

Brasil:
radiografia da saúde

Barjas Negri
Geraldo Di Giovanni

Organizadores

Brasil: radiografia da saúde

Introdução

José Carlos de Souza Braga
Pedro Luiz Barros Silva

Participantes

Alexis Jesús Velásquez Gonzáles • Amilton Moretto
Ana Cecília de Sá Campelo Faveret • André Tosi Furtado
Carlos Eduardo Cavalcanti • Carlos Octávio Ocké Reis
Cláudio Salvadori Dedecca • Cristina Maria Rabelais Duarte
Déa de Carvalho • Geraldo Biasoto Junior • Herton Ellery Araújo
Jacob Frenkel • João Furtado • José Carlos de Souza Braga
José Henrique Souza • José Mendes Ribeiro • Ligia Bahia
Marcelo Weishaupt Proni • Maria Tereza Leopardi Mello
Nilson do Rosário Costa • Pedro José Baptista Bernardo • Pedro Luiz Barros Silva
Ricardo Romano • Saide Jorge Calil • Sérgio Francisco Piola
Sérgio Queiroz • Sulamis Dain • Waldemir Luiz de Quadros

Projeto Gráfico-visual/Editoração/Normalização
Célia Maria Passarelli Quitério

Revisão
Isabel Petronilha Costa

Revisão técnica
Marcos Antonio Macedo Cintra

Capa
João Baptista da Costa Aguiar

Ficha catalográfica elaborada pelo Centro de Documentação – CEDOC
do Instituto de Economia da UNICAMP

614.0981
B736

Brasil: radiografia da saúde/Organizado por Barjas Negri, Geraldo
Di Giovanni.– Campinas, SP: UNICAMP. IE, 2001.

ISBN 85-86215-37-6

1. Brasil – Saúde – Planejamento. 2. Brasil – Saúde – Condições
econômicas. 3. Medicamentos. 4. Indústria farmacêutica – Brasil.
I. Negri, Barjas (Org.). II. Di Giovanni, Geraldo (Org.). III. Título.

Sistema Único de Saúde (Brasil) 362.981
Assistência médica : Brasil 614.0981



UNICAMP

Universidade Estadual de Campinas

Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP)

<www.nepp.unicamp.br/institucional/main_instit.htm>

Cidade Universitária "Zeferino Vaz"

☎ (019) 3289-3143, 3788-8156, 3289-3901, 3788-7663 📠 (019) (019) 3289-4519

✉ nucleo@nepp.unicamp.br

13083-970 – Campinas, São Paulo – Brasil

Sumário

Sobre os autores	9
Apresentação	17
<i>Barjas Negri</i> <i>Geraldo Di Giovanni</i>	
Introdução: A mercantilização admissível e as políticas públicas inadiáveis: estrutura e dinâmica do setor saúde no Brasil	19
<i>José Carlos de Souza Braga</i> <i>Pedro Luiz Barros Silva</i>	
Parte 1 – Complexo industrial e trabalho no sistema de saúde	
1 A indústria de equipamentos médico-hospitalares: elementos para uma caracterização da sua dimensão internacional	45
<i>João Furtado</i>	
2 Evolução do setor de insumos e equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos no Brasil: a década de 90	63
<i>André Tosi Furtado</i> <i>José Henrique Souza</i>	
3 Análise do setor de saúde no Brasil na área de equipamentos médico-hospitalares	91
<i>Calil Said</i>	
4 Mudanças recentes na estrutura produtiva da indústria farmacêutica	123
<i>Sérvio Queiroz</i>	

**Parte 2 – Finanças e dispêndios: financiamento do SUS,
gasto público e base tributária**

- 1** Financiamento do SUS nos anos 90 219
Sérgio Francisco Piola
Geraldo Biasoto Júnior
- 2** Avaliação dos impactos de reforma tributária sobre o
financiamento da saúde 233
Sulamis Dain, Ana Cecília de Sá Campelo Faveret, Carlos Eduardo Cavalcanti
Déa de Carvalho, Waldemir Luiz de Quadros

**Parte 3 – A reforma do setor saúde: o Brasil e as tendências
internacionais**

- 1** Inovações organizacionais e de financiamento: experiências a partir
do cenário institucional 291
Nilson do Rosário Costa
Pedro Luiz Barros Silva
José Mendes Ribeiro
- 2** A descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço
e perspectiva 307
Nilson do Rosário Costa

**Parte 4 – O sistema de saúde suplementar (O sistema privado de
atenção à saúde)**

- 1** O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências
pós-regulamentação 325
Lígia Bahia
- 2** A assistência médica suplementar no Brasil: história e características
da cooperativa de trabalho médico Unimed 363
Cristina Maria Rabelais Duarte
- 3** Uma estimativa dos gastos das famílias em saúde 395
Carlos Octávio Ocké Reis

Parte 5 – Preços e contratos: em busca da regulação pertinente	
1 Regulação e contratualização no setor saúde	409
<i>José Mendes Ribeiro</i>	
2 Padrões de regulação de preços do mercado de medicamentos: experiência brasileira dos anos 90 e novos arranjos institucionais	445
<i>Ricardo Romano</i> <i>Pedro José Baptista Bernardo</i>	
3 Questões de defesa da concorrência no setor farmacêutico	465
<i>Maria Tereza Leopardi Mello</i>	
Bibliografia	499
Anexo 1	
Desigualdades, mudanças demográficas recentes e perfil epidemiológico como variáveis políticas de saúde – uma análise regional	515
<i>Herton Ellery Araújo</i>	
Anexo 2	
Experiências em gestão descentralizadas de redes e organizações	529
<i>José Mendes Ribeiro</i> <i>Nilson do Rosário Costa</i>	
Anexo 3	
Inovações na gestão descentralizada de redes e organizações hospitalares: os casos das Regiões Metropolitanas do Rio de Janeiro e São Paulo	555
<i>José Mendes Ribeiro</i> <i>Nilson do Rosário Costa</i> <i>Pedro Luiz Barros Silva</i>	
Anexo 4	
Desigualdades no acesso aos serviços de saúde	579
<i>Carlos Octávio Ocké Reis</i>	
Sobre a Pesquisa	587

Sobre os autores

Alexis Jesús Velásquez Gonzáles (engvelazquez@yahoo.com.br)

Mestre em Política Científica e Tecnológica pelo Instituto de Geociências da Unicamp – Campinas, SP (1999);
Pesquisador em temas de Indústria Farmacêutica e Desenvolvimento Tecnológico.

Amilton Moretto (amoretto@eco.unicamp.br)

Graduado em Ciências Econômicas pelo Instituto de Economia da Unicamp – Campinas, SP (1988);
Mestre em Economia Social e do Trabalho pelo Instituto de Economia da Unicamp – Campinas, SP (2001).
Doutorando em Economia Aplicada – Instituto de Economia da Unicamp;
Pesquisador em temas de Políticas, Emprego e Mercado de Trabalho.

Ana Cecília de Sá Campello Faveret (afaveret@iis.com.br)

Graduada em Relações Internacionais pela Universidade de Brasília, DF (1985);
Mestre em Administração Pública pela *Carleton University*, Ottawa, Ontario, Canadá (1990);
Doutoranda em Saúde Coletiva no Instituto de Medicina Social, UERJ (desde 1997);
Coordenadora-Geral de Orçamentos Públicos da Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde do Ministério da Saúde;
Pesquisadora em temas de Políticas Públicas, especialmente Federalismo e Financiamento de Políticas Sociais.

André Tosi Furtado (furtado@ige.unicamp.br)

Graduado em Economia pela Universidade de Paris I (1977);
Mestre em Economia pela Universidade de Paris I (1980);
Doutor em Economia pela Universidade de Paris I (1983);

SP (1973);
Mestre em Economia pelo Departamento de Economia e Planejamento Econômico – DEPE, do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, da Unicamp – Campinas, SP (1977);
Doutor em Economia pelo Instituto de Economia da Unicamp – Campinas, SP (1994);
Professor do Instituto de Economia da Unicamp;
Secretário Executivo do Ministério da Saúde – Brasília, DF.
Pesquisador em temas de Economia Brasileira, Regional e Economia da Saúde.

Carlos Eduardo Cavalcanti (ccavalcanti@fundap.sp.gov.br)

Graduado em Economia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (1986);
Pós-Graduado em Economia pela Unicamp - Campinas, SP (1993);
Doutorando em Economia no Instituto de Economia da Unicamp – Campinas, SP;
Técnico da Diretoria de Economia do Setor Público da Fundação do Desenvolvimento Administrativo (Diesp/Fundap) – São Paulo;
Professor Adjunto do Centro Universitário FMU;
Pesquisador em temas de Finanças Públicas, Políticas Públicas, Política Fiscal e Federalismo.

Carlos Octávio Ocké Reis (octavio@ipea.gov.br / carlos.reis@yale.edu)

Graduado em Economia pela Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ (1989);
Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social – IMS/UERJ (1995);
Doutorando em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ;
Health Policy Visiting Fellow an Institution of Social and Policy Studies – Yale University (2001);
Pesquisador da Diretoria de Estudos Sociais do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea);
Pesquisador de temas relacionados à Economia Política da Saúde, especialmente Regulação de Planos de Saúde e Financiamento Público e Privado dos Gastos em Saúde.

Claudio Salvadori Dedecca (cdedecca@eco.unicamp.br)

Graduado em Ciências Econômicas pela Unicamp – Campinas, SP;
Mestre em Ciências Econômicas pela Unicamp – Campinas, SP;
Doutor em Ciências Econômicas pela Unicamp;
Pós Doutorado pela Universidade de Paris;
Livre-docente em Economia Social e do Trabalho pela Unicamp – Campinas, SP;
Professor Livre-docente do Instituto de Economia da Unicamp;
Presidente da Associação Brasileira de Estudos do Trabalho (Abet) – 1997/99;
Pesquisador em Economia Social e do Trabalho.

Cristina Maria Rabelais Duarte (rabelais@terra.com.br)

Graduada em Nutrição pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1984);
Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz Unicamp (1990).
Doutoranda em Saúde Pública, área de pesquisa Políticas Públicas e Saúde, pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz;
Professora Titular de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Petrópolis e Faculdade Arthur Sá Earp Neto;
Pesquisadora em temas de Políticas Públicas, especialmente Reforma do Estado e Setor Saúde.

Dea de Carvalho (DeaEduardo@aol.com)

Graduada em Medicina pela Universidade de Brasília – UnB (1981);
Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ (1998);
Doutoranda em Saúde Coletiva – Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ;
Ex-Coordenadora Geral de Planejamento e Informações Gerenciais – Secretaria de Assistência à Saúde – SAS/MS (jan./2000 a jan./2001);
Pesquisadora em temas de Políticas, Planejamento e Administração em Saúde.

Geraldo Biasoto Junior (biasoto@eco.unicamp.br)

Graduado em Ciências Econômicas pela Unicamp – Campinas, SP (1982);
Doutor em Economia pelo Instituto de Economia da Unicamp – Campinas, SP (1995);
Atualmente exerce o cargo de Secretário de Gestão de Investimentos em Saúde do Ministério da Saúde;
Pesquisador em temas de Economia do Setor Público e Financiamento de Políticas Sociais.

Geraldo Di Giovanni (giovanni@eco.unicamp.br)

Graduado pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Rio Claro – Unesp (1968);
Mestre em Sociologia pela Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo – USP (1980);
Doutor em Sociologia pela Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo – USP (1992);
Professor do Instituto de Economia da Unicamp – Campinas, SP;
Coordenador do Núcleo de Estudos e Políticas Públicas (NEPP) da Unicamp;
Pesquisador em temas de Políticas Públicas, Políticas Sociais e Sistemas de Proteção Social.

Herton Ellery Araújo (herton@ipea.gov.br)

Mestre pela *New York University* (1975);

Professor Adjunto da UFRJ;

Pesquisador nas áreas de Economia de Empresas, Economia Industrial – especialmente a Indústria Farmacêutica, e Economia da Tecnologia.

João Furtado (jfurtado@fclar.unesp.br)

Graduado em Ciências Econômicas pelo DEPE da Unicamp – Campinas, SP (1981);

Mestre em Economia pelo Instituto de Economia da Unicamp – Campinas, SP (1990);

Doutor em Economia pela Universidade de Paris 13;

Professor no Departamento de Economia da Universidade Estadual Paulista;

Coordenador do Grupo de Estudos em Economia Industrial (GEEIN) – (geein@fclar.unesp.br), sediado na UNESP – Araraquara, SP.

José Carlos de Souza Braga (bragajcs@uol.com.br)

Graduado pela Faculdade de Economia e Administração da Universidade Federal do Rio de Janeiro (1970);

Mestre em Ciências Econômicas pelo Instituto de Economia da Unicamp, Campinas, SP (1978);

Doutor pelo Instituto de Economia da Unicamp – Campinas, SP (1985);

Pós-Doutorado em Economia na Universidade da Califórnia, Berkeley (1989);

Professor do Instituto de Economia da Unicamp;

Diretor do Centro de Estudos de Relações Econômicas Internacionais (CERI) do Instituto de Economia da Unicamp.

José Henrique Souza (josehenriquesouza@hotmail.com)

Graduado em Ciências Econômicas pelo Instituto de Economia da Unicamp – Campinas, SP (1992);

Mestre em Política Científica e Tecnológica pelo Instituto de Geociências da Unicamp – Campinas, SP (1997);

Doutorando em Política Científica e Tecnológica pelo Instituto de Geociências da Unicamp – Campinas, SP;

Professor do Departamento de Economia do Instituto Superior de Ciências Aplicadas – ISCA – Limeira (SP);

Pesquisador em temas de Perfil Industrial e Empresarial, Preços de Gêneros de Primeira Necessidade e Metodologias de Avaliação de Programas e Projetos.

José Mendes Ribeiro (ribeiro@ensp.fiocruz.br)

Graduado em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual do Rio de Janeiro – FCM/UERJ (1977);

Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz – ENSP/Fiocruz (1991);

Doutor em Ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz – ENSP/Fiocruz (1995);
Pesquisador Adjunto do Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz;
Pesquisador em temas de Políticas Públicas, especialmente Políticas de Saúde, Reforma do Estado e Avaliação de Políticas.

Ligia Bahia (ligiabahia@uol.com.br)

Graduada em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1980);
Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (1991);
Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (1999);
Professora Adjunta do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da UFRJ;
Pesquisadora de Políticas de Saúde, especialmente Relações entre Público e Privado no Sistema de Saúde Brasileiro.

Marcelo Weishaupt Proni (mwproni@eco.unicamp.br)

Bacharel em Ciências Econômicas pelo Instituto de Economia da Unicamp – Campinas, SP (1985);
Mestre em Ciências Econômicas pelo Instituto de Economia da Unicamp – Campinas, SP (1994);
Doutor em Educação Física pela Faculdade de Educação Física da Unicamp – Campinas, SP (1998);
Membro do Centro de Estudos Sindicais e de Economia do Trabalho (CESIT) do Instituto de Economia da Unicamp;
Pesquisador em temas relacionados ao Mercado de Trabalho e às Políticas Públicas.

Maria Tereza Leopardi Mello (leopardi@ie.ufrj.br)

Graduada em Direito pela PUC – Campinas, SP (1984);
Doutora em Economia pelo Instituto de Economia da Unicamp – Campinas, SP (1995);
Professora do Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ);
Pesquisadora em temas de Direito Econômico, especialmente os relacionados à Defesa da Concorrência e à Regulação.

Nilson do Rosário Costa (nilson@ensp.fiocruz.br)

Bacharel em Ciências Humanas pelo IFCS/UFRJ (1976);
Mestre em Sociologia pelo IUPERJ (1983);
Especialização em Planejamento em Saúde pelo OPS de Buenos Aires (1987);

Sanitária (ANVISA);
Professor do IBRE/FGV.

Pedro Luiz Barros Silva (pbar@nepp.unicamp.br)

Graduado em Administração Pública pela Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas – São Paulo (1975);
Mestre em Sociologia pela Unicamp – Campinas, SP (1984);
Doutor em Ciência Política pela USP – São Paulo (1992);
Coordenador Associado do NEPP/Unicamp;
Professor Assistente do Departamento de História e Política Econômica do Instituto de Economia da Unicamp;
Pesquisador em temas de Políticas Públicas, especialmente Reforma do Estado, Federalismo e Políticas Sociais.

Ricardo Romano (romanoricardo@uol.com.br)

Graduado em Economia pela Unicamp – Campinas, SP (1982);
Mestrado em Economia pela Unicamp – Campinas, SP (1985);
Ex-Diretor do Departamento de Projetos de Investimentos em Saúde do Ministério da Saúde.

Saide Jorge Calil (calil@ceb.unicamp.br)

Graduação em Engenharia Eletrotécnica pela Universidade Mackenzie (1974);
Mestre em Eletrônica Médica pela Universidade de Londres (1981);
Doutor em Engenharia Biomédica pela Universidade de Londres (1985);
Professor adjunto do Departamento de Engenharia Biomédica da Faculdade de Engenharia Elétrica e de Computação da Unicamp;
Pesquisador na área de Engenharia Clínica.

Sergio Francisco Piola (piola@ipea.gov.br)

Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1973);
Especialização em Elaboração e Análise de Projetos, pelo Centro de Treinamento para o Desenvolvimento (CENDEC) – Brasília, DF (1975);
Especialização em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz – Brasília, DF (1977);
Representante do Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão (MPOG) no Conselho Nacional de Saúde;
Técnico de Planejamento e Pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea);
Pesquisador em temas de Políticas e de Financiamento da Saúde.

Sergio Queiroz (squeiroz@ige.unicamp.br)

Graduado em Engenharia Civil pela Escola Politécnica da Universidade de São Paulo – (1978) e em Filosofia pela Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo (1983).

Mestre em Economia pela Unicamp – Campinas, SP (1987);

Doutor em Economia pela Unicamp – Campinas, SP (1993);

Pós-doutorado no *Science and Technology Policy Research* (SPRU) da Universidade de Sussex (2000);

Professor Assistente Doutor do Departamento de Política Científica e Tecnológica do Instituto de Geociências da Unicamp;

Pesquisador em temas de Economia da Tecnologia.

Sulamis Dain (suldain@iis.com.br)

Graduada em Ciências Econômicas na Faculdade de Economia e Administração da Universidade Federal do Rio de Janeiro (1966);

Mestre em Economia pela Escolatina, Universidade do Chile (1973);

Doutora em Economia pela Unicamp – Campinas, SP (1980);

Livre-docente em Economia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ (1988);

Professora Titular Aposentada do Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ;

Professora Titular do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ;

Pesquisador em temas de Economia do Setor Público e Políticas Públicas e Sociais, especialmente Tributação, Federalismo, Políticas Sociais, Economia e Saúde.

Waldemir Luiz de Quadros (wquadros@fundap.sp.gov.br)

Graduado em Economia pela FEA/USP – São Paulo (1984);

Mestre em Economia pelo Instituto de Economia da Unicamp – Campinas, SP (1988);

Doutorando em Economia pelo Instituto de Economia da Unicamp – Campinas, SP (1997-1998);

Técnico da Área de Estudos Fiscais da Diretoria de Economia do Setor Público da Fundação do Desenvolvimento Administrativo (Diesp/Fundap, desde 1987);

Professor Assistente Mestre do Departamento de Economia da FEA-PUC/SP (desde 1987);

Pesquisador em temas de Economia do Setor Público, especialmente Finanças Públicas, Reforma Tributária, Federalismo e Política Fiscal.

Apresentação

Barjas Negri
Geraldo Di Giovanni

A idéia deste livro nasceu em 1998, quando os organizadores, juntamente com alguns colegas que dele participam, reconheciam a necessidade de novos estudos e pesquisas que pudessem dar conta da realidade do setor saúde no Brasil, tal como se apresentava nos anos 90.

O conceito de **complexo econômico**, desenvolvido no final dos anos 70 nos estudos sobre a saúde e a medicina no Brasil, trouxe, de fato, muitos ganhos no entendimento daquela realidade. Se, de um lado, sintetizava a interação "sui generis" de fatores, variáveis e condições heterogêneas no campo da saúde; de outro lado, conduziu a um trabalho interdisciplinar que teve o mérito de revelar a maneira pela qual os diversos segmentos envolvidos no sistema desenvolviam lógicas próprias, muitas vezes incongruentes, sem a convergência e a sinergia necessárias para que se alcançasse seus objetivos finais, quais sejam, a equidade, a eficiência e a eficácia na atenção à saúde da população. Foi dessa perspectiva e dentro de um marco conceitual com esta envergadura que a questão da saúde no Brasil foi interpretada e, ao que tudo indica, com grandes avanços no conhecimento e em suas aplicações.

De modo geral, os processos ocorridos nas décadas de 70 e 80 ficaram conhecidos como o momento de capitalização da medicina¹ no Brasil, quando o Estado brasileiro foi o principal financiador e provedor do sistema que seria chamado de "o complexo médico-industrial brasileiro".

Neste livro, trata-se, a partir de várias perspectivas e também de diferentes enfoques temáticos, daquilo que está sendo caracterizado na sua Introdução como o processo de **mercantilização da saúde**, no qual o setor privado de produção de bens e prestação de serviços de saúde ganha autonomia no que diz respeito às suas condições de financiamento, ao mesmo tempo em que o Estado desenvolve um novo aparato regulatório para o desenvolvimento do setor. Embora sejam evidentes as diferenças relativas ao período anterior, o pano de fundo continua sendo a idéia de complexo

também com a forma de inserção do país nesse contexto internacional mutante. E, do ponto de vista político, além das escolhas brasileiras relativas aos rumos de seu sistema de proteção social inclusivo, reflete ainda o caráter da política de saúde brasileira, bem como de suas políticas de suporte.

Assim sendo, o livro procura cobrir os múltiplos aspectos dessa realidade tão complexa: as indústrias e o trabalho no campo da saúde, as formas de financiamento do setor público e do setor privado, as tentativas de reforma e as inovações organizacionais ocorridas no Brasil e no exterior. Realiza, ainda, uma detalhada análise do setor de saúde suplementar, ou seja, o setor privado de atenção à saúde em nosso país.

