

**Victor G. Pinço**

**Saúde para poucos ou para muitos:  
O dilema da zona rural e das pequenas  
localidades**

**IPEA  
Brasília  
Fevereiro, 1983**

SAÚDE PARA POUCOS OU PARA MUITOS:

*O dilema da zona rural e das pequenas localidades*

Vitor G. Pinto

Brasília  
IPEA/IPLAN/CNRH

Fev. 1983

PINTO, Vitor Gomes.- Saúde para poucos ou para muitos: O dilema da zona rural e das pequenas localidades. Brasília, IPEA/IPLAN/CNRH, 1983.

87p.

1. Previdência social - Brasil - Zona rural
2. Política de saúde
3. Saúde - Brasil - Zona rural.

CDD 368.981

## SUMÁRIO

### APRESENTAÇÃO

### RESUMO

1. INTRODUÇÃO .....	01
2. A POPULAÇÃO .....	03
2.1 - População-Alvo .....	03
2.2 - Atividade Econômica .....	07
2.3 - Quadro Epidemiológico .....	11
3. ASSISTÊNCIA MÉDICA RURAL DA PREVIDÊNCIA .....	16
3.1 - Disponibilidade geral de serviços de saúde .....	16
3.2 - A oferta de serviços previdenciária .....	18
3.3 - Concessão e reajuste de subsídios .....	22
3.4 - Análise do desempenho .....	27
4. O FINANCIAMENTO DO SISTEMA RURAL PREVIDENCIÁRIO .....	35
4.1 - Gastos e estrutura de custeio .....	35
4.2 - Análise das fontes de receita .....	40
4.2.1 - Imposto sobre a Produção Rural - IPR .....	40
4.2.1.1 - Receita real e possível do IPR ...	43
4.2.1.2 - A evasão do IPR .....	46
4.2.1.3 - Propostas para o aumento da receita	48
4.2.2 - Imposto sobre a Folha de Salário de Contri-	
buição - IFSC .....	50
4.2.3 - Contribuição do Empregador - ER .....	50
5. PROGRAMA DE SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE .....	54
5.1 - Capacidade instalada .....	54
5.2 - Gastos e estrutura de custeio .....	58

5.3 - Análise do desempenho e da estrutura de gastos e custeio/ PIASS/Rede Básica .....	64
5.3.1 - Fatores de desequilíbrio .....	65
5.3.2 - Avaliação do desempenho da rede básica .....	69
6. POLÍTICA DE SAÚDE .....	72
6.1 - Desenho Geral do sistema de saúde .....	72
6.2 - Elenco de medidas operacionais .....	73
7. CONCLUSÃO .....	87

## APRESENTAÇÃO

Cláudio de Moura Castro

A década de setenta presenciou um vigoroso esforço de desenvolvimento de ações de saúde na área rural. Nadamais oportuno e necessário.

Consideráveis avanços puderam ser obtidos como resultados 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. Do outro lado, temos 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 pese 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 gravite 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 limita

ções 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.

Nesse 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 praxis que tenta consertá-lo e um bom modelo ainda traumatizado pelas dificuldades da praxis.

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

RESUMO

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; 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 71 com o FUNRURAL, provém 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 80) 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 concretas 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 70 e 80, e seu jeito 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 2 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 81 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, p.ex., em internações hospitalares a previdência dispendeu 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 anti-econômicos e poucos 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.

Inobstante, 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 de 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 formas 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 qual 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 multi-institucional 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 e 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 mantenha com firmeza uma política inovadora uniforme e uma alocação perene de recursos privilegiando os serviços básicos.

Com base na análise efetuada, propo-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 federadas e seus municípios.

Detalha-se em consequência 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 a CIPLAN a nível central e concentração de poder em um organismo ligado a Secretaria de Saúde estadual;

- consolidação orçamentária a nível estadual;

- aplicação de recursos adicionais da ordem de Cr\$ 250 bilhões a preços de 82 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;

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

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

1. INTRODUÇÃO

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 marcas das diferenças que os 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 de 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 ex. - não é compatível com a extensa zona rural brasileira; pois 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 acom-

panhado 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") são enfatizados por se constituírem nos determinantes maiores de interferência sobre o quadro sanitário das populações interioranas.

## 2. A POPULAÇÃO

### 2.1 - População-alvo

Não há como isolar a população rural e particularizar-lhe um sistema de saúde, face à estreita relação de inter-dependência 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\* 39,1 milhões de pessoas -, mas a ele agrega-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 01.

Mesmo que se mostre difícil estabelecer contornos exatos para este grupo (parte dos rurícolas, p. ex., vive em municípios mais populosos e se utiliza dos serviços aí ofertados), 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 80, variando sua participação de 63% na região Norte, para 71% no Nordeste, 38% no Sudeste, 58% no Sul e 55% na região 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 02) do conjunto da população nacional, e especificamente das cidades, vi-

\* 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, iais).

TABELA 01

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

BRASIL - 1980

POPULAÇÃO E LOCALIDADES	ZONA RURAL	ZONA URBANA				TOTAL (POPULAÇÃO-ALVO)
		CIDADES ATÉ 20 MIL HABITANTES		VILAS		
	POPULAÇÃO	Nº CIDADES	POPULAÇÃO	Nº VILAS	POPULAÇÃO	
<u>Brasil</u>	<u>39 137</u>	<u>3 495</u>	<u>15 990</u>	<u>4 084</u>	<u>9 441</u>	<u>64 568</u>
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 nº 1 - SEPLAN/FIBGE 1981.

las 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 02, 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, indicam que entre 1970 e 1980 houve um ganho líquido migratório de 915 mil pessoas para a região 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 da região Nordeste e de 2,0 milhões da região Sul.

Mesmo que as grandes áreas urbanas, como São Paulo p.ex., 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.

---

\*

MARTINE, G. et alii.- *Crescimento e distribuição da população brasileira: tendências recentes*. Brasília, IPEA/IPLAN/CNRH, 1982.  
"mimeo".



TABELA 02

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

BRASIL

SITUAÇÃO DE MORADIA	LOCALIDADES - NÚMERO		CRESCIMENTO PERCENTUAL	POPULAÇÃO (em mil pessoas)		CRESCIMENTO PERCENTUAL
	1970	1980		1970	1980	
a. Vilas <sup>1/</sup>	3 877	4 084	5	5 364	9 441	76
b. Cidades até 20 mil habitantes <sup>1/</sup>	3 649	3 495	- 4	13 087	15 990	22
c. Zona Rural	-	-	-	41 054	39 137	- 5
d. Sub Total a + b + c (população-alvo)	-	-	-	59 505	64 568	8
e. Cidades com mais de 20 mil habitantes <sup>1/</sup>	303	496	64	34 207	55 323	62
f. Todas as cidades <sup>1/</sup>	3 952	3 991	1	47 294	71 313	51
g. Brasil <sup>2/</sup>	-	-	-	93 139	121 150	30

NOTAS: 1/ População urbana

2/ População total recenseada, inclui aglomerados urbanos.

FONTE: IBGE - Anuário Estatístico do Brasil, 1981.

## 2.2 - Atividade Econômica

O estudo da estrutura econômica da zona rural nos conduz 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 03: 49% da População Economicamente Ativa (PEA) Rural tem rendimentos de no máximo um salário-mínimo (S.M) mensal e 71% ganha no máximo dois S.M., enquanto outros 17% simplesmente não tem 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 04, onde se refere a existência de 5,6 milhões de autônomos no trabalho rural. Tudo indica que tal categoria, em boa parte constituída 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 sessenta, quando surge a figura do "volante": "com a sua implantação vertiginosa, a história da agregação que perdura por quatro séculos, modificou-se completamente em vinte 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"\*

---

(\*)

BRASIL. MPAS.- *Estrutura previdenciária rural: relatório do Grupo de Trabalho Interministerial, criado pelo Decreto 83.633.79. Brasília, 1979. "mimeo".*

TABELA 03

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 (S.M.)	2 443	18,6
Mais de 1/2 até 1 S.M.	4 025	30,7
Mais de 1 até 2 S.M.	2 857	21,8
Mais de 2 até 5 S.M.	1 123	8,6
Mais de 5 S.M.	425	3,2
Sem rendimento	2 203	16,8
Sem declaração	33	0,3

FONTE: IBGE: Anuário Estatístico do Brasil, 1981.

