a

Fontes: — Ministério da Saúde/Sistema de Informação de Saúde (Cadastro de Estabelecimentos de Saúde — 1982); — Ministério da Saúde, Relatório de Avaliação do PIASS, 1976 — 1982 (Brasília, 30 de julho de 1982); e — INAMPS/Secretaria de Planejamento, Dados sobre Capacidade Instalada por Superintendência, 1975 a 1980; e INAMPS em Dados, 1979.

^a Convênios específicos de assistência rural (FUNRURAL).

Cabe referir ainda que, especialmente no que concerne à obtenção de cuidados de saúde, o poder de pressão em mãos deste contingente populacional é de evidente fragilidade. As organizações comunitárias e mesmo as instituições representativas de trabalhadores rurais têm-se mantido, na prática, distantes do processo decisório relativo à definição e implementação das políticas sanitárias específicas, tanto como resultado da sua precária estruturação como porque só raramente são chamadas a efetivamente participar.

3.2 — A Oferta de Serviços Previdenciária

A incorporação dos trabalhadores rurais ao sistema previdenciário, promovida através do Estatuto do Trabalhador Rural em 1963, só começou a ser posta em prática verdadeiramente a partir do momento em que o FUNRURAL (Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural, criado em 1967), na condição de autarquia ligada ao Ministério da Previdência e Assistência Social, passou a ser o executor do "PRO-RURAL", com recursos definidos para prestar os seguintes benefícios: aposentadoria por velhice e invalidez, pensão (cada uma no valor de meio salário mínimo), auxílio-funeral (prestação única de um salário mínimo), serviços de saúde e serviços sociais.

Mais tarde, acrescentou-se o amparo previdenciário aos acidentados do trabalho (Lei n.º 6.195/74), aos maiores de 70 anos e inválidos (Lei n.º 6.179/74) e aos empregadores rurais (Lei n.º 6.260/75).

A prestação de "assistência médico-hospitalar, ambulatorial e odontológica" desde o início efetuou-se às custas de terceiros, em procedimento logo consolidado no "Regulamento do PRO-RURAL", determinando que "em nenhum caso o FUNRURAL, por si ou por seus prepostos, poderá contratar ou manter pessoal para a realização direta de qualquer forma de prestação de serviços de saúde ao trabalhador rural e seus dependentes".

A implantação de unidades de saúde via FUNRURAL ocorreu, assim, baseada em cinco linhas principais:

a) convênios de três categorias (hospitalar, ambulatorial e odontológico), com um subsídio mensal fixo para as despesas de custeio e de pessoal;

b) cessão às entidades convenientes, em regime de doação condicionada, de equipamentos;

c) construção de unidades hospitalares de pequeno porte (135 hospitais, com 21 leitos em média cada, surgiram nestas condições até 1977) em terreno da comunidade;

d) auxílio financeiro a órgãos governamentais e entidades filantrópicas para recuperação de hospitais em precárias condições de funcionamento; e

e) distribuição de Unidades Móveis de Assistência, acrescida, como nos casos anteriores, de subsídio de manutenção.

Num período de cinco anos, ao final de 1977, já mantinha o FUNRURAL um total de 9.968 convênios no País (1.647 com Sindicatos Rurais de Empregadores, 2.456 com Sindicatos de Trabalhadores Rurais, 1.200 com Governos Estaduais, 228 com a Fundação SESP e 4.437 com entidades privadas), dos quais 27% hospitalares, 38% ambulatoriais, 29% odontológicos e ainda 6% para acidentes do trabalho.

Daí em diante, o crescimento quantitativo dos convênios arrefeceu o seu ímpeto (ao final de 1979 havia 11.918 convênios e ao final de 1980 cerca de 12.100), cessando virtualmente a doação de equipamentos, os auxílios e a construção de unidades hospitalares às expensas do FUNRURAL. A autarquia, que contava com uma Diretoria-Geral e 12 departamentos (além de um Conselho Diretor com representantes dos Ministérios da Agricultura, Saúde e Trabalho, do INPS, da Confederação Nacional da Agricultura e da Confederação Nacional dos Trabalhadores da Agricultura — CONTAG), no Rio de Janeiro, numa estrutura que se reproduzia a nível de cada unidade federativa, descaracterizou-se quando da instituição do Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social — SINPAS (Lei n.º 6.439, de 1.º de setembro de 1977), que englobou todas as atividades da área de saúde no INAMPS (FUNRURAL, INPS, LBA e IPASE).

No organograma atual do INAMPS, dentro da Secretaria de Medicina Social, há um Departamento de Promoção da Saúde Individual, no qual, entre outros, situa-se a “Coordenadoria de Assistência Médica aos Rurais” (existe, ainda, uma Coordenadoria de Convênios subdividida em “urbanos” e “rurais”). Não há dúvida quanto à existência de uma relação direta entre esta perda de *status* dentro da estrutura formal do

INAMPS e o enfraquecimento operacional da linha de ação rural previdenciária.

A Tabela III.2 permite-nos visualizar os serviços prestados em 1981,¹ incluindo já uma comparação com o total de ações efetivadas na zona urbana.

A forma de concessão e reajuste dos subsídios varia segundo a modalidade de convênio adotada, tornando-se necessário explicitá-la para uma melhor compreensão do problema.

TABELA III.2

SERVIÇOS PRESTADOS À POPULAÇÃO RURAL, SEGUNDO O TIPO DE ENTIDADE CONVENIENTE, E TOTAL DE SERVIÇOS PRESTADOS NA ZONA URBANA PELO INAMPS — BRASIL, 1981

Entidade Conveniente o Total por Zona	Consultas Médicas	Serviços Complementares	Consultas Odontológicas	Internações Hospitalares
<i>Zona Rural</i>	20.648	12.158	10.343	2.415
Sindicatos	10.357	2.964	8.567	23
Órgãos Federais	261	427	84	22
Órgãos Estaduais	1.571	1.968	248	172
Órgãos Municipais	1.334	1.007	474	75
Universidades	485	536	30	38
Entidades Privadas	6.640	5.236	940	2.025
<i>Zona Urbana</i>	182.010	178.894	27.643	10.778

Fonte: INAMPS/Secretaria de Planejamento, Serviços Produzidos, 1981 (cópia xerox).

¹ Apenas algumas informações estão disponíveis, a nível do INAMPS, para os anos de 1980 e 1981, o que nos leva, com certa frequência, a utilizar dados melhor consolidados relativos a 1979, estimando que este procedimento não diminui a substância da análise e considerando que entre 1977 e 1981 o número de convênios pouco variou e o volume de serviços apresentou um crescimento contínuo, mas lento.

3.3 — Concessão e Reajuste de Subsídios

Os Convênios Ambulatoriais para prestação de consultas médicas e odontológicas são em sua maioria efetuados com Sindicatos de Trabalhadores (40%) e de Empregadores (25%), com um subsídio definido basicamente em função da carga horária de trabalho profissional. Em julho de 1981, para uma jornada de trabalho de 20 horas semanais, o subsídio variava em torno de três faixas: Cr\$ 37.200,00, Cr\$ 41.700,00 ou Cr\$ 46.300,00, sendo que para 30 ou 40 horas há um acréscimo diretamente proporcional. Cerca de 50% deste valor devem destinar-se ao pagamento do médico ou cirurgião-dentista e de um auxiliar, com a metade restante custeando despesas com material de consumo, conservação, etc. A responsabilidade pela contratação do pessoal, funcionamento e manutenção do ambulatório é da entidade conveniente.

A produtividade é avaliada por um sistema de pontos, de forma que uma consulta médica vale dois pontos, consulta odontológica um, extração três, obturação cinco, pequena cirurgia um. Como os reajustes são semestrais, a média dos pontos obtida no período anterior é comparada com um gabarito para ser atualizada em uma das três faixas possíveis dentro da carga horária de cada convênio.

A forma de pagamento por "unidade de serviço (US)", comum nos serviços urbanos, nunca chegou a ser utilizada na zona rural, em obediência ao "Regulamento do PRO-RURAL", que determina: "os serviços de saúde serão prestados em sentido coletivo, sem objetivar o controle do gasto individual relativo ao beneficiário, ou dos ajustes entre profissionais e entidades prestadoras de serviços".

Mesmo os convênios hospitalares têm seguido o sistema de avaliação por pontos, de acordo com a seguinte valorização: consulta um ponto, pequena cirurgia 10, média cirurgia 60, grande cirurgia 140, parto 40, internação clínica 30. A soma da pontuação de todos os hospitais dá o total de cada Estado.

Mas desde 1981 (OS-INAMPS/SMS 4.314), cada Estado conta com uma dotação financeira fixa determinada pelo MPAS,

sendo rateados 70% deste montante conforme a produtividade média dos convênios (por exemplo, Pernambuco tinha Cr\$ 35 milhões por mês para assistência hospitalar; para uma produção total dos seus hospitais conveniados de 270 mil pontos, nesse Estado cada ponto valia apenas Cr\$ 130,00), enquanto "os restantes 30% são distribuídos sob a forma de suplementações, visando amenizar eventuais distorções decorrentes da aplicação dos 70%, sendo definida individualmente para cada entidade, podendo ter valor nulo".

A utilização de critérios não técnicos e por vezes aleatórios de fixação dos recursos por Unidade Federada (UF) conduziu a severas distorções, como a valorização distinta de um mesmo serviço conforme o Estado em que é prestado, mesmo quando os custos de produção são similares.

Relatório do INAMPS [2] comenta: "para que se tenha uma idéia desta disparidade, no último reajustamento (em vigor a 12/80) o valor do ponto no Estado de São Paulo foi de Cr\$ 150,50; já o do Rio de Janeiro foi de Cr\$ 200,00 para os convênios hospitalares locais e Cr\$ 346,00 para os regionais; o Rio Grande do Norte por sua vez apresentou valores de Cr\$ 123,71 nos convênios de hospitais locais e de Cr\$ 148,00 para os regionais".

Pela Tabela III.3 observa-se ainda que a alocação de recursos pouco ou nada tem a ver com a clientela a que se destina, uma vez que para as regiões Norte e Nordeste, por exemplo, onde reside mais da metade da população rural, foram destinados somente 26,5% dos recursos. Em oposição, a região Sul é a grande favorecida. Há casos extremos como os dos Estados do Maranhão (7,2% da população e 1,7% dos recursos), Bahia (12,5% dos rurícolas e 6,1% dos recursos) e Rio Grande do Sul (6,6% para 16,5%). Por outro lado, há uma maciça inversão na atenção terciária em detrimento dos cuidados básicos em saúde, representada pela destinação de 75,5% da disponibilidade financeira em assistência hospitalar (81% no Sul).

TABELA III.3

**LIMITES MENSAIS DE DESPESAS DO INAMPS COM
CONVÊNIO PARA ASSISTÊNCIA RURAL,^a FIXADOS
EM 1.º DE JUNHO DE 1981**

(Em Cr\$ 1.000)

Unidades da Federação e Regiões	Assistência Hospitalar	Assistência Ambulatorial	Total	Porcen- tual da Despesa	Porcen- tual da Popula- ção Rural
Norte	45.026	19.954	64.980	3,0	6,8
Acra	4.584	860	5.444	0,2	0,4
Amazonas	19.127	8.664	27.791	1,3	1,5
Pará	21.315	10.430	31.745	1,5	4,9
Nordeste	336.633	164.124	500.757	23,5	44,9
Maranhão	22.170	13.984	36.154	1,7	7,2
Piauí	19.569	11.895	31.464	1,5	3,2
Ceará	49.409	30.061	79.470	3,7	6,5
Rio Grande do Norte	27.222	9.100	36.352	1,7	2,0
Paraíba	47.878	22.101	69.979	3,3	3,4
Pernambuco	34.761	26.503	61.264	2,9	6,2
Alagoas	26.636	8.326	34.962	1,6	2,6
Sergipe	12.333	8.943	21.276	1,0	1,3
Bahia	96.655	33.211	129.866	6,1	12,5
Sudeste	512.739	163.127	776.765	31,7	23,3
Minas Gerais	231.978	54.075	286.053	13,4	11,5
Espírito Santo	40.713	22.748	63.461	3,0	1,9
Rio de Janeiro	44.879	21.345	66.224	3,1	2,4
São Paulo	195.169	64.959	260.128	12,2	7,5
Sul	630.528	146.237	776.765	36,3	18,2
Paraná	204.943	54.163	259.106	12,1	8,2
Santa Catarina	130.494	33.382	163.876	7,7	3,9
Rio Grande do Sul	295.091	58.692	353.783	16,5	6,6
Centro-Oeste	89.301	29.806	119.107	5,5	6,3
Mato Grosso	40.299	9.557	49.856	2,3	2,4
Goiás	42.093	17.446	59.539	2,8	3,8
Distrito Federal	6.909	2.803	9.712	0,4	0,1
Brasil	1.614.227	523.248	2.137.475	100,0	100,0

Fontes: MPAS-DSSM, Portaria n.º 180-81, e IBGE, *Anuário Estatístico do Brasil* 1981.

^a Não incluídos nesses totais as despesas referentes a assistência hospitalar a empregadores rurais, a acidentados do trabalho, a convênios não mensurados por pontos (F. SESP, PIASS, Sec. Saúde) e novos convênios firmados a partir de 1.º de junho de 1981.

Cabe observar ainda (Tabela III.4) que, do total previsto para hospitalização, 78% da verba destinam-se ao custeio de hospitais locais e 21% a hospitais regionais, sendo esses em princípio destinados a problemas mais complexos. Já para a assistência ambulatorial a distribuição é de 46% para os convênios médicos, 47% para os odontológicos e 7% para subsidiar unidades móveis. Nos convênios ambulatoriais há a possibilidade de firmar um Termo Aditivo para realização de exames complementares, acrescendo 50% ao valor do subsídio, mas somente 1/10 das entidades convenientes o fizeram, dada a dificuldade geral em montar um laboratório com recursos próprios.

Os *empregadores rurais* recebem atenção hospitalar por meio de convênios específicos, não obstante sejam geralmente firmados com os mesmos hospitais que atendem ao trabalhador rural. No entanto, neste caso, a remuneração é "por alta", mediante tabela especial, que em 1981 pagava Cr\$ 7.530,00 por uma cirurgia de porte médio ao hospital e Cr\$ 6.160,00 ao médico. Já a atenção ambulatorial, prestada pela mesma rede que atende ao trabalhador rural sem subsídio adicional, praticamente não é utilizada pelos empregadores. Acrescente-se que esta categoria tem ainda o direito a reembolso caso use hospital não conveniado, nos mesmos valores da tabela referida.

Com relação à *assistência farmacêutica* (pelo Regulamento do PRO-RURAL a gratuidade da assistência ambulatorial não incluía medicamentos), embora constem 4.366 entidades rurais como contempladas com medicamentos da linha CEME na previsão orçamentária do INAMPS para 1982, a serem entregues diretamente pelas suas "Centrais de Distribuição" nos Estados, "é necessário ressaltar que o elenco de medicamentos fornecidos não tem a mesma amplitude e diversificação dos distribuídos nos PAM próprios" (Relatório GT/INAMPS).

Não deve constituir surpresa, portanto, a constatação de que há uma gritante defasagem em desfavor da população rural quando comparada a remuneração dos serviços previdenciários com a zona urbana. Pela Tabela III.4, em 1980 o INAMPS

gastou, em assistência ambulatorial, 13 vezes mais **per capita** com o morador urbano do que com o rurícola.

TABELA III.4

VALOR PER CAPITA EM ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR PRESTADA PELO INAMPS SEGUNDO A REGIÃO — BRASIL, 1978 A 1980

(Em Cr\$)

Anos	Assistência Ambulatorial		Assistência Hospitalar	
	Urbano	Rural	Urbano	Rural
1978	205,04	23,23	294,07	38,76
1979	422,14	41,37	535,03	111,40
1980	839,47	64,51	1.078,98	221,61

Fonte: INAMPS/Secretaria de Planejamento, 1981.