Como o leitor poderá verificar, este volume resulta do trabalho de um grande número de profissionais, dentre os quais alguns são autores dos capítulos e anexos aqui apresentados e outros não. Entretanto, os organizadores querem registrar o grande entrosamento e a notável dedicação que marcaram todas as equipes (coordenadores, pesquisadores, auxiliares e, finalmente, autores) durante todas as fases do trabalho. A estas equipes e pessoas registramos nosso mais sincero agradecimento, bem como o reconhecimento do Ministério da Saúde, do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas e do Instituto de Economia, ambos da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

Introdução

A mercantilização admissível e as políticas públicas inadiáveis: estrutura e dinâmica do setor saúde no Brasil

*José Carlos de Souza Braga
Pedro Luiz Barros Silva*

Hipoteticamente, numa sociedade capitalista a atenção à saúde, pode ser viabilizada seja como uma mercadoria de qualidade e preço acessível, seja como um serviço público eficiente e financiado de maneira estável com recursos tributários. Os exemplos norte-americano, canadense e europeu fornecem suficiente evidência acerca dessas possibilidades reais de organização dos sistemas de saúde no plano internacional.¹

Ao longo do desenvolvimento capitalista no Brasil, nenhuma das duas possibilidades tem sido assegurada amplamente à população. O sistema público de saúde, constitucionalmente aberto a todos, carece de qualidade em muitas de suas unidades; naquelas que possuem inegável qualidade o acesso ainda é difícil para a maioria da população. Além disso, ainda não se conseguiu estruturar uma forma de financiamento estável, embora esforços estejam sendo realizados. A Emenda Constitucional, n. 29, de agosto de 2000, é um passo importante, ao definir um marco de vinculação de recursos e de pisos mínimos no financiamento público para a saúde. Partindo de um piso de 7%, estados e municípios chegarão a 2004 gastando, pelo menos, 12% e 15%, respectivamente, de suas receitas. Os gastos da União serão corrigidos pela variação nominal do PIB.

O sistema privado, por sua vez, quando é de qualidade tem seu preço fixado em patamares inacessíveis para a maioria das pessoas e quando tem preço acessível, seu serviço embora seja de qualidade superior ao da rede pública nos níveis menos complexos de atendimento – não o fosse não se explicaria sua expansão dentre os cidadãos de baixa renda –, na maioria das vezes incide, “ciclicamente”, em práticas de reajustes abusivos de preços e de omissão em alguns atos médicos. Além de encaminhar os procedimentos mais onerosos e de maior complexidade para as unidades hospitalares do setor público.

Nas décadas de 70 e 80, pesquisadores do Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e de outras instituições analisaram, no Brasil, o que então denominaram de capitalização da medicina. Processo em que o

caráter centrado na promoção da saúde e prevenção da doença, hierarquizado e regionalizado, com forte capacidade resolutiva, podendo dessa forma garantir a universalização do direito à saúde e a melhoria da qualidade dos serviços públicos para o conjunto da população brasileira. Para tanto, buscou-se formas de financiamento e de formação de preços setoriais que fossem distributivos da renda nacional e mecanismos de controle e regulação aos exageros da acumulação de capital nessa área. Esses estudos permitiram a compreensão daquele processo, influíram nos avanços do perfil das políticas públicas e auxiliaram a concretizar as idéias que culminaram na estruturação dos capítulos dedicados à área social da Constituição Federal de 1988.

O presente livro que se origina de um estudo coordenado pelo Instituto de Economia (IE) e pelo Núcleo de Políticas Públicas (NEPP) da Unicamp, retomando e ampliando aquela abordagem em economia política, revela como no sistema de saúde, nos anos 90, ocorreu a mercantilização da saúde,² a descentralização da atenção pública em direção à municipalização; a internacionalização da oferta de produtos médico-industriais; o esgarçamento dos mecanismos de financiamento público; o atraso na regulação do setor privado. Foi revertida, em grande parte, a tendência, explicitada na Constituição Federal de 1988, de forjar um sistema de saúde baseado na universalização do direito à atenção médica, na oferta majoritariamente pública dos serviços e no financiamento baseado em tributos. Tendência que, segundo os estudos e pesquisas dos anos 80, possibilitaria a erradicação dos problemas detectados no período da capitalização da medicina.

Houve e há nesse movimento, uma específica e perversa relação entre política econômica e política social vigente nos anos 90, presente até o momento em que se escreveu esta Introdução. Desde a industrialização dos anos 50 até o presente, talvez esteja-se diante de um difícil momento de tensão entre aquelas duas políticas, percebidas como eixos fundamentais da ação estatal. Não é exagero afirmar que essa política econômica é incompatível com o desenvolvimento de uma política social, entendendo esta última como a que assegura que a qualidade de vida não seja comprometida pelas instabilidades, crises e desigualdades promovidas pela dinâmica econômica capitalista; e mais que isso, aquela política que possibilita alargar os alcances materiais e espirituais da vida. A política econômica brasileira da estabilidade de preços e as reformas liberalizantes e desreguladoras/desregulamentadoras não deixam espaço para uma política social vigorosa porque lhe nega base fiscal, estabilidade de financiamento, remuneração adequada dos servidores públicos, manutenção, investimento e inovação nos aparatos públicos, por um lado, ao passo que, por tantos

2 A mercantilização da saúde significa o processo pelo qual a atenção médica passa a ser plenamente uma mercadoria "como outra qualquer" submetida às regras de produção, financiamento e distribuição de tipo capitalista. É a fase que, no Brasil, se segue à da capitalização da medicina antes mencionada. Naquela, o Estado ficava no centro do processo, financiando, criando demanda pelos serviços, centralizando as decisões e estratégias. Na mercantilização, o setor privado vai se autonomizando no financiamento, cuja expressão máxima é os seguros-saúde privados, na produção de serviços que já conta com uma base própria de acumulação em expansão. Além disso, multiplicam-se os tipos de empresas de saúde e o consumidor de serviços se encontra no mercado e não mais diante do serviço público. O Estado perde relativo controle do processo e tenta regulá-lo, firmar contratos, supervisionar, em outras palavras "correr atrás" dos abusos de poder econômico e tentar domesticá-los a favor do povo e da nação.

outros lados, deteriora a situação social, tornando a demanda por serviços públicos amplíssima, insaciável. Assim, a política econômica precariza as condições de oferta pública de serviços e, ao mesmo tempo, ao deteriorar as condições de vida faz crescer velozmente a demanda por estes serviços. É por essa razão de ordem maior que vêm surgindo soluções específicas de financiamento para áreas como saúde e educação em função de pressões oriundas de fatores políticos mais gerais e de empenhos pessoais obstinados no quadro ministerial.³

As pesquisas presentes neste livro, sobre as variáveis demográficas, regionais, epidemiológicas e suas interações com a política de saúde demonstram inequivocamente um círculo vicioso aprofundado. Por exemplo: os mais pobres e marginalizados têm menos acesso aos serviços de saúde e, dificilmente, podem pagar planos e seguros privados; os nordestinos e nortistas são os mais dependentes do sistema público – Sistema Único de Saúde (SUS) –, enquanto suas regiões são as menos privilegiadas pelos recursos governamentais. Em outras palavras, os brasileiros mais pobres e marginalizados e, sobretudo, os nordestinos e nortistas têm situações sanitárias deterioradas que os afastam da possibilidade de superar a condição de excluídos, de “SUS-dependentes”⁴ (Ver o Anexo 1 e o Anexo 4 deste volume).

Essa é uma demonstração da perversa engrenagem estrutural e quase “secular” entre elementos sócioeconômicos e de políticas públicas para cuja desarticulação a política de saúde pode contribuir somente através de uma atuação governamental em toda a “cadeia produtiva” do setor saúde: na dinâmica da base técnico-econômica (indústria de equipamentos, de instrumentos médico-hospitalares e farmacêutica), nas melhorias das condições do trabalho em saúde, no equacionamento financeiro-tributário de financiamento setorial, numa reforma pela eficiência crescente do setor público pautada pela atenção às necessidades da população, na regulamentação pertinente dos planos e seguros privados de saúde, na regulação pactuada de preços e contratos relativos à oferta de produtos e serviços de saúde. Isso significa que a política de saúde pode e deve dinamizar articulações industriais, ampliar segmentos da estrutura ocupacional, qualificar mão-de-obra, estipular padrões eficientes de financiamento e de prestação de serviços públicos, constituir referências pertinentes de regulação e de articulação entre Estado e Mercado.

Semelhante posicionamento significa assumir que na condição de país capitalista periférico,⁵ o Brasil tem na qualidade da política pública de saúde uma

3 Observem-se as tentativas do Ministro Jatene com o Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) e o empenho pessoal do Senador e atual ministro da Saúde José Serra na aprovação da Emenda Constitucional, n. 29.

4 “SUS-dependentes” é uma expressão de uso corrente nos debates sobre saúde no Brasil. É curiosa e reveladora, uma vez que representa aquela grande maioria da população que não possui ocupação e renda compatíveis para participar como consumidor no processo de mercantilização do sistema de atenção médica. Informações do Suplemento Saúde da PNAD de 1998 revelam que 75,5% da população brasileira declarou não possuir planos privados de saúde. Verificando essa informação por classes de rendimento observa-se que na faixa de rendimentos mensais familiares até três salários mínimos (aproximadamente 41% da população

diante das evidências de que nos próprios países centrais prepondera o controle público frente aos mecanismos estritamente mercantis. A condição subdesenvolvida, portanto, desaconselha, com sobras de razão, a convivência pública com a mercantilização da saúde a menos que o setor público queira se eximir, simplesmente “lavar as mãos”, frente a sua razão mais abrangente e estrutural de existência – a defesa do povo e da nação – quanto às conseqüências de todo tipo.

No setor saúde, os encadeamentos industriais e comerciais são bastante dinamizadores da renda e do emprego; há a possibilidade de vinculação virtuosa com políticas tecnológicas e industriais; as magnitudes de movimentação financeira, incluídos os planos e seguros, são expressivas; o trabalho em saúde é um campo de qualificação e desenvolvimento apreciável. Uma política pública de qualidade tem impacto econômico que mobiliza variados interesses, contribui de maneira importante para a dinâmica macroeconômica, é evidentemente a peça de resistência de todo o arcabouço de política social.

A despeito de progressos recentes, a precariedade de informações ainda bloqueia significativamente a busca de eficácia, equidade, planejamento, etc. Não foi pretensão deste estudo responder às inúmeras insuficiências, tais como as enunciadas a seguir. Embora algumas tenham sido enfrentadas adequadamente, outras tiveram suas soluções encaminhadas ou, pelo menos, adequadamente formuladas para pesquisas posteriores. Várias perguntas e indagações cruciais e estratégicas persistiram. Sem pretender hiererarquizar os problemas, apresentam-se alguns exemplos.

Há lacunas que vão do desconhecimento de consumidores sobre a possibilidade de substituir remédios, até a estrutura de custos dos serviços médicos e da indústria farmacêutica, a despeito de ser preocupação do Ministério da Saúde a busca de dados fidedignos para avaliação do dispêndio de estados e municípios.⁶

Médici (1997: 167) menciona estudos necessários e ainda não efetuados, tais como:

- Qual a carga de enfermidade no Brasil, segundo seus Estados e Regiões?
- Como essa carga se distribui socialmente?
- Quais as principais formas de cuidados médicos existentes e suas falhas?
- Qual o custo dos serviços de saúde no Brasil?
- O que é possível fazer com os recursos disponíveis?

Só se pode medir eficiência quando se consegue ter uma idéia de duas variáveis básicas: o produto do setor saúde e o seu custo. Definir e medir o produto sanitário é imprescindível, segundo aquele autor. O sistema de contas dos hospitais universitários e privados não tem relação com o produto sanitário, mas sim com o sistema de

6 Exemplos de iniciativas com essa preocupação são o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde/Ministério da Saúde (SIOPS/MS) <<http://www.datasus.gov.br> – produtos e serviços – SIOPS> e o Banco Federativo do BNDES <<http://www.federativo.bndes.gov.br>>.

faturamento de contas médicas (Médici, 1997: 150-151). Qual é a composição de custos na prestação de serviços de saúde? Quanto custa o pacote integral de tratamento e recuperação de um renal crônico?

Qual a lucratividade das empresas do setor saúde – industriais e prestadoras de serviços – comparada a outros setores no Brasil? Seus patamares são semelhantes ao observado internacionalmente? Além das isenções fiscais, o que ocorre quanto aos possíveis repasses para o consumidor – via preços de bens e serviços – dos custos de financiamento dos planos próprios das empresas? Impõe-se qualificar a inflação no setor vis-à-vis a inflação geral. Faltam informações sobre o parque existente de equipamentos médico-hospitalares. É necessário resolver a contabilização das transferências intergovernamentais. Como consolidar o gasto público: com base na origem dos recursos ou com base na responsabilidade pelo gasto? Falta metodologia para dimensionar os gastos municipais adequadamente.

De outro ângulo, é necessário averiguar em que medida é aceitável em países periféricos um padrão internacional de reforma originário de países centrais – com problemas diferentes – tais como Inglaterra e Estados Unidos. O êxito da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), necessita de um SUS dinamicamente equacionado para poder atuar, seja frente ao poder de barganha do setor privado que já está consolidado, seja frente ao fato de que é necessário reduzir o grau em que a população está exposta à negociação mercantil. Se a Constituição Federal de 1988 transformou-se em “utopia/formalidade”, isto se deveu a um determinado rumo de política econômica e social. Cabe estabelecer por quais princípios deve ser pautada a relação entre o sistema público e o privado de saúde daqui em diante. Para tanto o ressarcimento ao SUS parece ser um instrumento importante na definição de limites e procedimentos.

Buscando responder a perguntas e problemas como esses, este estudo procurou realizar uma análise abrangente de como está estruturado o sistema de saúde e qual sua dinâmica, permitindo, assim, ter respostas para algumas questões e enunciar mais claramente as necessidades de novas pesquisas. Explicita-se nesta Introdução, passo a passo, em que consistiu este trabalho, que agora se apresenta como livro.

Indústria

Sob a denominação de indústria de equipamentos médico-hospitalares – *medical equipment industry* – encontra-se inúmeros produtos que compõem um ramo produtivo cuja complexidade e sofisticação assemelham-se àquelas do campo aeroespacial. Em Pesquisa & Desenvolvimento (P&D) são investidos 7% do faturamento realizado no mercado norte-americano. Setores “conexos” tais como mecânica de precisão, eletrônica digital, informática e química provocam uma interação com a indústria de equipamentos médico-hospitalares que traz benefícios de avanços

caros e de ponta, fazendo com que se imponham economicamente as soluções dominantes, fatores estes garantidores daquela liderança.

A análise da concentração desse mercado mostra que 4/5 das vendas mundiais são realizadas em quatro países. Aos 45% dos Estados Unidos agregam-se os 18% do Japão, 11% da Alemanha e 5% da França. As soluções dominantes no campo médico reforçam-se portanto pela interação entre capacidade de compra, lógica competitiva que impulsiona a complexidade dos bens e serviços, vantagens financeiras acopladas e hábitos dos países “abastados”.

Mesmo sendo evidente que não se pode nem deve alijar as soluções complexas dominantes, dada a sua capacidade de salvar vidas, é verdade também que não é aconselhável subordinar-se passivamente à dinâmica estritamente mercantil que pode predominar. Por isso, o Capítulo 1 (Parte 1), “A indústria de equipamentos médico-hospitalares: elementos para uma caracterização de sua dimensão internacional”, de João Furtado, remete-nos à importância da articulação entre política industrial e de saúde para que o país mantenha-se a uma distância prudente da fronteira técnica “hiper-competitiva-inovadora”, mas atraindo fornecedores de “segunda linha” que ajudem no desenvolvimento produtivo local e conseqüentemente na negociação com os majors do setor, tendo como alvo a qualidade acompanhada de desinflação de custos dos equipamentos e serviços. O autor convoca a todos a imaginar uma atividade de financiamento de empresas inovadoras nascidas nos ambientes universitários – onde há capacidades técnicas e demanda inicial de equipamentos –, que estivesse articulada e coordenada às demandas públicas, incluídas as políticas de compras governamentais. Afirma que “a indução à fabricação local por outras empresas – estrangeiras, nacionais associadas às estrangeiras, fornecedoras de tecnologia ou com participação no capital – ver-se-ia fortemente estimulada a partir do momento em que a oferta local estivesse, mesmo que em apenas alguns segmentos, viabilizada”.⁷ Isso no âmbito da rivalidade oligopolística mundial serviria de fator provocador e indutor da fabricação local por outras empresas estrangeiras, por nacionais e estrangeiras associadas, por fornecedores de tecnologia ou por empresas com participação no capital.

Quanto à interação entre a dinâmica do setor de equipamentos, a política de saúde e a distribuição de renda, o autor vê a distribuição de renda e a extrema desigualdade como explicações da dificuldade de complementaridade entre os sistemas público e privado de saúde no Brasil. Tem-se, entretanto, de enfatizar que o problema é mais de política mesmo, de opções de políticas públicas, o que não exclui a existência de dificuldades por ele mencionadas, as quais, de todo modo, a nosso juízo, seriam contornáveis por ações estatais decisivas.

=====

A reserva de mercado foi uma política equivocada para a indústria de insumos e equipamentos de saúde? A abertura do mercado foi conseqüência da defasagem tecnológica? No Capítulo 2 (Parte 1) “Evolução do setor de insumos e equipamentos

⁷ Ver nesta Introdução, mais à frente, nos parágrafos sobre regulação/regulamentação, nossas observações sobre regulação governamental no uso de equipamentos médicos.

médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos brasileiro: a década de 90", essas questões estão colocadas por André Tosi Furtado e José Henrique Souza.

Pondera-se que as condições de execução da reserva de mercado podem ter sido inadequadas o que não permitiria, entretanto, uma condenação absoluta deste tipo de política em si. As industrializações americana, japonesa e alemã não foram possíveis senão sob a égide do protecionismo. Já a abertura deve ser considerada, principalmente, como determinada tecnologicamente, mas no contexto da opção dos governos brasileiros recentes por uma específica modalidade de inserção na economia internacional.

Essa é uma indústria composta por ampla gama de produtos e diversas bases tecnológicas. Há têxteis, calçados, móveis, aparelhos eletro-eletrônicos, produtos químicos e metalúrgicos. Na década de 50, teve início uma substituição de importações modesta através da fabricação de seringas, ocorrendo nos anos 70 um avanço para bens mais sofisticado, como eletro-eletrônicos. Contudo, nas duas décadas seguintes, a ausência de dinamismo na economia brasileira frente ao acelerado avanço tecnológico mundial dessa indústria produziu uma perda de competitividade.

A abertura econômica tornou mais fácil importar insumos pelos fabricantes locais mas a ampliação das importações de equipamentos – especialmente os do complexo eletrônico – redundou em perda de mercados pelos produtores internos. De US\$ 272 milhões importados em equipamentos em 1989, pulou-se para US\$ 1,2 bilhão em 1998, o que corresponde a um aumento de 4,41 vezes. As importações, em início dos anos 80, atendiam a 25% da demanda interna, enquanto atualmente atendem 50%. As exportações, entre 1989 e 1995, expandiram-se em 168%.

É um mercado no qual a demanda do setor é duas vezes superior à do setor público e para o qual inexistente uma política nacional de desenvolvimento da produção interna. Observado do ângulo do financiamento, verifica-se que os créditos da Finaime (BNDES) perdem para as compras à vista, para o leasing, e para os *suppliers credit* que sustentam as importações. A desvalorização do real vai ocasionando uma substituição de importações e redimensionando exportações sendo, entretanto, provavelmente um instrumento necessário, mas insuficiente.

O comportamento do SUS, quanto às formas de pagamento de produtos e serviços, afeta financeiramente as empresas, sobretudo, as pequenas e médias locais que têm importância neste setor, enquanto as multinacionais mais importam do que produzem.

Como solucionar a falta de financiamento interno à demanda? Se não houver solução, estimula-se mais importações já que há financiamento externo disponível de equipamentos médico-hospitalares. Haveria redução de custos em saúde com uma política industrial para o setor? Se a resposta é afirmativa, haveria o governo de mobilizar instrumentos tais como tarifas de importações, impostos indiretos sobre produtos importados. Para ir construindo uma política industrial setorial que

tomógrafos para 2,3 milhões de habitantes, enquanto existem seis em Paris (Central) para 2,4 milhões de habitantes. Estimativas realizadas pelo Ministério da Saúde em 1997 apontam 40% do parque subutilizado ou inoperante em função de aquisições inadequadas, qualidade insatisfatória, uso indevido, gerência e manutenção deficientes. Têm sua vida útil reduzida entre 30% a 80% os equipamentos, existentes no sistema de saúde brasileiro.

O Capítulo 3 (Parte 2), "Análise do setor de saúde no Brasil na área de equipamentos médico-hospitalares", de Calil Said defende uma política consistente de controle sobre o tipo, quantidade e qualidade do equipamento a ser adquirido. O Ministério da Saúde deveria orientar sobre o tipo de tecnologia existente, controlar importações, fiscalizar quantidade de procedimentos médicos, efetuar estudos epidemiológicos que orientem acerca das compras necessárias, estabelecer condições gerenciais e financeiras dos contratos de manutenção existentes na rede pública. Para os que acham desnecessárias as políticas públicas, porque seria uma intervenção indevida nos mercados, alerta-se que o trabalho em pauta nos informa que no país mais liberal do mundo – os Estados Unidos – vários estados da federação exigem um *Certificate of Need* para compras acima de certo valor.

Para que tal política aconteça, Calil Said argumenta que seria imprescindível construir um sistema de codificação dos equipamentos: especificação dos equipamentos e artigos para uso em medicina que sirva de guia para as aquisições, controle de estoques, circulação de informações, monitoramento da política governamental, etc.

O Capítulo 4 (Parte 1), "Mudanças recentes na estrutura produtiva da indústria farmacêutica", de Sérgio Queiroz, é um estudo que nos adverte para os meandros deste complexo mercado em que ficar dependente internacionalmente é, não apenas caro, mas também sujeição a riscos de saúde pública e de saúde privada.

O Brasil involuiu de uma virtual auto-suficiência na produção interna de medicamentos para uma posição em que parcela considerável das vendas está baseada em importações e justamente dos produtos mais caros. As plantas produtivas das multinacionais farmacêuticas estão cada vez mais especializadas de modo que quando produzem num mercado periférico especializam-se em alguns produtos e numa gama limitada.