TABELA 04

P.E.A. 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.

Os "volantes" (bóias-friás, 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 a 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\*

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 residia 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 8 ou 10 anos labutando na colheita. Estimativas não oficiais\*\* apontam a existência de cerca de 6,8 milhões de "boiás-friás" no país, utilizados principalmente pelas agro-indústrias e pelos latifúndios (apesar da intensa mecanização da agricultura, várias colheitas como da cana de açúcar, café, algodão, hortaliças, p.ex., exigem a mão humana), mas também pelos minifúndios produtivos como as colonias ao sul.

---

\* Para maiores informações a respeito do trabalho volante, consultar:

1. GONZALES, E.N. & BASTOS, M.I.- O trabalho volante na agricultura brasileira. In: SINGER, P. et alii.- *Capital e trabalho no campo*, 2.ed. São Paulo, HUCITEX, 1979.
2. RUSSOMANO, M.V.- Comentários ao Estatuto do trabalhador rural. *Revista dos Tribunais*, São Paulo, (1):274, 1969.
3. MORAIS FQ, E.- Comentário *Revista LTr*, 42/196.
4. BRASIL: MPAS.- *op.cit.*

\*\* PUNTEL, J.T.- Bóia-fria, o homem do campo. *Família Cristã*, São Paulo, (8):27-30, Ago. 1979.

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 constituíam áreas de lavouras, das quais apenas 10,5 milhões de Ha. eram permanentes e os demais 38,7 milhões de Ha., temporárias. 10% dos estabelecimentos rurais (537.619 estabelecimentos com mais de 100 ha em 1980) detinham 80% da área total disponível.

Nesta senda, formas de trabalho como a parceria (meia, terça etc) e o arrendamento perderam nítida substância, diante da crescente mecanização da agricultura, de 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\*. Dados do INCRA de 1978\*\* referem que de um total de 3,1 milhões de imóveis cadastrados (com 401 milhões de Ha), apenas 122 mil eram explorados em parceria (com 4,6 milhões de Ha) e 88,5 mil por arrendamento (com 11,6 milhões de Ha).

\* Ministério da Previdência e Assistência Social: Op.cit.

\*\*

INSTITUTO NACIONAL DE COLONIZAÇÃO E REFORMA AGRÁRIA.- *Estatísticas preliminares, revisão cadastral 1978*. Brasília, Deptº Cadastro e Tributação, 1978. "mimeo".

### 2.3 - Quadro Epidemiológico

O principal determinante do estado de saúde de uma população e 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 - corretamente 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 consequentemente 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 05 nos dá o percentual de óbitos em menores de 1 ano e na faixa de 65 a 79 anos para dois terços 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 06, referente aos municípios das capitais, nos mostra sensíveis diferenças na estrutura regional da mortalidade por causas, principalmente no que respeita à maior prevalência das "doenças infecciosas e parasitárias" nas regiões economicamente primitivas, e das doenças crônicas no Sul e Sudeste.

TABELA 05

MORTALIDADE PROPORCIONAL, DE MENORES DE 1 ANO E DO GRUPO DE 65 a 79 ANOS, SEGUNDO O NÚMERO DE MUNICÍPIOS COM ÓBITOS INFORMADOS, POR REGIÃO, NO BRASIL, EM 1979

REGIÃO	ÓBITOS EM MENORES DE 1 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 06

MORTALIDADE PROPORCIONAL SEGUNDO GRUPOS DE CAUSAS, NAS CAPITAIS - TODAS AS IDADES - BRASIL, 1979

REGIÃO	CAUSAS DE MORTALIDADE (EM %) = <sup>1/</sup> =				
	DOENÇAS APARELHO CIRCULATÓRIO	DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS	TUMORES	DOENÇAS APARELHO RESPIRATÓRIO	CAUSAS EXTERNAS = <sup>2/</sup> =
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

NOTAS: =<sup>1/</sup>= exceto os óbitos sem assistência médica e por causas mal definidas.  
 =<sup>2/</sup>= acidentes, homicídios e suicídios.

FONTE: Ministério da Saúde/DNE-SNABS, 1982.

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 1 a 5 anos residentes na zona rural e 58% na zona urbana, no Nordeste; no Rio de Janeiro e São Paulo esta relação era de 52% na zona rural para 38% na urbana.

As grandes endemias, que assolam o interior da nação, vem se expandindo na rota do movimento migratório interno e dos projetos de penetração territorial. A Malária tem encontrado campo propício nos precários acampamentos da região amazônica junto as novas rodovias, hidrelétricas, projetos de colonização e de exploração mineral (Tucuruí, Serra Pelada, áreas de fronteiras, Rondônia etc), onde sem possibilidades de controle convivem pessoas com os transmissores da doença e portadores de gametócitos. De acordo com Agostinho Marques, 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 1<sup>ª</sup> 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, p.ex., ocorreram respectivamente 105.600 e 9.481 casos.

---

\*

MARQUES, A.C. = Migrações internas e as grandes endemias. *Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais*, Brasília, (31);  
 , 1979.



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 Tripanosoma Cruzii 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\*.

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, atingindo em média a 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 07. 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.

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.

---

Para maiores detalhes sobre doenças endêmicas, vide: MS/SUCAM: Relatórios Anuais, 1980 e 1981.

TABELA 07

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

- Em Cr\$ 1 000

SERVIÇOS DE SANEAMENTO	ANO	BRASIL	ZONA URBANA	ZONA RURAL
a. Com rede geral de abastecimento de água	1970	5 784	5 592	192
	1980	14 073	13 811	262
b. Com instalação sanitária da rede de geral ou com fossa séptica	1970	4 684	4 539	145
	1980	10 966	10 459	507
c. Sem instalação sanitária	1970	6 954	1 483	5 471
	1980	6 019	1 304	4 715

FONTE: IBGE: Anuário Estatístico do Brasil, 1981.

### 3. ASSISTÊNCIA MÉDICA RURAL DA PREVIDÊNCIA

#### 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 parte destas esferas administrativas.

Quando se considera a rede de serviços atualmente disponível para estes grupos populacionais, no entanto, somos conduzidos para dois grandes sub-sistemas; o PRO-RURAL (Programa de assistência ao Trabalhador Rural - Lei complementar nº 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 08 nos fornece uma visão geral da oferta de unidades de saúde existente e da rede conveniada com o INAMPS para cobertura da população-alvo aqui considerada.

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

TABELA 08

REDE DE UNIDADES DE SAÚDE EXISTENTE E CONVENIADA COM O INAMPS PARA  
ATENDIMENTO DA PÓPULAÇÃO 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
Policlínicas e Ambulatórios	5 474	3 621 <sup>a</sup>
Hospitais	4 844	2 703 <sup>a</sup>
Leitos Hospitalares	422 229	128 035 <sup>a</sup>

Nota: <sup>a</sup> Convenios específicos de assistência rural (FUNRURAL)

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, 30.07.82
- INAMPS/Secretaria de Planejamento: Dados sobre Capacidade Instalada por Superintendência 1975 a 1980, e INAMPS EM DADOS, 1979.

### 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 nº 6.195/74), aos maiores de 70 anos e inválidos (Lei 6.179/74) e aos empregadores rurais (Lei 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) distribuição de Unidades Móveis de Assistência, como nos casos anteriores acrescida 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 haviam 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 as expensas do FUNRURAL. A autarquia, que contava com uma Diretoria Geral e doze 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 nº 6.439 de 01.09.77) 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 09 nos permite visualizar os serviços prestados em 1981\*, incluindo já uma comparação com o total de ações efetivas na zona urbana.

