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

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

IPEA
série estudos para o planejamento
26

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

Presidente do Conselho de Administração
ANTÔNIO DELFIM NETTO
Ministro-Chefe da Secretaria de Planejamento

Presidente do IPEA
JOSÉ FLÁVIO PÉCORA
Secretário-Geral da Secretaria de Planejamento

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

Superintendente do Instituto de Pesquisas (INPES)
MICHAL GARTENKRAUT

Diretor-Geral do Instituto de Programação e Orçamento (INOR)
FREDERICO AUGUSTO BASTOS

Diretor do Centro de Treinamento para o Desenvolvimento Econômico (CENDEC)
TÁCITO DA SILVA SOARES

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

•

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

INSTITUTO DE PLANEJAMENTO ECONÔMICO E SOCIAL (IPEA)

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

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

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

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

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

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

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

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

•

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

Vitor Gomes Pinto

Brasília, 1984

[48] PINTO, Vitor G. *Saúde para poucos ou para muitos: o dilema da zona rural e das pequenas localidades.* Brasília, IPEA/IPLAN/CNRH, 1983.

[49] POSSAS, Cristina. *Saúde e trabalho, a crise da previdência social.* Rio de Janeiro, Graal, 1981.

[50] PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE NO BRASIL. *Distribuição do gasto do setor saúde por fontes de financiamento, Brasil, 1982: estimativas preliminares.* Trabalho elaborado pelo GAP do Acordo MS/MPAS/MEC/OPS. Brasília, 1982.

[51] PROGRAMA DE INTERIORIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE E SANEAMENTO — PIASS. *Relatório de atividades e desenvolvimento do PIASS, de agosto de 1976 a setembro de 1979, Brasil.* Brasília, Secretaria Técnica/GEIN/PIASS, 1979.

[52] RODRIGUES NETO, Eleutério. *Dados estatísticos.* Rio de Janeiro, INAMPS, 1983. "Informações pessoais".

[53] SALLES FONSECA, Aloysio de. A crise da previdência social no sistema médico-hospitalar brasileiro. In: *Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, 3,* Brasília, Câmara dos Deputados, 1982.

[54] VIANNA, Solon Magalhães. *Os programas de extensão de cobertura: limitações, dificuldades e riscos.* Conferência Nacional de Saúde, 7, de 24 a 28 de março de 1980. Brasília, IPEA/IPLAN/CNRH, 1980.

[55] VIANNA, Solon Magalhães, e PINTO, Vitor Gomes. *A assistência médica da previdência social.* Mimeo. Brasília, IPEA/IPLAN/CNRH, 1981.

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

APRESENTAÇÃO

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

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

O confronto das duas experiências revela resultados curiosos e talvez mesmo inesperados. O PIASS é impecável em sua arquitetura, mas revela-se tosco na execução. Em que pesem a pureza e os atrativos de seu projeto inicial, tropeça nos ubíquos e teimosos problemas de operacionalização. Deixaram-se escapar falhas de implantação, permitindo que o sistema 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 limitações intrínsecas ao sistema curativo convencional. Não

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

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

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

CLÁUDIO DE MOURA CASTRO

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; e outra de implantação de um programa de ações primárias de saúde a partir do nível central, com um insuficiente grau de coordenação institucional.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

— consolidação orçamentária a nível estadual;

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

— incremento das fontes atuais de arrecadação;

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

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

— transformação dos hospitais de pequeno porte em unidades mistas;

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

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

CAPÍTULO I — 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 marcadas diferenças que as identificam e por vezes separam, têm em comum a convivência freqüente com a doença e com a morte prematura, coincidindo com o difícil acesso a uma precária e insuficiente rede de serviços de saúde.

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

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

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

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

CAPÍTULO II — 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 interdependência mantida especialmente com os núcleos urbanos de menor porte, nos quais reside parcela considerável da mão-de-obra agrícola e se localiza a quase totalidade das unidades de atenção médica e odontológica disponíveis.