Os custos são preocupantes no campo dos medicamentos sintéticos: uma descoberta pode implicar dispêndios de US\$ 500 milhões e um prazo de sete a vinte anos para chegar ao mercado. Já os medicamentos originados de plantas – área para a qual a biodiversidade brasileira é uma vantagem importante – apontam para custos da ordem de US\$ 35 milhões. Isso torna necessário políticas públicas que mobilizem e provoquem sinergia entre os cerca de setenta grupos de pesquisa química e farmacológica de produtos naturais, cuja existência no Brasil possibilitaria a fabricação de medicamentos a partir de plantas.

A necessidade de política nacional industrial no setor que promova o surgimento de pelo menos um grande laboratório brasileiro é demonstrável pelos números envolvidos. A empresa brasileira *Aché* fatura apenas US\$ 490 milhões (dado de

1998) o que é claramente insuficiente para poder investir em pesquisa e desenvolvimento. Há que promover fusões entre empresas nacionais, visando a constituição do referido grande laboratório.

Essa é uma das ações que evitaria uma inserção internacional brasileira muito subordinada. Outra seria assegurar condições locais de “oferta” técnico-científica que influenciasse as decisões das multinacionais de ampliar a gama de produtos a serem produzidos aqui. Esta oferta significa expandir e fortalecer os centros de excelência na área médica o que conduz à realização de ensaios clínicos indispensáveis ao processo de criação e de produção de medicamentos. Concretamente, a *Fundação Oswaldo Cruz* é um exemplo de como um conhecimento, no caso referente a doenças tropicais, pode estimular centros de pesquisas especializados, tal como já imaginado pela *Glaxo Wellcome*. Necessita-se de uma política pública que construa e consolide vínculos da produção com a pesquisa acadêmica, ajudando no surgimento e fortalecimento de um sistema nacional de inovações, inclusive porque semelhante evento na área da saúde produziria efeitos positivos sobre outras áreas de pesquisa e de produção industrial.

Quanto a custar caro ser excessivamente dependente do exterior, o trabalho de Sérgio Queiroz é eloqüente, pois mostra como o comércio internacional de fármacos é promotor de “distorções”, que vão além dos vários tipos de abuso de poder econômico, conhecidos mundialmente em outros setores industriais. Produtos novos são freqüentemente alvo de práticas como preços de transferência, por parte das multinacionais, também das nacionais através do superfaturamento de importações. Logo, observa Sérgio Queiroz, a ausência de produção interna encarece os custos da produção farmacêutica, ao contrário de outros setores, em que importar reduz custos.

É por isso que os governos deveriam preocupar-se com o desenvolvimento da farmo-química. No Brasil, a produção químico-farmacêutica estagnou, o número de fabricantes, de produtos e de etapas de verticalização reduziu-se, provocando efeitos negativos sobre a capacitação industrial e tecnológica, bem como sobre a balança comercial. De todo modo ainda existe um núcleo de empresas nacionais e estrangeiras a partir do qual seria possível promover a recuperação do desenvolvimento. Na produção de medicamentos, ao contrário da farmo-química, houve retomada de investimentos, modernização das instalações, aumento da capacidade produtiva, embora tenha havido reflexos negativos sobre a balança comercial.

É tarefa da política pública, conseqüentemente, cuidar do registro de produtos farmoquímicos para tornar viável a repressão às práticas de preços de transferência, coisa tornada possível através da individualização dos produtos farmoquímicos da Secretaria de Comércio Exterior (Secex).

Quanto à dependência industrial ser arriscada, o texto alerta para diversas práticas comerciais desleais que inclusive comprometem a qualidade dos produtos comprado no mercado internacional. Por isso, a política oficial deve assegurar padrões elevados de qualidade através de controles sanitários e da repressão a quaisquer

mercados e preços”, de Jacob Frenkel.

Em 1990, foram vendidas 1,6 bilhão de unidades, sucedendo-se quedas anuais até que em 1995 as vendas subiram para 1,7 bilhão de unidades, voltando a cair e ficando em 1,3 bilhão em 1998.

A estratégia de fixação de preços é função da essencialidade do uso do medicamento. Agora, qual a resposta dos consumidores às variações de preços? No Brasil, segundo Frenkel, nos estratos superiores de renda o consumo é inelástico aos preços, significando, por exemplo, que a um aumento não corresponde redução nas compras. Nos estratos intermediários a elasticidade-preço é significativa. E nos estratos de baixa renda a demanda volta a ser inelástica porém com um significado totalmente diferente. Nesses estratos, simplesmente, não se têm poder aquisitivo para comprar os medicamentos, logo seu consumo não se altera com a mudança nos preços. Esses pacientes dependem dos remédios distribuídos pelo governo. Seu consumo é elástico à renda, ou seja, quando há alguma elevação da renda líquida recebida, passam a consumir alguns medicamentos essenciais.

Para que se intensifique a concorrência em preços entre as empresas produtoras há condicionalidades diferentes, no caso brasileiro, segundo o tipo de produto, observa Frenkel. No caso dos produtos novos e daqueles que os americanos chamam de *me too* – ou seja, lançados após o produto novo com características químicas diferentes, mas atividade terapêutica igual – a providência governamental deveria ser o licenciamento compulsório frente ao abuso do poder econômico ou à inexistência de produção interna três anos após o lançamento. Isto é, o governo concederia uma ou várias licenças para comercialização de similar por outras empresas. No caso de produtos similares com patente expirada ou não existente a forma de induzir competição em preços seria através dos medicamentos genéricos.

Para Jacob Frenkel, o governo ao buscar políticas específicas, visando a distribuição gratuita de medicamentos, determinaria a lista dos medicamentos básicos e faria licitação pelo nome genérico para oferta nacional ou internacional. Um dos problemas a solucionar seria a obtenção de informações que permitam a adequada previsão da demanda e o outro é a realização da distribuição capilar dos medicamentos. Ou seja, compras centralizadas poderiam obter melhores preços, embora torna-se-ia estratégico resolver o problema da distribuição e do controle em mais de cinco mil municípios. Se a compra for descentralizada, corre-se o risco de pagar um preço médio mais alto, persistindo a necessidade de um bom sistema de controle e avaliação.

Trabalho

Considerados os problemas do “complexo industrial”, o Capítulo 6 (Parte 1), “O trabalho no setor de atenção à saúde”, de Claudio Dedecca, Marcelo Wishaupt Proni e Amilton Moretto trata da questão ocupacional. De um mercado de trabalho não-agrícola composto por 51 milhões de pessoas (1997) aproximadamente 10% estão vinculados à área de saúde (5,6 milhões de pessoas). Essa é uma estimativa

conservadora já que só considera os vínculos ocupacionais diretos existentes nos hospitais, ambulatórios, clínicas e laboratórios e aqueles indiretos relativos a serviços sociais, serviço assistencial, ensino profissional e indústria farmacêutica.

Nesse mercado de trabalho, para cada emprego direto há mais ou menos dois empregos indiretos.

Trata-se, além disso, de um espaço ocupacional em expansão. Entre 1992 e 1997, quase trezentos mil empregos foram criados.

A distribuição da ocupação é: 10,2% na administração pública, 48,6% nos serviços de saúde pública e 41,2% nas clínicas e ambulatórios. A participação da mulher é mais elevada – 7/10 no setor público e 8/10 no setor privado. A faixa de idade dos ocupados é próxima aos 40 anos. A escolaridade média é de mais ou menos 10 anos. Os níveis de remuneração são relativamente baixos para jornadas de trabalho comparativamente elevadas.

No setor público, as horas trabalhadas para 3/4 dos ocupados está no intervalo de 21 a 40 horas semanais e, em média, 34 horas por semana. No setor privado, 42% trabalham mais de 40 horas por semana, enquanto a média é de 37 horas semanais. É elevada a participação dos que têm a condição de chefe e cônjuge entre os ocupados.

A maior parte dos médicos, dentistas, psicólogos assalariados esta no setor público, enquanto no setor privado se encontra a maioria do pessoal de enfermagem, professores e terapeutas. A relação médico/pessoal de enfermagem é maior no setor público do que no setor privado. Os profissionais assalariados da área de saúde ganham melhor no setor público, enquanto trabalham mais horas no setor privado.

Dedecca et al. acentuam a indiscutível importância do setor na geração direta e indireta de novas ocupações, levando à conclusão de que no mercado de trabalho não-agrícola, tanto o nível, quanto o seu comportamento são influenciados de maneira importante pela política de atenção à saúde.

Finanças e Gasto

A busca de fontes de financiamento “estáveis” para a política de saúde tem sido um longo e penoso processo que atingiu, com a aprovação de Emenda Constitucional, n. 29, em agosto de 2000, um resultado que pode ser considerado o início da construção de uma solução duradoura. O Capítulo 1 (Parte 2), “Financiamento do SUS nos anos 90”, de Sérgio Francisco Piola e Geraldo Biasoto Júnior, fornece os números do problema.

Um dos percalços do sistema de financiamento público é que o gasto líquido do Ministério da Saúde em funções de saúde propriamente ditas sofreu limitações em razão dos dispêndios com Encargos Previdenciários da União e com dívidas. Esses dois

foram de 2,11%, em 1993 e de 2,06% em 1999. Na década de 90, sua menor marca foi a de 1,85% em 1996 e a maior, de 2,31% em 1995. O gasto per capita mais elevado ocorreu em 1997, quando atingiu R\$ 121,80.

A assistência médica e sanitária, que inclui os serviços ambulatoriais e hospitalares, representou 55,9% do gasto total em 1995, contra os 72,1% que havia representado em 1993. Perdeu espaço para os dispêndios com encargos previdenciários e dívidas que foram os únicos itens a “ganhar” posições na década.

Lamentável ainda é a evidência de que as atividades de interesse coletivo – controle de doenças transmissíveis, saneamento básico – são as mais prejudicadas quando diminuem as disponibilidades financeiras no campo do governo. O controle das doenças transmissíveis absorveu 4,2% dos gastos em 1993 e 2,5% em 1998, enquanto o saneamento correspondeu a 0,3% em 1993 e a 1,4%, em 1998. Isso é tanto mais grave quando se sabe que o controle de vetores, no caso dessas doenças, exige continuidade espacial e temporal. Portanto, quando diminuem os recursos aplicados perde-se parte dos ganhos que haviam sido alcançados no combate às doenças.

Quanto à importância da saúde no gasto efetivo do governo federal, nos anos 90, a situação observada é particularmente desfavorável. Em 1994, o gasto do Ministério da Saúde foi 5,3% daquele dispêndio efetivo, enquanto em 1998 caiu para 3,5%. Comparado com as despesas financeiras a situação é ainda pior: os gastos do ministério foram 10,6% das despesas financeiras federais em 1994 e apenas 5,6% em 1998.

De modo geral, o financiamento da saúde esteve baseado nas contribuições sociais, que representaram 71% dos recursos em 1998. Os principais componentes foram a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins) com 26% e a CPMF com 37%. Como se sabe, essas contribuições e, particularmente, a criação da CPMF não significaram incremento de recursos para a saúde, uma vez que – segundo Piola e Biasoto Jr. – houve redução de outras fontes que tradicionalmente financiavam o setor.

O gasto público total em saúde – consideradas as três esferas de governo – foram, segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), de 3,3% do PIB em 1995, e atingiram o valor de R\$ 21,9 bilhões. Dado esse que parece confiável, uma vez que o Ministério da Saúde apurou valores próximos: 3,5% do PIB e R\$ 22,7 bilhões. Para aquele mesmo ano, os gastos segundo a origem foram: 58,8% da União, 20% dos Estados e 21,2% dos Municípios. Segundo a responsabilidade pela realização do dispêndio, a distribuição foi a seguinte: 45,5% da União, 24,8% dos Estados e 29,7% dos Municípios. O gasto público foi muito desigual entre as regiões, devido, fundamentalmente, às desigualdades nos aportes de estados e municípios. Espera-se que essa desigualdade seja resolvida com a Emenda Constitucional, n. 29.

O trabalho de Piola e Biasoto Jr. apóia se em pesquisa de Porto (1997) para discutir critérios alocativos de recursos. O Nordeste, por exemplo, obteve em 1994, 24,66% dos recursos do Ministério da Saúde. Segundo um critério populacional, deveria ter acesso a 28,86%. Já segundo o critério *Resource Allocation Working Party* (RAWP),

usado na Inglaterra e que corresponde a uma taxa de mortalidade padronizada, aquela região brasileira deveria ter recebido 34,81% dos dispêndios do Ministério da Saúde.

Por isso Piola e Biasoto Jr. estabelecem a regra fundamental e simples que deveria orientar a política pública de gasto em saúde: privilegiar na alocação dos aumentos de recursos a diminuição das iniquidades.

A questão do financiamento da saúde insere-se na própria reformulação da fiscalidade brasileira, portanto na reforma tributária. As alternativas de modificação das contribuições sociais consubstanciadas na criação de uma nova contribuição – a Contribuição sobre Valor Adicionado (CVA) – que substituiria parte das contribuições existentes sobre faturamento, lucro e folha de salários são objeto do Capítulo 2 (Parte 2), “Avaliação do impactos de reforma tributária sobre o financiamento da saúde”, de Sulamis Dain, Ana Cecília Favaret de Sá Campelo, Carlos Eduardo Cavalcanti, Déa de Carvalho, Waldemir Luiz de Quadros.

Eles procuram demonstrar a capacidade de financiamento da nova contribuição e sua viabilidade como fonte do Orçamento da Seguridade Social, em geral, e da Saúde, em particular, no âmbito da Reforma Tributária.

Quanto ao contexto político-econômico mais amplo em que essas transformações são consideradas o texto é particularmente lúcido ao formular: “Ainda que considerando que outros fatores como a terceirização e flexibilização explicam a crescente informalização da mão-de-obra qualificada, e que, no caso de setores intensivos em mão de obra, a baixa qualificação requisitada dos trabalhadores explica sua rotatividade e baixo grau de formalização, independentemente do maior ou menor peso das contribuições sociais sobre a folha, o argumento dominante (equivocado ou não), do excessivo peso dos encargos ‘previdenciários’ é suficientemente forte para instabilizar o financiamento previdenciário em cenários de reforma e, como tal, é levado em conta... pelo seu peso político”.

Esse trabalho busca, portanto, superar a cumulatividade sobre faturamento (Cofins, PIS, etc.), as incidências sobre todas as fases do processo produtivo com resultante de “efeito cascata”, impactando os preços, reduzindo a competitividade. São consideradas também as distorções que impactos não homogêneos promovem em função dos distintos graus de horizontalização de empresas e setores, bem como das diferenças entre faturamento e lucro por ramo de atividade.

A nova CVA, por eles analisada, tem como base uma *proxy* do lucro bruto sobre a qual incidem diferentes alíquotas por eles testada e condizentes com a receita gerada pelas contribuições sociais a serem substituídas. Chega-se àquela base de lucro bruto partindo-se do faturamento das empresas declarantes do Imposto de Renda Pessoa Jurídica (IRPJ), depurado do custo do trabalho e deduzidas as receitas líquidas de exportações das empresas.

Os exercícios elaborados apontam: “Caso fosse mantida a alocação de receita ordinária do Orçamento da União ao financiamento da Saúde, e houvesse substituição

autores, salientando: (1) a renúncia fiscal dirigida aos provedores de serviços de saúde não discrimina entre a rede pública e a rede privada; (2) na declaração de rendimentos da pessoa física podem ser deduzidos os pagamentos efetuados a diferentes serviços de saúde; (3) no caso das pessoas jurídicas, para o cálculo do imposto de renda consideram-se como despesas operacionais os gastos realizados pelas empresas com serviços de assistência médica, odontológica, farmacêutica e social, destinados indistintamente a todos os seus empregados e dirigentes; medida essa válida também para os serviços assistenciais ofertados direta ou indiretamente (através de outras entidades) pelas empresas.

Sobre isso há números das declarações de pessoas físicas e jurídicas em 1998 (ano base 1997). Quanto às pessoas físicas, na faixa da alíquota de 15%, 962,1 mil contribuintes deduziram R\$ 1,39 bilhão, significando uma renúncia fiscal de R\$ 168 milhões no Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF); na faixa da alíquota de 25%, 1,7 milhão de contribuintes deduziram R\$ 5,97 bilhões, representando uma renúncia fiscal de R\$ 726 bilhões no IRPF. Quanto às pessoas jurídicas, verifica-se que as empresas deduziram do lucro real a título de despesas com saúde R\$ 3,2 bilhões, configurando uma renúncia fiscal de R\$ 800 milhões no Imposto de Renda Pessoa Jurídica (IRPJ). A despesa líquida do Ministério da Saúde, segundo o trabalho de Piola e Biasoto Jr. neste volume, no mesmo ano de 1997, foi de R\$ 15,9 bilhões, o que significa que aquela renúncia fiscal correspondeu a 10,6% do gasto federal com ações, percentual nada desprezível. Isso implica que ao abrigo silencioso da legislação infraconstitucional, benefícios fiscais têm sido apropriados pelas empresas da assistência médica suplementar, assim como, pelas empresas em geral que dispendem com atenção à saúde.

A reforma

Há uma inevitabilidade do desmonte do modelo de atenção à saúde baseado na universalidade, no financiamento tributário, no Estado como empregador e proprietário das unidades prestadoras de serviços? Há uma literatura sobre o “Consenso de Mercantilização da Saúde” para a qual a resposta a essa pergunta é afirmativa. É a literatura que interpreta o modelo Beveridge, originário da Inglaterra, assim como, o modelo Bismarck, surgido na Alemanha e fundado no seguro social, na estrutura corporativa e no acesso condicionado pelo emprego, como modelos superados pelo crescimento das doenças crônicas, pelo envelhecimento das populações, e pelos escassos incentivos à gestão de qualidade, preocupada com o direito dos usuários. O Capítulo 1 (Parte 3), “Inovações organizacionais e de financiamento: experiências a partir do cenário internacional”, de Nilson do Rosário Costa, Pedro Luiz Barros Silva e José Mendes Ribeiro, discute essas questões.

Diz-se, indevidamente, do imperativo macroeconômico de controle das despesas nacionais com a função saúde como se fosse uma “naturalidade” imposta pelas “leis econômicas”. Se há uma certa “crise do modelo administrativo burocrático”,

e isto parece que sim, como entendê-la sem cair naquilo que é o senso comum – a congênita ineficiência estatal?

Atribui-se muitas vezes problemas aos modelos Beveridge e Bismarck sem verificar se tais problemas não são produto da “crise macroeconômica – pós-idade-de-ouro”, crise esta que ensejou a busca de novas soluções, tendo sido vencedora a proposta de M. Thatcher originária da visão conservadora de tipo anglo-saxão.

Para esse tipo de interpretação teria havido uma “medicalização” dos orçamentos públicos que teria de ser superada. Ora, os orçamentos não foram apenas “medicalizados”, foram sobretudo, atingidos pela sustentação dos lucros produtivos e financeiros, pelos subsídios fiscais a distintas frações do capital, etc. Logo, é necessário inserir a “medicalização” dos orçamentos num quadro em que os recursos públicos estão sendo disputados à “ferro e fogo” e nisto os rentistas vêm sendo vencedores. Então, aceitar uma crítica crua da “medicalização” é uma ingenuidade teórica ou uma retórica pró-reforma que visa a privatização dos serviços de saúde no estilo norte-americano.

Contudo, é verdadeira, a acentuada subida dos custos de atenção à saúde vinculada às práticas da medicina curativa que poderiam ser minimizadas se houvesse maior ênfase tanto na promoção propriamente dita da saúde, quanto na medicina preventiva. É por isso que se justifica uma política de controle da oferta de serviços no âmbito da medicina curativa.

Qual é a parcela apropriada de gasto em saúde como percentagem do PIB? Evidentemente, a essa pergunta aplica-se o que certo economista respondeu quando perguntado sobre qual era o percentual adequado na relação dívida pública/PIB. Disse ele: “ninguém sabe!”

Aquilo que corresponde ao “programa de mercantilização” leva a interpretações de autores, como Ordeshook, para quem as falhas de governo poderiam ser identificadas como as causas gerais e teoricamente comprováveis das falhas de mercado.

Entretanto, o trabalho de Costa et al. revela que os estudos divergem sobre o real significado da melhora de desempenho registrada, após a reforma inglesa, pela possibilidade de uma inflação artificial dos indicadores. O nível de insatisfação com o *National Health Service* (NHS) declinou e não se pode afirmar que a reforma per se tenha sido responsável pelos progressos ocorridos.

Eles mostram que a “criação do internal market ou do *quasi*-mercado nos sistemas nacionais de saúde tem sido a mais importante mudança organizacional e cultural desde a criação do modelo inglês em fins da década de 40. Nesse ambiente, os contratos foram assumidos como principal instrumento de coordenação das mudanças, gerando um complexo sistema de credenciamento e contratualização”. Autores como Flynn & Williams, demonstram Costa et al., tratam da mudança de valores e de cultura em prol da competição, da negociação contratual, do planejamento de negócio e do

assegurar o alcance da meta de relevância pública.

O orçamento prospectivo foi efetivo na contenção de despesas mas pouco ofereceu em incentivos para que os hospitais sejam eficientes ou ofereçam serviços que sejam atrativos para os usuários, afirmam Costa et al.. Então, aqui aparece a realidade nua e crua – parte importante dos movimentos de reforma visa, sobretudo, conter despesas numa área social, tal como preconiza a cultura da mercantilização e do desmanche das instâncias públicas e coletivas.

É parte fundamental da reforma no Brasil a meta da descentralização, pela qual se busca uma definição mais precisa dos papéis das três esferas de governo, no pressuposto de que a provisão direta e exclusiva pela gestão municipal permita maior controle de qualidade pelo cidadão/cliente dos serviços prestados e/ou contratados pelo setor público. À União e aos Estados caberia a coordenação da cooperação técnica e financeira (Ver Anexo 3).

O Capítulo 2 (Parte 3), de Nilson Rosário Costa, “A descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectivas”, mostra como a implementação das *Normas Operacionais Básicas* representou um divisor de águas na política social, por estruturar um processo contínuo de aprendizado institucional para:

- a normatização das relações intra-governamentais;
- a criação de regras de transferência automáticas de recursos entre os níveis de governo;
- a adoção de mecanismos de controle e avaliação;
- a consolidação de mecanismos de transferência para a gestão local de serviços, equipamentos e unidades de saúde, de forma mais coordenada e cooperativa.

Dentre as vantagens esperadas estão o aumento da oferta de trabalho na área de atenção à saúde e a ampliação da oferta de serviços ambulatoriais e ações de saúde coletiva.