3.4 — Análise do Desempenho

A criação do FUNRURAL e do PRO-RURAL ocorreu num período histórico caracterizado por um esvaziamento político das entidades representativas camponesas em todo o País, estimulando um novo tipo de organização de classe, fundada no assistencialismo por excelência. Diversos sindicatos nasceram, então, para viabilizar a obtenção das facilidades colocadas à disposição pelo FUNRURAL; mas hoje, quando grande parte dos equipamentos doados tornou-se obsoleta ou desgastada pelo uso contínuo de quase 10 anos, a continuidade da assistência prestada aos trabalhadores vê-se seriamente ameaçada.

Ainda assim, o sistema previdenciário pode orgulhar-se de ter conseguido implantar uma estrutura mínima de saúde junto ao campo, fornecendo emprego à crescente mão-de-obra

profissional, que desta forma alcançou um grau de interiorização nunca antes conhecido no País.

A análise dos principais aspectos ligados ao modelo previdenciário de atenção rural em saúde, mesmo feita de forma resumida nos 10 tópicos seguintes, torna-se necessária para ombasar propostas de atuação que consigam pelo menos em parte corrigir as distorções atualmente existentes:

1) *Atomização de Recursos*

A decisão de implantar uma rede de serviços próxima à zona rural, em 1971, esbarrou na débil estrutura colocada à disposição pelas Secretarias de Saúde e pelos Municípios. Ao invés de reforçar o poder estadual — idéia logo depois consagrada pela Lei n.º 6.229/75, que instituiu o Sistema Nacional de Saúde, sendo retomada pelo PIASS —, dando-lhe condições de operacionalidade, optou a previdência pelo caminho mais cômodo do estímulo a uma nova rede, a qual, ao abrir variadas portas de entrada ao sistema, atomizou a atenção. Face ao volume de recursos injetados na área, na verdade perdeu-se excelente oportunidade de racionalização do setor, cujo pluralismo e desarticulação terminou sendo reforçado.

2) *Ausência de um Programa de Saúde*

O modelo implementado para a zona rural é, na verdade, tipicamente urbano e curativo. Os convênios ambulatoriais firmados com sindicatos, sociedades beneficentes e prefeituras pequenas ou associações religiosas, na ânsia de proporcionar ao trabalhador rural cuidados até então praticamente inexistentes, levaram à atribuição de responsabilidade no campo do planejamento e da execução a entidades sem tradição no trabalho médico-odontológico ou com exclusiva tradição em ações de reabilitação. Assim, o "programa de trabalho" fica, em essência, a cargo dos convenientes, os quais isoladamente não têm condições de desenvolver uma adequada política de saúde pública, principalmente devido aos reduzidos recursos disponíveis; em conseqüência, ao serem contempladas com verbas regulares pelo FUNRURAL, assumiram posições de reduzido

significado prático, instalando nas sedes dos municípios unidades estáticas de saúde, nas quais é praticada uma medicina e uma odontologia unicamente curativa pelo sistema de livre demanda. O quadro epidemiológico de zonas rurais não se vê afetado por este tipo de intervenção. Adicionalmente, a ausência de articulação entre as unidades ambulatoriais, seja com a rede básica de saúde, seja com os hospitais conveniados, transformou-as em microambientes isolados e pouco produtivos, onde as atividades preventivas e educativas não encontram espaço.

3) *Compressão dos Subsídios*

O aumento no número de convênios e atendimentos e a diminuição relativa dos recursos (Tabela III.4) fizeram com que o subsídio de cada entidade se tornasse gradativamente menor, conduzindo de forma quase inexorável à redução na qualidade dos serviços prestados. Acresce que nas cidades pequenas a oferta é muito limitada (ao contrário das cidades maiores, onde o número de credenciamentos e de contratos se multiplica, mantendo valores atualizados), levando os convenientes a terem crescentes problemas, pois, enquanto para as Secretarias de Saúde as dotações do FUNRURAL constituem apenas uma parte mínima do seu orçamento, para a grande maioria dos sindicatos é praticamente a única fonte de custeio.

4) *Vantagens Relativas do Atendimento nos Sindicatos*

Mesmo sem contar com dotações previdenciárias para a renovação de equipamentos que lhe foram doados há um decênio, é nos sindicatos que ainda se observa maior constância e regularidade na atenção ambulatorial médica e odontológica, o que em parte atenua as distorções do modelo. Nessas entidades há um maior controle exercido pelas direções sindicais, além de que o trabalhador diz sentir-se mais à vontade e confiante, porque o atendimento é prestado em seu próprio meio. Cabe referir que, em princípio, as entidades representativas dos trabalhadores posicionam-se favoravelmente à manutenção do esquema de atendimento em saúde nos seus sindicatos; há

uma discussão interna no sentido de que, por vezes, o trabalhador confunde o seu sindicato com o FUNRURAL, e com isto se vê prejudicada a função considerada como essencial do organismo classista na área salarial e de condições gerais de trabalho. Assim, a retirada da função assistencialista apoiada pela previdência permitiria a construção de um sindicato "mais autêntico". No entanto, este ponto de vista não é levantado com ênfase, e a conservação da atenção à saúde, mesmo em sua forma atual, é defendida por ser preferível à prestada por entidades outras que escapam a qualquer influência mais próxima da clientela. Quanto aos Sindicatos de Empregadores Rurais (SR), estes têm atuado em bases similares às do STR, atendendo também aos trabalhadores (por vezes em uma mesma cidade o convênio médico está no SR e o odontológico no STR, ou vice-versa).

5) *Escassez de Medicamentos e de Exames Complementares*

Medicamentos e exames complementares só são concedidos, como um direito, em regime de internação hospitalar. Na verdade, o acesso aos medicamentos constitui-se hoje em ponto nevrálgico da atenção ambulatorial rural, freqüentemente inviabilizando a consulta médica e reforçando a utilização da linha empírica (ou "popular") da medicina. Os sindicatos, com a diminuta receita advinda da contribuição dos seus associados, costumam cobrir parte ou todos os custos conseqüentes à consulta; assim, em fins de 1981, por exemplo, um Sindicato de Pescadores em Santa Catarina, com 480 sócios e uma mensalidade de Cr\$ 30,00, pagava metade do custo de exames complementares realizados por um laboratório próximo de caráter privado; já o Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Vitória do Santo Antão, em Pernambuco, com uma mensalidade de Cr\$ 200,00, comprometia-se a custear exames laboratoriais e radiológicos, além de fornecer transporte, quando necessário, aos doentes. Apesar destes esforços isolados e da recente concessão de medicamentos feita pela CEME, a nível local persiste neste campo uma clara insuficiência quantitativa e qualitativa.

6) *Distorções na Assistência Odontológica*

A assistência odontológica resume-se ao atendimento à livre demanda numa linha exclusivamente curativa (60% dos serviços são representados por extrações, a grande maioria em adultos), que se constitui numa inversão no esquema de prioridades aconselhado para esta área. Não é utilizado pessoal auxiliar qualificado, e o equipamento, de talhe tradicional, hoje acrescenta à sua obsolescência um notório desgaste provocado pelo longo tempo de uso contínuo. Alguns sindicatos, face à pressão de seus associados, costumam fazer campanhas visando obter fundos próprios para tentar repetir o que ocorreu quando da assinatura do convênio inicial com o FUNRURAL: comprar equipamento odontológico de segunda mão, visando manter o precário nível de trabalho atual. Para serviços considerados mais nobres, como restaurações e próteses, a população continua utilizando-se da ala empírica da profissão (dentistas práticos), mormente por não possuir condições de custear clínicos privados. Levantamentos epidemiológicos têm comprovado sistematicamente a manutenção de baixos níveis de saúde oral nas áreas trabalhadas pelos convênios rurais da previdência social.

7) *Restrição do Acesso à Hospitalização*

Do total de 422 mil leitos existentes no País em 1980, a Previdência Social contratava 195 mil para atendimento urbano e conveniava 128 mil para a zona rural. Ocorre que a quase totalidade dos hospitais sob convênio também possui o contrato urbano no qual são remunerados por US. Com um valor baixo e cada vez mais insuficiente, o subsídio aos serviços rurais concorre em nítida desvantagem com os pacientes urbanos. Os hospitais têm demonstrado, na prática, um crescente desinteresse em receber pacientes rurícolas, não cumprindo a exigência teórica do INAMPS de que devam existir leitos específicos em quantidade suficiente para atendê-los. Corolário desta situação é a redução no tempo de internação, buscando liberar o leito ocupado pelo doente rural no menor prazo possível.

O trabalhador rural enfrenta dificuldades de toda ordem para conseguir entrar no hospital, o que inclusive levou a própria CONTAG, em seu 3.º Congresso Nacional (Brasília, 1979), a propor que “os pagamentos dos médicos, hospitais e exames complementares sejam feitos pelo órgão da Previdência por Unidade de Serviço”, desconsiderando toda a larga gama de distorções características desta modalidade de pagamento, sob o argumento de que para o trabalhador rural o primeiro passo está em entrar no hospital, para então poder preocupar-se com o que lá dentro é feito.

Há procedência, embora inexista comprovação disponível, nas denúncias de que em diversas unidades federativas certos hospitais chegam a custear a inscrição do trabalhador rural como trabalhador urbano (pagando a primeira contribuição — 18,2% do SM —, obtém o direito à assistência médica por um ano), para atendê-lo e receber por US. Acrescenta-se que não é raro encontrar a exdrúxula situação de que a firma (o hospital) dá prejuízo, enquanto os médicos que nela trabalham prosperam financeiramente, face à sistemática de custeio que, ao pagar separadamente o profissional, os exames complementares e o hospital, deixa com este apenas os serviços de hotelaria, as taxas de sala e os medicamentos, os quais sofrem controle de preços.

Em todo este quadro, avolumam-se as queixas dos prestadores de serviços e dos usuários contra a previdência em todo o País.

8) Participação dos Usuários no Custeio

Esta prática, instituída originalmente em relação à categoria dos “trabalhadores rurais produtores” (definidos como produtores proprietários ou não que, sem empregado, trabalhem em atividade rural), e que se tornou useira nos Estados do Sul, onde esta categoria — de minifundiários economicamente mais fortes que o rústico comum — era numericamente representativa, conduziu a um tal volume de distorções (cobrança de sobrepreços exagerados, troca de serviços médicos por bens imóveis, não atendimento de quem não se dispunha

a contribuir) que o próprio MPAS, em portaria ministerial de 1981, decidiu proibi-la.

Contudo, nova portaria assinada em 1982, ao permitir a cobrança de honorários ao nível da tabela da Associação Médica Brasileira — o que significa preços de mercado — para pacientes que ocupem instalações especiais (apartamentos), introduz novas possibilidades de cobranças indevidas e de restrições gerais nos hospitais das pequenas cidades que servem à população rural, pois bastaria, por exemplo, transformar enfermarias em quartos e argumentar com falta de vagas naquelas, possibilidade não muito remota diante da precária fiscalização previdenciária e do quase total desconhecimento das normas oficiais pelos pacientes, e ainda pela situação de desvantagem do doente em relação ao médico para uma eventual tentativa de barganha financeira.

É evidente que, para uma população epidemiológica e economicamente carente como a rural, qualquer taxação de hospitalização ou consulta, ao invés de coibir demandas desnecessárias, termina por impedir exatamente aos mais pobres o recebimento da atenção de que necessitam. Neste caso, os problemas não resolvidos em suas manifestações iniciais mais tarde pressionam com maior força o sistema de saúde ao se agravarem exigindo hospitalização.

O argumento central para esta questão, entretanto, está em que a cobrança de serviços médicos previdenciários é orçamentariamente de reduzida eficácia, não só pelo alto custo da máquina arrecadadora necessária, como pela determinação legal existente ao vedar a participação financeira de beneficiários (Artigo 6.º da Lei n.º 6.429/77, de criação do SINPAS) que perceberem remuneração ou benefícios de até cinco valores de referência.²

² Uma análise mais detalhada deste tema encontra-se em IPEA/IPLAN/CNRH [10].

9) *Intermediação dos Prestadores de Serviços*

Inicialmente no Estado do Rio Grande do Sul e logo em Santa Catarina, Paraná e Minas Gerais, o INAMPS adotou curiosa sistemática de pagamento aos médicos dos hospitais conveniados com o ex-FUNRURAL, fazendo-o via Associação Médica local, a qual como intermediária cobra uma taxa de administração equivalente a 2% do subsídio para repassar os honorários a cada profissional, promovendo acordos: a) com os hospitais para definir quanto do subsídio previdenciário cabe ao corpo clínico (40 a 50% normalmente); e b) com os médicos para estabelecer a forma de apropriação individual, se por produção ou caixa única, por exemplo.

Argumenta-se que esta medida, além de agilizar o processo, deixa os médicos mais satisfeitos. Contudo, além de eticamente contestável, pois permite a interferência de apenas uma das partes envolvidas, deixando outras categorias profissionais e os pacientes de fora (na prática, o método constitui uma vitória interna dos médicos, via sua Associação, sobre os proprietários de hospitais, que eram acusados de apropriarem-se de uma parte dos honorários profissionais), as vantagens parecem inexistentes, pois o INAMPS mantém toda sua máquina burocrática em pleno funcionamento a nível local e regional; e do ponto de vista do médico de linha o que importa é receber em dia, mormente quando se trata de uma parcela de subsídios bastante reduzidos.

10) *Limitação dos Pequenos Hospitais*

Dos 2.703 hospitais conveniados para assistência rural, 85% são cotados como "locais", ou seja, estão capacitados apenas para atenção clínica e cirúrgica de casos mais simples e comuns (partos, pequenas cirurgias), encaminhando o que estiver acima de sua capacidade técnica para os hospitais "regionais" de sua área. Ultimamente, também como reflexo da crise financeira do sistema previdenciário, pode-se constatar com freqüência uma disputa entre estes dois níveis: na tentativa de atender a um mais reduzido número de pacientes

rurais, estes são encaminhados da unidade local para a regional, ou vice-versa, mesmo sem razões técnicas para tanto.

Por outro lado, a maioria dos hospitais locais é de pequeno porte — cinco a 10 camas —, criados não só como resposta a pressões políticas ou em função da concepção de atenção hospitalar vigente na previdência, mas também porque as comunidades rurais orgulham-se da sua auto-suficiência, sendo para elas motivo de distinção dispor de serviços médicos próprios. Este modelo, no entanto, apresenta os seguintes problemas:³

a) quanto menor é o hospital, mais reduzida é sua produtividade e maiores os custos por caso;

b) há dificuldades em atrair e manter pessoal profissional, auxiliar e administrativo qualificado;

c) o pessoal médico é muito reduzido, não permitindo uma estrutura compatível com o estímulo à crítica e à discussão de casos clínicos, processo que é a chave do êxito em hospitais maiores;

d) equipamentos e instalações de maior valor não podem ser adquiridos, às vezes prejudicando a qualidade de atendimento; e

e) há tendência para duplicação da assistência em localidades pequenas e próximas entre si (pelo menos quando há facilidade de transporte e comunicação), a custos não suportáveis.

Em síntese, é possível afirmar que o modelo de prestação de serviços de saúde previdenciário na zona rural não responde às necessidades da população à qual se destina, apresentando um forte grau de inadequação em relação aos padrões epidemiológicos e financeiros vigentes no campo e nas localidades de menor porte.

³ A respeito, consultar a "Publicación Científica nº 170-OPS, 1968: Sistemas para aumentar la cobertura de los servicios de salud en las áreas rurales".