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

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

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

TABELA II.1

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

País e Região	População e Localidades					
	Zona Rural— População	Zona Urbana				Total (População—Alvo)
		Cidades de até 20 Mil Habitantes		Vilas		
		Nº. de Cidades	População	Nº. de Vilas	População	
Brasil	*39.137*	*3.495*	*15.990*	*4.084*	*9 441*	*64.568*
Norte	2.926	134	662	173	233	3.821
Nordeste	17.459	1.265	5.418	1.125	2.199	25.076
Sudeste	9.030	1.175	5.554	1.333	5.541	20.125
Sul	7.226	620	2.956	1.171	1.131	11.313
Centro-Oeste	2.496	301	1.400	282	337	4.233

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

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

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

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

TABELA II.2

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

Situação de Moradia	Localidades — Número		Crescimento Percentual	População (em mil pessoas)		Crescimento Percentual
	1970	1980		1970	1980	
a. Vilas[a]	3.877	4.084	5	5.364	9.441	76
b. Cidades de até 20 Mil Habitantes[a]	3.649	3.495	—4	13.087	15.990	22
c. Zona Rural	—	—	—	41.054	39.137	—5
d. Subtotal — a + b + c (população-alvo)	—	—	—	59.505	64.568	8
e. Cidades com Mais de 20 Mil Habitantes[a]	303	496	64	34.207	55.323	62
f. Todas as Cidades[a]	3.952	3.991	1	47.294	71.313	51
g. Brasil[b]	—	—	—	93.139	121.150	30

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

[a] População urbana.

[b] População total recenseada, incluindo aglomerados urbanos.

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

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

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

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

2.2 — Atividade Econômica

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

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

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

TABELA II.3

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

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

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

TABELA II.4

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ou 10 anos labutando na colheita. Estimativas não oficiais [16] apontam a existência de cerca de 6,8 milhões de "bóias-frias" no País, utilizados principalmente pelas agroindústrias e pelos latifúndios (apesar da intensa mecanização da agricultura, várias colheitas, como de cana-de-açúcar, café, algodão, hortaliças, por exemplo, exigem a mão humana), mas também pelos minifúndios produtivos como as colônias ao Sul.

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

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

2.3 — Quadro Epidemiológico

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

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

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

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

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

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

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

TABELA II.5

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

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

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

TABELA II.6

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

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

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

[a] Exceto os óbitos sem assistência médica e por causas mal definidas.
[b] Acidentes, homicídios e suicídios.

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

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

Já a doença de Chagas tem uma área de transmissão que vai do Piauí ao Rio Grande do Sul, penetrando pelo interior do Mato Grosso do Sul e de Goiás, atingindo 13 Estados, com cerca de 5 milhões de pessoas infectadas pelo *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. [3]

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

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

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

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

TABELA II.7

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

(Em milhares)

Serviços de Saneamento	Anos	Brasil	Zona Urbana	Zona Rural
a. Com Rede Geral de Abastecimento d'água	1970	5.784	5.592	192
	1980	14.073	13.811	262
b. Com instalação Sanitária da Rede Geral ou com fossa Séptica	1970	4.684	4.539	145
	1980	10.966	10.459	507
c. Sem Instalação Sanitária	1970	6.954	1.483	5.471
	1980	6.019	1.304	4.715

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

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

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

CAPÍTULO III — 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 partes dessas esferas administrativas.

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

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

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

TABELA III.1

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

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

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

[a] Convênios específicos de assistência rural (FUNRURAL).

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

3.2 — A Oferta de Serviços Previdenciária

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TABELA III.2

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

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

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

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

3.3 — Concessão e Reajuste de Subsídios

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TABELA III.3

LIMITES MENSAIS DE DESPESAS DO INAMPS COM CONVÊNIOS PARA ASSISTÊNCIA RURAL, [a] FIXADOS EM 1.º DE JUNHO DE 1981

(Em Cr$ 1.000)

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

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

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

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

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

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

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

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

TABELA III.4

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

(Em Cr$)

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

Fonte: INAMPS/Secretaria de Planejamento, 1981.