Quanto às dúvidas ressaltam-se a a reduzida capacidade institucional dos municípios para, isoladamente ou de forma consorciada, implementar as ações assistenciais planejadas; a relativa ausência de formas efetivas de controle dos cidadãos-usuários sobre as decisões dos administradores públicos; a atomização e pulverização de iniciativas decorrentes da forte tendência de cada município querer ter seus serviços próprios.

Será decisivo pôr eficiência na contratualização e na autonomia de gestão do sistema de saúde em âmbito regional, e nas próprias unidades prestadoras de serviços, para assegurar que os usuários sejam reais beneficiários das transformações em curso. Sem isso, os avanços obtidos na ampliação do “federalismo sanitário” terão seus efeitos minimizados ou serão anulados.

No Anexo 2, intitulado “Experiências em gestão descentralizada de redes e organizações”, de José Mendes Ribeiro e Nilson do Rosário Costa, aponta-se para a

necessidade de ampliar o alcance da oferta pública de serviços de saúde. São indicados dois tipos de solução organizacional, em competição, no cenário brasileiro. Os consórcios intermunicipais, pelas características de livre associação, de livre definição do foco da parceria e da natureza privada das sociedades que os administram, estariam se aproximando de práticas de mercado rumo à provisão de serviços por organizações não estatais. Já o modelo de microregionalização experimentado no estado do Ceará estaria revalorizando as teses originárias da reforma sanitária da década de 80, com ênfase na coordenação pelo gestor estadual e na provisão estatal de serviços de saúde.

Sistema privado ou espaço mercantil

Qual o perfil dos indivíduos que optaram, como pessoas físicas, por ter planos/seguros privados de saúde? São cerca de 8 milhões de pessoas, 5% da população, cerca de 20% dos beneficiários totais de planos. Os demais beneficiários do segmento conhecido como medicina suplementar – segurados vinculados ao empregador – são cerca de 34 milhões de pessoas, 22% da população brasileira (Almeida, 1998: 17). De todo modo, o número total de pessoas na atenção à saúde suplementar tem sido objeto de “controvérsia” não passando de 35 milhões de pessoas segundo alguns.

Se admitir os 42 milhões de pessoas, tem-se um total de 27% da população brasileira na Assistência Médica Suplementar. Cerca de 115 milhões de brasileiros dependem do SUS, algo como 73% da população. Na pesquisa do Ibope (1998), de caráter nacional, os que usam o SUS de forma exclusiva (38%), de forma freqüente (20%) e de forma eventual (22%) tem-se 80% da população brasileira. Apenas 15% nunca usam o SUS, ou porque têm medicina privada ou porque não têm nenhuma medicina.

O perfil dos usuários de planos e seguros de saúde é “determinado” pelas formas de inserção no mercado de trabalho. Cerca de 75% a 80% dos segurados possuem planos/seguros coletivos (plano-empresa). Pesquisa do Ibope (1998) mostrou que dentre as causas para perda do plano/seguro o desemprego responde por 48% e o preço por 31%. Nas grandes empresas, em torno de 60% dos trabalhadores têm planos, enquanto nas pequenas apenas 20%, sendo que a essas diferenças soma-se às disparidades regionais para empresas do mesmo porte.

O grande dinamismo na medicina privada é abordado no Capítulo 1 (Parte 4), “O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendência pós-regulamentação”, de Lígia Bahia. Estima-se que existam 1.430 empresas de planos e seguros de saúde. Conforme mencionado acima, há incentivos às empresas que explicam em parte essa aceleração da assistência suplementar. As despesas empresariais com planos de saúde são consideradas gastos operacionais – custos – inclusive uma parcela dos descontos nos salários dos empregados, com o que o lucro tributável diminui, vantagem essa que se adiciona à própria dedução fiscal via abatimento das despesas médicas no IRPF.

As empresas de medicina de grupo representam um acordo com Lígia Bahia, às vezes, se confunde com as seguradoras, dado que têm crescido através do credenciamento de provedores. Mais importante ainda, para a percepção do poder público, a diversificação de tipo capitalista que suas atividades vêm revelando: vale-alimentação; assessoria ao cumprimento das condições de saúde dos trabalhadores; ensino pelo vínculo com universidades privadas; marketing; criação de seguradoras; distribuição e comercialização de equipamentos e medicamentos; construção, aquisição e reforma de unidades hospitalares, ambulatoriais e laboratoriais; empresas de transporte aéreo, terrestre e de cuidados domiciliares.

É significativa a observação da autora de que essas organizações avançam na oferta de produtos de menor preço, acoplados a redes credenciadas, por critérios mais regionalizados, atingindo, assim, populações de menor renda, especialmente mulheres e crianças. Exemplos, desse caso, são as atuações para populações carentes na baixada fluminense, em São Gonçalo e na zona oeste da cidade do Rio de Janeiro. Considere-se que esse movimento revela uma ocupação crescente do que, em tese, seria o "espaço público", criando-se, assim, uma espécie de "lastro" que vai sedimentando o terreno para uma privatização mais radical da atenção à saúde no Brasil.

As cooperativas médicas constituem o terceiro tipo de organização de saúde suplementar. A Unimed é praticamente sinônimo de cooperativa médica, tal sua abrangência e tamanho, produzindo um enraizamento e disseminação pelas cidades do interior de médio e pequeno porte. Como será evidenciado mais à frente, a Unimed, originariamente uma associação cooperativista médica, tem-se ampliado significativamente como um grupo empresarial e, portanto, adicionando força à privatização do setor de saúde.

As seguradoras são o quarto tipo organizacional. Entraram com uma comercialização agressiva, buscando ditar o perfil do mercado à sua feição, a de instituições financeiras. Além disso, imprimiram um movimento oligopolizador típico de outros setores da economia, uma vez que apenas duas empresas controlavam 60% do volume de prêmios de seguro saúde, segundo Lígia Bahia.

Essa avalanche de mercantilização da saúde provocou reações, tendo em vista os problemas de assimetria de poder econômico, de informação e de acesso inerentes ao funcionamento dos mercados numa economia capitalista. Nessa direção, o *Código de Defesa do Consumidor* alimentou o impulso protetor regulatório, que culminou com a Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar.

A medicina de grupo e os planos próprios das empresas são fenômenos expressivos para paulistas, cariocas, mineiros, paranaenses e gaúchos (Ver Almeida, 1998: 23-24). É assim quando se examina a população coberta e a distribuição de beneficiários por Estado. O total de beneficiários da medicina de grupo corresponde a 10,78% da população brasileira; o dos planos próprios das empresas, 5,09% (dados de 1997). É claro que são números relevantes. Entretanto, será mais fácil tornar adequado o funcionamento do sistema de saúde suplementar através de um "efeito demonstração-competição" de qualidade do SUS; o que em si mesmo seria condicionador e propulsor do comportamento mais ético, eficiente e menos oneroso das organizações privadas.

Unimed

A análise do caso Unimed leva a compreensão que se trata de uma experiência em que essa cooperativa médica está passando de uma lógica de sistema multicooperativo, para uma lógica de grupo econômico capitalista-empresarial. É verdade que certos traços do cooperativismo permanecem, mas claramente subordinados ao propósito de lucrar, acumular capital, competir, diversificar atividades, expandir para lucrar ainda mais. A tensão e combinação no interior da Unimed é entre cooperativismo e capitalismo e qualquer tergiversação sobre este movimento surge explicitamente enganosa.

O Capítulo 2 (Parte 2), “A assistência médica suplementar no Brasil: história e características da cooperativa de trabalho médico Unimed”, de Cristina Maria Rabelais Duarte pesquisa com percuciência a dinâmica interna desse cooperativismo com vocação de grande empresa. A Unimed responde pela quase totalidade das cooperativas que oferecem planos de saúde no país, tendo iniciado sua trajetória, na década de 1960, com a criação da primeira cooperativa, na cidade de Santos em São Paulo. Virou uma entidade com denominação reveladora: Complexo Multicooperativo e Empresarial Unimed.

Cristina Maria Rabelais Duarte mostra as organizações-membro que compõem esse complexo. É impactante tomar conhecimento de que o Sistema Cooperativo Unimed abriga 367 cooperativas e 86.000 médicos, oferece serviços médicos e hospitalares, atuando em 3.951 municípios (80% dos existentes) com o que atendem 11 milhões de brasileiros. Outra organização-membro é a Unicred, direcionada ao crédito mútuo para médicos cooperados, empregados e alguns “externos”, cujo lema, segundo relata a autora, é: “o nosso dinheiro no nosso banco”. A Usimed destina-se à aquisição de medicamentos e equipamentos, promover assistência por profissionais não-médicos, tais como, enfermagem, psicologia, odontologia, fonoaudiologia, etc. A montagem de uma rede própria de farmácias é justificada pelos médicos como a maneira de viabilizar o acesso efetivo dos medicamentos receitados aos usuários, através da redução dos custos de aquisição. Para isso os médicos aparecem como uma cooperativa de consumidores de medicamentos. Haveria que averiguar, de todo modo, quais os resultados econômicos dessa operação: é lucrativa ou não?

A face empresarial explicita-se com a Unimed Participações Ltda. que é a holding do Sistema Empresarial com as funções de investir e controlar as demais empresas de capital do grupo. A Unimed Seguradora S.A. atua nos ramos de seguro de vida, previdência e saúde, neste últimocaso, visando os médicos cooperados e os dirigentes das empresas contratantes do sistema Unimed. pois sem essa restrição, estaria concorrendo com os planos de saúde vendidos pelas cooperativas de trabalho médico. A corretora de seguros Unimed dedica-se a colocar no mercado os produtos da seguradora. Para unificar os sistemas de apoio à contabilidade, controladoria, recursos humanos, compras e administração de patrimônio existe a Unimed Administração e

entre as federações de Unimed e por Unimed singulares, incluindo, segundo Maria Cristina Rabelais Duarte, “a produção de máquina leitora de cartões de usuários e da implantação e gerência de um sistema de transmissão de informações a ser realizada via satélite”.

Os gastos das famílias permitem uma análise do contraste frente à pujança da privatização da medicina. Não apenas contraste, mas combinação inquietante ou talvez perversa mesmo. As famílias que têm rendimento menor ou igual a dois salários mínimos reduziram seus gastos com remédios e ampliaram seus gastos com seguro-saúde. Os números referem-se à composição percentual do gasto médio mensal familiar com assistência à saúde. O Capítulo 3 (Parte 3), “Uma estimativa dos gastos das famílias em saúde”, de Carlos Octávio Ocké Reis, compara os dados de 1996 com os de 1987 oriundos da *Pesquisa de Orçamentos Familiares*. Aquelas famílias antes mencionadas gastavam 67,6% do seu orçamento-saúde com a compra de remédios em 1987, reduziram para 52,5% em 1996. Com seguro-saúde, os gastos foram de 2,4% para 8,2%, nos respectivos anos mencionados.

Com o gasto absoluto per capita em saúde verifica-se uma queda para todas as classes de rendimento. Carlos Octávio Ocké Reis, meticulosamente, adverte para as limitações dos dados e permite-se, depois de várias ressalvas cautelosas e pertinentes, uma hipótese genérica: o aumento acentuado dos preços dos medicamentos e dos serviços médico-hospitalares deu-se de maneira mais do que proporcional ao aumento da renda per capita das famílias. As famílias passaram a gastar um percentual maior com saúde da renda disponível para o gasto em geral. Assim, na média ponderada registrou-se um aumento de 23% nos gastos relativos das famílias com assistência à saúde, sendo que esse aumento por faixa de renda foi maior para as famílias de até dois salários mínimos, pois atingiu 47%.

Carlos Octávio Ocké Reis adverte para a necessidade de corrigir possíveis iniquidades existentes no SUS, ainda que o acesso universal já esteja garantindo um caráter progressivo, caso contrário os gastos das famílias com saúde estariam mais elevados, bem como, o acesso das classes de menor renda seria mais inequitativo. Assim, conclui: “A defesa da universalização do SUS deve estar aberta a focalização somente em uma condição: deve pressupor a esfera pública”. E, após esclarecer que a consideração da focalização não pode ser entendida como substituição do Estado pelo mercado finaliza, lembrando Draibe (1998) para quem é necessário dotar o SUS de algo como “universalismo com focalização”, de modo a privilegiar os mais desfavorecidos na estrutura social brasileira.

Regulação

As assimetrias sociais, de informação, as iniquidades são apenas alguns dentre os fatores que tornam a regulação do setor saúde um tema estratégico. A criação da ANS é um momento institucional importante. Mas, mais importante ainda é saber se funcionará efetivamente, para fazer da medicina privada um suplemento eficiente para

os serviços do SUS, havendo entre ambos uma dinâmica virtuosa – pela eficiência, qualidade, ética, minimização das injustiças, etc. – ou se sua existência acabará sendo mais uma fase no processo histórico de privatização da atenção à saúde no Brasil.

Num país da periferia capitalista como o Brasil um modelo privatizado do tipo americano é claramente contra-indicado, embora existam vozes que aberta ou implicitamente defendam semelhante posição. Nem mesmo o enfoque do tipo *quasi*-mercado em desenvolvimento na Inglaterra parece adequar-se ao caso brasileiro.

Esse padrão anglo-saxão para funcionar minimamente requer um estágio avançado do capitalismo em que o mercado de trabalho, a distribuição de renda, a questão agrária, especialmente, em seu aspecto social garantam condições básicas de reprodução da vida para as populações dos estratos inferiores de renda. É necessário também que a institucionalidade do país seja avançada, no sentido de que exista um pleno funcionamento de organizações públicas e privadas respeitáveis e éticas, operantes sob o império da lei e cooperativas na busca da excelência das políticas públicas. Além disso, que o próprio sistema judiciário dê evidências de sua integridade e “funcionalidade”.

O Brasil não atinge nenhuma dessas condições, nem a sócioeconômica nem a político-jurídico-institucional. Portanto, somos um país que não pode abrir mão de sistema público de saúde devidamente financiado, com mão-de-obra qualificada e remunerada decentemente, com instalações próprias, que opere como afirmam Sonia Draibe e Carlos Octávio Ocké Reis o “universalismo com focalização”, no qual haja espaço para o setor de privado de saúde, devidamente regulado, havendo entre ambos setores cooperação e “competição construtiva”.

O Capítulo 1 (Parte 5), “Regulação e contratualização no setor saúde”, de José Mendes Ribeiro, trata da teoria regulatória, discute o cenário internacional, especialmente o caso inglês, e faz um balanço da situação no Brasil. Nesse caso, José Mendes Ribeiro considera que “o tripartismo aparece como solução única ou combinada para três segmentos da política regulatória: saúde suplementar, prestadores privados do SUS, e as próprias relações entre níveis de governo no SUS”. José Mendes Ribeiro posiciona-se também em favor da auto-regulação contratada, pela qual as indústrias redigem seus códigos de procedimentos ou combinem a intervenção com os reguladores com o que o foco do controle será uma ou mais indústrias na “expectativa de que o padrão atingido seja seguido pelas demais, reduzindo os custos da regulação”. Trata-se de uma tese bastante discutível, sobretudo, num contexto de “atraso” sócioeconômico e político-jurídico-constitucional, este último, especialmente, deixando campo aberto para práticas impunes de abuso de poder econômico.

Isso pode ser observado nos processos contra a indústria farmacêutica no Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE) que foram arquivados por deficiências na instrução processual. A legislação de defesa da concorrência (Lei n. 8.884/94) tem-se revelado insuficiente. A liberação de mercados, que virou “moda”

maiores do mundo. O que falta é uma política pública efetiva e sistemática, uma vez que o importante mercado brasileiro não será abandonado pelas multinacionais. A despeito de que algumas intervenções adequadas que o poder público venha a fazer, serão permanentemente postas sob suspeição pelos ideólogos do mercado soberano e espontâneo.

Sendo uma área que interfere com a saúde privada e pública, diferente de todos os demais bens de consumo, os produtos que caracterizam esse mercado não devem ser objeto de preocupação apenas para verificar se há maior ou menor competição. A questão é saber se esse mercado permite a cura dos pacientes pelo uso de bons medicamentos a preços “explicáveis” ou se é um mercado elitista, que exclui uma grande maioria da população. A concentração é expressiva: 40 laboratórios controlam 86% do mercado. A política de comercialização, principalmente, para fixação das marcas no mercado é agressiva, consome 20% a 30% do valor das vendas.

Não é por acaso que em vários países a existência de controle de preços é rotineira, como mostra Ricardo Romano. No Reino Unido, controlam-se os lucros dos laboratórios relativos às vendas feitas ao sistema público de saúde (*National Health Service*). Nesse país, se estabelece um intervalo de variação dos lucros, excluídos os remédios genéricos. Na França, os medicamentos reembolsáveis pelas *Caisses Assurance Maladie* têm seus preços fixados pelo Ministério da Saúde, pelas autoridades econômicas e pelo Ministério da Seguridade Social. Na Alemanha, há limites às despesas com medicamentos quando ocorre excesso os médicos são responsabilizados e pagam por isso, com o que se incentiva o uso de medicamentos genéricos. Os critérios de margens de lucros dos laboratórios e das redes de comercialização estão estabelecidos. Os preços de marca são uniformes e a concorrência é restrita.

Assim, fica premente a necessidade de mudança na postura governamental brasileira para a construção de políticas pertinentes. Ricardo Romano usa os relatórios do CADE para mostrar o pensamento oficial: “Não é do entendimento desse colegiado que cabe ao CADE ou a qualquer órgão do governo empreender ações que tenham como resultado o controle de preços puro e simples sem a observância de posição dominante da empresa ou de sistemáticas falhas de mercado”. E noutro trecho oficial: “em 1997, 82,8% dos (processos) julgados no setor de produtos farmacêuticos foram relacionados com a conduta ‘aumentos abusivos de preços’. Por outro lado, a direção tomada pelo CADE no sentido de evitar essa sinalização inadequada ao mercado foi clara, pois nenhum dos processos de aumento abusivo de preços, que foram analisados pelo CADE no setor de medicamentos, foi considerado procedente”.

É com lógica, seriedade e ironia que Maria Tereza Leopardi Mello enfrenta o problema da chamada “defesa da concorrência” e da formação de preços farmacêuticos, assim como de sua regulação no Brasil. No Capítulo 3 (Parte 5), “Questões da defesa da concorrência no setor farmacêutico”, há uma esclarecedora discussão sobre o pensamento oficial em torno do aumento abusivo de preços. Como agentes antitruste há o posicionamento de atuar sobre o processo competitivo, evitar tudo que bloqueie a concorrência, tudo que facilite o aumento de preços, mas jamais atuar no controle de

preços propriamente dito, uma vez que seria mera manifestação de “falhas” na concorrência. Há pânico e paranóia diante da menção de controle de preços. O CADE não pode substituir o Conselho Interministerial de Preços (CIP), dado que este antigo órgão governamental teria sido coadjuvante na formação de cartéis de preços.

Maria Tereza Leopardi Mello, incontestável, argumenta: “se o poder de fixar preços acima do nível competitivo integra a própria definição de poder de mercado, cujo abuso é reprimido pelo sistema antitruste, então este não pode ficar alheio à questão de preços, em certo sentido seu objetivo último. Isso é, particularmente, relevante para casos em que o abuso de poder de mercado via preços é praticado por um ‘vencedor’ do processo competitivo que conquistou esse poder ‘legitimamente’, de modo que o abuso não pôde ser prevenido pelo controle estrutural e sequer foi fruto de uma conduta anticompetitiva que pudesse ser devidamente reprimida”.

Esse parágrafo dá conta examente do que é o processo de oligopolização dos mercados capitalistas frente ao qual certa abordagem da “defesa da concorrência” é ou ingênua, ou enganosa. Na prática revela-se irrelevante e conivente com os aumentos abusivos de preços. Se os argumentos não são suficientes para o convencimento dos defensores do mercado intocável, Maria Tereza Leopardi Mello apela para o império da lei: “existe uma razão suficiente para considerar que preços abusivos devem ser tratados como infração à ordem econômica, goste-se ou não disso. É que a lei brasileira prevê claramente essa hipótese como conduta infrativa” (Lei n. 8.884/94).

O que fazer? Assumir que o controle de preços do setor farmacêutico é indispensável, cabendo unicamente discussões sobre a melhor maneira de fazê-lo, evitando, por exemplo, a prática do tabelamento, enquanto mecanismo controlador direto e generalizado dos preços. Mello oferece um conjunto de sugestões que vale, sobretudo, aos governantes.

A agenda de pesquisas para a qual este estudo aponta

Conforme já anunciado nesta Introdução, há carências de conhecimento sobre o complexo da saúde no Brasil cuja resolução é condição sine qua non para o aperfeiçoamento das políticas públicas. A seguir, apontam-se alguns temas que merecem ser pesquisados no futuro próximo.

Na estratégia indústria farmacêutica os seguintes temas são prioritários:

(1) A identificação das pesquisas clínicas em desenvolvimento no Brasil;

(2) A compreensão do processo de reorganização do sistema de P&D da indústria farmacêutica mundial;

(3) O dimensionamento da capacidade técnico-científica instalada na área de desenvolvimento de medicamentos no país;

Na indústria de equipamentos médico-hospitalares, como de resto outros setores industriais, há necessidade urgentemente de pesquisas de campo, uma vez que a interrupção dos *Censos Industriais*, pelo IBGE, desde 1985, não tem sido suprida por outros levantamentos. Há mudanças importantes de mercado e de mecanismos de financiamento do consumo que, para ser melhor avaliadas, necessitam de um mapeamento aprofundado. Um índice de preços desse setor deve ser construído para que inúmeras decisões de políticas públicas sejam melhores conduzidas. A propósito, esse setor é especialmente afetado por decisões governamentais relativas ao gasto público, tarifas alfandegárias, carga tributária e financiamento público. Conseqüentemente, é importante pesquisar a influência das decisões governamentais na evolução dessa indústria e no comportamento da demanda.

No mercado de trabalho em saúde, uma pesquisa premente diz respeito ao padrão ocupacional e à jornada de trabalho das mulheres que têm extensa participação no setor. A pesquisa demonstra que é indiscutível a importância do setor saúde na geração direta e indireta de postos de trabalho. Interessa, portanto, examinar as características do processo de absorção de novos trabalhadores, sobretudo, pela intensidade verificada nos anos 90. Para uma adequada percepção de como a política pública deve tratar a qualificação profissional, faz-se necessário abordagens mais detalhadas das características da inserção profissional de médicos e enfermeiros nos segmentos públicos e privados.