Deve-se destacar, ainda, a distorção fundamental que acompanha o regime de convênios, entidade por entidade, que é a não integração e não coordenação de atividades: o sistema está composto por ilhas assistenciais que só excepcionalmente se comunicam entre si.

CAPÍTULO IV — O FINANCIAMENTO DO SISTEMA RURAL PREVIDENCIÁRIO

4.1 — Gastos e Estrutura de Custeio

O custeio da linha de benefícios e de assistência médica rural previdenciários é coberto por três fontes:

— 2,5% sobre a produção rural (neste trabalho denominado de *IPR*, ou Imposto sobre a Produção Rural), quando esta ingressa no mercado (1.^a comercialização) para consumo, exportação ou transformação industrial. A contribuição é devida pelo produtor, mas a responsabilidade pelo recolhimento é do adquirente (exceto quando o próprio produtor industrializa, exporta ou vende no varejo a sua produção, caso em que ele próprio efetua o pagamento). Até junho de 1975 vigorava a taxa de 2%, então majorada em 0,5% para atender aos benefícios por acidentes do trabalho criados pela Lei n.º 6.195/74.

— 2,4% sobre a folha de salários de contribuição (IFSC) das empresas vinculadas ao IAPAS (urbanas).

— Contribuição dos empregadores rurais (ER) equivalente à soma de duas parcelas: a) 12% de 1/10 do valor da produção rural do ano anterior, que corresponde ao montante bruto recebido pelo segurado na comercialização de seus produtos; e b) 12% de 1/20 do valor da parte da propriedade

rural mantida sem cultivo, segundo a última avaliação feita pelo INCRA. O valor da contribuição não pode ser inferior a 12 nem superior a 120 vezes o maior salário mínimo vigente no País. O percentual de 12% citado foi elevado para 14,4% pelo Decreto-Lei n.º 1.910/81.

As Tabelas IV.1 a IV.3, a seguir, fornecem as informações básicas tanto sobre os gastos como sobre o volume da receita por fontes, da previdência social e do setor rural.

Em seu conjunto, deve-se observar que:

a) as contribuições rurais participam, em média, em apenas 10% da receita total previdenciária (tomando-se exclusivamente as receitas diretamente provenientes da área rural — 2,5% da produção e contribuição do empregador —, esta participação baixa para cerca de 4%);

b) o setor rural é deficitário desde 1974 (exceto 1977), principalmente devido ao gasto crescente com os benefícios (as ações de saúde, que chegaram a significar 27% dos dispendios em 1975, reduziram-se para 16% em 1981);

c) no período 1976/81, mesmo com um crescimento relativo (Tabela IV.2) da receita total do FPAS e da proveniente das contribuições rurais, diminuíram os gastos com saúde;

d) da receita rural no País, 35% cabem à taxação da produção (IPR), 63% ao IFSC e 2% aos empregadores, mas há fortes variações nesta composição: em sete Estados, a maior parcela provém do IPR (Amazonas, Pará, Alagoas, Sergipe, Bahia Paraná e Mato Grosso), quase todos situados entre os mais pobres ou menos industrializados; e a participação do IFSC, que chega a ser de 84% no Rio de Janeiro e 78% em São Paulo, é de somente 23% no Mato Grosso e 25% em Sergipe; e

e) mais de 2/3 de toda a receita previdenciária origina-se na região Sudeste, responsabilizando-se São Paulo por 42%,

TABELA IV.1

RECEITA TOTAL E DE CONTRIBUIÇÕES RURAIS POR FONTE E GASTOS COM
SAÚDE E BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS — MPAS — BRASIL, 1972 A 1981

(Em Cr\$ 1 milhão correntes)

Anos.	Receita FPAS Total	Receita de Contribuição Rural ^a				Gastos Rurais		
		Total	IPR	IFSC	ER	Total	Saúde	Benefícios
1972	17.912	1.378	488	890	—	840	231	609
1973	25.577	2.199	793	1.406	—	1.839	375	1.464
1974	36.856	3.497	1.089	2.408	—	3.644	743	2.901
1975	55.717	4.880	1.808	3.072	—	5.023	1.373	3.650
1976	89.495	7.913	2.963	4.800	150	8.763	2.185	6.578
1977	138.937	14.172	4.383	8.900	889	13.707	3.353	10.444
1978	206.733	19.565	4.707	13.830	1.028	22.221	3.797	18.424
1979	335.861	32.615	10.790	20.236	1.589	35.002	6.881	28.121
1980	636.003	67.850	23.436	42.194	2.220	70.857	12.999	57.858
1981	1.368.675	138.994	49.961	86.415	2.618	153.872	24.863	129.009

Fontes: MPAS/IAPAS — Dados de Balanço; e Boletim de Arrecadação e Informações Econômico-Fiscais, 1980 e 1981.

^a IPR — Imposto sobre Produção Rural; IFSC — Imposto sobre Folha de Salário de Contribuições; e ER — Contribuição do Empregador Rural.

o que se deve à concentração nesta área do maior número de empregados, empresas e contribuintes individuais, estabelecendo uma relação direta entre força de trabalho (e não o número de habitantes) e arrecadação.

TABELA IV.2

RECEITA TOTAL E DE CONTRIBUIÇÕES RURAIS POR FONTE E GASTOS COM SAÚDE E BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS, A PREÇOS CONSTANTES DE 1980^a — MPAS — BRASIL, 1976 A 1981

(Em Cr\$ 1 bilhão)

Anos	Receita Total	Receita de Contribuição Rural ^b				Gastos Rurais		
		Total	IR	IFSC	ER	Total	Saúde	Benefícios
1976	546	48	18	29	1	53	13	40
1977	590	60	19	38	4	58	14	44
1978	638	60	14	43	3	69	12	57
1979	672	65	22	40	3	70	14	56
1980	636	68	23	42	2	71	13	58
1981	652	66	24	41	1	73	12	61

Fontes: MPAS/ÍAPAS — Dados de Balanço; e Boletim de Arrecadação e Informações Econômico-Fiscais, 1980 e 1981.

^a Defletor utilizado: Índice Geral de Preços da Fundação Getúlio Vargas.

^b IR — Imposto sobre Produção Rural; IFSC — Imposto sobre Folha de Salário de Contribuições; e ER — Contribuição do Empregador Rural.

TABELA IV.3

RECEITA PREVIDENCIÁRIA TOTAL^a E RURAL SEGUNDO A FONTE, POR REGIÕES E UNIDADES FEDERATIVAS EM PORCENTUAIS — BRASIL, 1981

Regiões e Unidades Federativas	Receita Total Urbana e Rural	Receita Rural ^b			
		Total	IPR	IFSC	ER
Brasil (Cr\$ 1 bilhão)	1.369	138,7	49,7	86,4	2,6
%	100	100	100	100	100
Norte	2,1	2,4	3,6	1,5	9,9
Acre	0,2	0,3	0,3	0,2	0,2
Amazonas	0,8	0,9	1,6	0,5	1,9
Pará	1,1	1,2	1,7	0,8	7,8
Nordeste	9,8	12,0	16,8	9,2	17,0
Maranhão	0,4	0,4	0,3	0,4	2,4
Piauí	0,3	0,3	0,2	0,3	1,7
Ceará	1,3	1,4	1,8	1,2	1,4
Rio Grande do Norte	0,5	0,4	0,4	0,3	1,4
Pernambuco	0,6	0,5	0,6	0,4	1,5
Pernambuco	2,3	2,1	1,8	2,3	2,9
Alagoas	0,6	1,1	1,9	0,5	3,3
Sergipe	0,4	1,0	2,1	0,4	0,7
Bahia	3,4	4,8	7,6	3,4	1,7
Sudeste	68,2	58,3	35,6	71,9	33,7
Minas Gerais	8,5	8,6	6,8	9,7	4,0
Espírito Santo	1,4	1,5	1,7	1,3	2,3
Rio de Janeiro	16,1	11,0	4,9	14,8	2,7
São Paulo	42,2	37,2	22,2	46,1	24,7
Sul	15,5	22,6	37,1	14,1	36,5
Paraná	5,0	9,3	17,5	4,6	10,8
Santa Catarina	2,9	3,3	4,3	2,8	4,9
Rio Grande do Sul	7,6	10,0	15,2	6,7	20,8
Centro-Oeste	4,5	4,7	7,1	3,3	2,9
Mato Grosso	0,6	1,2	2,4	0,4	1,4
Mato Grosso do Sul	0,2	0,2	0,3	0,1	0,2
Goiás	1,2	1,6	3,1	0,9	0,4
Distrito Federal	2,4	1,7	1,3	1,9	0,9

Fontes: MPAS/JPAS; Boletim de Arrecadação e Informações Econômico-Fiscais, 1981.

^a Inclui receita da Direção-Geral.

^b IPR — Imposto sobre Produção Rural; IFSC — Imposto sobre a Folha de Salários de Contribuição; e ER — Contribuição do Empregador Rural.

4.2 — Análise das Fontes de Receita

Freqüentemente têm sido aventadas hipóteses de incremento da atual receita de contribuições rurais como forma de sanar os problemas financeiros e técnicos deste setor. As propostas têm-se restringido a suposições de caráter genérico, do tipo "melhoria da fiscalização, aumento de impostos, criação de novas fontes, taxaçoão da produção mineral", sem examinar a fundo sua viabilidade ou conveniência.

Neste tópicó, nos propomos a estudar melhor as sugestões apresentadas em relação a cada uma das fontes de receita existentes e hipóteses alternativas de custeio, partindo desde logo do pressuposto de que existe uma clara insuficiência de recursos para a cobertura da população rural, face notadamente à precedente análise relativa às condições epidemiológicas (Seção 2.3) e financeira (Seção 3.3 — Tabela III.4).

4.2.1 — Imposto sobre a Produção Rural (IPR)

O IPR é considerado uma das formas mais justas de custeio das atividades previdenciárias, pois corresponde ao conceito da "seguridade social",¹ ou seja, com financiamento a partir de fontes gerais, em oposição ao "seguro social", baseado nos salários; o tributo de 2,5% sobre a produção rural somente não incide sobre os minerais e alguns insumos essenciais.²

¹ Sobre formas de financiamento dos sistemas de seguro social, consultar Roemer [17], Blanpain [1] e Organização Panamericana de Saúde [15].

² "Entende-se como produto rural todo aquele que, não tendo sofrido qualquer processo de industrialização, provenha de origem vegetal ou animal, inclusive as espécies aquáticas, ainda que haja submetido a beneficiamento". "Não incide sobre os produtos vegetais destinados ao plantio ou reflorestamento nem sobre os produtos animais destinados à reprodução ou criação pecuária ou granjeira, quando vendidos pelo próprio produtor a quem os utilize diretamente com essas finalidades, ou, no caso dos produtos vegetais, por pessoas ou entidades que, registradas no Ministério da Agricultura, se dediquem ao comércio de sementes e mudas no país" (Decreto nº 73.617/74; § 1º, Arts. 60, 64).

Mesmo não estando incluído no Código Tributário Nacional (é tido como um “tributo parafiscal”, a exemplo do FINSOCIAL, não agravando a carga oficial de impostos), representa o segundo principal gravame fiscal sobre o setor agrícola brasileiro.

Esta é uma curiosa constatação, principalmente quando se sabe que, dos quatro impostos que incidem direta e sistematicamente sobre a agricultura e a pecuária — Imposto sobre Circulação de Mercadorias (ICM), Imposto de Renda (IR), Imposto Territorial Rural (ITR) e IPR — é o de menor valor relativo, à exceção do ITR.

O ICM, hoje, taxa em 16% a comercialização, sendo responsável por cerca de 36% da receita tributária nacional, com uma arrecadação total de Cr\$ 597 bilhões em 1980 e Cr\$ 1,2 trilhão em 1981. Contudo, quando visto segundo os setores de produção, observa-se que apenas 6% do ICM é arrecadado no setor primário (Cr\$ 37 bilhões em 1980), sendo as cotas mais importantes provenientes dos setores secundário (57%) e terciário (36%) da economia. Isto ocorre em função da extensa pauta de isenções que em todos os Estados³ beneficiam os produtos *in natura* (mormente os destinados ao consumo alimentar da população), além do fato de que este é um imposto que tributa o valor agregado da mercadoria (ou seja, é cobrado em todas etapas de venda do produto, primeiro sobre o valor básico e depois sobre as diferenças de preço), o que na prática penaliza os estágios finais de comercialização.

³ O Estado de São Paulo, por exemplo, que arrecada cerca de 43% de todo o ICM do País, mas somente 0,8% de ICM no setor primário, dedica mais de 50 itens de seu “regulamento do ICM” a grupos de produtos e matérias-primas isentas. De maneira geral, produtos primários, artigos exportados, minerais, horti-frutigranjeiros, não pagam ICM, além de Insu-mos, farinhas e farelos (de soja, por exemplo).

Já em relação ao IR, que é a principal fonte de receita do Governo Federal,⁴ há uma virtual isenção para as empresas agropecuárias, tal o volume de favores fiscais existente nesta área. O IR líquido (a pagar, mais antecipações, menos a restituir) sobre a "agricultura e criação animal" no ano-base de 1978 somou escassos Cr\$ 295 milhões, equivalendo a 0,3% do total do IR no País (Cr\$ 84 bilhões) e só superando atividades sem qualquer expressão econômica.

Os investimentos efetuados no imóvel rural são abatidos da receita bruta depois de multiplicados por um coeficiente corretivo que pode elevar o seu valor em até cinco ou seis vezes (como nos casos de despesas com eletricidade, estradas, cercas, tratores, prédios, aeronaves, etc.). Alguns investimentos como sementes, defensivos, rações, e até "assistência médico-hospitalar e dentária a seus empregados" (fator corretivo x 2), podem cumulativamente ser considerados como despesas de custeio, sendo portanto abatidas uma vez mais.

É interessante constatar a existência de favorecimento fiscal a uma assistência médica e odontológica que deveria ser prestada às custas dos empregadores e proprietários rurais, portanto paralelamente à assistência rural previdenciária e à rede básica de saúde. Uma primeira aproximação a este ponto resultou que: a) o Ministério da Fazenda não tem disponível o volume de abatimentos na Cédula G (Anexo 4 da Declaração de IR — Pessoas Jurídicas) com cuidados médicos (necessitaria de tabulação especial); b) o consenso técnico é de que não devem ser significativas, pois outras formas de dedução são tão abundantes e acessíveis que não há necessidade de usar este item para obter isenção; e c) não é preciso comprovação, bastando declarar (o mais provável é que apenas as maiores agroindústrias, especialmente em São Paulo, contem com sistema assistencial próprio ou de subsídio a seus trabalhadores).

⁴ A União arrecada em torno de 63% dos tributos nacionais, os Estados 34% e os Municípios 3%. Com o sistema de transferências que vigora entre os poderes, como as Cotas de Participação, a apropriação real de recursos tributários passa a ser respectivamente, de 55, 33 e 12%.

De acordo com Bressan [5], em 1976 o setor agrícola arrecadou um total de Cr\$ 11 bilhões em tributos, assim distribuídos: ICM — 55%; IR — 5%; ITR — 5%; IPR — 27%; e confisco cambial sobre o café — 8%. A relação do IPR para com o ICM, que era de 1:3 em 1974, passou para 1:2 em 1976 e para 1:1,5 em 1980 (Cr\$ 23,4 bilhões:Cr\$ 36,7 bilhões do ICM), denotando um crescimento interno nas isenções ao ICM.

A legislação tributária brasileira, portanto, é basicamente favorável ao setor agropecuário, sujeitando-o a uma reduzida carga geral de impostos (subtributação). A política oficial, que beneficia de forma mais notória os setores avançados da agricultura (crédito subsidiado, política de preços mínimos, baixa incidência de imposto de renda, ou indiretamente via construção de estradas, rede elétrica, etc.), tem demonstrado pouco interesse em aumentar os gravames tributários sobre a zona rural. Ao contrário, a tendência é pela isenção cada vez mais ampla de produtos primários.