3.4 — Análise do Desempenho

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

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

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

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

1) *Atomização de Recursos*

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

2) *Ausência de um Programa de Saúde*

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

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

3) *Compressão dos Subsídios*

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

4) *Vantagens Relativas do Atendimento nos Sindicatos*

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

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

5) *Escassez de Medicamentos e de Exames Complementares*

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

6) *Distorções na Assistência Odontológica*

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

7) *Restrição do Acesso à Hospitalização*

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

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

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

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

8) *Participação dos Usuários no Custeio*

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

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

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

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

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

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

9) *Intermediação dos Prestadores de Serviços*

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

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

10) *Limitação dos Pequenos Hospitais*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO IV — O FINANCIAMENTO DO SISTEMA RURAL PREVIDENCIÁRIO

4.1 — Gastos e Estrutura de Custeio

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

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

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

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

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

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

Em seu conjunto, deve-se observar que:

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

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

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

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

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

TABELA IV.1

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

(Em Cr$ 1 milhão correntes)

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

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

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

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

TABELA IV.2

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

(Em Cr$ 1 bilhão)

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

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

[a] Deflator utilizado: Índice Geral de Preços da Fundação Getulio Vargas.

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

TABELA IV.3

RECEITA PREVIDENCIÁRIA TOTAL [a] E RURAL SEGUNDO A FONTE, POR REGIÕES E UNIDADES FEDERATIVAS EM PERCENTUAIS — BRASIL, 1981

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

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

[a] Inclui receita da Direção-Geral.

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

4.2 — Análise das Fontes de Receita

Freqüentemente têm sido aventadas hipóteses de incremento da atual receita de contribuições rurais como forma de sanar os problemas financeiros e técnicos deste setor. As propostas têm-se restringido a suposições de caráter genérico, do tipo "melhoria da fiscalização, aumento de impostos, criação de novas fontes, 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 precedente análise relativa às condições epidemiológicas (Seção 2.3) e financeira (Seção 3.3 — Tabela III.4).

4.2.1 — Imposto sobre a Produção Rural (IPR)

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

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

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

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

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

O *ICM*, hoje, taxa em 16% a comercialização, sendo responsável por cerca de 36% da receita tributária nacional, com uma arrecadação total de Cr$ 597 bilhões em 1980 e Cr$ 1,2 trilhão em 1981. Contudo, quando visto segundo os setores de produção, observa-se que apenas 6% do ICM é arrecadado no setor primário (Cr$ 37 bilhões em 1980), sendo as cotas mais importantes provenientes dos setores secundário (57%) e terciário (36%) da economia. Isto ocorre em função da extensa pauta de isenções que em todos os Estados [3] beneficiam os produtos *in natura* (mormente os destinados ao consumo alimentar da população), além do fato de que este é um imposto que tributa o valor agregado da mercadoria (ou seja, é cobrado em todas etapas de venda do produto, primeiro sobre o valor básico e depois sobre as diferenças de preço), o que na prática penaliza os estágios finais de comercialização.

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

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

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

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

---

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

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

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

4.2.1.1 — Receita Real e Possível do IPR

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

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

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

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

TABELA IV.4

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

Anos	Renda Interna a) Total	Renda Interna na Agricultura		IPR	Valor não Arrecadado (Diferença c — d)	
		b) Valor Real	c) $\frac{2,5\%}{b}$	d) Valor Arrecadado[a]	e) Valor	f) Percentual
1972	298.703	31.218	624	488	136	22
1973	414.075	46.921	938	793	145	15
1974	610.409	70.241	1.405	1.089	316	22
1975	883.318	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

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

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

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

[5] O Setor Primário engloba: as lavouras permanentes e temporárias; a produção animal e derivados; e a extrativa vegetal, que inclui a produção florestal. A Renda Interna deste setor, ou RIA, significa o preço efetivamente recebido pelo agricultor, portanto 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.

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

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

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

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

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

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

4.2.1.2 — A Evasão do IPR

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

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

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

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

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

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

TABELA IV.5

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

Destino da Produção[a] (Total)	Colheita (em Toneladas) por Produto						Colheita Total			
	Feijão em Grão	Arroz em Casca	Milho	Mandioca	Batata-Inglesa	Em Toneladas	%	Em Cr$ 1 Milhão	%
Total	1.598	7.549	14.344	946	11.673	36.110	100	31.048	100
1. Consumido no Estabelecimento	364	710	5.070	56	7.094	13.294	37	8.235	26
2. 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

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

[a]Um total de 109 toneladas no valor de Cr$ 75 milhões estão "sem declaração".