Rediscutir a tipologia de empresas – medicina de grupo, seguradoras, cooperativas médicas, auto-gestões – parece oportuno, tendo em vista as transformações em curso. A realização de estudos para uma caracterização atualizada de cada um desses segmentos, inclusive estudos de casos, para a identificação dos respectivos perfis organizacionais e conseqüente confirmação ou alteração da própria tipologia.

Finalmente, em termos mais gerais, as pesquisas dos cientistas sociais deveriam cada vez mais aprofundar e aperfeiçoar os diagnósticos e as proposições acerca do quadro de conflito e de cooperação entre as políticas públicas e a mercantilização da medicina. Na mesma direção, que o presente estudo adotou, é estratégico pesquisar os moldes em que o setor saúde poderia atuar como modelo de política pública, combinando o desenvolvimento industrial, tecnológico e o desenvolvimento social.

Parte 1
Complexo industrial e trabalho
no sistema de saúde

1

A indústria de equipamentos médico-hospitalares: elementos para uma caracterização da sua dimensão internacional

João Furtado

A indústria de equipamentos médico-hospitalares (EMH) ocupa uma posição de destaque no sistema de saúde e uma importância crescente no complexo econômico da saúde. A par deste papel e desta importância, ela possui características singulares. Este capítulo descreve alguns destes aspectos e enfatiza algumas das relações entre as singularidades e a relevância desta indústria.

1.1 A indústria e o mercado de equipamentos médico-hospitalares

O objetivo desta seção é quantificar a indústria e o mercado de equipamentos médico-hospitalares, assim como o seu ritmo de crescimento.¹

A indústria de equipamentos médico-hospitalares representa um mercado global de US\$ 105 bilhões.² O ritmo de crescimento anual do comércio mundial destes artigos foi de 2,5% nos últimos anos.

Nos Estados Unidos, principal indústria (44% da produção mundial), mercado (45% das vendas) e pólo exportador (US\$ 11 bilhões em 1996, uma variação positiva de

1 A definição desta indústria não é unânime, nem mesmo entre os especialistas. A adotada aqui, para efeitos de delimitação, foi tomada da *The Institution of Electrical Engineers*, do Reino Unido. Segundo esta instituição, "the medical equipment industry (...) encompasses a wide spectrum of companies. Their outputs range from the production of components to complete instruments. The devices or equipment produced include small disposable items or single use devices, battery powered equipment for specific single clinical measurements, and highly complex equipment for imaging or multi-parameter patient monitoring. The commonly used definition of a medical device is that used by the *Medical Devices Directive* [Council Directive 93/42/EEC concerning medical devices. *Official Journal of the European Communities*, 1993]. This Directive uses 'medical device' to mean any instrument, apparatus, appliance, material or other article, whether used alone or in combination, including any software necessary for its proper application, intended by the manufacturer to be used for human beings for the purpose of:

- diagnosis, prevention, monitoring, treatment or alleviation of disease,
- diagnosis, monitoring, treatment, alleviation of or compensation for an injury or handicap,
- investigation, replacement or modification of the anatomy or of a physiological process,
- control of conception, and does not achieve its principal intended action in or on the human body by pharmacological, immunological or metabolic means, but which may be assisted in its function by such means".

Desnecessário seria dizer que, sendo a definição variável e as fronteiras do setor definidas de forma pouco

mercado de equipamentos médico-hospitalares norte-americanos são, além da curva etária dos Estados Unidos (o efeito *once for all* dos *baby-boomers*) e do crescimento continuado, alguns mais ligados à produção e outros aos mercados. A capacidade tecnológica das empresas e do sistema produtivo norte-americano, capazes de produzir novos equipamentos e produtos, reduzindo os custos de produção (sobretudo dos existentes)⁵ e, o crescimento das economias dos países em desenvolvimento. Estes dois últimos apóiam-se na capacidade institucional norte-americana em cada uma destas dimensões, quer dizer, regulando no plano doméstico e operando o acesso aos mercados externos.⁶

Mesmo em países cujas taxas de crescimento são presentemente reduzidas ou nulas, como o Japão, que é o segundo mercado para equipamentos médico-hospitalares (aproximadamente US\$ 21 bilhões, ou quase 2 trilhões de ienes em 1997), a taxa de crescimento é relativamente elevada (2,2%) em comparação com o desempenho global da economia japonesa, depois de vários anos em níveis mais elevados.⁷

Curiosamente, este é um dos poucos setores em que o Japão apresenta déficit comercial com os Estados Unidos – além disso, esse déficit é crescente desde o início dos anos 90,⁸ uma tendência que deve prosseguir nos anos vindouros, em que pese a desvalorização da moeda japonesa. O mercado japonês é suprido em boa medida (quase 2/5) por importações, principalmente dos Estados Unidos (2/3), enquanto países como a França não alcançam participações de mais de 2%, um contraste que representa uma indicação da força relativa da indústria norte-americana neste campo.⁹

A competitividade dos diferentes países varia muito pronunciadamente nas diferentes categorias de produtos. Assim, por exemplo, a Alemanha fornece apenas 6,3% das importações japonesas de equipamentos médico-hospitalares, mas alcança a liderança em equipamentos de diagnóstico (44%) e proporções elevadas em outras categorias de produtos (25,7% em materiais e equipamentos odontológicos, 18,4% em aparelhos de diagnóstico por imagem); ao mesmo tempo em que a Holanda, com

3 U.S. Department of Commerce, Economics and Statistics Administration, Bureau of the Census, Current Industrial Reports. *Electromedical Equipment and Irradiation Equipment (Including X-Ray) – 1997* (23 jun. 1998).

4 U.S. Department of Commerce/International Trade Administration, *U.S. Industry & Trade Outlook*.

5 Esta capacidade pode em realidade corresponder a uma estratégia, sobretudo das empresas maiores e mais integradas, no sentido de responder à competição mais acirrada nos produtos mais básicos e mais difundidos com lançamentos de novos produtos, capazes de obter margens superiores.

6 Sobre este ponto, serão mencionados adiante os diversos “grupos de trabalho” constituídos com a finalidade de conseguir conquistar posições em terceiros mercados ou obter, na linguagem oficial, condições equânimes de concorrência.

7 Medical equipment moving to low growth phase. In: *Japan Chemical Week*; Tokyo; Oct 7, 1998.

8 Japan: Medical Device Market (1). In: *Industry Sector Analysis*, New York, Jun. 16, 1999. As importações japonesas de equipamentos norte-americanos perfazem 26% do mercado local ou 67% das importações totais.

9 *This trend is expected to continue in coming years as the U.S. continues to introduce high quality and innovative medical devices such as pacemakers, artificial joints, MRI systems, laser surgical equipment, etc. to Japanese market. U.S. companies offering advanced medical equipment such as MRI systems, CTs, advanced diagnostic equipment, angiograph equipment and other innovative products with high initial price should benefit from the Overall Greatest Value Methodology (OGVM), one of the deregulation measures set by the Japanese government in 1999. Japanese local governments are now authorized to utilize the OGVM and procure products based on the best overall value for their performance and specification requirements, not simply on the initial cost of the products. This is a significant development for U.S. companies offering innovative and superior performance products.*

participação muito reduzida no total, exporta mais de 1/3 das compras japonesas de equipamentos de diagnóstico por imagem. Estas diferenças entre os países traduzem a elevada segmentação destes mercados, com categorias e famílias de produtos múltiplas e muito diferenciadas em termos técnicos e de mercado.

Segundo as estatísticas divulgadas pela *U.S. Medical Technology Industry Fact Sheet*, a produção de equipamentos médico-hospitalares norte-americana representa quase US\$ 70 bilhões (US\$ 68,8 bilhões em 1998, projeção de US\$ 72,3 bilhões para 1999). O mercado interno alcança US\$ 62,2 bilhões (1998), projetando US\$ 66,5 bilhões (1999). As exportações representam uma parcela importante da produção (22%), enquanto as importações ocupam 13% do consumo total.

O superávit dos Estados Unidos nesta indústria é **elevado** (mais de 6 bilhões) e **sistemático**. Ele verifica-se numa série ininterrupta de anos, com diversos países e regiões: a União Européia, o Japão (e o restante da Ásia) e o Canadá (o México representa uma exceção, suas exportações para os Estados Unidos excedendo as importações em quase US\$ 500 milhões) e em quase todas as categorias de produtos (Equipamentos e instrumentos eletromédicos; Aparelhos ortopédicos e insumos cirúrgicos; Instrumentos cirúrgicos e médicos; Reagentes para diagnóstico; e Equipamento odontológico; a exceção sendo os Equipamentos de radiologia).¹⁰

Uma parte importante das exportações sob controle das empresas norte-americanas e, portanto, do seu sistema econômico não figura, nas estatísticas desse país, uma vez que é realizada a partir de outras bases produtivas. As empresas norte-americanas deste setor são mais internacionalizadas do que as de outras origens, lançando mão da produção em outros países.¹¹ Isto significa que o predomínio das empresas norte-americanas é ainda superior ao que revelam as estatísticas de comércio, uma vez que parte da produção mundial extra-americana é de fato realizada sob controle de suas empresas no exterior. Isto poderia explicar, também, a exceção mexicana no quadro das transações comerciais norte-americanas deste setor, sendo uma parte da sua produção feita por filiais no território desse país para exportação aos Estados Unidos (e a outros países).

A internacionalização das atividades produtivas destas empresas obedece, como em outros casos, a fatores muito diversos. No entanto, neste caso é possível analisá-la a partir de uma dupla ótica, indicando elementos de mercado e da indústria. Uma presença comercial é relevante para todas as empresas e pode ser necessária em todos os países. Em termos industriais, no entanto, isto deve ser importante nos custos (por exemplo de mão-de-obra) e, sobretudo, no tocante às capacidades tecnológicas das diferentes bases de produção. Assim, enquanto a internacionalização produtiva das empresas norte-americanas em direção à Europa ou ao Japão corresponderia a uma busca de participação nesses mercados, a internacionalização produtiva das empresas européias e japonesas em direção aos Estados Unidos incluiria como fator relevante também o acesso mais direto e próximo aos parâmetros e insumos industriais do pólo dominante do setor.¹²

corporativas superiores no território desse país.

Um outro fato corrobora a grande superioridade das empresas norte-americanas neste setor: treze das vinte maiores empresas são originárias desse país.¹³ Além desta superioridade das empresas norte-americanas, a posição destacada do seu sistema (médico-científico, hospitalar, tecnológico, industrial) é reconhecida por um grande número de competidores que procuram “emular” e “mimetizar” os parâmetros desses sistemas. É assim que quase duas centenas de empresas de diversas procedências implantaram filiais nos Estados Unidos. Filiais que são responsáveis por vendas de quase US\$ 9 bilhões (e exportações de 15% desse valor).¹⁴

Os dois principais competidores dos Estados Unidos são a Alemanha e o Japão, cujas especializações comerciais dentro do setor são bastante diferentes. A Alemanha é mais forte em equipamentos de imagem e implantes, enquanto o Japão destaca-se em equipamento radiológico e de ultra-som.

Outros países – Coréia do Sul e Taiwan – têm ingressado progressivamente na produção deste setor, em faixas de produtos mais sofisticados. Como em outros setores, isto significa uma competição mais acirrada numa ampla gama de produtos. Esta entrada de novos fabricantes em segmentos abaixo dos equipamentos *premium* tem na origem o inegável desenvolvimento tecnológico alcançado por esses países em outras indústrias, mas que estão na base do setor de equipamentos médico-hospitalares. A partir da conquista de posições nos segmentos menos sofisticados (e mais dependentes comercialmente de preços inferiores), é possível imaginar que esses novos fabricantes ampliem as suas linhas e avancem em direção a equipamentos superiores. Pelas razões anteriormente indicadas quanto à superioridade sistêmica dos fabricantes norte-americanos, é difícil imaginar a possibilidade de que estes novos ofertantes consigam mais do que manter uma defasagem moderada em relação aos líderes do setor. Independentemente disso, esta entrada é importante para países como o Brasil, por permitir uma diversificação das fontes de fornecimento e por eventualmente estimular a atração de novos fabricantes, inclusive em associações locais.

O efeito desta competição, que será explorado mais amiúde adiante, é a necessidade de criação de novas áreas econômicas protegidas da concorrência. Isto acarreta um reforço das estratégias de sofisticação dos produtos, com diferenciação objetiva dos seus atributos físicos e de desempenho, associados cada vez mais a outros atributos relevantes em termos econômicos (serviços embutidos e serviços de venda).

Os principais mercados são, evidentemente, os dos países mais ricos, mas as perspectivas de crescimento dos países em desenvolvimento são, como noutras indústrias, superiores. Assim, as estratégias comerciais das grandes empresas combinam a defesa de suas posições superiores em termos absolutos nos mercados dos países mais ricos com uma expansão mais agressiva nos mercados mais dinâmicos, ditos emergentes.

¹³ Este ponto será desenvolvido posteriormente.

¹⁴ Os salários médios inferiores aos alemães e japoneses vigentes nos Estados Unidos estimulam também esta internacionalização da produção, analogamente ao que ocorre entre os Estados Unidos e o México.

As razões para o crescimento mais acelerado da demanda deste setor nos países “emergentes” são múltiplas, como mostra um estudo norte-americano, incluindo “envelhecimento populacional, aumento da esperança de vida, sistemas de saúde aperfeiçoados, resultado de reformas nos sistemas de saúde, ampliação da cobertura destes sistemas, privatização dos hospitais e aumento dos gastos públicos em saúde”.¹⁵

De acordo com um estudo do governo dos Estados Unidos, o mercado norte-americano representa 45% do mercado mundial, seguido pelo Japão, que representa 18%, a Alemanha, 11%, e a França, que atinge 5%. Estes quatro países totalizam 4/5 do mercado mundial de equipamentos médico-hospitalares.¹⁶

O mercado francês de equipamentos médico-hospitalares alcança quase US\$ 4 bilhões, dos quais US\$ 2,1 bilhões são abastecidos por importações (1/3 proveniente dos Estados Unidos), enquanto as exportações ficam em patamar inferior em quase US\$ 400 milhões, em que pese a provável subestimação destas estatísticas, devida ao fato da França ser um nó de reexportação para outros países, sobretudo os africanos francófonos. O ritmo de crescimento do mercado tem sido de 4% ao ano¹⁷ e o avanço das técnicas médicas norte-americanas na França tem estimulado uma expansão correspondente dos seus fabricantes.¹⁸

Uma característica muito importante do mercado francês de equipamentos médico-hospitalares é a sua estrita regulamentação pelo governo. Um objetivo relevante desta regulamentação e supervisão é o de evitar uma exagerada imobilização de equipamentos pelo sistema médico. De fato, os hospitais, independentemente de serem públicos ou privados, devem solicitar autorização governamental para a compra de uma longa lista de equipamentos de preço elevado. Nestes casos, o uso destes equipamentos é planejado em termos regionais.¹⁹

Poder-se-ia indagar por que razão o sistema público de saúde deve preocupar-se com os serviços de saúde oferecidos pelas instituições privadas. A resposta é que os governos não podem estar alheios à influência – por vezes, contaminação – que os parâmetros privados produzem sobre o sistema público, mormente quando se pretende que este último receba influências positivas da racionalidade do sistema privado e as suas diferentes soluções podem ser consideradas menos antagônicas do que complementares. Por esta dupla razão, o sistema público interessa-se pelos destinos da oferta de caráter privado.

15 U.S. Department of Commerce/International Trade Administration. *U.S. Industry & Trade Outlook*.

16 Foreign Commercial Service e U.S. Department of State (1999).

17 Foreign Commercial Service e U.S. Department of State (1999).

18 Foreign Commercial Service e U.S. Department of State (1999).

19 To avoid over investment within a region (duplicate purchasing of the identical medical imaging unit for example), the government regulates spending by both private sector and public sector hospitals. To maintain control over investments originating in both sectors, the government has created a complex system known as the “Carte Sanitaire” (Health Care Map). The “Carte Sanitaire” divides France into regions. Each region is equipped with a specific number of medical

Este crescimento elevado é partilhado por um bom número de países, tanto de renda média elevada (núcleo central da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico – OCDE) como em países de renda média inferior (periferias da OCDE, países periféricos propriamente ditos). Neste último caso, no entanto, a sua capacidade de participar em termos industriais deste dinamismo do mercado é diferenciada e, na maior parte dos casos, muito limitada.

1.2 Fatores que alimentam o dinamismo da oferta na indústria de equipamentos médico-hospitalares

São duas as forças que têm conformado a demanda de equipamentos médico-hospitalares: as circunstâncias que afetam a demanda, sobretudo as instituições da saúde e da seguridade, e as forças da oferta, sobretudo as empresas industriais. Começemos por estas últimas.

O dinamismo do mercado de equipamentos médico-hospitalares, anteriormente caracterizado, depende fortemente das forças de oferta, capazes de constituir trajetórias industriais centradas na complexidade e na sofisticação crescente dos produtos. Esta estratégia das empresas apóia-se mais diretamente em dois grupos de fatores.

O primeiro está ligado às mudanças tecnológicas cuja intensidade não deu sinais de enfraquecimento ao longo dos últimos 20 anos. O setor de equipamentos médico-hospitalares investe quase 7% do seu faturamento em pesquisa e desenvolvimento, mas o seu dinamismo tecnológico beneficia-se de avanços científicos e de inovações nascidas em diversos outros setores, sobretudo em mecânica de precisão, eletrônica digital, informática e especialidades químicas. Paralelamente a este dinamismo tecnológico, uma outra característica desta indústria deve ser ressaltada. Pode-se afirmar que a indústria de equipamentos médico-hospitalares tornou-se tão globalizada como muitas das indústrias de alta tecnologia que possuem atividades de produção, fabricação e montagem separáveis e complexas, oriundas de processos industriais diferenciados. De fato, nesta indústria os processos produtivos foram decompostos e a integração final do produto é muitas vezes o produto de atividades realizadas em diferentes países.

O segundo prende-se às especificidades do setor de saúde, cuja demanda individual tem particularidades que influenciam as demandas coletivas. De fato, a demanda por serviços de saúde tem a singularidade de uma demanda não competitiva, exclusiva, com uma elasticidade muito elevada em relação à idade e uma elasticidade de substituição muito reduzida, ou nula. Disto se aproveitam as empresas, para segmentar a oferta e aproveitar o espaço da demanda diferenciada, de soluções hiperespecializadas e qualificadas.

Em ambas as dimensões, os Estados Unidos estão muito bem posicionados para aproveitar as oportunidades industriais e de mercado. Eles estão muito bem

posicionados, sobretudo, para definir modalidades de atendimento destas demandas (e de criação de novas) que são únicas. A capacidade do sistema econômico norte-americano de aproveitar as oportunidades oferecidas por este setor está intimamente ligada à multiplicidade dos fatores tecno-produtivos e de mercado em que se apóia esta indústria. De fato, os Estados Unidos constituem o mercado mais importante e conta com o maior número de insumos tecnológicos avançados.

A interação entre estas duas dimensões define os contornos das soluções dominantes e as principais trajetórias do desenvolvimento do setor: de um lado demandas numerosas, múltiplas, diferenciadas; de outro, uma grande diversidade de fatores tecnológicos que podem ser mobilizados para o desenvolvimento de soluções complexas. Disto resulta uma modalidade particular de desenvolvimento da indústria de equipamentos médico-hospitalares (e do sistema de saúde de uma forma geral), voltada para a competição por soluções diferenciadas, crescentemente complexas, com incrementos sucessivos (mas modestos) de desempenho e descontinuidades importantes em termos de preços.

Ao mesmo tempo, esta trajetória define uma dinâmica industrial de tipo aglomerador (*cluster*), pois os fabricantes dependem de ofertas tecnológicas externas às empresas e ao setor. Assim, o seu sucesso depende de uma interação frequente e densa com fornecedores de outras indústrias e com fabricantes do próprio setor.²⁰

Do ponto de vista de uma economia como a brasileira, a atração destes fornecedores para uma estratégia de fabricação local só pode ser bem-sucedida se for realizada a partir de uma política de compras em que o fabricante local possua vantagens efetivas. A atração dos primeiros destes fornecedores será extremamente difícil – e possivelmente dispendiosa – se não existir um investimento local que, por rivalidade oligopolística, induza outros fornecedores a fazer o mesmo, sob risco de perda de mercado. Em termos de política industrial, poder-se-ia imaginar uma atividade de financiamento de empresas inovadoras nascidas nos ambientes universitários (onde por sinal existem algumas das múltiplas capacidades técnicas, além da demanda inicial pelos equipamentos) que fosse articulada às demandas públicas definidas de forma coordenada. A indução à fabricação local por outras empresas (estrangeiras, nacionais em associação com estrangeiras, fornecedoras de tecnologia ou com participação no capital) ver-se-ia fortemente estimulada a partir do momento em que a oferta local estivesse, mesmo que em apenas alguns segmentos, viabilizada. Os custos iniciais de uma tal política seriam rapidamente compensados pelos efeitos indutores que ela própria criaria.

Esta dinâmica das soluções dominantes do setor impõe restrições severas às políticas de saúde e aos parâmetros de funcionamento do conjunto do setor. As

serviços, por exemplo ao determinar que tipos de serviços e tratamentos são reembolsáveis e em que condições. É fácil compreender a importância decisiva deste instrumento.

Por outro lado, a diferenciação da renda e a extrema desigualdade criam na verdade sistemas de saúde cuja comunicação fica enormemente dificultada, incluindo aí a dificuldade de complementariedade que não seja essa do aproveitamento (subsidiado, para dizê-lo assim) das soluções *high-end* disponíveis no sistema público (por exemplo, nos hospitais universitários de ponta) pelo sistema privado, sempre que compensa “descarregar” essas demandas sobre a conta pública.