4.2.1.1 — *Receita Real e Possível do IPR*

Neste ponto, torna-se necessário verificar a *adequação do montante arrecadado pelo IPR*, considerando as seguintes sugestões de que uma melhor fiscalização propiciaria mais recursos ao MPAS.

Como este é um tributo que incide sobre o Valor Bruto da Produção (VBP), o melhor fator de comparabilidade disponível é a "Renda Interna do Setor Agrícola" (RIA), exposta na Tabela IV.4, com vistas a estabelecer uma diferença entre o efetivamente arrecadado e o teoricamente possível de obter, ou seja, 2,5% da RIA.

Há, portanto, um *gap* médio de 36%, representando uma margem teórica de acréscimo sobre a arrecadação real do imposto sobre a produção rural, que no entanto é de problemática concretização.

Mesmo assim, esta diferença está subestimada, uma vez que o IPR recai sobre o VBP e a RIA corresponde ao VBP (obtido em lavouras, produção animal e extrativa vegetal) me-

TABELA IV.4

**RECEITA REAL E TEORICAMENTE POSSIVEL DO IMPOSTO
PREVIDENCIÁRIO SOBRE A PRODUÇÃO RURAL (IPR), EM
RELAÇÃO À RENDA INTERNA NA AGRICULTURA —
BRASIL, 1972 A 1980**

Anos	Renda Interna a) Total	Renda Interna na Agricultura		IPR d) Valor Arrecadado ^a	Valor não Arrecadado (Diferença e — d)	
		b) Valor Real	c) $\frac{2,5\%}{b}$		e) Valor	f) Percentual
1972	298.703	31.218	624	488	136	22
1973	414.075	46.921	938	793	145	15
1974	610.409	70.241	1.405	1.089	316	22
1975	883.378	97.067	2.184	1.808	376	17
1976	1.402.419	179.282	4.482	2.963	1.519	34
1977	2.104.962	314.641	7.866	4.383	3.483	44
1978	3.131.090	421.933	10.548	4.707	5.841	55
1979	5.321.810	708.848	17.721	10.790	6.931	39
1980	11.104.579	1.446.050	36.151	23.436	12.715	35

Fontes: "As Contas Nacionais até 1980 — Conjuntura Econômica — 12/81"; MPAS/JPAS — Balanços Anuais.

^a Até junho de 1975 o valor do IPR foi de 2,0%.

nos o "consumo intermediário" (insumos) (CI) do setor agrícola. De acordo com estimativas da Fundação Getúlio Vargas, através de seu Centro de Contas Nacionais, a RIA significa cerca de 70% do VBP, o que se aproxima do constatado no "Censo Agropecuário de 1975". Para este cálculo, porém, foram incluídos como "consumo intermediário" ⁵ as sementes e mudas,

⁵ O Setor Primário engloba: as lavouras permanentes e temporárias; a produção animal e derivados; e a extrativa vegetal, que inclui a produção florestal. A Renda interna deste setor, ou RIA, significa o preço efetivamente recebido pelo agricultor, portanto excluídos os insumos (ou consumo intermediário). Estes insumos são os seguintes: adubos e corretivos, sementes e mudas, inseticidas e fungicidas; rações, medicamentos; serviços de empreitada; impostos e taxas; juros e despesas bancárias. A soma da RIA e dos insumos é igual ao VBP.

alimentos para criações, adubos animais e vegetais de origem agrícola, ou seja, insumos isentos do tributo previdenciário e que equivalem a cerca de 10% do CI. Assim, pode-se estimar que, para o caso em estudo, a subestimação da RIA em relação ao VBP está cotada em 20%.

Com isto, a diferença média entre o IPR arrecadado e o teoricamente arrecadável, que era de 36%, passa a ser de 51%.

O IPR rende aos cofres da previdência a metade do seu potencial máximo.

É significativo notar, na Tabela IV.4, que foi a partir de 1976 — quando o FUNRURAL, após ter atingido um ápice, começava a declinar dentro do MPAS — que a defasagem do IPR saltou de um patamar médio de 19% (entre 1972 e 1975) para 34% e logo para 44% em 1977, agravando-se muito em 1978, ano da instituição do SINPAS e do INAMPS, o que denuncia claramente uma piora intrínseca nos mecanismos fiscais previdenciários.

O IPR é pago através de uma guia própria na rede bancária, sendo consolidado em conta específica no Banco do Brasil.

O controle deste processo compete, desde 1978, ao IAPAS, que em cada unidade federativa conta com fiscais, os quais têm praticamente todo o seu tempo tomado com o acompanhamento das ações urbanas e do FGTS, que também está a seu cargo. Na verdade, apenas os compradores organizados — cooperativas, supermercados, por exemplo — sofrem fiscalização periódica e recolhem regularmente o tributo. Outra possibilidade de controle ocorre quando há necessidade de uma certidão negativa de débitos para com a previdência, identificando-se então, *a posteriori*, impostos não pagos.

4.2.1.2 — A Evasão do IPR

Quatro fatores, externos ao IAPAS, determinam em parte a significativa evasão do IPR: a extensão da área agrícola, o volume da produção nas pequenas propriedades, o consumo interno na zona rural e o sistema oficial de isenções tributárias.

Na verdade, não há como montar um corpo fiscal eficaz na presença de mais de 3 milhões de unidades de produção atomizadas por todo o Brasil. Cerca de 70% são pequenas propriedades, que, embora ocupem 10% da área de lavouras, produziram em 1979 aproximadamente 64% do milho, 73% do feijão, 78% da mandioca e 43% do arroz colhido no País.

Vejamos pela Tabela IV.5, a seguir, o destino que é dado a alguns dos produtos mais comuns na alimentação do brasileiro.

Os itens 1 e 5 (consumo no estabelecimento e venda direta ao consumidor) deveriam, pela lei, ter o IPR recolhido diretamente pelo produtor, enquanto que para os itens 2, 3 e 4 a responsabilidade é do adquirente. O consumo no próprio estabelecimento, que representa 37% da colheita e 26% do valor de feijão, arroz, milho, batata-inglesa e mandioca, é sinônimo da própria sobrevivência do trabalhador rural que os cultiva e colhe. É verdade que persiste como prática freqüente na agropecuária brasileira o pagamento do trabalho em alimentos, ao invés de em salários, mas a idéia de fiscalizar este sistema ou de taxar o consumo da própria produção apresenta quase absoluta inviabilidade prática.

O ponto principal está na entrega de 43% da produção a intermediários que movimentam 52% dos recursos, repassando-os depois com lucros para as cooperativas e indústrias. Pode-se estimar, como consequência da análise feita sobre a Tabela IV.4, que pelo menos 60% das compras feitas por intermediários ao produtor não recolhem o IPR. A relação entre os cinco itens da Tabela IV.5 sofre fortes variações de acordo com o produto, mas não há dúvida de que para a produção primária somente em algumas microrregiões sujeitas a um estágio mais avançado do capitalismo no campo é que o intermediário pode ser identificado e se comporta dentro das regras tributárias.

Quanto ao sistema oficial de isenções, ele implica, por exemplo, que os produtos isentos do ICM na realidade também não recolhem o IPR, constituindo-se os hortifrutigranjeiros em um caso típico.

TABELA IV.5

COLHEITA DE ALGUNS PRODUTOS PRIMÁRIOS SEGUNDO O DESTINO DA PRODUÇÃO E VALOR TOTAL DA PRODUÇÃO — BRASIL, 1975

Destino da Produção ^a (Total)	Colheita (em Toneladas) por Produto					Colheita Total			
	Feijão em Grão	Arroz em Casca	Milho	Mandioca	Batata- Inglesa	Em Toneladas	%	Em Cr\$ 1 Milhão	%
Total	1.598	7.549	14.344	946	11.673	36.110	100	31.048	100
1. Consumido no Estabelecimento	364	710	5.070	56	7.094	13.294	37	8.235	26
2. Entrega à Cooperativa	25	736	370	115	10	1.256	3	1.694	5
3. Entrega à Indústria	7	1.242	597	5	2.743	4.594	13	3.415	11
4. Entrega a Intermediário	1.096	4.617	7.377	712	1.554	15.356	43	16.207	52
5. Venda Direta ao Consumidor	103	229	898	54	215	1.501	4	1.422	5

FONTE: IBGE, Censo Agropecuário do Brasil, 1975 (Volume I, Rio de Janeiro, 1979).

^aUm total de 109 toneladas no valor de Cr\$ 75 milhões estão "sem declaração".

Torna-se indiscutível, assim, o fato de que a *atividade agropecuária é especialmente refratária à tributação*, dificultando em muito a aplicação de um sistema fiscal eficiente e amplo.

4.2.1.3 — *Propostas para o Aumento da Receita*

Mesmo assim, *outras quatro propostas* foram apresentadas para incrementar a arrecadação do IPR: a) *aumentá-lo de 2,5% para 5%*; b) *passar a fiscalização para os Estados*; c) *adotar a sistemática progressiva do ICM*; e d) *taxar a produção mineral*.

O aumento do tributo consegue uma virtual unanimidade contrária à sua mera propositura, e de toda forma seria de difícil justificativa após a instituição do FINSOCIAL e face às recentes reações de produtores às tentativas de reduzir isenções do ICM (frango, por exemplo).

A incorporação da fiscalização às Secretarias da Fazenda dos Estados resultou em uma desastrosa experiência para a previdência quando tentada no Maranhão e no Piauí em 1971/72. O repasse de recursos para a área federal após entrada nos Tesouros estaduais parece difícil de ocorrer com suficiente agilidade e continuidade na atual estrutura tributária do País (a Reforma Tributária de 1967 estreitou em muito a participação dos Estados na arrecadação e instituiu como norma a transferência de favores em uma só mão, da União para os Estados).

Já um imposto sobre o valor agregado do produto, como o ICM, enfrentaria dois problemas sérios: se aplicado só dentro do contexto do setor agropecuário, seria de complexa fiscalização e de pequeno resultado, pois implicaria identificar os intermediários e cobrar-lhes o tributo sobre o seu lucro; e, se estendido aos setores secundário e terciário da economia, não só tornar-se-ia crescentemente inflacionário como passaria a sofrer concorrência de outros impostos como ICM e IPI.

A taxação da produção mineral (inclui produtos como o sal, por exemplo) proporcionaria um mínimo acréscimo à atual arrecadação. A renda interna da indústria extrativa mineral foi

de, respectivamente, Cr\$ 7,6, Cr\$ 9,6 Cr\$ 12,7, Cr\$ 20,9 e Cr\$ 56,2 bilhões de 1976 a 1980. Um imposto de 2,5% renderia, nestes mesmos anos, à Previdência, em média, quase 6% a mais sobre o valor do IPR (Cr\$ 189 milhões em 1976 e Cr\$ 1,4 bilhão em 1980). Ainda que se possa esperar um melhor desempenho deste setor (representou só 1,5% da renda interna da indústria em 1980) diante de projetos como Carajás, há um obstáculo de difícil transposição: já existe o Imposto Único sobre Minerais (IUM) arrecadado pela União (representa cerca de 0,5% do total arrecadado em tributos no País).

Concluindo, tudo indica que, embora o IPR arrecade somente cerca da metade do que seria teoricamente possível, há reduzidas possibilidades de incrementá-lo além dos estreitos limites traçados por uma melhora sensível na máquina fiscal do IAPAS, a qual já consegue resultados até mesmo surpreendentes no contexto da contida estrutura tributária do setor primário brasileiro. Sua tendência, face à crescente modernização da agricultura e à redução da população rural (há hipóteses indicativas de que estabilizar-se-á em torno de 20% da população total ao fim do século), é de subir de importância relativa como fonte de financiamento dentro da previdência.

4.2.2 — Imposto sobre a Folha de Salário de Contribuições (IFSC)

Responsável por 62% da receita rural, este esdrúxulo imposto rural incide sobre uma folha de salários das empresas urbanas já extremamente onerada. A região Sudeste é responsável por nada menos que 72% do montante total do IFSC (Tabela IV.3), com forte predomínio de São Paulo, surgindo o Rio de Janeiro como a segunda fonte unitária de receita em função de sua numerosa força de trabalho urbana. Se bem que não se possa de imediato substituí-lo por outra fonte mais apropriada, tudo indica que não oferece possibilidade de expansão.

Basta examinar os encargos incidentes sobre o salário para que se tenha uma idéia mais exata a respeito: SINPAS/IAPAS (10%) + SESI/SESC (1,5%) + SENAI/SENAC (1,0%) + INCRA (0,2%) + IAPAS 13.º salário (0,78%) + Salário Família (4,0%) + Salário-Educação (2,5%) + Seguro (3,0%) + IFSC (2,4%) + FGTS (8,0%) + 13.º salário pago ao empregado (8,3%) + Depósito para rescisão sem justa causa (0,8%) + Salário-Maternidade (0,3%), num total de 42,8% (excetua, ainda, a contribuição para o PIS, que, sendo de 0,5% sobre o faturamento, é de difícil cálculo).

Já quando se vê os encargos sobre o custo total da mão-de-obra, acrescentam-se aos 42,8% anteriores itens como repouso semanal remunerado, férias, feriados, aviso-prévio e auxílio-doença, atingindo um total de 89,6% (conforme estimativas da FGV e do IPEA), o que virtualmente esgota esta fonte.

4.2.3 — Contribuição do Empregador (ER)

Um pequeno número de proprietários rurais participa do sistema previdenciário rural na condição de empregador, e ainda assim o faz contribuindo pelo menor valor possível, originando gastos superiores à arrecadação que proporciona.

O IAPAS tem cadastrados cerca de 350 mil empregadores, mas no máximo 250 mil deles contribuem continuamente (a DATAPEV chegou a referir a existência de 726.161 empregadores segurados, conforme dados da Comissão Técnica sobre assistência rural/INAMPS). Contudo, não há como quantificar o seu número total com exatidão, face à elástica definição de empregador da Lei n.º 6.260/75, sendo a filiação à Previdência — em última análise — um ato de vontade do contribuinte nesta área.

Nenhum dos elementos arrolados (Decreto n.º 77.514/76 — Regulamento) para definir ou avaliar o valor da contribuição devida são factíveis.

Senão, vejamos:

1.^a parcela de contribuição do empregador: 12% de 1/10 da produção rural do ano anterior, definida com base em:

a) valor do IPR pago no exercício: inexistente qualquer cruzamento de informações entre a guia de recolhimento do IPR e o produtor que é empregador filiado à previdência;

b) valor do ICM: inaplicável como referência no caso, pois trata-se de um imposto estadual que isenta grande parte da produção primária;

c) valor da produção, declarada no Imposto de Renda: também não é feito cruzamento de dados (Ministério da Fazenda/IAPAS), além da óbvia complexidade que cercaria tal tentativa face às distintas finalidades de cada imposto (isenções, tipo de contribuintes, etc.); e

d) valor da produção informada no "Cadastro de Imóvel Rural — DP" ao INCRA: trata-se do Sistema Nacional de Cadastro Rural feito a cada seis anos, sendo o último de 1978. A partir daí, os que são declarantes do IR atualizam dados anualmente. Além da defasagem no tempo dos dados globais, o INCRA não remete dados periódica ou eventualmente ao IAPAS, que por sua vez não os tem solicitado.