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

4.2.1.3 — Propostas para o Aumento da Receita

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.2.3 — Contribuição do Empregador (ER)

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

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

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

Senão, vejamos:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

CAPÍTULO V — PROGRAMA DE SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE

5.1 — Capacidade Instalada

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

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

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

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

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

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

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

TABELA V.1

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.2 — Gastos e Estrutura de Custeio

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TABELA V.2

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

(Em Cr$ 1 milhão correntes)

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

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

[a] Não inclui gastos em nutrição do INAN.

TABELA V.3

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

(Em Cr$ 1 milhão correntes)

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

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

TABELA V.4

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

(Cr$ 1 milhão correntes)

Anos	Regiões					Total
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	
1978/79	—	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
Total	3.622	13.313	5.626	1.090	2.471	26.122

TABELA V.5

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Vale dizer que o *acesso à saúde* significa:

— existência dos serviços, ao alcance geográfico, econômico e cultural da população;

— adequação dos serviços quanto à sua organização, tipo e qualidade; e

— aceitação dos serviços pela população.

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

5.3.1 — Fatores de Desequilíbrio

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

1) *O Esforço Inicial pela Consolidação*

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

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

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

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

2) *A Prioridade da Saúde sobre o Saneamento*

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

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

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

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

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

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

4) *Restrita Participação da Previdência*

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

5) *Retração Estadual no Custeio*

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

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

5.3.2 — Avaliação do Desempenho da Rede Básica

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Diante deste quadro, por certo a prioridade mais imediata está na consolidação operacional da rede, 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, em Minas Gerais, e Lajes, em Santa Catarina, componentes específicos do trabalho das Secretarias de Saúde do Rio Grande do Sul, de São Paulo e do Rio Grande do Norte, ou da FSESP, por exemplo) e o estudo mais aprofundado de programas similares em outros países podem fornecer um sólido suporte para esta estratégia de curto e médio prazo.

CAPÍTULO VI — 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 12 pontos, tendo como meta estruturar *uma só rede de serviços*:

1) com todas as suas unidades articuladas entre si, fazendo parte de um mesmo modelo de atenção, incluindo Postos de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Hospitais;

2) sem diferenciação urbana e rural;

3) apenas diferenciada pelas condições epidemiológicas locais e pelo tipo de serviço oferecido;

4) apoiada na população a que deve servir, utilizando pessoal básico local e definindo prioridades globais em conjunto com a comunidade;

5) com direção consolidada a nível central, através de programa único MS/MPAS;

6) implementada pela própria Unidade Federativa e por seus Municípios, com apoio financeiro e normas federais;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6.2 — Elenco de Medidas Operacionais

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1) *Integração Rede Básica/INAMPS/Estados*

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

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

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

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

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

2) *Consolidação Orçamentária*

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

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

3) *Aplicação de Recursos Novos*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4) *Otimização das Fontes Atuais de Financiamento*

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

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

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

5) *Reavaliação da Rede Básica*

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

TABELA VI.1

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

(Em Cr$ 1 bilhão)

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

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

6) *Custeio Uniforme da Rede Hospitalar*

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

As severas distorções inerentes ao sistema de pagamento por unidade de serviço e sua repercussão sobre a modalidade de 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 forma a permitir um justo ganho para a força de trabalho (médicos, pessoal de enfermagem, etc.).

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

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

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

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

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

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

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

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

8) *Crescimento Seletivo da Capacidade Instalada*

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

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

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

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

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

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

10) *Privilegiamento de Ações de Saneamento Básico*

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

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

11) *Desenvolvimento de Subprograma de Odontologia*

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

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

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

grupos mais carentes (cárie dental e doença periodontal na infância e juventude);

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

c) utilização ampla de pessoal técnico e auxiliar, com funções delegadas, para atenção clínica da população.