Em outros países, no entanto, tem havido um crescente aproveitamento dos desenvolvimentos oferecidos pelas novas tecnologias para criar produtos “mais simples, menores e com maior mobilidade, para programas de diagnóstico, de uso clínico geral e destinados a uma utilização nas zonas rurais e em vias de desenvolvimento”.²¹ Estes equipamentos são demandados, sobretudo, por países cuja renda média tem crescido de forma continuada e que buscam caminhar no sentido da universalização da cobertura médica. É assim, por exemplo, que a demanda de equipamentos de imagem por ressonância magnética tem apresentado um elevado ritmo de crescimento (38% a.a. entre 1987 e 1995).²²

Este movimento encontrou ressonância, no período recente, nas tentativas de controle de despesas dos sistemas de saúde, realizadas por empresas de gestão de sistemas ou pelos sistemas públicos. As respostas a estes controles foram várias, incluindo:

– **Lançamento** de equipamentos e produtos capazes de atender às demandas colocadas pelo sistema, fora da lógica recorrente da incorporação de novas funções e da diferenciação acelerada;

– **Concentração**, com fusões e aquisições sucessivas,²³ no intuito de reduzir custos (sobretudo os fixos de natureza intangível), de um lado, e de obter uma maior capacidade de negociação com os compradores (igualmente em processo de

21 Holland – Factsheet.

22 De acordo com um estudo norte-americano, estes equipamentos permitem reduzir de forma muito significativa os custos de tratamento e melhorar a qualidade do atendimento e da recuperação. U.S. Department of Commerce/International Trade Administration. *U.S. Industry & Trade Outlook*.

23 Algumas fusões e aquisições mereceram destaque nas fontes de imprensa e nas publicações oficiais. O quadro seguinte apresenta algumas destas operações.

Comprador	Comprado	Forma/Segmento
J&J	Cordis	
Cordis	AngioGuard	Equipamento para captar as placas liberadas na angioplastia
Boston Scientific	Meadox	Fusão
Heart Technology	EP Technologies	Fusão
St. Jude Medical	Diag Corporation	Fusão
Abbot Laboratories	Medisense	Fusão

Fonte: *U.S. Industry Outlook* e imprensa.

concentração),²⁴ de outro lado. Uma fração crescente deste processo de fusões e aquisições ocorre transfronteiras.

Há neste caso dois custos fixos intangíveis muito importantes. O primeiro é o custo de promoção de vendas, sobretudo, quando ele está associado a escritórios de representação em outros países e quando os equipamentos demandam serviços técnicos (permanentes ou eventuais) qualificados e rápidos. O segundo destes custos (cronologicamente o primeiro) é o de desenvolvimento de produtos, quando estes estão associados a equipes numerosas e diversificadas.²⁵ Este segundo item de custos pode ser desdobrado naqueles gastos necessários à certificação dos produtos por parte dos organismos de vigilância.²⁶ Este procedimento, evidentemente, é determinante das condições competitivas em várias indústrias, mas é crucial na de equipamentos médicos: o tempo de certificação pode ser usado pelas empresas concorrentes para conceber e produzir equipamentos análogos.

1.3 Comércio internacional e os principais fluxos

A produção e o comércio internacional de equipamentos médico-hospitalares apresentam um elevado dinamismo e os Estados Unidos têm uma grande participação em ambas as dimensões. O avanço da medicina privada e a adesão dos sistemas de saúde a parâmetros de funcionamento característicos dos padrões norte-americanos devem facilitar a penetração dos elementos constitutivos do seu sistema de saúde, incluindo os fornecedores de insumos (produtos farmacêuticos e equipamentos médico-hospitalares).

A penetração de muitos mercados – sobretudo os latino-americanos – por produtos de saúde norte-americanos está associada também a fatores culturais. Muitos

²⁴ *Hospitals could see the cost of service for high technology medical equipment rise if one of the largest service companies is allowed to acquire its largest competitor, according to an association representing that industry. The Service Industry Assn. (SIA), Atlanta, formerly the Independent Service Network International, protested the pending merger of GE Medical Systems, Waukesha, Wis., and Innoserv Technologies Inc., Arlington, Texas. SIA executive director Claudia Betzner said there are no estimates of the extent to which prices would be affected by the decrease in competition. But she noted that generally independent service contractors like the SIA's 157 members typically charge 30% to 40% less than manufacturers to maintain equipment. In a statement filed with the U.S. District Court in Washington, D.C., Betzner said, "If G.E. acquires InnoServ, G.E. will increase its already high share in the markets for servicing certain models of G.E. imaging equipment on a discrete basis, particularly several models of CT scanners and MRIs, and it will eliminate an effective competitor in these markets." "It will also substantially reduce competition in multivendor service markets. Unless blocked, this acquisition likely will result in higher prices for imaging equipment, maintenance and service." Betzner added, "In many of these markets, InnoServ is one of the few ISOs [independent service organizations] that has specialized in servicing G.E. imaging equipment ... the competition between G.E. and InnoServ in these markets has resulted in significant price reductions for consumers." "G.E.'s acquisition of InnoServ would eliminate this competition and increase G.E.'s already high share in the markets for servicing certain models of G.E. imaging equipment, particularly several models of CT scanners and MRIs. It would also substantially reduce competition in multivendor service markets." "Merger could boost cost of maintenance for high-technology medical equipment". In: *Hospital Materials Management*. Ann Arbor: Feb. 1999.*

²⁵ Esta é, aliás, uma característica comum a todas as indústrias com custos de pesquisa e desenvolvimento elevados, como é o caso da indústria farmacêutica.

A resposta dos outros países e regiões (União Européia, notadamente) depende não apenas da sua própria política de saúde, mas também da capacidade dos seus fabricantes de equipamentos de responderem às pressões competitivas do sistema e das empresas norte-americanas, com soluções nos próprios termos do padrão dos Estados Unidos.

Os fluxos de comércio são, portanto, influenciados por esta dinâmica competitiva, numa indústria em que a internacionalização das empresas está muito mais avançada em termos comerciais do que na dimensão industrial.

Num documento do Departamento de Comércio dos Estados Unidos pode-se ler que “os fabricantes norte-americanos de equipamentos médico-hospitalares dominam todos os mercados de exportação e fornecem ao país um superávit grande e sistemático. Esta indústria injeta dinheiro na economia dos Estados Unidos e cria altas tecnologias e empregos altamente qualificados (...). A Divisão de Equipamentos Médicos do Departamento de Comércio dos Estados Unidos fornece assistência aos exportadores [dos Estados Unidos] ao trabalhar na abertura de mercados, na disseminação de informações, remover barreiras comerciais que afetam a indústria e conduzir numerosos eventos promotores de oportunidades comerciais”.²⁸

Países como o Japão, habitualmente protecionista em tantos campos, têm no âmbito dos equipamentos médico-hospitalares um déficit importante e uma elevada penetração do mercado local por importações. Isto ocorre apesar das práticas comerciais e aduaneiras locais, restritivas. “Os custos de frete elevados, os prazos de homologação longos, a complexidade dos canais de distribuição, os diferentes mecanismos de pagamento elevam os preços dos produtos importados que podem por vezes atingir três vezes o seu preço final de venda no país de origem”.²⁹

As práticas de promoção dos interesses comerciais dos Estados Unidos e das suas empresas lançam mão dos mais variados mecanismos. Isto pode ser aferido mesmo em documentos oficiais de caráter público. Num documento recente, do *U.S. Medical Devices Working Group* intitulado *Recommendations to De-Regulate Medical Devices Regulations*, pode-se ler, no original: “It is requested that *KFDA* (...) accept in their entirety, the standards and testing methods that have been approved in the country of manufacture (...)”.

No caso do Brasil, os fabricantes norte-americanos são responsáveis por aproximadamente metade do total das importações (que representavam, em 1996, US\$ 1,1 bilhão, ou 40% do mercado).³⁰ Aliás, esta participação elevada dos fabricantes norte-americanos exportando para as economias latino-americanas é bastante comum. No Chile, por exemplo, onde a produção local é inexistente, a participação das importações provenientes dos Estados Unidos alcança metade dos US\$ 200-250 milhões que o país importa anualmente.

27 Many Chilean physicians have been trained in U.S. universities, giving U.S. products good exposure. Cf. Chile: Medical Equipment Market (1). In: *Industry Sector Analysis*, New York, Apr 16, 1999.

28 Medical Equipment, U.S. Department of Commerce <<http://www.ita.doc.gov>>.

29 *Fiche pratique Export – Les équipements médicaux*.

30 U.S. Foreign Commercial Service & U.S. Department of State. *ISA 08/01 Brazil; The Medical Sector*.

1.4 Caracterização dos principais segmentos da indústria

Esta seção caracteriza os diferentes segmentos da indústria e procura delimitar os diferentes espaços industriais e de mercado.

O Quadro 1 explicita, as categorias de produtos que compõem esta indústria, a partir do *Censo Industrial dos Estados Unidos*.

Quadro 1. Censo Industrial dos Estados Unidos – Indústria de equipamentos médico-hospitalares

Código do produto	Product description
38440 02, 09, 11, 06, 32	Medical x-ray and nuclear equipment, diagnostic and therapeutic
38440 03	Computerized axial tomography (CT or CAT SCAN)
38440 13	Industrial and scientific x-ray equipment
38440 21	X-ray tubes sold separately
38440 23	Non-medical irradiation equipment, including gamma and beta ray equipment, n.e.c.
38440 27	Parts and accessories for x-ray equipment and other non-medical irradiation equipment, n.e.c.
38450 11	Electrocardiograph (EKG), diagnostic
38450 13	Electroencephalographs (EEG) and electromyographs (EMG), diagnostic
38450 17	Ultrasound scanning devices, diagnostic
38450 18	Magnetic resonance imaging equipment (MRI)
38450 21, 23, 25, 29	Diagnostic electromedical equipment, n.e.c.
38450 31	Pacemakers, therapeutic
38450 33, 41, 49	Therapeutic electromedical equipment, n.e.c.
38450 35	Electrosurgical equipment
38450 39	Dialyzers, machines and equipment
38450 43	Therapeutic ultrasound equipment
38450 51, 53, 55, 57	Patient monitoring equipment
38450 71, 73, 75, 83	Electromedical equipment and irradiation equipment including x-ray, n.e.c.
38450 89	Electromedical parts and accessories, including diagnostic and therapeutic, n.e.c.

Fonte: Department of Commerce. Bureau of Census.

Países de dimensões maiores e grau de elevado desenvolvimento

EUA. A indústria de equipamentos médico-hospitalares dos Estados Unidos apresenta um crescimento bastante elevado – 8,4% ao ano, entre 1987 e 1997. Este crescimento da produção faz-se acompanhar de uma elevação ainda maior do valor adicionado (8,6%). O número de estabelecimentos, o emprego e os salários crescem a taxas inferiores – 3,1%, 2,7% e 5,9%, respectivamente. Com isso, o salário médio apresenta crescimento, mas a participação dos salários no produto é declinante.

França. A indústria de equipamentos médico-hospitalares da França é formada por aproximadamente 250 empresas que empregam vinte mil pessoas (tamanho médio de oitenta pessoas, mas a maioria das empresas tem apenas a metade disso e vendas médias de US\$ 8 milhões). Estes aspectos da estrutura do setor têm correspondência com a atuação das firmas. a maioria das quais é especializada em apenas um produto

Países ou estados/províncias de tamanho modesto

Holanda. Um país de dimensões populacionais modestas como a Holanda tem a despeito disso um setor de equipamentos médico-hospitalares bastante diversificado e desenvolvido, formado por aproximadamente 500 empresas, muitas das quais são de tamanho modesto, mas altamente especializadas em um pequeno número de produtos, freqüentemente muito sofisticados.

Canadá – Quebec. A indústria de material médico do Quebec é formada por cerca de 200 empresas que empregam aproximadamente 4.000 pessoas, sendo em sua maioria pequenas empresas. Elas são responsáveis por uma produção de US\$ 300 milhões, que cobre 1/4 do mercado local, sendo destinados 40% do total aos mercados externos.³¹

Rússia.³² Possui aproximadamente 1.000 empresas fabricantes de equipamentos médico-hospitalares, a maioria das quais é privada (a participação das empresas estatais no mercado é de 10%), sendo muitas delas ex-fabricantes de material bélico reconvertidas para esta atividade. Existem 7.000 tipos diferentes de equipamentos/artigos médico-hospitalares. O mercado russo de equipamentos médico-hospitalares totaliza aproximadamente US\$ 1,1 bilhão, abastecido em 70% por importações (quase US\$ 800 milhões) e 30% por produção local (as exportações representam apenas 6% da produção). Muito embora os equipamentos fabricados localmente possuam preços que variam entre 1/5 e 1/3 dos importados, são preteridos em razão de considerações envolvendo o *design*, eficiência e mesmo serviços pós-venda.

1.5 Principais empresas por segmento

Os principais atores da indústria de equipamentos médico-hospitalares são fortemente internacionalizados, mas existem espaços relevantes ocupados por fornecedores localizados. A diferenciação entre uns e outros é relevante para a caracterização das possibilidades de políticas de atração de investimentos e de capacitação de fornecedores.

Os fornecedores de equipamentos sofisticados e de alto valor unitário são, na maior parte dos casos, grandes empresas diversificadas, com domínio e contribuição relevante numa série de tecnologias e campos industriais. Mas, o sucesso e o poder de mercado destas empresas tem uma base mais ampla do que os fatores produtivos e tecnológicos – sem dúvida muito desenvolvidos – que elas dominam. Num grande número de casos, estas empresas estão aptas a oferecer aos seus clientes potenciais um produto-serviço que pode ser caracterizado como diversificado e integrado, uma espécie de solução global.

31 Québec – *Les industries de la Santé*.

32 Inteiramente baseado em “Russia: Medical Equipment Market – An overview”. In: *International Market Insight Trade Inquiries*. New York, Oct. 15, 1998.

Este produto-serviço é formado pelo equipamento propriamente dito, que integra em si funções inteligentes, o elemento físico e um conjunto de programas inteligentes, capazes de constituir uma ferramenta poderosa de diagnóstico. Para além dos aspectos técnicos referentes ao equipamento, os vendedores estão em condições de oferecer uma modalidade de financiamento regular que varia do financiamento à venda até uma cessão de uso e *leasing*.

O uso do equipamento pode estar associado a um conjunto de insumos físicos e químicos mais ou menos dispendiosos, que ampliam a relação entre comprador e fornecedor e, na realidade, colocam o usuário numa relação de dependência mais ou menos prolongada em relação ao vendedor.

1.6 As estratégias competitivas de algumas das principais empresas

Trata-se, nesta seção, de diferenciar três grupos de estratégias principais, que podemos tentativamente designar com os termos complexidade e sofisticação, de um lado, e especialização, de outro lado.

O primeiro e principal grupo corresponde àquelas empresas que detêm três atributos complementares. São extremamente grandes em termos de tamanho, diversificadas quanto aos seus campos de atividade industrial, e internacionalizadas, seja em termos industriais, seja, de forma mais acentuada, em termos de suas estratégias de vendas.

Em sua grande parte, estas empresas atuam com desenvoltura na área de equipamentos médico-hospitalares por duas razões que se somam. Primeiro, elas possuem ativos tecnológicos específicos, que podem facilmente complementar com aquisições explícitas ou formas de obtenção costumeiramente classificadas como associações. Segundo, o seu grau de desenvolvimento pretérito traduziu-se numa acumulação de capacidades competitivas – sobretudo experiência produtiva e internacionalização dos seus mercados de atuação – que lhe permitem construir em curto período os parâmetros necessários ao seu sucesso.

Muitas destas empresas são diversificadas e detêm atividades principalmente em outros setores. A entrada no setor de equipamentos médico-hospitalares deu-se ou tardiamente por meio de diversificação de recursos internos, ou por meio da aquisição de outras empresas (sobretudo pequenas, de base tecnológica e atuação focalizada). Por isso, algumas destas divisões de equipamentos médico-hospitalares das grandes empresas atuam ainda sob os nomes comerciais dos antigos fundadores.

General Electric (GE). Uma das características marcantes da GE é o fato de ser o expoente de duas eras tão distintas da indústria norte-americana: a fase dita da decadência industrial, traço dos anos 80 (quando foi apresentada como símbolo da *hollow corporation*), e a fase da reafirmação de um poderio superior e indiscutível, nos anos 90. Uma segunda característica importante é o destaque conferido por suas

empresas “estratégicas”.³⁴ Em termos de desenvolvimento de produtos, a GE e possivelmente a melhor representante da estratégia de sofisticação pela incorporação de novas funções e pelo aprimoramento das antigas. Um exemplo desta estratégia é o investimento de US\$ 60 milhões no desenvolvimento de uma nova geração de equipamentos de scanner, capazes de realizar múltiplas “leituras” simultâneas de um mesmo paciente, numa velocidade que é seis vezes maior do que a dos equipamentos (convencionais) de leitura de um só “corte”. Da mesma forma que outras empresas do setor (como a Siemens, adiante), a GE procura oferecer uma gama de produtos e serviços integrados: “(...) GE Medical Systems offers an unprecedented array of new and continually expanding services – technical, productivity, and management – that help the entire healthcare enterprise be more productive”.

Siemens. A divisão de equipamentos médicos desta grande multinacional alemã tem três grandes categorias de produtos: Imagens, Radioterapia e Eletrônica. Uma das vantagens que a Siemens oferece aos seus clientes é uma “estrutura dedicada ao financiamento”. cuja “vocaçao” é assim apresentada nos documentos da empresa: “oferecer uma otimização do investimento adaptando as suas fórmulas financeiras a cada categoria de material, assim como às restrições específicas de cada usuário. Para os seus clientes em equipamentos médicos, a GVD Leasing [coligada na área financeira] desenvolveu uma fórmula de Aluguel-Serviço. Ela permite integrar num orçamento global: o custo do material, o da sua manutenção, bem como os trabalhos de instalação.”

Uma das estratégias concorrenciais das empresas deste grupo consiste numa integração entre um elevado investimento em P&D internamente e a compra de firmas capazes de aportar recursos tecnológicos e industriais complementares.³⁵ As estratégias de associação – temporárias ou permanentes, localizadas ou mais amplas – obedecem, elas também a esta lógica.

Do ponto de vista das empresas de base tecnológica³⁶ e tamanho reduzido, estas associações tornam-se uma condição vital de existência, uma vez que a produção e, sobretudo, a comercialização (o que inclui o licenciamento do produto) revelam constituir barreiras muito mais difíceis de transpor do que a criação de um produto tecnicamente eficiente e economicamente viável.

³³ *Business Week*, Apr. 21, 1997 e FT, *FT Global 500*. Disponível na Internet.

³⁴ São exemplos destas aquisições as de Diasonics Vingmed (líder na fabricação de equipamentos de ultra-som cardíacos); Nuclear Imaging; e a divisão MR da Elscint Ltd. Cf. *GE Annual Report*.

³⁵ *Johnson & Johnson's Cordis unit said it acquired AngioGuard Inc., a closely held Minneapolis company that developed a medical device designed to catch plaque released during angioplasty procedures to clear out clogged arteries. The device is a tiny filter that is placed in the artery downstream from the blockage during the procedure, before the installation of cardiac stents. Cordis hopes to market the device with one of its stent products. The device is already approved in Europe for certain uses, and Cordis said it plans to begin large-scale clinical testing needed for U.S. approval later this year. Terms of the deal weren't disclosed. In New York Stock Exchange composite trading, Johnson & Johnson, New Brunswick, N.J., closed up \$1 at \$97.875. Cf. The Wall Street Journal, Jul. 8, 1999.*

³⁶ O termo empresa de base tecnológica pode sugerir que esse atributo é exclusivo das pequenas empresas que nasceram sob essa base. Muitas das grandes empresas de hoje nasceram, elas também, da exploração de algum produto avançado (para a sua época) e, desde então, não deixaram de acumular conhecimentos e capacidade de produzir conhecimentos. A principal diferença entre ambos os tipos de empresas não reside, portanto, na detenção de algum tipo de conhecimento tecnológico, mas no fato de que as grandes empresas já acumularam ativos e vantagens em outras esferas.

O **segundo** grupo inclui principalmente empresas especializadas e internacionalizadas, nas suas capacidades de reunir componentes tecnológicos e insumos dispersos e, sobretudo, nas suas estratégias de vendas.

Mallinckrodt. É uma empresa de 130 anos, com faturamento de US\$ 2,4 bilhões e mais de treze mil empregados. As áreas de especialização são principalmente as de diagnóstico e equipamentos respiratórios. A internacionalização é, sobretudo, comercial, o que inclui como parâmetro importante a necessidade de certificação. Os seus produtos são, por isso, certificados em mais de 40 países. Quanto às suas estratégias competitivas, elas incluem uma focalização nas áreas em que possui domínio de mercados relevantes, focalização que se apóia na compra de empresas e na dispensa de áreas secundárias (swaps de ativos industriais).³⁷

O **terceiro** grupo de empresas é formado, sobretudo, por empresas especializadas, mas focalizadas em mercados específicos e sem capacidade de internacionalização tão ampla quanto a dos grupos anteriores. Seus produtos são comercializados, principalmente, por intermédio de exportações e de representantes comerciais estabelecidos (não próprios).

ESC Medical Systems,³⁸ um fabricante israelense especializado. Em alguns poucos anos o seu faturamento cresceu de US\$1 milhão para mais de US\$ 200 milhões, graças sobretudo a uma internacionalização bem-sucedida, com a qual foi capaz de estar muito próximo dos mercados de escoamento da produção, com uma dezena de escritórios nos países mais importantes. Os seus equipamentos (de tratamento de lesões vasculares e de pigmentação usando tecnologia de pulsos intensos, equipamentos a laser para tratamento de pele e sistemas de remoção capilar) têm preços tipicamente na faixa de US\$ 100 mil e destinam-se a médicos dermatologistas e clínicas.

Em alguns casos, estas empresas possuem especializações muito restritas e as estratégias de expansão passam, sobretudo, por conferir à linha de produtos alguma forma de integração e visibilidade no atendimento da demanda.³⁹

As fronteiras entre estes diferentes grupos de empresas não são, é claro, rígidas e universais. Há muitos casos em que o potencial do mercado criado pela empresa inovadora e especializada atrai a atenção, o interesse e os investimentos de outras empresas, maiores e com recursos mais amplos e diversificados, mesmo quando lhes faltam os atributos inovadores mais importantes. Neste caso, a entrada destes outros atributos no processo competitivo revela as limitações e possivelmente as fraquezas da empresa inovadora nos demais campos. É isto que atesta o exemplo conhecido dos equipamentos de scanner da EMI, inglesa, cujos equipamentos chegaram ao mercado

³⁷ Cf. *Health Industry Today*, Apr. 1999.

³⁸ "Keeping up with growth". *World Trade*, Jun. 1999.