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

---

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

TABELA 09

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

ENTIDADE CONVENIENTE E TOTAL POR ZONA	CONSULTAS MÉDICAS	SERVIÇOS COMPLEMENTARES	CONSULTAS ODONTOLÓGICAS	INTERNAÇÕES HOSPITALARES
<u>Zona Rural</u>	<u>20 648</u>	<u>12 158</u>	<u>10 343</u>	<u>2 415</u>
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	5 256	940	2 025
<u>Zona Urbana</u>	<u>182 010</u>	<u>178 894</u>	<u>27 643</u>	<u>10 778</u>

FONTE: INAMPS - Secretaria de Planejamento: Serviços Produzidos 1981 (cópia xerox)



### 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 de finido basicamente em função da carga horária de trabalho profissional. Em julho/81, 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 deve 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 2 pontos, consulta odontológica 1, extração 3, obturação 5, pequena cirurgia 1. Como os reajustes são semestrais, a média dos pontos obtida no período anterior é comparada a 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-U.S.", comum aos 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 tem seguido o sistema de avaliação por pontos, de acordo com a seguinte valorização: consulta 1 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 4314), cada Estado conta com uma dotação financeira fixa determinada pelo MPAS, sendo rateado 70% deste montante conforme a produtividade média dos convênios (p.ex., Pernambuco tinha Cr\$ 35 milhões por mes para assistência hospitalar; para uma produção total dos seus hospitais convênios de 270 mil pontos, neste 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 (U.F.) 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\* 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 10 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, p.ex., 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).

---

\*  
BRASIL. INAMPS. = *Consolidação e atualização de normas existentes, sobre a assistência médica aos rurais*: trab. elaborado pela Comissão Técnica estabelecida pela portaria PR-535/81. Rio de Janeiro, 1981.

Cabe observar ainda (Tabela 11), que do total previsto para hospitalização, 78% da verba destina-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, acrescentando 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 a 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 PAMs próprios" (Relatório GT/INAMPS)

Não deve constituir surpresa, portanto, a constatação de que há uma gritante defasagem em desfavor da população rural quando comparada à remuneração dos serviços previdenciários com a zona

TABELA 10

LIMITES MENSAIS DE DESPESAS DO INAMPS COM  
CONVÊNIOS PARA ASSISTÊNCIA RURAL\*, FIXADOS EM 01.06.81

(em Cr\$ 1 mil)

UNIDADES DA FEDERAÇÃO E REGIÕES	ASSIST. HOSPITALAR	ASSIST. AMBULATORIAL	TOTAL	PERCENTUAL DA DESPESA	PERCENTUAL DA POPULA- ÇÃO RURAL
<u>Norte</u>	<u>45 026</u>	<u>19 954</u>	<u>64 980</u>	<u>3,0</u>	<u>6,8</u>
Acre	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
<u>Nordeste</u>	<u>336 633</u>	<u>164 124</u>	<u>500 757</u>	<u>23,5</u>	<u>44,9</u>
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
R. G. 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
<u>Sudeste</u>	<u>512 739</u>	<u>163 127</u>	<u>776 765</u>	<u>31,7</u>	<u>23,3</u>
M. Gerais	231 978	54 075	286 053	13,4	11,5
E. Santo	40 713	22 748	63 461	3,0	1,9
R. Janeiro	44 879	21 345	66 224	3,1	2,4
S. Paulo	195 169	64 959	260 128	12,2	7,5
<u>Sul</u>	<u>630 528</u>	<u>146 237</u>	<u>776 765</u>	<u>36,3</u>	<u>18,2</u>
Paraná	204 943	54 163	259 106	12,1	8,2
S. Catarina	130 494	33 382	163 876	7,7	3,9
R. G. Sul	295 091	58 692	353 783	16,5	6,6
<u>Centro-Oeste</u>	<u>89 301</u>	<u>29 806</u>	<u>119 107</u>	<u>5,5</u>	<u>6,3</u>
M. Grosso	40 299	9 557	49 856	2,3	2,4
Goiás	42 093	17 446	59 539	2,8	3,8
D. Federal	6 909	2 803	9 712	0,4	0,1
<u>Brasil</u>	<u>1 614 227</u>	<u>523 248</u>	<u>2 137 475</u>	<u>100,0</u>	<u>100,0</u>

NOTA: Não incluídos nesses totos as despesas referentes a assistência hospitalar a em  
pregadores rurais, a acidentados do trabalho, a convênios não mensurados por pon-  
tões (F. SESP, PLASS, Sec. Saúde) e novos convênios firmados a partir de 01.06.81.  
FONTE: MPAS/SSM: Portaria nº 180/81 e IBGE: Anuário Estatístico 1981.

urbana. Pela Tabela 11, em 1980 o INAMPS gastou, em assistência ambulatorial, 13 vezes mais "per capita" com o morador urbano do que com o rurícola.

TABELA 11

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

(Em Cr\$)

ANO	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 exceção. Diversos Sindicatos nasceram, então, para viabilizar a obtenção das facilidades colocadas à disposição pelo FUNRURAL; mas hoje, quando grande parte dos equipamentos doados se tornaram obsoletos ou desgastados pelo uso contínuo de quase dez anos, a continuidade da assistência prestada aos trabalhadores se ve 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 dez tópicos seguintes, torna-se necessária para embasar propostas de atuação que consigam pelo menos em parte corrigir as distorções atualmente existentes.

#### i. Atomização de Recursos

A decisão de implantar uma rede de serviços próxima a zona rural, em 1971, esbarrou com a débil estrutura colocada a disposição pelas Secretarias de Saúde e pelos Municípios. Ao invés de reforçar o poder estadual - idéia logo depois consagrada pela Lei nº 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.

ii. Ausência de um Programa de Saúde

O modelo implementado para a zona rural e, 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 a 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 tem condições de desenvolver uma adequada política de saúde pública, principalmente devido aos reduzidos recursos disponíveis; em consequência, 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 ve 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 micro-ambientes isolados e pouco produtivos, onde as atividades preventivas e educativas não encontram espaço.

ii. Compressão dos Subsídios

O aumento no número de convênios e atendimentos, e a diminuição relativa dos recursos (Tabela 11), fez 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 pequenas cidades 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.

iv. 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 uma 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 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 (STR), estes tem atuado em bases similares as 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).

v. 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, frequentemente 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 consequentes à consulta; assim, em fins de 1981 p. ex., um Sindicato de Pescadores em Santa Catarina, com 480 sócios e uma mensalidade de Cr\$ 30,00, pagava metade do custo de exames comple-



mentares 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.

vi. Distorções na Assistência Odontológica

A assistência odontológica resume-se ao atendimento a 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 aconselhada 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 como 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 se utilizando da ala empírica da profissão (dentistas práticos), mormente por não possuir condições de custear clínicos privados. Levantamentos epidemiológicos tem comprovado sistematicamente a manutenção de baixos níveis de saúde oral nas áreas trabalhadas pelos convênios rurais da previdência social.

vii. 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 possuem o contrato urbano no qual são remunerados por U.S.. 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 atende-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 à própria CONTAG em seu 3º 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 S.M. - obtem o direito à assistência médica por um ano) para atendê-lo e receber por U.S.. Acrescente-se que não é raro encontrar a exdrúxula situação de que a firma (o Hospital) dá prejuízo enquanto os médicos que nele 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.

#### viii. Participação dos Usuários no Custeio

Esta prática, instituída originalmente em relação a categoria dos "trabalhadores rurais produtores" (definidos como produtores proprietários ou não que sem empregado trabalhem em atividade

de rural), e que tornou-se useira nos estados do Sul onde esta categoria - de minifundiários economicamente mais fortes que o rurícola comum - era numericamente representativa, conduziu a um tal volume de distorções (cobrança de sobre-preços 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-se proibí-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 taxaço de hospitalização ou consulta, ao invés de coibir demandas desnecessárias termina por impedir exatamente aos mais pobres de receber a 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 e orçamentariamente de reduzida eficácia, não so pelo alto custo da máquina arrecadadora necessária, como pela determinação legal existente que veda a participação financeira de beneficiários (Artigo 6º da Lei nº 6.429/77, de criação do SINPAS) que perceberem remuneração ou benefícios de até cinco valores de referência\*.