2.^a parcela, equivalente a 12% de 1/20 da propriedade rural mantida sem cultivo, conforme a última avaliação feita pelo INCRA: refere-se à "Declaração Anual para Cadastro de Imóvel Rural-DA", à qual estão obrigados somente pessoas físicas que tiveram rendimentos brutos totais superiores a Cr\$ 1,6 milhão (em 1981) ou quem têm imóveis com área superior a 500 hectares e pessoas jurídicas. Não é utilizado como referência pela previdência, mesmo porque isto seria inviável, principalmente por sua pequena cobertura em relação aos empregadores segurados.

Assim, na prática, o que define o *quantum* a ser pago é o Artigo 61 do Regulamento da assistência ao empregador rural (ver também OS-INAMPS/SB 055.3, de 10 de julho de 1979), pelo qual "o valor total que servirá de base de cálculo para

a contribuição devida ao segurado não será inferior a 12 nem superior a 120 SM.⁶ A grande maioria dos empregadores paga pelo mínimo, mesmo porque os benefícios a que têm direito possuem um valor fixo.

Este subsistema tem sido deficitário para a Previdência: em 1980, os empregadores pagaram Cr\$ 2,6 bilhões e consumiram, em benefícios e em serviços de saúde, Cr\$ 4,85 bilhões. Do total da receita rural previdenciária, o ER participa com menos de 2%, embora já tenha atingido uma cota de 6% em 1976, antes da instituição do SINPAS.⁷

A aplicação de qualquer dos critérios legais de controle, se isto fosse possível, originaria uma arrecadação bem superior à obtida. A Revisão Cadastral do INCRA de 1978, por exemplo, para uma área total de 401 milhões de hectares em 3 milhões de imóveis, constatou que nada menos do que 149 milhões de hectares (37%) eram constituídos por terra "inaproveitável, não explorada", sendo que 141 milhões de hectares em unidades produtoras de 50 hectares cada. Como o valor total declarado neste ano foi de Cr\$ 2.683,00 por hectare e estimando-se em 50% o custo da terra não explorada, teríamos um valor total de Cr\$ 4,8 bilhões, que deveria ser arrecadado só na 2.^a parcela devida pelos empregadores (ou seja: Cr\$ 1.341,48 x 149 milhões de hectares x 20% x 12%), quando a receita obtida pela Previdência neste item foi no mesmo ano de Cr\$ 805 milhões.

A própria Previdência tem sugerido que o empregador rural passe a ser considerado como um contribuinte urbano, com os direitos e deveres deste, num caminho por certo acon-

⁶ Supondo um salário mínimo de Cr\$ 16.132,00, o cálculo da contribuição do empregador é o seguinte: $12 \times \text{Cr\$ } 16.132,00 \times 0,12 = \text{Cr\$ } 23.230,00$ ao ano como mínimo; ou $120 \times \text{Cr\$ } 16.132,00 \times 0,12 = \text{Cr\$ } 232.301,00$ ao ano no máximo. Em 1979, os valores oficiais foram de Cr\$ 3.360,00 até Cr\$ 32.760,00 anuais.

⁷ São Paulo, Paraná e Rio Grande do Sul são responsáveis por 56% do ER (Tabela IV.3), o que se explica tanto por se constituírem em áreas com forte presença de minifúndios, como por sua maior capitalização rural.

colhável no que respeita à estrutura de benefícios pecuniários e de regularização da receita. Já para a obtenção de serviços de saúde, afigura-se como mais razoável a integração dos empregadores a um sistema local eficiente, nos moldes em que está proposto ao final deste documento.

5.1 — Capacidade Instalada

A aprovação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) no Nordeste, em 24 de agosto de 1976, "com a finalidade de implantar uma estrutura básica de saúde pública nas comunidades de até 20 mil habitantes e de contribuir para a melhoria do nível de saúde da população da região", representou uma séria tentativa feita pelo Poder Central no sentido de superar assintonias institucionais e de inverter a estratégia de atuação setorial que historicamente privilegiou um modelo de trabalho curativo sob responsabilidade principal privada.

O programa, elaborado no Centro Nacional de Recursos Humanos/IPEA, previa para o período 1976/79 a aplicação de Cr\$ 4,0 bilhões (a preços de 1976), provenientes do Ministério da Saúde, do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), do Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN) e do Programa de Integração Nacional (PIN), estabelecendo em seu artigo 3.º que o "INPS e o FUNRURAL remanejarão recursos destinados à assistência médica, nas áreas de atuação do programa, de acordo com as diretrizes deste decreto e com os projetos específicos relativos a cada Estado". O PIASS,

levando em conta a forte correlação entre o grau de complexidade das doenças e o nível de desenvolvimento econômico das comunidades, propunha uma rede de unidades primárias de saúde e saneamento a cargo de pessoal auxiliar nas menores localidades (até 2.000 habitantes), ligada a unidades de apoio que, dotadas de pessoal e de recursos mais complexos, serviriam de centro de referência clínica, supervisão e treinamento do microssistema.

Em parte, constituía-se também em uma esperança de quebrar a até então sólida resistência previdenciária no sentido de repensar e modificar sua forma de atuação, pelo menos nas pequenas cidades, onde era menor a pressão do setor privado (em especial o ligado à indústria médica, à sofisticação tecnológica e aos grandes hospitais). Na verdade, foi só em 1979 que afinal o INAMPS decidiu-se a participar efetivamente, assumindo a responsabilidade de custeio parcial de toda a rede PIASS.

Originalmente, o modelo de minipostos de saúde (no qual em parte inspirou-se o PIASS), definido como um "programa de assistência simplificada para saúde, de caráter essencialmente democrático", surgiu no Rio Grande do Norte em 1967, instalando suas primeiras quatro unidades no ano seguinte para cobrir cerca de 20 mil pessoas já em 1969 (a nível local atuava a "Orientadora de Saúde" junto à "Sociedade de Saúde", com apoio da ANCAR — hoje EMATER — e FSESP e coordenação da Secretaria de Saúde).

Em 1979, o Decreto n.º 84.219 decidiu estender o PIASS para todo o País, com "ênfase na sua intensificação na região Nordeste e expansão para as regiões Norte e Centro-Oeste, Estado do Espírito Santo e no Estado de Minas Gerais, as macrorregiões do polígono das secas, nordeste e vales dos rios Jequitinhonha, Mucuri e Doce".

A Tabela V.1 retrata bem o que ocorreu, primeiro entre 1976 e 1979, quando estava restrito ao Nordeste como um programa específico, e de 1980 em diante, quando passou a fazer parte do "Programa de Serviços Básicos de Saúde" orientado pelo Ministério da Saúde (MS).

TABELA V.1

CENTROS DE SAÚDE, POSTOS DE SAÚDE, UNIDADES MISTAS E SISTEMAS DE ABASTECIMENTO D'ÁGUA CONSTRUÍDOS COM RECURSOS DO PIASS EM 1978 E 1979 E REDE INCORPORADA AO PROGRAMA DE SERVIÇOS BÁSICOS EM 1980 E 1981, POR REGIÕES, NO BRASIL

Regiões	Construção (1978/79)				Incorporadas (1980/81)				Total			
	PS	CS	UM	SAA	PS	CS	UM	SAA	PS	CS	UM	SAA ^a
Norte	—	—	—	—	676	159	—	83	676	159	91	83
Nordeste	1.673	532	—	94	522	311	168	212	2.195	843	168	306
Sudeste	44	31	—	78	922	649	3	38	966	680	3	116
Sul	—	—	—	—	—	—	—	45	—	—	—	45
Centro-Oeste	—	—	—	—	238	310	15	57	238	310	15	57
Brasil	1.717	563	—	172	2.358	1.429	186	529	4.075	1.992	277	607

Fonte: Ministério da Saúde, Relatório de Avaliação do PIASS 1976—1982 — SG—GT/USPP.

^a PS = Posto de Saúde, CS = Centro de Saúde, UM = Unidade Mista, SAA = Serviço de Abastecimento d'água.

Deste 1980 o MS firma convênios únicos com as Secretarias Estaduais, repassando recursos de acordo com Planos Operativos Anuais (POA), em substituição aos diversos convênios isolados que anteriormente mantinha, incluindo nesta nova sistemática o PIASS. Assim, não há como avaliar o PIASS unitariamente nos últimos anos, quando a "rede básica incorporada" passa a ser sinônimo da rede que é financiada pelo INAMPS.

Na rede conveniada estão incluídos todos os Estados do Nordeste, Norte e Centro-Oeste (exceto o Distrito Federal), Minas Gerais, além de poucas unidades do Espírito Santo (40 em 1981) e São Paulo (23 Unidades no Vale da Ribeira em 1981). Foram treinadas, no total, 3.675 pessoas (2.823 de nível elementar) e feitas 24.382 fossas até 1979, sendo depois incorporados à rede ainda 2.448 consultórios odontológicos, 169 hospitais com 37.162 leitos e implantadas 201 diretorias regionais.

Para 1982, a programação aprovada é a seguinte: Implantar 2.154 PS, 230 CS, 88 UM, 226 laboratórios, 330 consultórios odontológicos, 793 sistemas d'água, capacitar 27.471 pessoas (56% de nível elementar) e reciclar outras 24.000.

A "capacidade potencial de cobertura da rede básica é de 59 milhões de pessoas" (eufemismo baseado numa influência teórica sobre 2 mil pessoas do PS e 10 mil do CS).

De acordo com dados do INAMPS, em 1981 a rede de serviços básicos efetuou 9,3 milhões de consultas médicas (para um total de 1.469 CS e UM, a média é de 26 consultas/unidade/dia), sendo 3,5 milhões em Minas Gerais, 3,4 milhões no Nordeste, 1 milhão no Norte, 1 milhão no Centro-Oeste e as demais no Vale da Ribeira, em São Paulo. Para as demais atividades não há dados disponíveis.

O Grupo Executivo Interministerial (GEIN), com representantes da SEPLAN, MPAS, MS e MINTER, que conduziu o PIASS até 1979, foi virtualmente desativado junto com sua Secretaria Técnica daí em diante. A discussão de temas comuns passou para a esfera da Comissão Interinstitucional de Planejamento

(CIPLAN), órgão de coordenação apenas do MS e MPAS. Os Grupos de Coordenação Estaduais (GCE) na prática desapareceram, enquanto as Equipes Técnicas Estaduais (ET), os verdadeiros vetores locais que impulsionaram as etapas iniciais de implantação do programa, viram-se precocemente incorporadas à máquina administrativa de cada Secretaria de Saúde sem que estas já tivessem conseguido superar seus habituais problemas organizacionais.

5.2 — Gastos e Estrutura de Custeio

Somente em 1978 começaram a ser repassados recursos para o PIASS, que, no interregno representado pela segunda metade de 1976 e por 1977, dedicou-se a um ativo trabalho de discussão e de definição de normas e mecanismos de implementação junto aos Estados. A previsão inicial era de um gasto de Cr\$ 3,0 bilhões em saúde,¹ mas mesmo a aplicação real de apenas Cr\$ 1,03 bilhão não impediu a maciça implantação, até 1979, de 2.280 unidades no Nordeste e em Minas Gerais.

As Tabelas V.2 a V.5 sintetizam as informações mais necessárias para uma análise deste subsistema.

Na fase inicial, a implantação dos CS e PS, mais o treinamento de pessoal, deu-se inteiramente às custas de recursos alocados "a fundo perdido" pelo PIN. A dotação do FAS de Cr\$ 300,00 milhões, como se vê na Tabela V.2, concretizou-se só em 1979, sendo toda ela destinada à Fundação SESP, fundamentalmente para reforçar sua própria rede de saúde. Ao Ministério da Saúde coube a responsabilidade da manutenção das Equipes Técnicas de coordenação a nível das Secretarias Estaduais de Saúde.

¹ As atividades e os recursos destinados à área de nutrição e alimentação são apenas referidos neste documento, não sendo objeto de análise. Para um estudo detalhado do PNS/INAN, incluindo a área PIASS, consultar Kruse [11] e IPEA/IPLAN/CNRH [9].

O INAMPS desde 1979 transformou-se na principal agência de financiamento do programa, ao assumir o subsídio das unidades em funcionamento a nível local.

Quando da expansão nacional do programa (Decreto n.º 84.219/79, estabelecendo em Cr\$ 6,1 bilhões a participação federal entre 1980/85), foram mantidas as fontes originais de custeio, mas indicando expressamente que os encargos da dívida para com o FAS constariam no orçamento do MS. Em 1980 e 1981 utilizou-se o Fundo Nacional de Desenvolvimento (FND) como fonte, suplementando provisoriamente o PIN. Por outro lado, a importância do setor saneamento tornava-se mais clara por meio da destinação de 55% do total dos recursos de investimento e pela determinação de que as operações de crédito feitas com o FAS só poderiam servir a estas atividades.

A Tabela V.3 mostra a reduzida importância real conferida às ações de saneamento básico, o que se traduz numa execução orçamentária de Cr\$ 882 milhões até 1981, enquanto que Cr\$ 10,1 bilhões eram despendidos em saúde. Para 1982, há a intenção no sentido de incrementar especialmente a quantidade de sistemas simplificados de abastecimento d'água, caso consigam superar os entraves que até hoje têm bloqueado a amplitude desta área.

A distribuição dos gastos por regiões, vista na Tabela V.4, mostra uma nítida prioridade para os pólos mais deprimidos do País, inclusive no que se refere às microrregiões do Sudeste, que participam do programa (Minas Gerais, Espírito Santo e Vale da Ribeira).

Quanto ao custeio das unidades básicas pelo INAMPS, a Tabela V.5 fornece o subsídio mensal vigente no trimestre final de 1981 e primeiros cinco meses de 1982, além do que será pago daí em diante com o número máximo de unidades favorecidas.

Considerando-se que um módulo básico inclui em média um CS e dois PS (Tabela V.3), seu custo aproximado para o INAMPS atualmente é de Cr\$ 230.496,00 ao mês. No caso da presença de uma UM (17,6 leitos em média) no lugar do CS, a participação previdenciária eleva-se para Cr\$ 497.049,00

TABELA V.2

GASTOS DE INVESTIMENTO E DE CUSTEIO COM O PROGRAMA DE SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE, ^a SEGUNDO A FONTE DE RECURSOS, EFETUADOS ATÉ 1981 E O ORÇADO PARA 1982 — BRASIL

(Em Cr\$ 1 milhão correntes)

Anos	Fonte Financiadora					Total
	Investimento			Custeio		
	PIN	FND	FAS	Ministério da Saúde	INAMPs	
1978/79	675	—	300	56	436	1.467
1980	230	534	600	532	1.605	3.501
1981	322	534	180	776	4.233	6.045
1982	1.500	—	720	3.993	8.896	15.109
Total	2.727	1.068	1.800	5.357	15.170	26.122

Fonte: Ministério da Saúde, Relatório do PIASS 1976—82

^a Não inclui gastos em nutrição do INAN.

TABELA V.3

INVESTIMENTOS EM SANEAMENTO BÁSICO EFETUADOS ATÉ 1981 E PREVISTOS PARA 1982 — PIASS E PROGRAMA DE SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE, SEGUNDO A FONTE — BRASIL

(Em Cr\$ 1 milhão correntes)

Anos	Fontes			Total Gasto em Saneamento	% em Relação ao Total do Gastos
	FAS	PIN	Ministério da Saúde		
1978/79	33,7	—	—	33,7	2,3
1980	600,0	—	—	600,0	17,1
1981	180,0	68,0	—	248,0	4,1
1982	360,0	840,0	95,5	1.295,5	8,6

Fonte: Ministério da Saúde/SG, Relatório do PIASS 1976—82.