³⁹ "AutoCite Inc. agreed to buy NeoPath Inc. in a stock transaction valued at \$96.3 million. NeoPath shareholders will

Complementariamente ao item anterior, destacam-se os seguintes importantes elementos para a definição de políticas de compra e de capacitação de fornecedores.

Principais conclusões

A indústria de equipamentos médico-hospitalares possui uma dinâmica industrial e de mercado com características que podemos considerar muito singulares: um desenvolvimento tecnológico muito acelerado, baseado em múltiplas fontes "insumidoras", agrupadas de uma forma que permite aos inovadores manter à distância os imitadores. Isto verifica-se pelo menos em termos de capturar a demanda diferenciada daqueles que podem pagar pelo uso de soluções sofisticadas, mesmo quando acrescentam utilidades modestas.

Estas características desta indústria tornam os Estados Unidos a base mais importante para a produção do setor e para o desenvolvimento da "norma" técnica. Neste sentido, existe uma analogia com outras indústrias complexas e sofisticadas, como a aeroespacial. No caso da saúde, a reunião, num mesmo mercado, de uma demanda "solvable" de grandes dimensões, de um sistema de saúde fortemente apoiado em ciência e de uma base industrial diversificada torna os Estados Unidos o *locus* por excelência da produção de equipamentos médico-hospitalares, mas também o vetor de definição de parâmetros da saúde que se espraiam para outras áreas.

A adoção de certos parâmetros deste modelo por outros países pode ser mais ou menos dificultada, mas a sua influência tem que ser reconhecida. Mais de um autor já identificou a influência da cultura médica dos Estados Unidos como uma das vantagens indisputadas da indústria médica norte-americana, o que leva consigo os seus principais insumos.

Esta influência se vê reforçada pela ação articulada das suas empresas, que, neste caso como outras empresas dominantes do setor (européias, japonesas), oferecem

40 *The dangers of pursuing a sole provider strategy when the firm lacks sufficient complementary resources and the barriers to imitation are low was vividly illustrated during the 1970s by the experience of EMI, the British firm that pioneered the CT scanner. At the time the CT scanner was widely perceived as the greatest advance in radiology since the X-ray (the inventor, Geoffrey Hounsfield, received the Nobel prize in medicine for his efforts). While EMI possessed a valuable technology, it lacked manufacturing capabilities in medical equipment and detailed knowledge of the market for medical equipment, particularly in the all-important United States market. Moreover, the CT scanner was relatively easy to imitate (the first competing scanners were introduced three years after EMI unveiled its machine). Because of lack of marketing and manufacturing know-how, EMI made a number of major strategic blunders, particularly in the United States market, and subsequently lost its lead in this technology to a host of capable competitors, including, most notably, GE's medical equipment business. By the early 1980s, EMI was forced to exit from the market it had created. Cf. Hill, C. "Establishing a standard: competitive strategy and technological standards in winner-take-all industries". In: *The Academy of Management Executive*; May 1997.*

Aliás, esta parece ser uma característica marcante da indústria de equipamentos médico-hospitalares do Reino Unido, onde se verifica a capacidade de produzir a pesquisa e os desenvolvimentos iniciais necessários para a exploração comercial de novas idéias, que originam novos equipamentos, mas persiste a fragilidade da produção e comercialização desses produtos. Cf. Murray, A. "Medical equipment industry - how can it be revitalised?" A indústria de equipamentos médico-hospitalares do Reino Unido, formada por aproximadamente 400 empresas que empregam 25.000 pessoas, possui uma participação de 3% no mercado mundial e de 25% no seu próprio mercado doméstico.

“soluções globais”, quer dizer, pacotes, um conjunto de elementos materiais (os equipamentos, os insumos dos equipamentos) e imateriais (dos programas aos procedimentos) aos quais se adicionam os serviços financeiros que tornam a aquisição de equipamentos dispendiosos muito mais atrativa.

Um eixo de ação coordenado nas dimensões de política industrial e de saúde que se coloca como promissor em termos de investigação refere-se precisamente à possibilidade de adotar procedimentos que mantenham a fronteira a uma distância técnica prudente, possibilitando o barateamento dos equipamentos e dos serviços associados. Neste caso, a atração de fornecedores de “segunda linha” poderia servir ao mesmo tempo de mecanismo de desenvolvimento local e de força auxiliar nas negociações com os *majors* do setor. Há neste caso inúmeras vantagens, mas a solução depara com diversas dificuldades, que vão dos hábitos culturais das camadas favorecidas (e que determinam a lógica “concorrencial” de alguns dos prestadores de serviços médicos) às vantagens financeiras associadas à adoção das soluções dominantes.

2

Evolução do setor de insumos e equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos no Brasil: a década de 90

*André Tosi Furtado
José Henrique Souza*

Introdução

O desenvolvimento do mercado interno brasileiro de insumos e equipamentos médico-hospitalares está atrelado ao processo de industrialização do país. A rápida urbanização, o crescimento da renda per capita e a constituição de instituições públicas e privadas de financiamento do gasto em saúde propiciaram as condições para que se formasse no país um mercado interno de porte significativo. Paralelamente, assistiu-se à formação de uma indústria produtora de insumos e equipamentos médico-hospitalares, a partir dos anos 50 que alcançou seu ápice nos anos 70. Embora a constituição do mercado interno e o processo de formação da indústria de insumos e de equipamentos para o setor de saúde estivessem profundamente imbricados, mais recentemente houve uma evolução divergente entre oferta e demanda, que acentuou-se durante a década de 90.

As transformações ocorridas nas décadas recentes no cenário nacional devem ser interpretadas à luz da evolução internacional. De fato, a indústria de insumos e equipamentos médico-hospitalares está sendo muito afetada pelo advento do novo paradigma técnico-econômico centrado na microeletrônica (Freeman & Perez, 1988). Parte importante dessa indústria está inserida no setor de instrumentação, que foi um dos que mais incorporaram as tecnologias digitais e de processamento de informação. Por outro lado, o setor de saúde teve seu gasto permanentemente ampliado durante as últimas décadas nos países desenvolvidos. Esse dinamismo do gasto em saúde se reflete na expansão dos gastos públicos e privados de Pesquisa & Desenvolvimento (P&D) relacionados a essa área. De forma que tanto pelo lado da oferta como pelo da demanda, essa indústria teve importantes estímulos para inovar. O ritmo das inovações de produto e de processo se acelerou. Em função dessa evolução, a indústria americana consolidou sua hegemonia, ao lado de alguns outros países industrializados. Países como o Brasil, que tinham se industrializado detrás da proteção de barreiras tarifárias e comerciais, tiveram grandes dificuldades para acompanhar o ritmo dos avanços tecnológicos internacionais e, ao mesmo tempo, serem capazes de competir em preços.

transformações anteriores a década de 90. Nesta terceira seção, com base nos dados da evolução da indústria de equipamentos médicos no Brasil tomando como base dados estatísticos e uma pesquisa de campo junto a 23 empresas durante a *Feira Hospitalar* de 1999. Numa quarta seção, faz-se a análise da dinâmica de comércio exterior brasileiro nesse setor, apoiando-se nas bases de dados de importações e exportações da Secretaria de Comércio Exterior (Secex). Trata-se de indicar quais foram os principais produtos responsáveis pelo aumento explosivo das importações nessa década. Numa quinta seção, apresentam-se as principais contribuições deste Capítulo. Finalmente, o trabalho se encerra com uma sexta seção que traça um panorama das principais carências de informações sobre o setor e elabora algumas recomendações para estudos posteriores.

2.1 Classificação do setor de equipamentos médicos

O setor de insumos e equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos se caracteriza por possuir uma grande heterogeneidade tecnológica, o que tem levantado sérios problemas de classificação. As fronteiras desse setor podem ser consideradas como bastante fluidas. A Associação Brasileira da Indústria de Artigos e Equipamentos Médicos, Odontológicos, Hospitalares e de Laboratórios (ABIMO), responsável por esse setor no Brasil, estima que existam 11.000 famílias de produtos.

O que define a fronteira do que constitui esse setor é o mercado de destino, médico-hospitalar, laboratorial e odontológico, e o fato de não pertencer à categoria dos produtos farmacêuticos. Porém, as características tecnológicas são extremamente heterogêneas. Temos desde produtos têxteis, calçados, móveis, aparelhos eletroeletrônicos, produtos químicos, metalúrgicos, etc.

A essa heterogeneidade tecnológica se sobrepõe o fato de que nem sempre o mercado de destino desses produtos é exclusivamente médico. Este é principalmente o caso da indústria de equipamentos e insumos laboratoriais, na qual certos produtos se destinam ao mesmo tempo para os mercados médico, científico e industrial.

Até a década de 90, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) adotou uma classificação bastante detalhada do setor de equipamentos médicos. Existiam quatro grupos de produtos dentro do setor de "Diversos" classificados de acordo fundamentalmente com sua complexidade tecnológica.

Grupo I - Aparelhos Não Eletroeletrônicos: instrumentos cirúrgicos, estetoscópios, aparelhos para medir a pressão arterial, termômetros, etc.

Grupo II - Aparelhos Eletroeletrônicos, partes e acessórios: aparelhos de anestesia, eletromédicos e monitoração, aparelhos de raios X e componentes, aparelhos de diagnóstico por imagem, equipamentos de laboratório, hemodialisadores, oxigenadores, aparelhos odontológicos, etc.

Grupo III - Aparelhos de Prótese e Órtese: válvulas cardíacas, pernas e membros artificiais, aparelhos de correção da surdez, marcapassos cardíacos, parafusos e dentes acrílicos, olhos artificiais, etc.

Grupo IV - Material de Consumo: agulhas e seringas, algodão e gaze, cateteres, sondas e cateteres, luvas cirúrgicas, reagentes, etc.

Essa classificação tem a vantagem de dividir o setor de equipamentos médicos em quatro grupos bastante diferenciados. Entre os grupos, o Grupo II se destaca por ser o mais dinâmico tecnologicamente, enquanto os demais se apóiam em tecnologias mais maduras. Entretanto, a rápida difusão das tecnologias de base eletrônica e de novos materiais nos demais grupos recolocou muito em questão a fronteira entre eles. Determinados aparelhos dos Grupos I e III tornaram-se eletrônicos, em função da incorporação de componentes microeletrônicos (estetoscópios, termômetros), ou nasceram eletrônicos (marcapassos, aparelhos para surdez). Ademais, a revolução nos novos materiais e produtos químicos tornou o grupo de material de consumo cada vez mais intensivo em tecnologia.

Na década de 90, o IBGE adotou uma nova forma de classificação: o Cadastro Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), que é compatível com a classificação internacional da *International Standard Industrial Classification (ISIC)-REV3*. Nessa nova classificação ocorre praticamente uma assimilação dos três primeiros grupos em apenas um denominado de CNAE 33.1: *"Fabricação de aparelhos e instrumentos para usos médico-hospitalares, odontológico e de laboratórios e aparelhos ortopédicos"* (IBGE, 1997).

Esse novo segmento fica incluído dentro do setor de instrumentação. O Grupo IV, que sempre foi o mais importante na indústria brasileira de equipamentos médicos, passa a fazer parte do setor farmacêutico. Dentro de produtos farmacêuticos há uma classe chamada de CNAE 24.54-6: *"Fabricação de materiais para usos médicos, hospitalares e odontológicos"* (IBGE, 1997).

Essa nova classificação exclui o material de consumo do setor de equipamentos médicos para incluí-lo dentro do setor farmacêutico. O tempo de uso do produto passa a ser o critério de separação entre os dois setores. O setor farmacêutico passa a incluir todos os produtos de consumo destinados à saúde humana e o setor de equipamentos médicos todos os aparelhos destinados a essa função.

A nova classificação não deixa claro qual é a posição dos materiais para uso laboratorial, como os reagentes. Se ficam no grupo dos aparelhos ou se no de materiais. Se fosse para seguir o critério do tempo de uso, eles deveriam fazer parte do grupo de materiais.

Durante este estudo será mantida a antiga classificação que inclui o Grupo IV dentro do setor de equipamentos médicos. Esses bens de consumo guardam sensíveis diferenças tecnológicas com os demais produtos farmacêuticos. A demanda desses produtos está intimamente ligada à operação de unidades de saúde, tendo por essa razão mais inter-relação com os equipamentos médicos.

Todavia, a forma de classificação mais frequentemente usada é aquela que segue a classe terapêutica. A ABIMO classifica as empresas que respondem ao seu levantamento anual em: médico-hospitalar, radiologia, odontologia, laboratório, implantes e consumo. Essa classificação não segue apenas a classe terapêutica, porque existe uma categoria material de consumo. O que leva a pensar que nos demais grupos estão incluídos apenas os aparelhos, peças e acessórios. O relatório da empresa de

de fora do Grupo II, como os marcapassos incluídos no Grupo III. Ao passo que materiais de consumo como filmes de raios X fazem parte do Grupo II. Em compensação, na nova classificação do IBGE, a exclusão do Grupo IV do setor de equipamentos, embora se justifique por se tratar de material de consumo, impossibilita uma visão de conjunto desse setor. A dinâmica convergente e, em certos casos complementar, da demanda desses produtos justifica que sejam tratados como pertencentes a um mesmo setor.

A constatação de que existe uma certa heterogeneidade tecnológica dentro da indústria de equipamentos médicos não deve ocultar o fato de que essa indústria é no seu conjunto bastante dinâmica tecnologicamente. Tanto o setor de instrumentação como o farmacêutico pertencem aos segmentos de maior intensidade tecnológica e de maior dinamismo inovativo dentro da indústria. Essa característica ajuda a entender a dificuldade dessa indústria em se consolidar no cenário nacional e o seu caráter tardio dentro do processo de industrialização.

2.2 Formação da indústria de equipamentos médicos

A interiorização da produção de equipamentos médicos no Brasil é bastante recente, datando do pós-guerra. As primeiras fábricas se instalaram no país durante a década de 50. Esse processo começa com os produtos tecnologicamente menos complexos e avança em períodos posteriores para produtos mais sofisticados. O primeiro segmento que se desenvolve no país é o de material de consumo (Grupo IV), com a instalação de empresas produtoras de seringas e agulhas na década de 50, mas também surgem pioneiramente fabricantes nacionais de aparelhos de anestesia (Grupo II). Na década de 60, os primeiros fabricantes de instrumentos cirúrgicos (Grupo I) iniciam suas atividades no país. Na década de 70, a indústria dá um salto qualitativo internalizando parcelas importantes do segmento de aparelhos eletroeletrônicos e de material de consumo associado. Nesse período, se instala a indústria de aparelhos e filmes de raios X, de instrumentos de laboratório, de eletromédicos e monitoração, de dialisadores e oxigenadores, válvulas cardíacas e marcapassos (Grupos II e III) (Ver Tabela 1).

O principal fator que desencadeou a expansão da demanda foi a formação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1967. A canalização de uma parcela da renda arrecadada com a previdência para o gasto em saúde garantiu uma regular expansão da demanda de equipamentos médicos nos hospitais conveniados, tanto públicos como privados, até o final da década de 70. Ao lado desse processo, o gasto privado começou a se expandir através das empresas privadas de seguros médicos. A participação da pequena e média empresa de capital nacional é um fator importante que diferencia a indústria de equipamentos médicos da farmacêutica. Em vários segmentos, as empresas nacionais são dominantes. Em seu conjunto, as empresas nacionais representam 80% do número total de empresas do setor. A causa da maior presença das empresas nacionais reside na existência de numerosos nichos de mediana complexidade tecnológica, que são mais acessíveis a pequenos e médios empresários. Muitas vezes

essas empresas foram fundadas por imigrantes (Viacava, 1983). Entretanto, os nichos de maior complexidade tecnológica, quando são internalizados, ficam sob o controle de filiais de empresas multinacionais.

Tabela 1. Produtos por grupo e ano de implantação das empresas de equipamentos médicos

Produtos	Empresas	Ano de início da produção
Grupo I		
Instrumentos Cirúrgicos	Quinelato (N)	1962
	Edlo (N)	1964
Sondas e Cateteres	Nawa (N)	1972
	Bard (E)	1975
	Ibrás CBO (N)	1981
Grupo II		
Aparelho de Anestesia	K. Takaoka (N)	1953
	Oftec (N)	1954
	Narcosul (N)	1960
Raios X, Aparelhos e Insumos	Politécnica (N)	1967
	Salgado e Durram (N)	1970
	CGR (E)	1977
	Philips (E)	1978
	Toshiba (E)	1978
	BEM (N)	1977
	Kodak (E)	1980
Laboratório	Nagel (N)	1981
	Procyon (N)	1972
	Micronal (N)	1975
	Varian (E)	1975
	Tecnal (N)	1977
Eletromédicos e Monitoração	Funbec (N)	1971
	Berger (N)	1974
	Fanem (N)	1974
	OMG (N)	1978
Dialisador e Oxigenador	Travenol (E)	1978
	Bentley-Sorin (E)	1980
	Grupo III	
Válvulas Cardíacas	Macchi (N)	1977
Marca-passos	Medtronic (E)	1973
	Cardiobrás (J)	1978
	Bentley-Sorin (E)	1980
Grupo IV		
Material de Consumo, Agulhas e Seringas	Ibrás CBO (N)	1953
	B&D	1957

Notas: (N) – Nacional; (E) – Estrangeira; (J) – Joint-venture.

Fonte: Viacava (1983).

A Tabela 2 revela que durante as décadas de 70 e 80 a participação dos Grupos I, II e III aumenta substancialmente em detrimento do Grupo IV. Esse aumento se deve essencialmente ao avanço do processo de substituição de importações. Esse processo esteve longe de ser completo. Importantes segmentos ficaram de fora. Os equipamentos mais complexos e mais caros, como os aparelhos de raios X de maior porte, os aparelhos de diagnóstico por imagem (cultura com tomografia computadorizada, PNM) e certos

1970	Valor Adicionado	7.492	9.281	1.774	43.659	62.205
	Composição Setorial (%)	12,04	14,92	2,85	70,19	100,00
	Pessoal Ocupado	1.115	1.039	463	4.066	6.683
Valor Adicionado		16.681	20.463	4.276	90.690	132.109
1975	Composição Setorial (%)	12,63	15,49	3,24	68,65	100,00
	Pessoal Ocupado	1.767	1.679	761	5.983	10.190
	Valor Adicionado	25.719	47.258	6.658	118.096	197.732
1980	Composição Setorial (%)	13,01	23,9	3,37	59,53	100,00
	Pessoal Ocupado	2.383	3.329	1.263	7.411	14.386
	Valor Adicionado	53.474	65.715	48.964	134.651	302.804
1985	Composição Setorial (%)	17,7	21,7	16,2	44,4	100,0
	Pessoal Ocupado	2.961	3.948	1.511	8.552	17.249

Fonte: IBGE. *Censo Industrial* (vários anos).

A década de 80 constitui-se num marco importante para o esgotamento do processo de substituição de importações no Brasil, contra o qual deve-se contrapor a abertura econômica da década de 90. Em função da progressão da indústria de eletromédicos no país durante a década de 70, decide-se estender a política de reserva de mercado, aplicada ao setor de informática, à indústria de instrumentação médica. A aplicação dessa política ao setor de equipamentos médicos foi abordada por um estudo anterior (Furtado et al., 1991; Furtado, 1992). Nesse estudo, analisam-se a evolução da indústria e a capacitação tecnológica obtida em quatro segmentos que incorporam microprocessadores e software em seus produtos. Esses segmentos são: laboratório complexo, marcapassos, ultra-som e monitores cardíacos. Os resultados dessa política mostram-se positivos em apenas um dos segmentos, o de monitores, e ainda assim porque preexistia uma capacidade tecnológica local. Nos demais, os intentos de desenvolver a produção local a partir de empresas nacionais com produtos próprios não geraram os frutos esperados. As empresas nacionais, em geral de pequeno e médio porte, enfrentaram sérias dificuldades para estabelecer atividades produtivas em segmentos mais sofisticados da demanda, sobretudo, a partir de tecnologia gerada endogenamente.

A relativa debilidade do empresariado nacional foi um fator limitante para o processo de substituição de importações e um obstáculo importante para o sucesso da política de reserva de mercado no setor de equipamentos médicos. Outros fatores também contribuíram significativamente para explicar as dificuldades enfrentadas pela política de autonomia tecnológica. Entre eles se destaca a aceleração do avanço da fronteira tecnológica internacional a partir do final da década de 70 em decorrência da rápida difusão das tecnologias de informática e de novos materiais. As empresas nacionais que fizeram tentativas de desenvolver seus próprios produtos enfrentaram enormes dificuldades para mantê-los atualizados ante uma demanda em permanente

evolução. A grande diversidade de nichos tecnológicos existentes na indústria de equipamentos médicos foi um outro importante fator limitante para o processo de aprendizagem que houve nessa indústria. O tamanho relativamente restrito desses nichos no mercado interno não permitia que fossem feitos os investimentos necessários para que se obtivesse um maior grau de sucesso com essas políticas. É importante salientar que a indústria de equipamentos médicos em nível internacional apresenta um elevado coeficiente de abertura. As empresas são fortemente especializadas e atuam internacionalmente nos nichos de mercado que dominam. O modelo de substituição de importações é contrário à especialização produtiva, a qual se constitui numa pré-condição para sobreviver num setor cada vez mais dinâmico tecnologicamente.

Essa política trouxe ainda um grande sobrecusto ao afugentar as empresas multinacionais que vinham instalando unidades produtoras de equipamentos tecnologicamente complexos no país. No segmento de equipamentos de laboratório, as empresas multinacionais foram levadas a se desfazer de suas unidades de produção em proveito de empresários locais, para os quais passaram a subcontratar tecnologia. A perda do vínculo do investimento direto desincentivou-as a voltar para o país.

Apesar de suas limitações tecnológicas, a industrialização por substituição de importações foi muito dinâmica em termos de oferta. O produto industrial cresceu 12,25% ao ano durante a década de 70. Esse dinamismo prosseguiu durante a década de 80 apesar da crise econômica, se bem que com taxas um pouco inferiores. Os dados do *Censo Industrial* revelam que a indústria de equipamentos médicos continuou crescendo durante a primeira metade da década de 90 (Tabela 2).