\* Uma análise mais detalhada deste tema encontra-se em:

IPEA: IPLAN. CNRH. = Nota sobre a participação do usuário no custo dos serviços de assistência médica. Brasília, 1981. "mimeo":

#### ix. Intermediação dos Prestadores de Serviços

Inicialmente no Estado do Rio Grande do Sul e logo em SC, PR e MG, 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.

#### x. 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. Últimamente, também como reflexo da crise financeira do sistema previdenciário, pode-se constatar com frequência 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 são de pequeno porte - 5 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\*:

- 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 a 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, as vezes prejudicando a qualidade de atendimento;
- 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 as 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.

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.

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

#### 4. 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 I.P.R. ou Imposto sobre a Produção Rural), quando esta ingressa no mercado (1.<sup>a</sup> 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/75 vigorava a taxa de 2%, então majorada em 0,5% para atender aos benefícios por acidentes do trabalho criados pela Lei nº 6.195/74;
- 2,4% sobre a folha de salários de contribuição (IPSC) das empresas vinculadas ao IAPAS (urbanas);
- contribuição dos empregadores rurais (E.R.) 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 1.910/81.

As Tabelas 12 a 14, 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:

- as contribuições rurais participam em média em apenas 10% da receita total previdenciária. Tomando-se exclusiva-

mente as receitas diretamente provenientes da área rural (2,5% da produção e contribuição do empregador) esta participação baixa para cerca de 4%.

- 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 dispêndios em 1975, reduziram-se a 16% em 1981;
- no período 1976/81, mesmo com um crescimento relativo (Tabela 13) da receita total do FPAS e da proveniente das contribuições rurais, diminuíram os gastos com saúde;
- da receita rural no país, 35% cabe à taxaço da produção (IPR), 63% ao IFSC e 2% aos Empregadores. No entanto, há fortes variações nesta composição: em sete estados a maior parcela provém do IPR (AM, PA, AL, SE, BA, PR, MT), 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; mais de 2/3 de toda a receita previdenciária origina-se na região Sudeste, responsabilizando-se São Paulo por 42%. Isto 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 12

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)

ANO	RECEITA MPAS TOTAL	RECEITA DE CONTRIBUIÇÃO RURAL <sup>1/</sup>				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

NOTA: 1/ IPR - Imposto sobre Produção Rural

IFSC - Imposto sobre Folha de Salário de Contribuições

ER - Contribuição do Empregador Rural

FONTES: MPAS/IAPAS - Dados de Balanço

- Boletim de Arrecadação e Informações Econômico-Fiscais, 1980 e 1981.



TABELA 13

RECEITA TOTAL E DE CONTRIBUIÇÕES RURAIS POR FONTE, E  
 GASTOS COM SAÚDE E BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS, A PREÇOS CONSTANTES DE 1980<sup>1/</sup> - MPAS - BRASIL  
 1976 a 1981

(Em Cr\$ 1 bilhão)

ANO	RECEITA TOTAL	RECEITA DE CONTRIBUIÇÃO RURAL <sup>1/</sup>				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

NOTAS: <sup>1/</sup> Deflator utilizado: Índice Geral de Preços da Fundação Getúlio Vargas.

<sup>2/</sup> IR - Imposto sobre Produção Rural

IFSC - Imposto sobre Folha de Salário de Contribuições.

ER - Contribuição do Empregador Rural

FONTE: MPAS/IAPAS - Dados de Balanço

Boletim de Arrecadação e Informações Econômico-Fiscais 1980 e 1981.

TABELA 14

RECEITA PREVIDENCIÁRIA TOTAL, E RURAL SEGUNDO A  
 FONTE, POR REGIÃO E UNIDADE FEDERATIVA EM PERCENTUAIS - BRASIL - 1981

REGIÃO E U.F.	RECEITA TOTAL URBANA E RURAL	RECEITA RURAL			
		TOTAL	IPR	IFSC	ER
<u>BRASIL</u> (Cr\$ 1 bilhão)	<u>1 369</u>	<u>138,7</u>	<u>49,7</u>	<u>86,4</u>	<u>2,6</u>
<u>- % -</u>	<u>100</u>	<u>100</u>	<u>100</u>	<u>100</u>	<u>100</u>
<u>NORTE</u>	<u>2,1</u>	<u>2,4</u>	<u>3,6</u>	<u>1,5</u>	<u>9,9</u>
AC	0,2	0,3	0,3	0,2	0,2
AM	0,8	0,9	1,6	0,5	1,9
PA	1,1	1,2	1,7	0,8	7,8
<u>NORDESTE</u>	<u>9,8</u>	<u>12,0</u>	<u>16,8</u>	<u>9,2</u>	<u>17,0</u>
MA	0,4	0,4	0,3	0,4	2,4
PI	0,3	0,3	0,2	0,3	1,7
CE	1,3	1,4	1,8	1,2	1,4
RN	0,5	0,4	0,4	0,3	1,4
PB	0,6	0,5	0,6	0,4	1,5
PE	2,3	2,1	1,8	2,3	2,9
AL	0,6	1,1	1,9	0,5	3,3
SE	0,4	1,0	2,1	0,4	0,7
BA	3,4	4,8	7,6	3,4	1,7
<u>SUDESTE</u>	<u>68,2</u>	<u>58,3</u>	<u>35,6</u>	<u>71,9</u>	<u>33,7</u>
MG	8,5	8,6	6,8	9,7	4,0
ES	1,4	1,5	1,7	1,3	2,3
RJ	16,1	11,0	4,9	14,8	2,7
SP	42,2	37,2	22,2	46,1	24,7
<u>SUL</u>	<u>15,5</u>	<u>22,6</u>	<u>37,1</u>	<u>14,1</u>	<u>36,5</u>
PR	5,0	9,3	17,5	4,6	10,8
SC	2,9	3,3	4,3	2,8	4,9
RS	7,5	10,0	15,2	6,7	20,8
<u>CENTRO-OESTE</u>	<u>4,5</u>	<u>4,7</u>	<u>7,1</u>	<u>3,3</u>	<u>2,9</u>
MT	0,6	1,2	2,4	0,4	1,4
MS	0,2	0,2	0,3	0,1	0,2
GO	1,2	1,6	3,1	0,9	0,4
DF	2,4	1,7	1,3	1,9	0,9

NOTAS: 1/ Inclui receita da Direção Geral

2/ IPR - Imposto sobre Produção RURAL

IFSC - Imposto sobre a Folha de Salários de Contribuição

ER - Contribuição do Empregador Rural

FONTE: MPAS/IAFAS: Boletim de Arrecadação e Informações Econômico-Fiscais, 1981.

#### 4.2 - Análise das Fontes de Receita

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

Neste tópico, 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 precédente análise relativa às condições epidemiológicas (item 2.3) e financeira (item 3.3 - Tabela 11).

##### 4.2.1 - Imposto sobre a Produção Rural - IPR

Considerado como uma das formas mais justas de custeio das atividades previdenciárias, pois corresponde ao conceito da "seguridade social"\*, 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\*\*.

---

\* Sobre formas de financiamento dos sistemas de seguro social, consultar:

ROEMER, M.I.- *Organización de la asistencia médica en los regímenes de seguridad social*. Ginebra, OIT, 1969.

BLANPAIN, J.- *National health insurance & health resources, the european experience*. Cambridge, Harvard Univ., 1978.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, Washington.- *Coordinación entre los sistemas de seguridad social y salud pública*. Washington, 1977. "CD 25/DF/1".

\*\* "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 sido 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 nao estando incluído no Código Tributário Nacional (é tido como um "tributo para-fiscal", 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 o 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 Estados\* 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 as 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.

Já em relação ao IR, que é a principal fonte de receita do Governo Federal\*\*, há uma virtual isenção para as empresas agro-pecuárias, 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 escas-

\* O Estado de São Paulo, p.ex., que arrecada cerca de 43% de todo o ICM do país mas somente 0,8% de ICM no setor primário, dedica mais de cinquenta itens de seu "regulamento do ICM" a grupos de produtos e matérias primas isentas. De maneira geral, produtos primários, artigos exportados, minerais, horti-fruti-granjeiros, não pagam ICM, além de insumos, farinhas e farelos (de soja p.ex.)