Propõe-se a implantação de cuidados odontológicos com favorecimento a *ações de caráter preventivo* (fluoretação de água de abastecimento público em localidades com sistema de tratamento implantado, ou utilização de métodos alternativos nas demais, com uma redução esperada de 60% nos índices de cárie para o grupo populacional de 0 a 14 anos de idade), à *cobertura de alunos matriculados na rede oficial de ensino de 1.º grau* (tratamento completo de necessidades básicas) e *atenção mínima às camadas socialmente mais carentes,* por meio da implantação de unidades assistenciais simplificadas em PS e CS que atualmente não disponham desses serviços.

12) *Complementação Terapêutica e Diagnóstica*

A efetiva cobertura terapêutica da população depende de dois componentes fundamentais: o desempenho da linha CEME, de maneira a atribuir a cada unidade prestadora de serviços os produtos constantes da RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais), e a identificação e uso em bases científicas da "medicina popular".

A dificuldade de acesso à consulta médica e a virtual ausência de medicamentos industrializados nas unidades de saúde do interior, aliada ao seu alto custo nas farmácias comerciais, só são compensadas face ao uso ainda em escala significativa de medicamentos naturais, costume praticamente perdido nas grandes cidades. O conhecimento dos princípios ativos destes medicamentos, com vistas a selecionar e indicar os de real poder terapêutico, constitui uma ampla senda de investigação operacional a ser desenvolvida pelo setor em suas unidades de linha.

A superação das conhecidas deficiências do sistema CEME, por seu turno, depende da retomada da produção nacional de medicamentos essenciais com base na RENAME, mediante significativa alocação de recursos para esta atividade; mas há uma melhora intrínseca no modelo atual, possível de ser alcançada através da prioridade à distribuição de medicamentos à rede básica.

Com relação aos exames complementares, campo profícuo a distorções sob o regime de pagamento por US, tanto a adoção de nova modalidade de custeio para a rede como a expansão da estrutura laboratorial pública (contemplada na proposta financeira) devem permitir uma gradativa melhora para o setor.

CAPÍTULO VII — CONCLUSÃO

Numa das áreas de maior carência econômica do País — a zona rural e as localidades de pequeno porte —, o diagnóstico do setor saúde não deixa dúvidas quanto à urgência de remodelação do sistema assistencial vigente, de forma a prover serviços em qualidade e volume compatíveis com as necessidades epidemiológicas de cerca de 65 milhões de pessoas.

Um novo modelo de cuidados à saúde, traduzido em um programa específico, encarregado de operacionalizar uma rede única, que inclui desde os Postos de Saúde até os hospitais, ganha viabilidade através da proposta de alocação de recursos adicionais, possibilitando catalisar um processo de mudança de indiscutível repercussão positiva sobre as condições de vida da população brasileira.

BIBLIOGRAFIA

[1] BLANPAIN, J. *National health insurance & health resources, the European experience.* Cambridge, Harvard University, 1978.

[2] BRASIL. INAMPS. *Consolidação e atualização de normas existentes sobre a assistência médica aos rurais.* Trabalho elaborado pela Comissão Técnica estabelecida pela Portaria PR-535/81. Rio de Janeiro, 1981.

[3] ———. Superintendência Regional de Minas Gerais. *Relatório de avaliação do Convênio SES/INAMPS/PIASS na região de Montes Claros.* Belo Horizonte, 1980.

[4] BRASIL. MPAS. *Estrutura previdenciária rural.* Relatório do Grupo de Trabalho Interministerial, criado pelo Decreto n.º 83.633/79. Mimeo. Brasília, 1979.

[5] BRESSAN FILHO, A. *Tributação na agricultura e acumulação capitalista no Brasil: uma análise dos anos recentes, 1967/1977.* Dissertação de Mestrado. São Paulo, USP/FEA, 1979.

[6] ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. *Avaliação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento em Pernambuco.* Rio de Janeiro, 1980.

[7] GONZALES, E. N., e BASTOS, M. I. O trabalho volante na agricultura brasileira. In: SINGER, P., *et alii. Capital e trabalho no campo.* 2.ª ed.; São Paulo, HUCITEC, 1979.

[8] INCRA. *Estatísticas preliminares, revisão cadastral 1978.* Mimeo. Brasília, Dept.º Cadastro e Tributação, 1978.

[9] IPEA/IPLAN/CNRH. *Avaliação do desempenho do II PRONAN, 1976/77.* Mimeo. Brasília, 1980.