TABELA V.4

**GASTOS FEDERAIS COM O PROGRAMA DE SERVIÇOS
BÁSICOS DE SAÚDE, POR REGIÕES, EFETUADOS
DE 1976 A 1981 E O ORÇADO PARA 1982
— BRASIL**

(Cr\$ 1 milhão correntes)

Anos	Regiões					Total
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centra- Oeste	
1978/79	—	1.334	133	—	—	1.467
1980	418	2.421	291	96	275	3.501
1981	860	2.920	1.440	136	637	6.045
1982	2.344	6.638	3.762	858	1.507	15.109
Total	3.622	13.313	5.626	1.090	2.471	26.122

TABELA V.5

**CUSTEIO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE PELO INAMPS
EM 1982, SEGUNDO O TIPO E CUSTO UNITÁRIO DA UNIDADE**

Tipo de Unidade	Número Máximo		Subsídio Mensal Cr\$ 1,00			Subsídio Anual (Cr\$ 1.000,00)
	Até 30 de Maio	A Partir de 1.º de Junho	Até 30 de Maio	De 1.º de Junho a 30 de Novembro	Dezembro	
Posto de Saúde	4.075	4.450	25.611	33.807	43.949	1.630.044
Centro de Saúde	1.992	2.104	179.274	236.642	307.635	5.420.201
Unidade Mista	277	288	179.274	236.642	307.635	745.811
Leitos em UM	4.872	5.075	15.155	20.005	26.007	1.110.314
Total						8.896.370

Fonte: CIPLAN, Resolução n.º 32, de 30 de dezembro de 1981.

mensais. Este subsídio tem sido fixado através de resolução da CIPLAN, sendo negociada em consequência de Planos Operativos apresentados pelos Estados. Não há dupla contagem em relação às demais unidades das Secretarias de Saúde também subsidiadas pelo INAMPS.

A participação dos Estados (estimada em Cr\$ 150 milhões ao ano, para manutenção, no Decreto n.º 84.219) não está quantificada de forma precisa, conhecendo-se unicamente o volume total de recursos alocados em cada Secretaria de Saúde para atividades não-hospitalares. De acordo com o Plano Operativo para 1982, cerca de 50% dos recursos a serem gastos na região Norte e 34% no Nordeste (exceto Bahia) seriam provenientes das Secretarias de Saúde Estaduais, mas há uma evidente superestimação nestas cifras face aos diferentes critérios adotados em relação ao que é diretamente despendido na rede básica pelo MS e MPAS (os quais não incluem, como o fazem as Secretarias de Saúde, gastos em atividades administrativas centrais, em exames laboratoriais ou em outras atividades similares como nas linhas de ação da FSESP e ex-FUNRURAL, por exemplo).

5.3 — Análise do Desempenho e da Estrutura de Gastos e Custeio/PIASS/Rede Básica

A rede básica de saúde coordenada pelo Ministério da Saúde vive hoje uma difícil etapa de transição, na qual seu maior desafio está em comprovar sua eficiência e utilidade para a população a que serve.

Não há dúvida quanto à adequação teórica da proposta PIASS, programa que na verdade antecipou no Brasil a aceitação de todo um corpo de idéias que, em 1979, ganhou força e apoio a nível internacional, quando, na reunião de ALMA-ATA, a Organização Mundial de Saúde estabeleceu como objetivo proporcionar "saúde para todos no ano 2000".

O PIASS tinha como meta implantar uma estrutura física de serviços de saúde e saneamento de forma a tornar aces-

sível seu uso pela população, melhorando os níveis de higiene e, acessoriamente, proporcionando novos empregos em regiões de grande carência social.

O que hoje se pode constatar é o significativo sucesso obtido no que se refere à construção de unidades, à aquisição e alocação dos equipamentos necessários e à criação de novos empregos nas pequenas localidades (2.823 atendentes incorporadas à rede em dois anos); mas o mesmo não se pode dizer quanto ao programa de saúde propriamente dito, o qual ainda está distante dos seus objetivos elementares.

Vale dizer que o acesso à saúde significa:

- existência dos serviços, ao alcance geográfico, econômico e cultural da população;
- adequação dos serviços quanto à sua organização, tipo e qualidade; e
- aceitação dos serviços pela população.

O PIASS, e agora o PSBS (Programa de Serviços Básicos de Saúde), conta a seu favor essencialmente a primeira condição, restando colocar em prática a segunda, para então incorporar-se em definitivo aos hábitos populares de utilização dos serviços de saúde.

5.3.1 — Fatores de Desequilíbrio

Em parte, as dificuldades do Programa têm sua origem na própria natureza de um novo modelo de trabalho em saúde, que só consegue se impor após uma etapa de maturação, na qual deve provar que é superior às unidades tradicionais. Não obstante, existem também fatores internos que tornam mais longa esta etapa e que merecem uma análise mais detida, ponto a ponto:

1) O Esforço Inicial pela Consolidação

A simples colocação em prática de uma política de atenção primária em saúde, pela primeira vez no País com amplitude

regional, consumiu quase todas as energias do grupo dedicado à realização do PIASS. Havia a urgência de implantar as unidades, que naquele momento inicial eram sinônimo do próprio programa, buscando consolidá-lo através de uma rede suficientemente numerosa que não pudesse ser depois desativada.

Embora se possa comprovar que a política de impacto para a implantação de unidades, com a intenção de mais tarde dedicar-se à melhora na qualidade dos serviços, origina distorções dificilmente superáveis, deve-se concordar com o fato de que esta era uma das únicas rotas desimpedidas para o trabalho na época. A integração da previdência social a um sistema mais racional de atenção à saúde sofria sérias resistências nas áreas urbanas mais populosas, e a recente tentativa de forçar a participação do INPS no PRONAN não alcançara êxito. A zona rural e as pequenas localidades, onde os interesses econômicos e as preocupações das categorias profissionais de caráter classista pareciam existir de forma atenuada, poderiam propiciar — como de fato ocorreu — algum tempo livre de pressões para montar uma rede em moldes inovadores.

A demora na primeira alocação de recursos e na definição da entrada do INAMPS como agente de custeio terminou por reforçar as distorções intrínsecas ao modelo de instalação compactada e maciça de unidades seguido.

2) *A Prioridade da Saúde sobre o Saneamento*

Esta foi uma decisão, tomada a nível de GEIM em 1978, considerada de “caráter político”, no sentido de utilizar os recursos disponíveis na implantação de serviços de saúde, deixando as ações de saneamento para mais adiante. As razões para este erro — uma vez que, especialmente no Nordeste, as repercussões que se pode esperar de um sistema mínimo de abastecimento contínuo de água ou de destinação de dejetos sobre o estado de saúde da população são muito maiores que os de uma Unidade de Saúde, mesmo de largo porte — radicaram-se mormente na pressão interna do setor saúde, sob o argumento das próprias Secretarias Estaduais de que politicamente necessitavam, em primeiro lugar de Unidades de Saúde.

Quando se concretizou a fonte FAS em 1979, com recursos em princípio para ações de saneamento, a solução adotada foi o seu repasse para a FSESP (que mantinha então uma linha paralela ao PIASS), uma vez mais postergando a ênfase que deveria receber um setor que custa a transformar-se em uma realidade palpável (para 1982, a proposta foi de construir 793 sistemas de água e 2.798 unidades de saúde). As entidades encarregadas especificamente das ações de saneamento básico — sistema PLANASA — pouco interesse têm demonstrado em atuar ligadas aos programas de saúde, exigindo costumeiramente uma contrapartida financeira que as comunidades mais pobres e doentes não podem pagar; isto obriga a participação das instituições de saúde, que, embora aparentemente bem intencionadas, terminam lhes conferindo também uma baixa prioridade.

3) *A Espera pelo PREVSAÚDE e a Desativação Precoce do PIASS*

A mudança de governo em 1979 trouxe uma natural etapa de transição administrativa e lentidão decisória, que neste caso viu-se agravada pela curta permanência da direção inicialmente escolhida para o MS. De imediato, instalou-se no País a discussão em torno de um hipotético Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE), que deveria estabelecer, entre outras coisas, uma íntima conexão entre os dois grandes Ministérios Setoriais — MS e MPAS. Dois anos de trabalhos e de debates não foram suficientes para dotar a Nação de um programa que ao mesmo tempo contivesse avanços técnicos e sociais e atendesse às pressões dos diversos setores interessados em conservar seus limites de influência e poder, terminando por inviabilizar-se a nível central.

O PIASS, desde logo considerado como o “segmento rural” do PREVSAÚDE, neste processo passou nitidamente a perder substância como programa específico, mantendo-se fundamentalmente como fonte de financiamento para o PSBS. No agudo processo de readaptação das estruturas internas do MS (eliminação de programas verticais), na tentativa de fazer

com que toda a instituição se transformasse em motor do sistema de atenção básica, não havia tempo para repensar a rede de serviços, e as unidades continuaram metodicamente sendo expandidas. Paralelamente, os argumentos que levaram à constituição de equipes de coordenação e planejamento em cada Secretaria de Saúde em 1977, com apoio financeiro federal (necessidade de uma estrutura técnica para capacitar os Estados a gerenciar os programas regionais), foram considerados superados em benefício da integração completa Ministério/Estados. O PIASS, programa ainda verde e inseguro, necessitava de uma sustentação específica mais longa (programas de tradição firmada como os da SUCAM e FRESP permaneceram com sua identificação assegurada), mas viu-se envolvido neste reforço de consolidação interna, reduzindo pelo menos temporariamente seu poder catalisador sobre os programas estaduais.

4) *Restrita Participação da Previdência*

O INAMPS, após o fugidio balão-de-ensaio sobre a integração geral de atividades representado pelo PREVSAÚDE, restringiu-se ao financiamento contido e parcial da rede básica. Sem contar com um corpo técnico especializado na linha de saúde pública, dada a sua longa tradição de trabalho no campo curativo, o INAMPS manteve a linha FUNRURAL fora do processo, aceitando com clara desconfiança a presença do PIASS em sua estrutura de gastos. Passou, então, a acumular observações de caráter qualitativo sobre a rede, típicas de um agente financiador que aguarda pela resolução externa dos problemas descobertos (por exemplo, sobre a Bahia, o "Relatório INAMPS sobre o PIASS-abril/81" observava: "população alheia aos recursos assistenciais oferecidos; profissionais não despertaram totalmente para a filosofia do programa"). Em consequência, o esperado entrosamento das atividades contratadas com os hospitais privados, ou os convênios e credenciamentos paralelos mantidos pela previdência, ou ainda a assistência rural com a rede básica, nunca chegou a ocorrer.

5) *Retração Estadual no Custeio*

A rápida expansão da rede pública trouxe, ao lado de incontestes benefícios (capacitação gerencial, aumento da influência do sistema de saúde), algumas distorções no trabalho das Secretarias de Saúde, acostumadas a custear o funcionamento de um número limitado de unidades no interior. Os recursos previdenciários, ao que tudo indica, em muitos casos passaram apenas a substituir a fonte estadual, o que se reflete na constatação freqüente de que, enquanto os salários (cobertos basicamente com o subsídio do INAMPS) são pagos em dia, persistem sérias carências de recursos para as atividades de supervisão, manutenção física, transportes e reciclagem de pessoal.

A relação entre o custo direto total de cada unidade e o subsídio previdenciário infelizmente não está disponível, mas a insuficiência de recursos financeiros para a rede básica em seus níveis atuais não deixa dúvidas quanto à ainda reduzida ênfase prática que lhe emprestam tanto o Estado como a Previdência.

5.3.2 — Avaliação do Desempenho da Rede Básica

Ainda que uma avaliação qualitativa global não se faça viável face à extrema escassez de informações a este nível, isto não impede que se forme um quadro aproximado a respeito, seja com base em visitas ao campo, seja pelo estudo de relatórios substantivos parciais e discussão com técnicos envolvidos no processo.

Em relação aos *Postos de Saúde*, sua cobertura real é em geral pequena,² mormente em função da reduzida gama de serviços que na prática são ofertados pelas Atendentes de Saúde: distribuição de alimentos na linha do PNS, realização

² A respeito da cobertura por serviços primários, em distintas condições práticas, ver Escola Nacional de Saúde Pública [6] e Brasil, INAMPS [3].

de curativos simples, aplicação de injeções, encaminhamento de pacientes aos centros de saúde.

As *Atendentes* geralmente são jovens indicadas pela liderança política local ou regional, recebendo um treinamento formal durante três meses para em seguida assumir a responsabilidade pelo Posto sob a remuneração de um salário mínimo pago pelo Estado. Seu relacionamento posterior com o Centro de Saúde de referência tem-se caracterizado pela eventualidade, em parte porque a supervisão de nível superior constitui-se em um dos elos mais fracos do programa e em parte porque a população não utiliza o PS como porta de acesso ao sistema de saúde.

Na verdade, o cerne da política de atenção primária em áreas pobres está em vencer o desafio representado pela tarefa de transformar estas jovens em *Atendentes* tecnicamente capazes e aceitas pela comunidade.

Algumas regras essenciais devem ser obedecidas para a escolha de auxiliares comunitários de saúde: residir na própria localidade de trabalho, contar com alguma experiência relacionada com o trabalho em saúde ou demonstrar afinidade com ele, gozar de prestígio entre os moradores, ser preferencialmente do sexo feminino, devido à natureza da maior parte do trabalho a efetuar. Na seleção final, os programas que a nível nacional e internacional alcançaram êxito neste processo costumam mesclar a indicação de candidatos pela comunidade com visitas à sua casa, entrevistas e provas sobre conhecimentos básicos.

Ao perder o poder de seleção das *Atendentes*, na verdade o PIASS abdicou em grande parte de suas possibilidades de sucesso técnico.

Muitas das *Atendentes* hoje atuando nos Postos dificilmente transformar-se-ão em auxiliares eficazes: não têm afinidade com a área, o treinamento compacto recebido é esquecido por falta de uso e a população por vezes chega a distanciar-se delas, até mesmo por considerar que, ao obter o emprego fixo, mudou de **status**, terminando por reforçar sua confiança nos empíricos e curiosos da área.

Enquanto isto, a prática médica nos *Centros de Saúde* mantém seu caráter isolado, fornecendo uma consulta rápida, impessoal e em geral paliativa. Isto diminui ainda mais as possibilidades de correção das distorções das unidades elementares, inclusive porque o prestígio da Atendente depende em boa parte da atitude do médico para com ela e para com os pacientes que lhes são comuns.

O funcionamento do módulo prevê prioridade de atendimento no CS para pessoas com ficha de encaminhamento do PS, mas a baixa cobertura desses é um claro indicador de que tal incentivo é insuficiente para fazer com que este sistema funcione organicamente.

Não há, portanto, a esperada integração entre o Centro de Saúde e seus Postos de Saúde, a isso acrescentando-se uma limitada participação comunitária. De fato, a implantação por si só de uma rede básica, fundamentada numa proposta correta de extensão de cobertura, não assegura o efetivo atendimento das necessidades da população, nem garante sua continuidade.

A simplicidade tecnológica e conceitual do modelo de cuidados primários é aparente, pois a estrutura tradicional que impera no setor saúde, ao forçar sua própria conservação, exige tanto uma mudança conceitual a nível de mando como um prazo suficientemente longo no qual se mantenham com firmeza uma política inovadora uniforme e uma alocação perene de recursos, privilegiando a rede básica.

Diante deste quadro, por certo a prioridade mais imediata está na consolidação operacional da rede, restando a política de expansão acelerada de unidades. A reprodução de exitosas experiências nacionais (diversas unidades do PIASS favorecidas por um adequado desempenho do pessoal local, áreas de Montes Claros, em Minas Gerais, e Lajes, em Santa Catarina, componentes específicos do trabalho das Secretarias de Saúde do Rio Grande do Sul, de São Paulo e do Rio Grande do Norte, ou da FSESP, por exemplo) e o estudo mais aprofundado de programas similares em outros países podem fornecer um sólido suporte para esta estratégia de curto e médio prazo.