\*\* 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%.

so Cr\$ 295 milhões, equivalendo a 0,3% do total do IR no país (Cr\$ 84 bilhões) e são 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 5 ou 6 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 Jurídica, com cuidados médicos (necessitaria 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; 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.

De acordo com Bressan, em 1976 o setor agrícola arrecadou um total de Cr\$ 11 bilhões em tributos, assim distribuídos: ICM 55% - IR 5% - ITR 5% - IPR 27% - confisco cambial sobre o café 8%. A relação do IPR para com o ICM, que era de 1:3 em 1974, pas

---

\*

BRESSAN FO, A. - *Tributação na agricultura e acumulação capitalista no Brasil: uma análise dos anos recentes, 1967/1977*. São Paulo, USP/FEA, 1979. "Dissertação de mestrado".

sou 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, e basicamente favorável ao setor agropecuário, sujeitando-o a uma reduzida carga geral de impostos (sub-tributação). A política oficial, que beneficia de forma mais notória aos 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 15, 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 Valor Bruto da Produção e a RIA corresponde ao VBP (obtido em lavouras, produção animal e extrativa vegetal) menos o "consumo intermediário" (insumos)-CI, do setor agrícola. De acordo com estimativas da Fundação Getúlio Vargas,

TABELA 15

RECEITA REAL E TEORICAMENTE POSSÍVEL, DO IMPOSTO PREVIDENCIÁRIO SOBRE A PRODUÇÃO RURAL-IPR, EM RELAÇÃO À RENDA INTERNA NA AGRICULTURA - BRASIL - 1972 a 1980

ANO	RENDA INTERNA a. TOTAL	RENDA INTERNA NA AGRICULTURA		IPR	VALOR NÃO ARRECADADO (Diferença c-d)	
		b. VALOR REAL	c. $\frac{2,5\%}{b}$		d. VALOR <sub>1/</sub> ARRECADADO	e. VALOR
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	883 318	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

NOTA: 1. Até junho/75 o valor do IPR foi de 2,0%.

FONTES: "As Contas Nacionais até 1980 - Conjuntura Econômica - 12/81"

MPAS/IAPAS - Balanços Anuais.

através de seu Centro de Contas Nacionais, a RIA significa cerca de 70% do VBP, o que se aproxima do constatado no "Censo Agropecuário - F.IBGE, 1975". Para este cálculo, porém, foram incluídos como "consumo intermediário"\* as sementes e mudas, 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 cotado 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 15, 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 tem 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, super-mercados, p. ex. - sofrem fiscalização periódica e recolhem regularmente o tributo.

\* 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 excetuados 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 ou Valor Bruto da Produção.



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 16, 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 do 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 frequente 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 e intermediários que movimentam 52% dos recursos, repassando-os depois com lucros para as cooperativas e indústrias. Pode-se estimar, como consequência à análise feita sobre a Tabela 15, que pelo me-

TABELA 16

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

DESTINO DA PRODUÇÃO <sup>1.</sup>	COLHEITA (Em toneladas) Por Produto					COLHEITA TOTAL			
	FELJÃO 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. Entregue à Cooperativa	25	736	370	115	10	1 256	3	1 694	5
3. Entregue à Indústria	7	1 242	597	5	2 743	4 594	13	3 415	11
4. Entregue 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	56	215	1 501	4	1 422	5

NOTA: 1. Um total de 109 toneladas no valor de Cr\$ 75 milhões estão "sem declaração".

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

nos 60% das compras feitas por intermediários ao produtor não recolhem o IPR. A relação entre os cinco itens da Tabela 26 sofre fortes variações de acordo com o produto; mas não há dúvida de que para a produção primária, somente em algumas micro-regiões sujeitas a um estágio mais avançado do capitalismo no campo, e que o intermediário pode ser identificado e se comporta dentro das regras tributárias.

Quanto ao sistema oficial de isenções, ele implica, p. ex., em que os produtos isentos do ICM na realidade também não recolhem o IPR, constituindo-se os horti-fruti-granjeiros em um caso típico.

Torna-se indiscutível, assim, o fato de que a atividade agropecuária é especialmente refratária a 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; 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, p.ex.).

A incorporação da fiscalização às Secretarias da Fazenda dos Estados resultou em uma desastrosa experiência para a previdência quando tentada no Maranhão e 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 arrecada-

ção 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 pequeno resultado, pois implicaria em 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 taxaço da produço mineral (inclui produtos como o sal, p.ex.) proporcionaria um mĩnimo acrẽscimo à atual arrecadaço. A renda interna da indũstria extrativa mineral foi de respectivamente Cr\$ 7,6 - 9,6 - 12,7 - 20,9 e 56,2 bilhões de 1976 a 1980. Um imposto de 2,5% renderia nestes mesmos anos à Previdẽncia em mẽdia, quase 6% a mais sobre o valor do IPR (Cr\$ 189 milhões em 1976 e Cr\$ 1,4 bilhã em 1980). Ainda que se possa esperar um melhor desempenho deste setor (representou sã 1,5% da renda interna da indũstria em 1980) diante de projetos como Carajãs, há uma dificuldade de difícil transposiço: já existe o IUM - Imposto Único sobre Minerais arrecadado pela Uniã (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 incrementã-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 tributãria do setor primãrio brasileiro. Sua tendẽncia, face à crescente modernizaço da agricultura e à reduço da populaço rural (há hipõteses indicativas de que estabilizar-se-ã em torno de 20% da populaço total ao fim do sãculo), é de subir de importãncia relativa como fonte de financiamento dentro da previdẽncia.

#### 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 14), 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 possibilidades 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, 13º salário 0,78% + Salário Família 4,0% + Salário-Educação 2,5% + Seguro 3,0% + IFSC 2,4% + FGTS 8,0% + 13º 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 ve os encargos sobre o custo total da mão-de-obra, acrescenta-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 FGV e 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 nº 6.260/75, sendo a filiação à previdência em última análise um ato de vontade do contribuinte nesta área.

Nenhum dos elementos arrolados (Decreto nº 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 a 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 as distintas finalidades de cada imposto (isenções, tipo de contribuintes, etc);
- d) valor da produção informada no "Cadastro de Imóvel Rural=DP" ao INCRA: trata-se do Sistema Nacional de Cadastro Rural feita a cada 6 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.<sup>a</sup> parcela, equivalente a 12% de 1/20 da propriedade rural mantida sem cultivo, conforme a última avaliação feita pelo INCRA: refere-se a "Declaração Anual para Cadastro de Imóvel Rural-DA", a qual estão obrigados somente pessoas físicas que tiveram rendimentos brutos totais superiores a Cr\$ 1,6 milhão (em 1981) ou quem tem imóveis com area superior a 500 Ha, 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 (vide também OS-INAMPS/SB 055.3 de 10.07.79), 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 S.M."\*. A grande maioria dos empregadores paga pelo mínimo, mesmo porque os benefícios a que tem direito possuem um valor fixo.

Este sub-sistema 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\*\*.

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 p.ex., para uma área total de 401 milhões de Ha em 3 milhões de imóveis, constatou que nada menos do que 149 milhões de Ha (37%) era constituída por terra "inaproveitável, não explorada", sendo que 141 milhões de Ha

\*

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.

\*\*

São Paulo, Paraná e Rio Grande do Sul são responsáveis por 56% do ER (Tabela 14), o que se explica tanto por se constituírem em áreas com forte presença de minifúndios, como por sua maior capitalização rural.

em unidades produtoras de 50 hectares cada. Como o valor total de clarado neste ano foi de Cr\$ 2.683,00 por Ha; 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.<sup>a</sup> 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 aconselhável 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. PROGRAMA DE SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE

### 5.1 - Capacidade Instalada

A aprovação do PIASS - "Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste" - a 24/8/76, "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 assintomas 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 76-79 a aplicação de Cr\$ 4,0 bilhões (a preços de 76) provenientes do Ministério da Saúde, Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social-FAS, Programa Nacional de Alimentação e Nutrição - PRONAN - e Programa de Integração Nacional - PIN, estabelecendo em seu artigo 3º 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 micro-sistema.