[10] ———. *Nota sobre a participação do usuário no custeio dos serviços de assistência médica.* Mimeo. Brasília, 1981.

[11] KRUSE, B. A. *O Programa de Alimentação e Nutrição: suas bases e participação setorial.* Mimeo. Brasília, MS/INAN, 1982.

[12] MARQUES, A. C. Migrações internas e as grandes endemias. *Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais,* Brasília, 31, 1979.

[13] MARTINE, G., *et alii. Crescimento e distribuição da população brasileira: tendências recentes.* Mimeo. Brasília, IPEA/IPLAN/CNRH, 1982.

[14] MORAIS FILHO, E. Comentário. *Revista LTr,* 42/196.

[15] ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. *Coordinación entre los sistemas de seguridad social y salud pública. CD* 25/DT/1. Washington, 1977.

[16] PUNTEL, J. T. Bóia-fria, o homem do campo. *Família Cristã,* São Paulo, 8:21-30, ago. 1979.

[17] ROEMER, M. I. *Organización de la asistencia médica en los regímenes de seguridad social.* Genebra, OIT, 1969.

[18] RUSSOMANO, M. V. Comentários ao Estatuto do Trabalhador Rural. *Revista dos Tribunais,* São Paulo, 1:274, 1969.

Impresso no Centro de Serviços Gráficos do IBGE, Rio de Janeiro — RJ.
— O. S. 22 562 —

OUTRAS EDIÇÕES DO IPEA

COLONIZAÇÃO DIRIGIDA NO BRASIL: SUAS POSSIBILIDADES NA REGIÃO AMAZÔNICA — Vania P. Tavares, Claudio M. Considera e Maria Thereza L. L. de Castro e Silva (Cód. R. 8)

Sumário: Introdução. I — Perspectiva Histórica da Colonização Dirigida no Brasil. II — Núcleos Coloniais da Região Amazônica: Um Estudo de Casos. III — Os Custos de Assentamento de Agricultores na Colonização Dirigida. IV — Considerações Finais. Apêndice I — Levantamento de Empreendimentos de Colonização Dirigida no Brasil. Apêndice II — Elementos Básicos dos Questionários Utilizados nos Estudos dos Núcleos Coloniais. Apêndice III — Cálculo dos Custos de Assentamento de Agricultores em Diferentes Empreendimentos.

DISTRIBUIÇÃO FUNCIONAL DA INDÚSTRIA DE TRANSFORMAÇÃO: ASPECTOS DA PARCELA SALARIAL — Roberto Brás Matos Macedo (Cód. EP. 23)

Sumário: Apresentação e Agradecimentos. I — Introdução. II — A Parcela Salarial no Curto Prazo: Aspectos Teóricos. III — A Parcela Salarial no Curto Prazo: Análise Empírica. IV — A Parcela Salarial no Longo Prazo: Aspectos Teóricos. V — A Parcela Salarial no Longo Prazo: Análise Empírica. VI — Observações Finais. Apêndices I e II. Bibliografia.

EMPRESAS MULTINACIONAIS NA INDÚSTRIA BRASILEIRA — Carlos von Doellinger e Leonardo C. Cavalcanti (Cód. R. 29)

Sumário: I — Introdução. II — As "Teorias" sobre Origem e Evolução das Empresas Multinacionais. III — Empresas Multinacionais na Indústria Brasileira. IV — Análise dos Benefícios e Custos Sociais das Empresas Multinacionais. V — Política Econômica e Empresas Multinacionais. VI — Considerações Finais — Algumas Sugestões de Política Econômica. Anexos. Bibliografia.

PARCERIA E RISCO NA AGRICULTURA DO NORDESTE — Léo da Rocha Ferreira (Cód. M. 31)

Sumário: Apresentação. Agradecimentos. I — Introdução. II — Modelo Conceitual. III — Método de Análise. IV Análise Empírica. V — Efeitos de Mudanças Potenciais Selecionadas. VI — Resumo, Conclusões, Limitações e Implicações Adicionais. Apêndice Estatístico. Bibliografia.

IMPRENSA DE SERVIÇO
DO SENADO FEDERAL DO BRASIL