6.1 — Desenho Geral do Sistema de Saúde na Zona Rural e em Localidades de Pequeno Porte

As características gerais de um sistema de saúde destinado à população rural e das localidades de pequeno porte podem ser sintetizadas em 12 pontos, tendo como meta estruturar *uma só rede de serviços*:

- 1) com todas as suas unidades articuladas entre si, fazendo parte de um mesmo modelo de atenção, incluindo Postos de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Hospitais;
- 2) sem diferenciação urbana e rural;
- 3) apenas diferenciada pelas condições epidemiológicas locais e pelo tipo de serviço oferecido;
- 4) apoiada na população a que deve servir, utilizando pessoal básico local e definindo prioridades globais em conjunto com a comunidade;
- 5) com direção consolidada a nível central, através de programa único MS/MPAS;
- 6) implementada pela própria Unidade Federativa e por seus Municípios, com apoio financeiro e normas federais;

7) cujos serviços estejam capacitados a resolver os problemas de saúde da população;

8) com previsibilidade orçamentária definida por meio de um financiamento consolidado que permita um adequado controle sobre os gastos;

9) que tenha critérios uniformes e similares de pagamento às unidades prestadoras de serviços;

10) de nítido caráter social, não fazendo do lucro, em uma área extremamente carente, seu móvel de ação;

11) que enfatize não apenas a ação médica propriamente dita, mas que contemple também atividades essenciais nas áreas de saneamento, odontologia, enfermagem, complementação terapêutica, nutrição, controle de endemias, prevenção e educação em saúde;

12) que tenha por objetivo prestar à população um volume de serviços compatível com a vida em um ambiente saudável, sendo avaliada pelos padrões de saúde da comunidade e não pela quantidade de unidades que implanta ou pelo número de atividades que realiza.

É importante, compreender que a modificação parcial dos regimes assistenciais vigentes corresponde, afinal, à reiteração das medidas paliativas que têm caracterizado, especialmente na última década, a prática da saúde na zona rural e nas localidades de pequeno porte. Nestas áreas as duas grandes linhas de atuação seguidas não proporcionaram os resultados esperados: de um lado, a atomização de recursos sem um programa definido como suporte, a interiorização da saúde previdenciária; e, de outro, a implantação de um programa de ações primárias de saúde a partir do nível central, sem o necessário suporte da comunidade e com um insuficiente grau de coordenação institucional. As lições maiores a serem aprendidas deste período provêm do nível de execução, de cada unidade de saúde, onde algumas distorções (principalmente do modelo FUNRURAL) puderam ser corrigidas ao mesmo tempo em que muitos dos sonhos dos dois sistemas se esvaneceram, deixando como resultado palpável uma já numerosa rede de Centros,

Postos de Saúde e Hospitais, mas que não consegue modificar para melhor os padrões sanitários das populações que atendem.

A consequência imediata à decisão de estabelecer uma nova política de saúde, corrigindo as distorções anteriores, está na aprovação de um programa concreto de trabalho e na alocação perene de recursos suficientes à sua execução.

6.2 — Elenco de Medidas Operacionais

A rapidez de implementação de uma só rede, eficaz e eficiente, está na razão inversa do tempo de convivência com o atual sistema de atenção à saúde e com suas distorções. O gradualismo que deve caracterizar a modificação do modelo vigente de cuidados sanitários deve ser entendido como o período necessário para que todo um elenco de medidas operacionais seja posto em prática e produza os resultados esperados.

Detalham-se, a seguir, as medidas operacionais necessárias para a implementação de um *programa de saúde específico para a zona rural e localidades de pequeno porte*, mediante um orçamento consolidado a nível federal e estadual, com o aporte de novos recursos no montante de Cr\$ 248,7 bilhões em quatro anos (a preços de 1982), a fim de catalisar um processo de racionalização técnica e financeira do sistema prestador de serviços existente e cobrir setores de maior carência social e epidemiológica.

A análise efetuada anteriormente a respeito das fontes de recursos já disponíveis levou-nos à evidência de que a melhora da receita atual — mormente a previdenciária — constitui uma hipótese cuja viabilidade depende somente em estreita dosagem da capacidade e do esforço interno do setor saúde.

Ainda assim, a melhoria fiscal e, principalmente, a colocação em prática de um novo e adequado sistema de saúde representam o caminho mais aconselhável para permitir o seu

crescimento qualitativo e quantitativo, com uma estrutura de dispêndios clara e sob estreito controle.

A obtenção dos recursos adicionais necessários deverá surgir a nível federal da análise das fontes disponíveis para uso no financiamento de ações desenvolvidas diretamente na área social.

O sistema de saúde proposto tem um caráter essencialmente local, estando formado por unidades de distinta composição, desde o Posto de Saúde, que pode operar apenas através de recursos humanos sem formação acadêmica, até o Hospital de porte médio, capacitado a resolver todos os problemas médicos, à exceção daqueles de alta complexidade.

Uma *rede única de saúde* pressupõe comando único, admitindo variadas fontes de financiamento. Toda a lógica do trabalho em saúde, especialmente nas condições brasileiras, aponta na direção do comando estadual. Na verdade, a área federal deveria restringir sua participação ao repasse de recursos, à compatibilização de ações regionais (de interesse de mais de uma unidade federativa), à definição da política de saúde e das normas gerais, afastando-se da execução e do planejamento direto do trabalho.

Não existem dificuldades de monta que impeçam a formalização de sistemas estaduais, ou seja, a institucionalização de um só organismo de saúde reunindo os recursos humanos, físicos e financeiros da Secretaria de Saúde, INAMPS e MS (além dos de outras instituições com menor presença na área), uma vez que o grau de intercomunicação entre os programas de cada unidade federada é hoje bastante reduzido, havendo uma nítida separação de atividades e de acesso populacional demarcado pelas divisas estaduais. Não obstante, os entraves formais à descentralização ainda persistem, radicados notadamente na área do poder político. Por isso, a sugestão aqui apresentada, que diz respeito à integração de nível federal, tem caráter parcial, reunindo a linha rural do INAMPS e a rede básica do MS, inicialmente, e articulando-a com os Estados.

Argumento similar é válido para a participação dos Municípios, que deveriam assumir integralmente os serviços expressamente locais (atenção ambulatorial, prevenção específica, por exemplo), abdicando pelo menos de ações terciárias (hospitalização, a cargo do Estado), mas desde que contem com independência, principalmente financeira para tanto.

A implementação do elenco de medidas substantivas proposto conduz o sistema para uma crescente descentralização prática. A unificação da rede ambulatorial — com Postos e Centros da Saúde, Unidades Mistas (a atual rede básica), Ambulatórios de Sindicatos e entidades beneficentes ou Prefeituras, e os próprios do INAMPS — e sua interdependência com uma rede hospitalar remunerada sob critérios uniformes e justos (não mais por US), sem distinção de clientela e sujeita a um programa de saúde pública, representam um salto qualitativo essencial para o setor, com repercussões seguramente positivas sobre a população.

Desnecessário se torna argumentar alongadamente sobre a ligação deste sistema com os serviços existentes nas cidades maiores, pelo caráter de complementariedade e não isolamento que tendem a assumir desde que estruturados ambos em bases corretas.

Vejam, então, os pontos específicos de maior importância no programa sugerido:

1) *Integração Rede Básica/INAMPS/Estados*

O Programa, para alcançar solidez, requer o desaparecimento das distinções atuais e das linhas de trabalho isoladas. Torna-se necessário constituir um *organismo comum* dotado de liberdade orçamentária, encarregado do planejamento e da execução.

A nível central, a melhor opção imediata seria a de um grupo técnico ligado à CIPLAN, mas em cada Estado não há como fugir ao conceito de que a integração deva ocorrer sob a coordenação da Secretaria de Saúde, reunindo os recursos

— hoje atomizados — das representações do MS (inclusive FSESP e SUCAM), do Departamento de Assistência Médica ao Rural e dos setores de convênios, contratos e credenciamentos e serviços próprios do INAMPS que tenham especificidade para o universo abrangido pelo Programa.

Não se trata, portanto, de conservar vários campos de influência e poder de cada instituição, promovendo uma integração na margem. Principalmente na zona rural e nas pequenas localidades, não há como justificar a manutenção de dezenas de regimes distintos de prestação de serviços, claramente discriminatórios em relação a um grupo populacional que, por sua vez, é bastante uniforme.

Em um primeiro momento, dever-se-á promover a junção entre os Departamentos de Assistência Médica ao Rural do INAMPS às equipes de planejamento e execução já existentes em cada Estado.

2) *Consolidação Orçamentária*

A transferência em bloco dos recursos federais para um programa estadual que englobe todas as atividades de saúde junto à população-alvo representa o passo vital para que a rede única se transforme em realidade.

Mediante um plano operativo, elaborado pelo organismo comum de planejamento e execução estadual, o MS, o MPAS e as demais fontes (PIN, FAS) devem formalizar uma dinâmica ágil de repasse conjunto de todos os seus recursos. A criação de um fundo único federal, embora aconselhável, não é essencial, desde que a implementação do Estado se faça consolidadamente.

3) *Aplicação de Recursos Novos*

Estima-se uma necessidade de recursos adicionais no montante aproximado de Cr\$ 250 bilhões, a preços de 1982, em quatro anos (o que na prática significa virtualmente dobrar

o volume de aplicações até agora previsto), com base nos seguintes parâmetros genéricos:

— no corrente ano, a linha de assistência rural do INAMPS e a rede básica coordenada pelo MS deverão efetuar cerca de 2,5 milhões de internações, 29 milhões de consultas médicas e 10 milhões de consultas odontológicas, o que equivale à hospitalização de 6% da população e à realização de 0,7 consultas médicas e 0,24 consultas odontológicas por habitante/ano;

— objetiva-se atingir, no final do período (1986), uma oferta de 3 milhões de internações e 57 milhões de consultas médicas, além do desenvolvimento de programa na área odontológica (conforme item específico), com ênfase na população escolar;

— como o custo de construção de cada leito hospitalar é de Cr\$ 5.000.000,00 (1982), um hospital de 150 leitos sairá por Cr\$ 750 milhões, o que representa um custo médio e, nos dispêndios globais, já inclui as readaptações de unidades que se fizerem necessárias;

— o custo de manutenção de cada leito é de Cr\$ 19.409,00 ao ano, o que corresponde a uma aproximação entre o que hoje é pago pelo INAMPS ao leito rural (Cr\$ 12.580,42) e urbano (Cr\$ 26.237,00) em hospitais contratados;

— para a construção de Centros de Saúde, o custo unitário é de Cr\$ 3,0 milhões, sendo Cr\$ 1 milhão para reforma e reequipamento;

— cada consulta médica (inclui exames complementares e complementação terapêutica) tem um custo de Cr\$ 1.042,49, correspondendo ao que é gasto pelo INAMPS em seus serviços próprios;

— os hospitais de atenção rural conveniados, que estão com um tempo médio de permanência de 19,5 dias por internação, deverão aumentar seu rendimento para 15 dias; assim, os atuais 128.035 leitos, ao invés de 2,04 milhões de internações/ano, passaram a efetuar 2,65 milhões e o *deficit*, portanto,

é de 390 mil hospitalizações, ou de 18.843 leitos a serem construídos em quatro anos (em média, cada hospital a ser implantado deverá ter 150 leitos, evitando-se as pequenas unidades);

— em relação à atenção ambulatorial, espera-se que o reequipamento e a extensão do horário dos atuais convênios rurais do INAMPS permitam, pelo menos em relação aos sindicatos (2.000 unidades), dobrar o rendimento de quatro para oito horas diárias, passando de 11 para 22 milhões de consultas/ano (o apoio financeiro à rede básica inclui o incremento de laboratórios públicos);

— o crescimento da rede ambulatorial para permitir a realização de 41,3 milhões de consultas totais ao final do período inclui implementação de 600 novos Centros de Saúde e reequipamento ou reforma de 3.800 unidades ambulatoriais;

— considerando a mudança de estratégia do subsistema de atenção odontológica, estima-se que 1/3 dos gastos totais estimados para um programa nacional de saúde bucal sejam efetuados na zona rural, o que representa a implementação de cerca de 1.720 novas unidades de atendimento, incluindo a cobertura integral de 2 milhões de escolares (Cr\$ 930 mil por unidade implantada, já com instrumental e treinamento previstos) e a fluoretação da água de consumo em 700 localidades (Cr\$ 570 mil cada sistema).

— os serviços urbanos do INAMPS localizados nas cidades de até 20.000 habitantes, embora façam parte direta e ativa do programa, não estão aqui quantificados, e os recursos disponíveis são em princípio considerados como suficientes, concentrando-se os esforços na remodelação desse sistema de atendimento e da sistemática de remuneração;

— como o modelo técnico deverá seguir os padrões sugeridos para a rede básica de saúde, direcionando-se a expansão de serviços e de unidades neste sentido, os recursos alocados obviamente serão utilizados em consequência da programação estadual (por isso, não se especifica aqui proposição Individualizada para o MS); e

— a partir de 1987, os custos de manutenção e renovação do sistema deverão estar incorporados à estrutura normal de gastos de cada instituição participante.

A Tabela VI.1 resume os gastos totais, observando-se o largo predomínio das despesas de custeio, à exceção do setor hospitalar.

Vale destacar que a opção primeira deverá caber à estruturação da rede de atenção ambulatorial, considerando especialmente a implantação de novos leitos como uma consequência do melhor desenvolvimento da linha de cuidados básicos.

4) *Otimização das Fontes Atuais de Financiamento*

Da análise efetuada sobre a estrutura de custeio previdenciário na zona rural, ressaltou-se a possibilidade de melhoria da arrecadação do IPR através da qualificação da rede fiscal do próprio IAPAS.

Pouco resultado prático teria a realização de um esforço generalizado de fiscalização em todo o País, mas há um patamar superior, em relação à atual arrecadação, que pode ser alcançado mediante a concentração de um aparato fiscal mais eficiente nos Estados de São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Goiás e Bahia, onde se concentram 82% da arrecadação do IPR.

A transformação dos empregados rurais em contribuintes urbanos não oferece dificuldades de vulto, já estando praticamente aceita pela direção do INAMPS, que deverá efetivá-la em conjunto com o IAPAS provavelmente em curto prazo.

5) *Reavaliação da Rede Básica*

Ênfase máxima deverá ser dada à qualificação das unidades existentes, fazendo com que a rede passe a funcionar bem. As principais medidas dizem respeito a: a) capacitação contínua do pessoal auxiliar, com reciclagem preferentemente desenvolvida no próprio módulo (em cada CS de apoio), e não a nível central; b) substituição das Atendentes Inadaptadas ao exercício da função saúde; c) na contratação de novas

TABELA VI.1

RECURSOS NOVOS PARA O PROGRAMA DE ATENÇÃO À SAÚDE NA ZONA RURAL E EM PEQUENAS LOCALIDADES, EM INVESTIMENTO E CUSTEIO, SEGUNDO O TIPO DE ATIVIDADE — BRASIL, 1983/86

(Em Cr\$ 1 bilhão)

Anos	Assistência Hospitalar			Assistência Ambulatorial			Assistência Odontológica			Total		
	Investimento	Custeio	Subtotal 1	Investimento	Custeio	Subtotal 2	Investimento	Custeio	Subtotal 3	Investimento	Custeio	Total
1983	31,4	4,1	35,5	1,4	11,4	12,8	0,5	6,5	7,0	33,3	22,0	55,3
1984	31,4	6,7	38,1	1,4	18,8	20,2	0,5	6,5	7,0	33,3	32,0	65,3
1985	31,4	9,2	40,6	1,4	26,0	27,4	0,5	6,5	7,0	33,3	41,7	75,0
1986	—	11,7	11,7	1,4	33,0	34,4	0,5	6,5	7,0	1,9	51,2	53,1
Total	94,2	31,7	125,9	5,6	89,2	94,8	2,0	26,0	28,0	101,8	146,9	248,7

Atendentes, considerar como essencial o preenchimento de requisitos técnicos e a aceitabilidade por parte da comunidade, abominando as indicações políticas de caráter clientelista; d) suspensão da linha de investimento em novas unidades, contentando-se com os recursos atualmente disponíveis e remanejando as aplicações de capital já previstas, para a melhoria qualitativa da rede existente; e) concentração de esforços na obtenção de eficácia nas atividades de supervisão; f) implementação efetiva de unidades regionais nos Estados; e g) melhoria qualitativa do desempenho das unidades de maior porte (CS, UM).