Em parte, constituía-se também em uma esperança de que brar 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 gran

decidiu-se a participar efetivamente, assumindo a responsabilidade de custeio parcial de toda a rede PIASS.

Originalmente, o modelo de mini-postos 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 69 (a nível local atuava a "Orientadora de Saúde" junto à "Sociedade de Saúde", com apoio da ANCAR - hoje EMATER - e F.SESP e coordenação da Secretaria de Saúde).

Em 1979 o Decreto 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 macro-regiões do polígono das secas, noroeste e vales dos rios Jequitinhonha, Mucuri e Doce".

A Tabela 17, retrata bem o que ocorreu, primeiro entre 76 e 79 quando estava restrito ao Nordeste como um programa específico, e de 80 em diante quando passou a fazer parte do "Programa de Serviços Básicos de Saúde" orientado pelo Ministério da Saúde-MS.

Desde 80 o MS firma convênios únicos com as Secretarias Estaduais, repassando recursos de acordo com Planos Operativos Anuais - POAs, 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, então incluídos todos os Estados do Nordeste, Norte e C.Oeste (exceto DF), Minas Gerais, além de poucas unidades do Espírito Santo (40 em 81) e São Paulo (23 Unidades no Vale da Ribeira em 81). Foram treinadas no total 3.675 pessoas

CENTROS DE SAÚDE, POSTOS DE SAÚDE, UNIDADES MISTAS E SISTEMAS DE  
DE ABASTECIMENTO D'ÁGUA CONSTRUÍDOS COM RECURSOS DO PIASS EM 78 E  
79 E REDE INCORPORADA AO PROGRAMA DE SERVIÇOS BÁSICOS EM  
80 E 81, POR REGIÃO, NO BRASIL

REGIÃO	CONSTRUÇÃO 78/79				INCORPORADAS 80/81				TOTAL			
	PS	CS	UM	SAA	PS	CS	UM	SAA	PS	CS	UM	SAA 1/
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.

1/: PS = Posto de Saúde, CS = Centro de Saúde, UM: Unidade Mista, SAA = Serviço de Abastecimento d'água

(2.823 de nível elementar) e feitas 24.382 fossas até 79, sendo de pois 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 e capacitar 27.471 pessoas (56% de nível elementar) e reciclar outras 24 mil.

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 MG, 3,4 milhões no Nordeste, 1 milhão no Norte, 1 milhão no C.Oeste e as demais no Vale da Ribeira em SP. Para as demais atividades não há dados disponíveis.

O Grupo Executivo Interministerial - GEIN (representantes da SEPLAN, MPAS, MS, MINTER), que conduziu o PIASS até 79, foi virtualmente desativado junto com sua Secretaria Técnica daí em diante. A discussão de temas comuns passou para a esfera da CIPLAN - Comissão Interinstitucional de Planejamento, órgão de coordenação apenas do MS e MPAS. Os Grupos de Coordenação Estaduais - GCEs, na prática desapareceram, enquanto as Equipes Técnicas Estaduais - ETs, os verdadeiros vetores locais que impulsionaram as etapas iniciais de implantação do programa, viram-se precocemente incorporados 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 76 e por 77, dedicou-se a um ativo trabalho de discussão e de definição de normas e de mecanismos de implementação junto aos Estados. A previsão inicial era de um gasto de Cr\$ 3,0 bilhões em saúde<sup>(\*)</sup> mas mesmo a aplicação real de apenas Cr\$ 1,03 bilhão não impediu a maciça implantação até 79 de 2.280 unidades no Nordeste e em Minas Gerais.

As tabelas 18 a 21 sintetizam as informações mais necessárias para uma análise deste sub-sistema.

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 18, 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.

O INAMPS desde 79 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 (Dec.84.219/79 estabelecendo em Cr\$ 6,1 bilhões a participação federal entre 80/85), foram mantidas as fontes originais de custeio, mas indicando

(\*) As atividades e os recursos destinados à área de nutrição e alimentação, são apenas referidas neste documento, não sendo objeto de análise. Para um estudo detalhado do PNS/INAN incluído a área PIASS consultar:

KRUSE, B.A.- *O programa de alimentação e nutrição: suas bases e participação setorial.* Brasília, MS/INAN, 1982. "mimeo".

IPEA. IPLAN. CNRH.- *Avaliação do desempenho do II PRONAN, 1976/77.* Brasília, 1980. "mimeo".

expressamente que os encargos da dívida para com o FAS constariam no orçamento do MS. Em 80 e 81 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 19 mostra a reduzida importância real conferida às ações de saneamento básico, o que se traduz numa execução orçamentária de Cr\$ 882 milhões até 81 enquanto que Cr\$ 10,1 bilhões eram despendidos em saúde. Para 82, há a intenção no sentido de incrementar especialmente a quantidade de sistemas simplificados de abastecimento d'água, caso consigam ser superados os entraves que até hoje tem bloqueado a amplitude desta área.

A distribuição dos gastos por regiões, vista na Tabela 20, mostra uma nítida prioridade para os polos mais deprimidos do país, inclusive no que se refere às micro-regiões do sudeste que participam do programa (MG, ES e Vale da Ribeira).

Quanto ao custeio das unidades básicas pelo INAMPS, a Tabela 21 fornece o subsídio mensal vigente no trimestre final de 81 e primeiros cinco meses de 82, 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 19), seu custo aproximado para o INAMPS atualmente é de Cr\$ 230.496,00 ao mes. 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 mensais. Este subsídio tem sido fixado através de resolução da CIPLAN, sendo negociada em consequência a 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 Dec. 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 F.SESP e ex-FUNRURAL, p.ex.).

TABELA 18 - GASTOS DE INVESTIMENTO E DE CUSTEIO COM O PROGRAMA DE SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE<sup>1</sup>, SEGUNDO A FONTE DE RECURSOS, EFETUADOS ATÉ 81 E O ORÇADO PARA 1982 - BRASIL

- em Cr\$ 1 milhão Correntes -

ANO	FONTE FINANCIADORA					TOTAL
	INVESTIMENTO			CUSTEIO		
	PIN	FND	FAS	M. 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

NOTAS: /1: Não inclui gastos em nutrição do INAN.

FONTE: Ministério da Saúde - Relatório do PIASS 1976-82



TABELA 19

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

ANO	FONTE			TOTAL GASTO EM SANEAMENTO	% EM RELAÇÃO AO TOTAL DE GASTOS
	FAS	PIN	M. 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 20

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

Cr\$ 1 milhão correntes

ANO	REGIÃO					TOTAL
	NORTE	NORDESTE	SUDESTE	SUL	C. OESTE	
78-79	-	1 334	133	-	-	1 467
1980	418	2 421	291	96	275	3 501
1981	860	2 920	1 440	136	689	6 045
1982	2 344	6 638	3 762	858	1 507	15 109
<b>TOTAL</b>	<b>3 622</b>	<b>13 313</b>	<b>5 626</b>	<b>1 090</b>	<b>2 471</b>	<b>26 122</b>

TABELA 21

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 30/05	A PARTIR DE 01/06	ATÉ 30/05	DE 01/06 A 30/11	DEZEMBRO	
Posto de Saúde	4 075	4 450	25 611	33 807	43 949	1 620 044
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 U. M.	4 872	5 075	15 155	20 005	26 007	1 110 314
<b>T O T A L</b>						<b>8 896 370</b>

FONTE: CIPLAN: Resolução nº 32/81, de 30.12.81.

### 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 qual serve.

Não há dúvida quanto a 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 2.000".

O PIASS tinha como meta implantar uma estrutura física de serviços de saúde e saneamento de formas a acessibilizar 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 a 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 a saúde significa:

- = existência dos serviços, ao alcance geográfico, econômico e cultural da população;
- adequação dos serviços quanto à sua organização, tipo e qualidade;
- 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 tem sua origem na própria natureza de um modelo novo 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.

#### i. 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; na busca de consolidá-lo através de uma rede suficientemente numerosa que não pudesse depois ser desativada.

Embora se possa comprovar que a política de implantação impactante de unidades com a intenção de mais tarde dedicar-se à melhora na qualidade dos serviços, origina distorções dificilmente superáveis, deve-se aceder em que esta era uma das únicas rotas de impedidas 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 recém feita 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 em 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, terminaram por reforçar

as distorções intrínsecas ao modelo de instalação compactada e ma-  
ciça de unidades seguido.

ii) - a prioridade da saúde sobre o saneamento

Esta foi uma decisão, tomada a nível de GEIM em 78, con-  
siderada 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  
podem esperar de um sistema mínimo de abastecimento contínuo de  
água ou de destinação de dejetos sobre o estado de saúde da popula-  
ção, são muito maiores que os de uma Unidade de Saúde, mesmo de lar-  
go porte - radicaram-se mormente na pressão interna do setor saúde,  
sob o argumento das próprias Secretarias Estaduais de que política-  
mente necessitavam Unidades de Saúde em 1º lugar.

Quando se concretizou a fonte FAS em 79 com recursos em  
princípio para ações de saneamento, a solução adotada foi o seu re-  
passe para a F.SESP (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 82, a pro-  
posta e de construir 793 sistemas de água e 2.798 unidades de saú-  
de). As entidades encarregadas especificamente das ações de sanea-  
mento básico - sistema PLANASA - pouco interesse tem demonstrado em  
atuar ligadas aos programas de saúde, exigindo costumeiramente uma  
contrapartida financeira que as comunidades mais pobres e mais doen-  
tes não podem pagar; isto obriga a participação das instituições de  
saúde que, embora aparentemente bem intencionadas, terminam lhes  
conferindo também uma baixa prioridade.

iii) - a espera pelo PREVSAÚDE e a desativação precoce do  
PIASS.

A mudança de governo em 79 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 a 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 as 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 interna 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 77 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 F.SESP permaneceram com sua identificação assegurada), mas viu-se envolvido neste reforço de consolidação interna, reduzindo pelo menos temporariamente seu poder catalizador sobre os programas estaduais.

#### IV - Restrita participação da Previdência

O INAMPS, após o fugidivo 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 de 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 (p.ex., 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.

#### v - 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 frequente 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 deixam 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 e em geral pequena (\*), 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 de curativos simples, aplicação de injeções, encaminhamento de pacientes aos centros de saúde.

As Atendentes geralmente são jovens indicadas pela liderança política ou 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

(\* ) A respeito da cobertura por serviços primários, em distintas condições práticas, vide:

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA, R. Janeiro.- *Avaliação do programa de interiorização das ações de saúde e saneamento em Pernambuco*. Rio de Janeiro, 1980.

BRASIL. INAMPS.- Superintendência Regional de Minas Gerais.- *Relatório de avaliação do Convênio SES/INAMPS/PIASS na região de Montes Claros*. Belo Horizonte, 1980.



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 transforma-se-ão em auxiliares eficazes: não tem 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 mantenha com firmeza uma política inovadora uniforme e uma alocação perente de recursos, privilegiando a rede básica.

Diante deste quadro, por certo a prioridade mais imediata está na consolidação operacional da rede, refreando 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/MG, Lages/SC, componentes específicos do trabalho das Secretarias de Saúde do RS, SP e RN, ou da F.SESP, p.ex) 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. POLÍTICA DE SAÚDE

### 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 doze pontos, tendo como meta estruturar:

#### UMA SÓ REDE DE SERVIÇOS:

- a. com todas suas unidades articuladas entre si, fazendo parte de um mesmo modelo de atenção, incluindo Postos de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Hospitais;
- b. sem diferenciação urbana e rural;
- c. apenas diferenciada pelas condições epidemiológicas locais e pelo tipo de serviço oferecido;
- d. apoiada na população a que deve servir, utilizando pessoal básico local e definindo prioridades globais em conjunto com a comunidade;
- e. com direção consolidada a nível central, através de programa único MS/MPAS;
- f. implementado pela própria Unidade Federativa e por seus Municípios, com apoio financeiro e normas federais;
- g. cujos serviços estejam capacitados a resolver os problemas de saúde da população;
- h. com previsibilidade orçamentária definida por meio de um financiamento consolidado que permita um adequado controle sobre os gastos;
- i. que tenha critérios uniformes e similares de pagamento às unidades prestadoras de serviços;

- j. de nítido caráter social, não fazendo do lucro, em uma área extremamente carente, seu móvel de ação;
- l. 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;
- m. 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 tem 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 unidades sanitárias, deve ser entendido como o período necessário para que todo um elenco de medidas operacionais seja posto em prática e produza os resultados esperados.

· Detalha-se, a seguir, as medidas operacionais necessarias 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 catalizar 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 precedentemente, sobre as fontes de recursos já disponíveis, levou-nos à evidência de que a melhoria 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, não só a melhoria fiscal, mas 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 comunicação 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 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, p.ex.), 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 de 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 cri-

térios uniformes e justos (não mais por U.S.), sem distinção de clientela e sujeita a um programa de saúde pública; representa 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.

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

i - 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 F.SESP 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.

#### ii - Consolidação Orçamentária

A transferência em bloco dos recursos federais para um programa estadual que englobe todas as atividades de saúde junto a 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.

#### iii - Aplicação de Recursos Novos

Estima-se uma necessidade de recursos adicionais no montante aproximado de Cr\$ 250 bilhões, a preços de 1982 em 4 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 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.

- o custo de construção de cada leito hospitalar é de Cr\$ 5.000.000,00 (1982). Assim, um Hospital de 150 leitos sairá



por Cr\$ 750 milhões. Este custo é 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. O déficit portanto é de 390 mil hospitalizações, ou de 18.843 leitos a serem construídos em 4 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 extensão do horário dos atuais convênios rurais do INAMPS permita, pelo menos em relação aos Sindicatos (2000 unidades) dobrar o rendimento (de 4 para 8 hs. 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 a implementação de 600 novos Centros de Saúde e reequipamento ou reforma de 3 800 unidades ambulatoriais;

- considerando a mudança de estratégia do sub-sistema de atenção odontológica, estima-se que 1/3 dos gastos totais estimados para um programa nacional de saúde bucal sejam efetuados na zona rural representando 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 fluoretação da água de consumo em 700 localidades (Cr\$ 570 mil cada sistema).

**IPEA** INSTITUTO DE PLANEJAMENTO ECONÔMICO E SOCIAL

- 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. 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 à programação estadual. Por isso, não se especifica aqui proposição individualizada para o M.S;

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 22 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.

iv - 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 concentra 82% da arrecadação do IPR.

A transformação dos Empregados Rurais em contribuintes urbanos não oferece dificuldades de vulto, já estando praticamente

TABELA 22

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 - 1986

Em Cr\$ 1 bilhão -

ANO	ASSISTÊNCIA HOSPITALAR			ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL			ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA			TOTAL		
	Investimento	Custeio	S.Total 1	Investimento	Custeio	S.Total 2	Investimento	Custeio	S.Total 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

aceita pela direção do INAMPS que deverá efetivá-la em conjunto com o IAPAS provavelmente em curto prazo.

#### v. 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: 1) capacitação contínua do pessoal auxiliar, com reciclagem preferentemente desenvolvida no próprio módulo (em cada C.S. de apoio) e não a nível central; 2) substituição das Atendentes inadequadas ao exercício da função saúde; 3) na contratação de novas Atendentes, considerar como essencial o preenchimento de requisitos técnicos e a aceitabilidade por parte da comunidade, abominando as indicações políticas de caráter clientelista; 4) 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; 5) concentração de esforços na obtenção de eficácia nas atividades de supervisão; 6) implementação efetiva de unidades regionais nos Estados; 7) melhoria qualitativa do desempenho das unidades de maior porte (CS, UM).

#### vi. Custeio Uniforme da Rede Hospitalar

O término da dualidade de pagamento e cobertura dentro de um mesmo Hospital nas localidades de pequeno porte implica na remuneração das internações por um novo modelo e na 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 custeio 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 formas 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 hotelaria, insumos, depreciação) e ao pessoal, especialmente os médicos, mas não por U.S.