6) *Custelo Uniforme da Rede Hospitalar*

O término da dualidade de pagamento e cobertura dentro de um mesmo hospital nas localidades de pequeno porte implica a remuneração das internações por um novo modelo e a integração da rede terciária às unidades básicas.

As severas distorções inerentes ao sistema de pagamento por unidade de serviço e sua repercussão sobre a modalidade de custelo por convênio global, além do enfraquecimento desta, provocam uma injustificada discriminação em relação à clientela. Soma-se a este quadro a exigência de que o sistema tenha gastos previsíveis e sob controle, para indicar claramente a necessidade de sua substituição.

Sugere-se a remuneração dos hospitais contratados, nesta área programática, de acordo com um orçamento anual que inclua todos os gastos, inclusive os honorários profissionais. A partir da identificação do custo real do hospital, o poder público participa em proporção suficiente para assegurar a cobertura integral da população-alvo em condições adequadas de tratamento.

O orçamento é estabelecido em função da população a atender — urbana e rural —, de forma a permitir um justo ganho para a força de trabalho (médicos, pessoal de enfermagem, etc.).

O repasse de recursos pode ser feito mensalmente, remunerando-se individualizadamente ao hospital (serviços de hote-

larfa, insumos, depreciação) e ao pessoal, especialmente os médicos, mas não por US.

Embora esta nova modalidade ainda não esteja suficientemente estudada no País, necessitando da obtenção de experiência restrita a áreas de implantação inicial, fundamenta-se na apresentação de um orçamento por parte de cada hospital, o qual é analisado pelo organismo comum de planejamento e execução estadual, que, por sua vez, aprova-o ou não, de acordo com um conjunto de parâmetros técnicos (por exemplo, população coberta, relação médicos e enfermeiras por leito, existência de meios auxiliares de diagnóstico, qualificação do pessoal, desempenho qualitativo e quantitativo nos anos anteriores).

As principais vantagens do sistema radicam-se não só na possibilidade de conhecimento mais preciso do gasto anual, mas também na simplificação administrativa diante da redução dos controles, que passam a ter caráter essencialmente substantivo, além de desencorajarem a excessiva utilização dos leitos hospitalares ou o superfaturamento de diárias e de procedimentos médicos, não impedindo a possibilidade de efeitos contrários inerentes aos sistemas de pré-pagamento, entre os quais as dificuldades em conseguir hospitalização.

7) Ênfase às Unidades Mistas em Substituição aos Hospitais de Pequeno Porte

Os hospitais locais de menor porte, em precárias condições de funcionamento ou com baixo rendimento, deverão ser transformados em Unidades Mistas, acumulando em uma só edificação sempre que possível os serviços de saúde pública e de atenção hospitalar elementar.

A não ser em pequenas localidades mais isoladas ou com dificuldades maiores de comunicação com centros populosos próximos, que justifiquem a existência de toda uma estrutura hospitalar de suficiente nível resolutivo localmente, dever-se-á privilegiar a concentração dos cuidados hospitalares em nosocômios de médio ou maior porte (100 camas como padrão mínimo, por exemplo), com vistas a torná-los economicamente

factíveis e eficientes tecnicamente. Neste contexto, a atenção secundária (especialidades médicas), já desenvolvida via INAMPS, incorpora-se como nível de referência para a rede básica, ganhando organicidade.

8) *Crescimento Seletivo da Capacidade Instalada*

A construção de novas unidades, especialmente hospitalares, deve cobrir as áreas mais necessitadas sob o aspecto epidemiológico. Considerando a fraca tradição comunitária na administração de organismos de assistência social no País, a melhor opção situa-se no setor público, mormente como forma adequada para alcançar orçamentos mais controlados. O crescimento da capacidade instalada privada com recursos do setor público, em áreas deprimidas, já não consegue suficiente justificativa, após ter sido este um modelo tentado sem êxito visível e com severas distorções, especialmente ao longo da última década.

Neste sentido, há que chamar-se a atenção para a inevitabilidade de substituição de unidades contratadas que venham a cometer fraudes constantes, de caráter ético e financeiro. A aplicação das penas normalmente previstas em contrato leva, após algum tempo, fatalmente ao descredenciamento do hospital reincidente por várias vezes. Nestes casos, sempre que não for possível catalisar mudanças administrativas (substituição gerencial por outro grupo privado ou por entidade comunitária), deverá ser implantada unidade pública de atendimento alternativo, inclusive para permitir a continuidade de serviços com razoável qualidade para o atendimento público.

9) *Incorporação da Rede de Convênios Ambulatoriais à Rede Básica, Mantendo sua Identidade*

O programa deve ser um só, com normas e supervisão centralizadas, mas a rede executora admite diferentes entidades participantes.

Levando em conta o desempenho da estrutura atual e as vantagens de proteger as entidades mais ligadas à população,

o reforço da linha de convênios previdenciários, especialmente os mantidos com os Sindicatos Rurais (patronais) e de Trabalhadores Rurais e com as Prefeituras, constitui ponto importante de apoio para o sucesso do programa. A readaptação destas unidades inclui a dotação de novos equipamentos e a remuneração do pessoal em bases similares às adotadas para os CS e PS.

10) *Privilegiamento de Ações de Saneamento Básico*

Componente vital para o sistema de saúde, cabe nesta área recuperar a ênfase que lhe foi dada pelo decreto de expansão do PIASS, aplicando em saneamento básico — efetivamente — os recursos previstos, além de retomar entendimentos com o MINTER/PLANASA a nível central e com as Companhias Estaduais de Abastecimento d'Água e Esgotos a fim de incrementar sua participação a fundo perdido ou a custos de produção, junto à população de baixa renda.

Há uma extensa gama de atividades que justificam a presença de um auxiliar com conhecimentos sobre saneamento na unidade de saúde, tanto na zona rural como nas cidades, especialmente para desenvolver tarefas com respeito à destinação de dejetos, cuidados com sistemas básicos de abastecimento d'água e controle ambiental.

11) *Desenvolvimento de Subprograma de Odontologia*

Os problemas de saúde oral, tanto por sua forte prevalência no quadro geral de morbidade como pelas particularidades de caráter epidemiológico que os caracterizam, exigem um subprograma individualizado, embora este constitua parte integrante do programa global proposto a nível nacional.

A expansão de serviços odontológicos em escala significativa e a custos suportáveis condiciona-se a três fatores principais:

a) seguimento de um modelo de atenção que configure estrita prioridade aos problemas de maior prevalência e aos

grupos mais carentes (cárie dental e doença periodontal na infância e juventude);

b) produção e uso de tecnologia nacional e apropriada, especialmente quando a sistemas de trabalho, equipamentos, medicamentos básicos, instrumentais e material de consumo; e

c) utilização ampla de pessoal técnico e auxiliar, com funções delegadas, para atenção clínica da população.

Propõe-se a implantação de cuidados odontológicos com favorecimento a *ações de caráter preventivo* (fluoretação de água de abastecimento público em localidades com sistema de tratamento implantado, ou utilização de métodos alternativos nas demais, com uma redução esperada de 60% nos índices de cárie para o grupo populacional de 0 a 14 anos de idade), à *cobertura de alunos matriculados na rede oficial de ensino de 1.º grau* (tratamento completo de necessidades básicas) e *atenção mínima às camadas socialmente mais carentes*, por meio da implantação de unidades assistenciais simplificadas em PS e CS que atualmente não disponham desses serviços.

12) *Complementação Terapêutica e Diagnóstica*

A efetiva cobertura terapêutica da população depende de dois componentes fundamentais: o desempenho da linha CEME, de maneira a atribuir a cada unidade prestadora de serviços os produtos constantes da RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais), e a identificação e uso em bases científicas da "medicina popular".

A dificuldade de acesso à consulta médica e a virtual ausência de medicamentos industrializados nas unidades de saúde do interior, aliada ao seu alto custo nas farmácias comerciais, só são compensadas face ao uso ainda em escala significativa de medicamentos naturais, costume praticamente perdido nas grandes cidades. O conhecimento dos princípios ativos destes medicamentos, com vistas a selecionar e indicar os de real poder terapêutico, constitui uma ampla senda de investigação operacional a ser desenvolvida pelo setor em suas unidades de linha.

A superação das conhecidas deficiências do sistema CEME, por seu turno, depende da retomada da produção nacional de medicamentos essenciais com base na RENAME, mediante significativa alocação de recursos para esta atividade; mas há uma melhora intrínseca no modelo atual, possível de ser alcançada através da prioridade à distribuição de medicamentos à rede básica.

Com relação aos exames complementares, campo profícuo a distorções sob o regime de pagamento por US, tanto a adoção de nova modalidade de custeio para a rede como a expansão da estrutura laboratorial pública (contemplada na proposta financeira) devem permitir uma gradativa melhora para o setor.

CAPÍTULO VII — CONCLUSÃO

Numa das áreas de maior carência econômica do País — a zona rural e as localidades de pequeno porte —, o diagnóstico do setor saúde não deixa dúvidas quanto à urgência de remodelação do sistema assistencial vigente, de forma a prover serviços em qualidade e volume compatíveis com as necessidades epidemiológicas de cerca de 65 milhões de pessoas.

Um novo modelo de cuidados à saúde, traduzido em um programa específico, encarregado de operacionalizar uma rede única, que inclui desde os Postos de Saúde até os hospitais, ganha viabilidade através da proposta de alocação de recursos adicionais, possibilitando catalisar um processo de mudança de indiscutível repercussão positiva sobre as condições de vida da população brasileira.

- [1] BLANPAIN, J. *National health insurance & health resources, the European experience*. Cambridge, Harvard University, 1978.
- [2] BRASIL. INAMPS. *Consolidação e atualização de normas existentes sobre a assistência médica aos rurais*. Trabalho elaborado pela Comissão Técnica estabelecida pela Portaria PR-535/81. Rio de Janeiro, 1981.
- [3] ———. Superintendência Regional de Minas Gerais. *Relatório de avaliação do Convênio SES/INAMPS/PIASS na região de Montes Claros*. Belo Horizonte, 1980.
- [4] BRASIL. MPAS. *Estrutura previdenciária rural*. Relatório do Grupo de Trabalho Interministerial, criado pelo Decreto n.º 83.633/79. Mimeo. Brasília, 1979.
- [5] BRESSAN FILHO, A. *Tributação na agricultura e acumulação capitalista no Brasil: uma análise dos anos recentes, 1967/1977*. Dissertação de Mestrado. São Paulo, USP/FEA, 1979.
- [6] ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. *Avaliação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento em Pernambuco*. Rio de Janeiro, 1980.

- [7] GONZALES, E. N., e BASTOS, M. I. O trabalho volante na agricultura brasileira. In: SINGER, P., *et alii*. *Capital e trabalho no campo*. 2.^a ed.; São Paulo, HUCITEC, 1979.
- [8] INCRA. *Estatísticas preliminares, revisão cadastral 1978*. Mimeo. Brasília, Dept.^o Cadastro e Tributação, 1978.
- [9] IPEA/IPLAN/CNRH. *Avaliação do desempenho do II PRONAN, 1976/77*. Mimeo. Brasília, 1980.
- [10] ———. *Nota sobre a participação do usuário no custeio dos serviços de assistência médica*. Mimeo. Brasília, 1981.
- [11] KRUSE, B. A. *O Programa de Alimentação e Nutrição: suas bases e participação setorial*. Mimeo. Brasília, MS/INAN, 1982.
- [12] MARQUES, A. C. Migrações internas e as grandes endemias. *Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais*, Brasília, 31, 1979.
- [13] MARTINE, G., *et alii*. *Crescimento e distribuição da população brasileira: tendências recentes*. Mimeo. Brasília, IPEA/IPLAN/CNRH, 1982.
- [14] MORAIS FILHO, E. Comentário. *Revista LTr*, 42/196.
- [15] ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. *Coordinación entre los sistemas de seguridad social y salud pública*. CD 25/DT/1. Washington, 1977.
- [16] PUNTEL, J. T. Bóia-fria, o homem do campo. *Família Cristã*, São Paulo, 8:21-30, ago. 1979.
- [17] ROEMER, M. I. *Organización de la asistencia médica en los regímenes de seguridad social*. Genebra, OIT, 1969.
- [18] RUSSOMANO, M. V. Comentários ao Estatuto do Trabalhador Rural. *Revista dos Tribunais*, São Paulo, 1:274, 1969.

impresso no Centro de
Serviços Gráficos do IBGE,
Rio de Janeiro RJ.
— 0. 3. 22 5b2 —

OUTRAS EDIÇÕES DO IPEA

COLONIZAÇÃO DIRIGIDA NO BRASIL: SUAS POSSIBILIDADES NA REGIÃO AMAZÔNICA — Vania P. Tavares, Cláudio M. Considera e Marla Thereza L. L. de Castro e Silva (Cód. R. 8)

Sumário: Introdução. I — Perspectiva Histórica da Colonização Dirigida no Brasil. II — Núcleos Coloniais da Região Amazônica: Um Estudo de Casos. III — Os Custos de Assentamento de Agricultores na Colonização Dirigida. IV — Considerações Finais. Apêndice I — Levantamento de Empreendimentos de Colonização Dirigida no Brasil. Apêndice II — Elementos Básicos dos Questionários Utilizados nos Estudos dos Núcleos Coloniais. Apêndice III — Cálculo dos Custos de Assentamento de Agricultores em Diferentes Empreendimentos.

DISTRIBUIÇÃO FUNCIONAL DA INDÚSTRIA DE TRANSFORMAÇÃO: ASPECTOS DA PARCELA SALARIAL — Roberto Brás Matos Macedo (Cód. EP. 23)

Sumário: Apresentação e Agradecimentos. I — Introdução. II — A Parcela Salarial no Curto Prazo: Aspectos Teóricos. III — A Parcela Salarial no Curto Prazo: Análise Empírica. IV — A Parcela Salarial no Longo Prazo: Aspectos Teóricos. V — A Parcela Salarial no Longo Prazo: Análise Empírica. VI — Observações Finais. Apêndices I e II. Bibliografia.

EMPRESAS MULTINACIONAIS NA INDÚSTRIA BRASILEIRA — Carlos von Doellinger e Leonardo C. Cavalcanti (Cód. R. 29)

Sumário: I — Introdução. II — As "Teorias" sobre Origem e Evolução das Empresas Multinacionais. III — Empresas Multinacionais na Indústria Brasileira. IV — Análise dos Benefícios e Custos Sociais das Empresas Multinacionais. V — Política Econômica e Empresas Multinacionais. VI — Considerações Finais — Algumas Sugestões de Política Econômica. Anexos. Bibliografia.

PARCERIA E RISCO NA AGRICULTURA DO NORDESTE — Léo da Rocha Ferreira (Cód. M. 31)

Sumário: Apresentação e Agradecimentos. I — Introdução. II — Modelo Conceitual. III — Método de Análise. IV — Análise Empírica. V — Efeitos de Mudanças Potenciais Seleccionadas. VI — Resumo, Conclusões, Limitações e Implicações Adicionais. Apêndice Estatístico. Bibliografia.