Contudo esta nova modalidade ainda não esteja suficientemente estudada no país, necessitando a 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 (p.ex., 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 desencorajar a excessiva utilização dos leitos hospitalares ou o super-faturamento de diárias e de procedimentos médicos. Não impede a possibilidade de efeitos contrários inerentes aos sistemas de pré-pagamento, entre os quais as dificuldades em conseguir hospitalização.

vii - 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 os 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, p.ex) 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.

viii - 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 catalizar 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.

ix - Incorporação da Rede de Convênios Ambulatoriais a 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.

x - 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.

#### xi - 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 sub-programa 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:

1) seguimento de um modelo de atenção que configura estrita prioridade aos problemas de maior prevalência e aos grupos mais carentes (cárie dental e doença periodontal na infância e juventude).

2) produção e uso de tecnologia nacional e apropriada, especialmente quanto a sistemas de trabalho, equipamentos, medicamentos básicos, instrumentais e material de consumo;

3) 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 1º 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



## xii - Complementação Terapêutica e Diagnóstica

A efetiva cobertura terapêutica da população depende de dois componentes fundamentais: o desempenho da linha CEME, de maneira a dotar cada unidade prestadora de serviços com 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, a virtual ausência de medicamentos industrializados nas unidades de saúde do interior aliado 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 a distribuição de medicamentos a rede básica.

Com relação aos exames complementares, campo profícuo a distorções sob o regime de pagamento por U.S., 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.

## 7. 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 formas a prover serviços em qualidade e volume compatível 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 catalizar um processo de mudança de indiscutível repercussão positiva sobre as condições de vida da população brasileira.

TABELA 4

BRASIL: Despesas Correntes Totais do Governo Federal e nos Setores Sociais Segundo as Diferentes Funções

1978 - 1984

Em Cr\$ bilhões de 1982

## GASTOS CORRENTES FEDERAIS

ANO	TOTAL		OUTROS		FUNÇÕES SOCIAIS									
	Cr\$ bilhões	US\$ milhões	Cr\$ bilhões	US\$ milhões	SAÚDE E SANEAMENTO		EDUCAÇÃO E CULTURA		TRABALHO		HABITAÇÃO E URBANISMO		ASSISTÊNCIA E PROVIDÊNCIA	
					Cr\$ bilhões	US\$ milhões	Cr\$ bilhões	US\$ milhões	Cr\$ bilhões	US\$ milhões	Cr\$ bilhões	US\$ milhões	Cr\$ bilhões	US\$ milhões
1978	2.742,4	15.306,6	1.561,0	8.712,6	120,2	670,9	444,0	2.478,2	30,4	169,7	0,9	5,0	585,7	3.269,0
1979	2.778,4	15.507,5	1.605,8	8.962,7	128,2	715,5	417,5	2.330,3	25,5	142,3	0,8	4,5	600,7	3.352,8
1980	3.215,8	17.948,8	2.138,4	11.935,4	91,5	510,7	372,4	2.078,5	20,9	116,6	0,8	4,5	591,8	3.303,1
1981	2.735,7	15.269,2	1.502,9	8.388,4	88,4	493,4	467,9	2.611,6	17,6	93,2	0,6	3,4	658,4	3.674,8
1982	3.577,9	19.969,9	2.306,1	12.871,4	109,0	608,4	533,2	2.976,0	18,9	105,5	0,6	3,4	610,1	3.405,2
1983 <sup>(1)</sup>	2.418,8	13.500,4	1.572,5	8.776,8	57,5	320,9	307,7	1.717,4	10,9	60,8	0,6	3,4	469,6	2.621,0
1984 <sup>(2)</sup>	5.957,6	33.252,0	3.946,1	22.024,9	161,5	901,4	696,0	3.884,7	22,5	125,6	20,8	116,1	1.110,8	6.199,9

Fonte: Balanços Gerais da União

(1) Lei de Orçamento - 1983

(2) Projeto de Lei Orçamento 1984

TABELA 7

BRASIL: gastos totais correntes e de capital do Ministério da Saúde

1978 - 1985

ANO	CORRENTES		CAPITAL		TOTAL					
	EM Cr\$ BI	EM Cr\$ BI	EM Cr\$ BI	EM Cr\$ BI	EM Cr\$ BI	EM Cr\$ DE 1982			U S \$	
	CORRENTES	DE 1982	CORRENTES	DE 1982	CORRENTES	EM Cr\$ BI	ÍNDICE 78 = 100	PER CAPITA EM Cr\$	US\$ MILHÕES	PER CAPITAL EM US\$
1978	5,4	68,3	1,1	13,9	6,5	82,2	100,0	725	460	4,1
1979	8,2	67,4	1,3	10,7	9,5	78,1	95,0	673	436	3,8
1980	16,0	65,6	2,1	8,6	18,1	74,2	90,3	623	414	3,5
1981	31,1	60,8	4,4	8,6	35,5	69,4	84,4	568	387	3,2
1982	71,3	71,3	11,3	11,3	82,6	82,6	100,5	659	461	3,7
1983 <sup>1/</sup>	88,4	36,5	11,8	4,9	100,2	41,4	50,4	322	231	1,8
1984 <sup>2/</sup>	283,1	68,7	36,8	8,9	319,9	77,6	94,4	588	433	3,3
1985	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

FONTES: Balanços Gerais da União.

Lei Orçamento, 1983.

Projeto Lei Orçamento 1984.

1/ Exclusive recursos do FINSOCIAL, no valor de Cr\$ 106.070 milhões. (alocado) →

2/ Inclusive recursos do FINSOCIAL.

⇒ Análise 1983

TABELA 8

BRASIL: Dispendios do INAMPS; Total, "per capita" e distribuição percentual, segundo as diferentes regiões

1979 - 1983

Em Cr\$ correntes

REGIÕES	GASTO DO INAMPS									
	1979		1980		1981		1982		1983 (1)	
	Cr\$ MILHÕES	%	Cr\$ MILHÕES	%	Cr\$ MILHÕES	%	Cr\$ MILHÕES	%	Cr\$ MILHÕES	%
BRASIL	91 791,0	100	186 772,6	100	362 112,1	100	722 677,9	100	1 200 553,0	100
Norte	2 098,3	2,3	4 052,0	2,2	8 701,0	2,4	15 134,8	2,1	25 751,7	2,2
Nordeste	15 414,2	16,8	31 015,5	16,6	62 313,2	17,2	121 628,0	16,8	188 050,0	15,7
Sudeste	48 993,0	53,4	99 088,6	53,0	190 496,7	52,6	389 882,2	53,9	640 461,4	53,3
Sul	16 873,0	18,4	33 535,9	18,0	68 278,8	18,9	133 681,1	18,5	168 446,6	14,0
Centro-Oeste	5 168,7	5,6	10 717,5	5,7	21 812,2	6,0	41 662,2	5,8	60 020,7	5,0
Dir. Geral (2)	3 243,8	3,5	8 363,1	4,5	10 510,2	2,9	20 689,6	2,9	117 822,6	9,8

(1) Primeiro orçamento aprovado em 1983.

(2) Gastos com a Administração Central.

	Cap.	Out.
1979	720.785	91.070.243
80	2.606.224	184.172.414
81	1.950.796	360.161.307
82	2.903.673,87	719.774.196,46

TOTAL  
 1978 = 63.422.      C.G.  
 45.069.562      44.488.883  
                                  Cap.  
                                  560.679

TABELA 9

BRASIL: Recursos repassados pelo  
Ministério da Saúde para as diferentes regiões do país  
1982

Em Cr\$ Correntes

REGIÕES	RECURSOS REPASSADOS		
	TOTAL Cr\$ milhões	%	Per Capita Em Cr\$
BRASIL	18.526	100,0	147,8
NORTE	1.940	10,4	296,4
NORDESTE	10.096	54,5	277,4
CENTRO-OESTE	1.310	7,1	159,6
SUDESTE	3.142	17,0	57,6
SUL	2.038	11,0	104,0

Fonte: MS/SG - Secretaria de Planejamento

Nóta: 1) Não inclui Cr\$ 10,7 milhões (Reserva técnica do Programa de Alimentação e Nutrição)

2) Não inclui os gastos diretos do Ministério da Saúde.