2.3 Evolução da década de 90

A década de 90 marca um corte importante com relação à evolução anterior. O processo de substituição de importação se esgota e, portanto, a incorporação de novos itens à pauta de produtos fabricados no país. A indústria nacional confronta-se com um novo ambiente concorrencial e enfrenta grandes dificuldades de continuar sua expansão. Essa década tem um sério problema de cobertura estatística, que se deve, sobretudo, à interrupção pelo IBGE da realização dos censos industriais, o que dificulta a compreensão da evolução da indústria de equipamentos médicos. Ademais, como aludiu-se anteriormente, houve uma mudança na forma de classificação dessa indústria, fato que de toda forma é menos grave que o anterior.

Para analisar as transformações que ocorreram nessa indústria deve-se apoiar em informações necessariamente incompletas. A fonte de informação mais regular é produzida pela ABIMO. Trata-se do perfil econômico e tecnológico do setor odontológico-hospitalar e de laboratórios que é editado anualmente desde 1986. Esses dados se apóiam em informações obtidas a partir de questionários distribuídos entre os associados. O coeficiente de respostas tem se situado em torno de 30%, ou seja, aproximadamente 70 empresas responderam ao questionário.¹

universo calculado de 500 empresas (Tabela 3). Entretanto, a amostra da ABIMO corresponde apenas às empresas mais importantes do setor, não podendo ser considerada como representativa. Por essa razão, os dados agregados da ABIMO estão muito provavelmente sobrevalorizados.

Tabela 3. Dados de faturamento e pessoal ocupado de indústria de equipamentos médicos

	1988	1990	1992	1994	1996	1997
Valor da produção (US\$ milhões)	857	960	709	1.311	1.961	2.301
Pessoal ocupado	38.126	48.991	41.482	44.269	63.702	
% Niv. Sup./PO	5,3	7,3	6,4	7,9	4,1	
Coefficiente de exp.	5,3	7,3	17,3	15,5	10,1	
Número de produtos fabricados	10.000	11.000	11.000	11.000	11.000	

Fonte: ABIMO.

Os números do *Censo de Cadastro 1995* do IBGE relativos ao ano de 1994, que dizem respeito aos Grupos I, II e III, mostram que é, sobretudo, nos dados de faturamento que se expressam as maiores discrepâncias com os números da ABIMO (Tabela 4). Deve-se supor que esses dados representam a metade do setor, o restante sendo da responsabilidade das empresas do Grupo IV. Ainda assim, os dados da ABIMO estão sobrestimados em mais de 30%, tomando-se o ano de 1994 como base de comparação. Os dados da *Pesquisa da Atividade Econômica Paulista* (PAEP) indicam uma sobrestimação de mais 100% para o ano de 1996, como veremos mais adiante.

Entretanto, mesmo os dados do IBGE, que são amostrais, parecem estar distorcidos. O elevado número de empresas, que é praticamente três vezes superior ao de todo o universo de empresas estimado pela ABIMO, nos indica que também houve sobrestimação das grandezas pelo IBGE.

Tabela 4. Indicadores econômicos do segmento de instrumentação médica em 1994

	Número de empresas	Pessoal ocupado	Receita bruta (R\$ 1.000)
Fabricação de Aparelhos e Instrumentos médico-hospitalares, odontológicos e de laboratórios e aparelhos ortopédicos	1.705	19.489	476.859

Fonte: IBGE (1997).

Os dados mais precisos e diversificados da *Pesquisa da Atividade Econômica Paulista*, realizada pela Fundação Seade, permitem completar o quadro descritivo da indústria de equipamentos médicos durante a década de 90. Esses dados revelam que havia, em 1996, 355 empresas produzindo equipamentos médicos no Estado de São Paulo (Tabela 5). Essas empresas tiveram uma receita líquida de R\$ 586 milhões, que se atribui em 77,5% ao segmento de instrumentos médicos. Esses dados sugerem que a indústria de equipamentos médicos sofreu uma importante mudança estrutural em benefício desse segmento durante a década de 90. De fato, o segmento de material de consumo, que era responsável em 1985 por 44% do produto setorial em âmbito nacional, representava apenas 23% desse montante em 1996 no Estado de São Paulo. Os

dados da PAEP trazem importantes informações relacionadas à atividade econômica dessas empresas. Um fato notável consiste na baixa propensão das empresas dessa indústria em realizar imobilizações em ativos fixos, o que, por se tratar de uma indústria de base tecnológica, suscita certa preocupação, sobretudo, quando se considera que 1996 foi um ano de expansão da economia.

Tabela 5. Indicadores econômicos da indústria paulista de equipamentos médicos (1996)

Indicadores Econômicos e de Inovação Tecnológica	CNAE 24.54-6	CNAE 33.1	Total Equipamentos Médicos	Total da Indústria de Transformação
Receita Líquida (R\$)	132.106.209	454.439.797	586.546.006	213.524.360.415
Valor Adicionado (R\$)	85.535.095	282.495.429	368.030.524	96.581.474.587
Número de Empresas (n. abs.)	79	277	356	41.466
Investimentos em Ativos Imobilizados (R\$)	4.087.370	18.305.509	22.392.879	15.865.515.846
Pessoal Ocupado (n. abs.)	3.413	10.085	13.498	2.513.920
Remuneração Bruta do Pessoal Ocupado (R\$)	26.468.998	94.628.480	121.097.478	29.827.716.154
Taxa de Investimento	4,78	6,48	6,08	16,43
Participação da Folha Salarial no Produto	30,95	33,50	32,90	30,88
Receita Líquida/Empresa	1.672.230	1.640.577	1.647.601	5.149.384
Pessoal/Empresa	43	36	38	61

Fonte: PAEP – Fundação Seade.

O número de empresas estimadas pela pesquisa da PAEP é bastante coerente com o da ABIMO para o país. São 356 empresas que correspondem aproximadamente a 69% do universo das empresas estimadas pela ABIMO. Pode-se supor que esta seja a participação da indústria paulista no conjunto nacional, o que nos permitiria estimar que a receita líquida nacional era de US\$ 810 milhões em 1996,² número este mais de duas vezes inferior ao adiantado pela ABIMO (Tabela 3).

Os dados da ABIMO revelam, entretanto, que importantes evoluções ocorreram durante a década de 90. A produção de equipamentos médicos expandiu-se significativamente após uma queda no início da década. A expansão da demanda interna provocada pelo Plano Real parece constituir-se na causa principal desse processo. Em compensação, o coeficiente de exportações decresceu, situando-se em patamar inferior ao do início da década. Este fato revela vários aspectos. Em primeiro lugar, a produção interna no início da década de 90 orientou-se para as exportações, à semelhança do que já ocorrera durante a década de 80. Em segundo lugar, esboçou-se, com a abertura do início da década, um processo de especialização da oferta interna que é estruturalmente mais significativo do que no período de substituição de importações.

As vantagens competitivas da indústria nacional de equipamentos médicos costumavam estar localizadas, sobretudo, no Grupo IV, de material de consumo. Entretanto, no decorrer da década de 90, as exportações do Grupo II, de equipamentos eletroeletrônicos, cresceram muito dinamicamente, como pode ser observado mais adiante, na seção 4. A indústria brasileira, que já havia se especializado anteriormente em exportar produtos de menor conteúdo tecnológico, passou a melhorar sua posição nas exportações de eletroeletrônicos. A abertura desencadeou um processo de

brasileira a partir do Plano Real, trouxe importantes conseqüências para a parcela da oferta dirigida ao mercado interno. Por exemplo, o processo de diversificação da oferta de produtos observado, sobretudo, na década de 70 e que havia demonstrado sinais de esgotamento, parece estancar-se e, mesmo, emitir claros sinais de retrocesso.

Uma série de produtos, que foi incorporada à pauta de produção do país nas décadas de 70 e 80, deixou de ser produzida localmente nos anos 90 por falta de competitividade com os importados. Equipamentos como marcapassos implantáveis e aparelhos de laboratório complexos (espectrofotômetros de absorção atômica e cromatógrafos a líquido e a gás) tiveram sua fabricação suspensa no país. Determinados segmentos da indústria são progressivamente desertados pelas empresas multinacionais, como o radiológico pela Siemens, Philips, Toshiba e outros que preferem tornar-se importadores. Nenhuma importante empresa multinacional demonstrou interesse em se instalar no país, apesar de o Brasil ser um dos mais dinâmicos mercados do mundo em diagnóstico por imagem. Setores dos quais as multinacionais foram excluídas na década de 80, por estarem inseridos dentro da reserva de mercado, como o de ultra-som, não as interessaram mais depois da revisão da lei durante a década de 90.

De fato, embora o Brasil seja considerado um dos mais importantes mercados mundiais de aparelhos de ultra-som – foram vendidas 2.341 unidades de ultra-som colorido e 3.005 unidades de ultra-som preto e branco entre 1994 e 1997 – as empresas japonesas, americanas e européias que atuam no país preferem abastecer o mercado interno a partir de produtos importados. Na realidade, o principal motivo para que as empresas multinacionais implantassem unidades de produção no país foi a política de substituição de importações liderada pelo CDI.³

As informações desta pesquisa revelam um balanço complexo do processo de abertura, em que temos, por um lado, um efeito positivo provocado pela maior especialização da oferta e a expansão/diversificação do mercado interno e, por outro, um efeito negativo causado pelo aumento explosivo das importações, associado a um retrocesso da oferta de certos produtos tecnologicamente mais complexos. Além disso, a sobrevalorização da moeda brasileira que se segue à implementação do Plano Real teve desdobramentos bastante negativos no plano da oferta.

A abertura comercial também trouxe claros desdobramentos para os preços praticados internamente pela indústria de equipamentos médicos. Certos equipamentos mais complexos deixaram de ser fabricados porque tinham preços três ou quatro vezes superiores aos dos importados. No cômputo geral, a abertura e a fixação da taxa de câmbio devem ter contribuído para a contenção de certos preços. Esse efeito anula-se com a desvalorização do real no início de 1999. Entretanto, todos esses impactos não podem ser avaliados devido à ausência de um índice de preço específico para esse setor.

3 Os fabricantes de equipamentos médicos requeriam ao CDI certificados de fabricação que eram outorgados após averiguação do índice de nacionalização da produção, o qual devia ser superior a 80%. Esse certificado era uma pré-condição para a importação dos insumos, rigidamente controlados pela Cacex, e para o financiamento da compra dos produtos pela Agência Especial para o Financiamento Industrial (Finame) do BNDES. O CDI foi extinto pelo governo Collor no início de 1990.

Os dados da ABIMO revelam que em torno de 80% das empresas fabricantes de equipamentos médicos são brasileiras (Tabela 6).

Tabela 6. Empresas da amostra da ABIMO por origem de capital (em %)

	1987	1990	1992	1994	1996
Capital nacional	78,2	80,2	83	88,16	80,6
Capital estrangeiro e misto	21,8	19,8	17,0	11,84	19,4

Fonte: ABIMO.

Esses dados indicam que durante a primeira metade da década de 90 ocorreu um acentuado decréscimo da proporção de empresas multinacionais, o que deve ser atribuído ao recuo da produção interna verificada no período. Após a retomada da demanda interna, o número relativo de empresas estrangeiras estaria voltando a crescer. Esses dados devem ser tomados com certa cautela, uma vez que no levantamento que fizemos da *Feira Hospitalar* de 1999, nenhuma das empresas multinacionais que respondeu ao questionário revelou estar fabricando equipamentos no país.

Novos mercados da indústria de equipamentos médico-hospitalares

Até que ponto houve mudança no destino dos produtos fabricados pela indústria no país? Os dados da ABIMO sobre os principais compradores mostram que o setor público e o privado dividiram em partes iguais esse mercado, com pequenas oscilações ao longo do tempo (Tabela 7).

Tabela 7. Mercados da indústria de equipamentos médicos (em %)

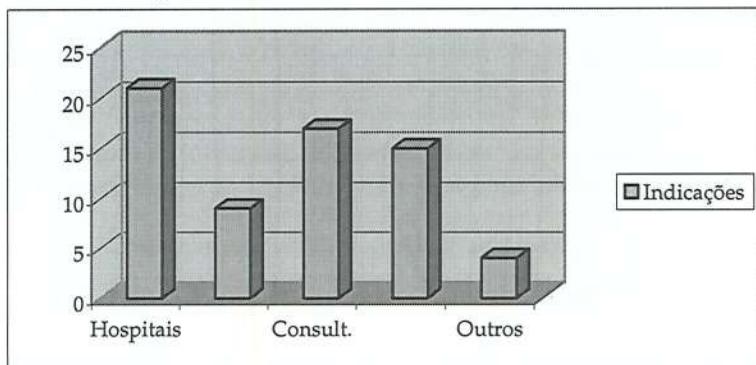
	1988	1990	1992	1994	1996
Privado	52,0	49,28	46,8	49,45	48
Governo	15,54	17,74	22,6	20,21	18,9
INAMPS/SUS	34,0	31,23	30,2	30,34	33,1

Fonte: ABIMO.

Entretanto, esses dados da ABIMO não são realistas e omitem importantes mudanças que ocorreram ao longo da década de 90. O mercado de serviços hospitalares se expandiu fundamentalmente em função dos recursos provenientes do setor privado (seguros, convênios e particulares). O Sistema Único de Saúde (SUS) sofreu uma contenção do volume de gastos após a decretação do Plano Real. Isto se deve ao congelamento das tarifas dos serviços pagos pelo SUS. Segundo o Sindicato dos Hospitais, Clínicas, Casas de Saúde e Laboratórios de Análises Clínicas do Estado de São Paulo (Sindihosp), houve apenas um reajuste de 25% nas tarifas do SUS desde a implementação do Plano Real, enquanto os custos dos hospitais cresceram 73,9% até julho de 1999.⁴ Em volume de gastos, o SUS foi responsável por um dispêndio total de R\$ 8,3 bilhões em 1998, enquanto o sistema de seguros privados mobilizou recursos da

Outro ponto que emana da pesquisa da *Feira Hospitalar*⁵ é a crescente diversificação dos mercados das empresas de equipamentos médicos. Ao lado do setor hospitalar, a demanda oriunda das clínicas particulares, consultórios médicos e mesmo de particulares vem ocupando um espaço cada vez maior (Ver Gráfico 1).

Gráfico 1. Principais mercados



Fonte: Unicamp. NEPP (1999).

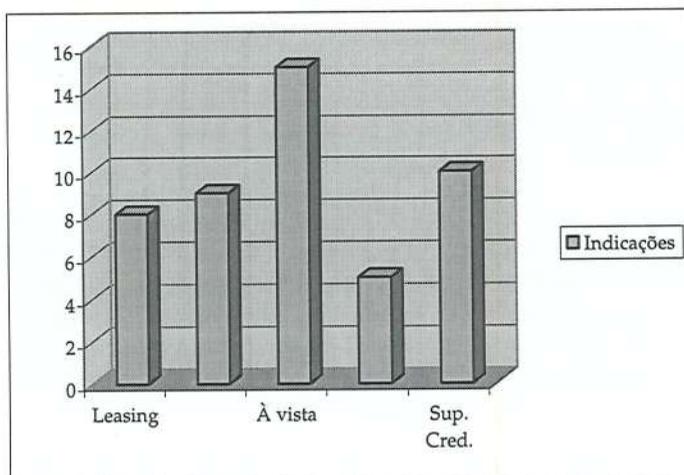
Outro aspecto importante revelado pela pesquisa realizada pelo Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP) da Unicamp (1999) é as novas formas de pagamento encontradas pelos fabricantes para fazer face às limitações do sistema de financiamento de compras de seus produtos, principalmente de equipamentos. Os equipamentos médicos, sobretudo do Grupo II, se caracterizam por possuir um elevado custo unitário. No setor hospitalar, que é responsável por uma parcela substancial das aquisições dos equipamentos no país, estima-se que os equipamentos médicos representam algo em torno de 50% do custo de investimento de um hospital. Assim, para um hospital de cerca de 500 leitos gastam-se US\$ 80 milhões em equipamentos e mobiliários hospitalares.

Por essa razão, a produção interna não pode se desenvolver sem um sistema de financiamento de longo prazo. A Finame do BNDES sempre foi o instrumento preferencial usado pelos clientes da indústria para financiar suas compras. Esse mecanismo diminuiu muito de importância durante a década de 90 devido às elevadas taxas de juros existentes no país. O pagamento à vista é hoje considerado a principal forma de aquisição de equipamentos médicos no país (Gráfico 2). Como segunda alternativa, os fornecedores estão fazendo uso de diversas formas para financiar eles mesmos os seus clientes (suppliers' credits). Esse tipo de financiamento é realizado sem a intermediação de instituições financeiras, ao contrário do que ocorre, por exemplo, na indústria automobilística, com base no parcelamento do pagamento. A Finame está em terceira posição, concorrendo com o leasing bancário. Esses aspectos revelam que as

⁵ Essa pesquisa se apóia nas respostas de 23 empresas fabricantes de equipamentos médicos que responderam ao questionário da Unicamp na *Feira Hospitalar* de 1999. Dessas empresas, todas responderam ser nacionais; dezoito disseram fabricar equipamentos, uma instrumentos cirúrgicos e, três, software.

altas taxas de juros reais existentes no país durante a década de 90 dificultaram a expansão do mercado para equipamentos médico-hospitalares fabricados internamente. As importações são muitas vezes financiadas em termos mais favoráveis.

Gráfico 2. Formas de pagamento



Fonte: Unicamp. NEPP (1999).

O uso da compra à vista e dos suppliers' credits responde fundamentalmente a um desajuste da política econômica do Plano Real que elevou dramaticamente os níveis das taxas de juros reais no país. Devido à sobrevalorização cambial, o governo teve grande dificuldade em reduzir a taxa de juros interna e atrair ao mesmo tempo o capital estrangeiro. Com a desvalorização do real em 1999 e a manutenção das taxas de juros nominais em níveis mais adequados assiste-se a uma baixa das taxas de juros reais no país, principalmente das controladas pelo governo, como a Taxa de Juros de Longo Prazo (TJLP) usada pelo BNDES. Deve-se esperar, conseqüentemente, uma retomada de importância da Finame para o financiamento de equipamentos médicos.

Inovatividade da indústria de equipamentos médicos

Essa indústria, principalmente no que diz respeito à fabricação de equipamentos (Grupos I, II e III), está incluída no setor de instrumentação que se caracteriza por ter um elevado nível de inovatividade. A *Pesquisa da Atividade Econômica Paulista* (PAEP), realizada no Estado de São Paulo em 1997, incluiu um questionário específico sobre inovação tecnológica na indústria paulista, baseado no *Manual de Oslo*. É o que, de fato, comprovam os dados da PAEP (Tabela 8). Essa pesquisa adotou o CNAE usado pelo IBGE, cuja aplicação ao setor de equipamentos médicos comentou-se anteriormente. As respostas obtidas por essa pesquisa revelam que as empresas do setor

	24.240	Equipamentos de Instrumentação Médicos			
Número total de empresas (n. abs.)	79	277	356		41.466
Empresas Inovadoras (n. abs.)	22	130	152		10.244
Valor adicionado das empresas inovadoras (R\$)	21.825.789	173.268.113	195.093.902		62.054.162.495
Pessoal de nível superior em P&D (n. abs.)	4	12	16		10.365
Taxa de inovatividade	27,85	46,93	42,70		24,70
% do PIB de empresas inovadoras	25,52	61,33	53,01		64,25
% de empregados em P&D/Total	0,12	0,12	0,12		0,41

Fonte: PAEP – Fundação Seade.

Esse elevado grau de inovatividade afeta, todavia, de forma diferenciada a indústria de equipamentos médicos. O segmento – de instrumentação –, CNAE 33.1, e mais especificamente os eletromédicos (Grupo II), tem maior dinamismo tecnológico, ao passo que os demais segmentos são menos dinâmicos. Os dados de taxa de inovatividade e de valor agregado dessas empresas revelam que o segmento de instrumentação é muito mais inovativo do que o de material de consumo. Este último segmento se aproxima da média da indústria.

A ABIMO publica também dados de inovação das empresas de equipamentos médicos. Esses dados, entretanto, carecem de uma definição muito clara. Existem duas categorias diferentes: “lançamentos” e “considerável nível tecnológico revolucionário”. Essas duas categorias recobrem situações bastante distintas. A primeira inclui todos os novos produtos introduzidos que podem constituir inovações tecnológicas (incrementais ou significativas) ou melhoramentos que não impliquem inovações tecnológicas. A segunda concerne às inovações de produto radicais. A análise dos dados da amostra revela que houve um descompasso entre esses dois tipos de inovações (Tabela 9). Verifica-se que desde o início da década de 90 houve um decréscimo das inovações de produto radicais. Diante disso, pode-se supor que a maior abertura da economia brasileira inibiu as estratégias das empresas locais de introduzir inovações significativas, ou seja, de entrar em segmentos mais dinâmicos tecnologicamente. Em compensação, o Plano Real teve um efeito estimulante no lançamento de novos produtos, o que é um desdobramento evidente da maior abertura comercial. A abertura comercial obrigou os fabricantes locais, para sobreviverem, não somente a aumentar a produtividade através de inovações tecnológicas de processo e organizacionais, como a serem capazes de introduzir, em um ritmo muito maior, novos produtos, que incorporam mais freqüentemente inovações tecnológicas. Esses resultados são corroborados por outros estudos sobre a inovação no período (Quadros et al., 1998). Em resumo, a abertura incentivou a inovação dentro das trajetórias tecnológicas, entendam-se famílias de produtos, existentes.

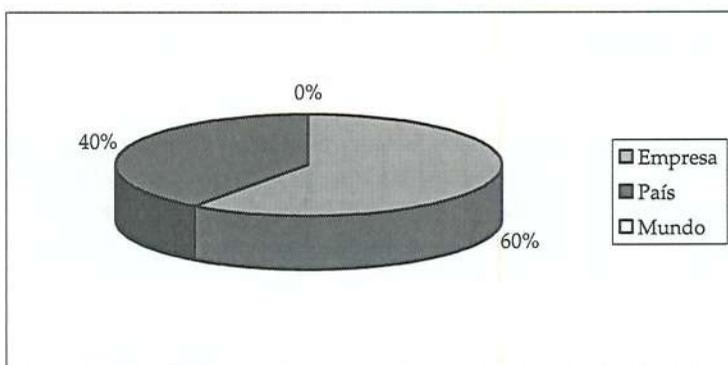
Tabela 9. Empresas de equipamentos médicos que lançaram novos produtos (em %)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Lançamentos	73,1	74,2	78,2	75,64	90,1	84,0
Considerável nível tecnológico revolucionário	38,8	33,9	36,0	26,92	30,0	29,4

Fonte: ABIMO.

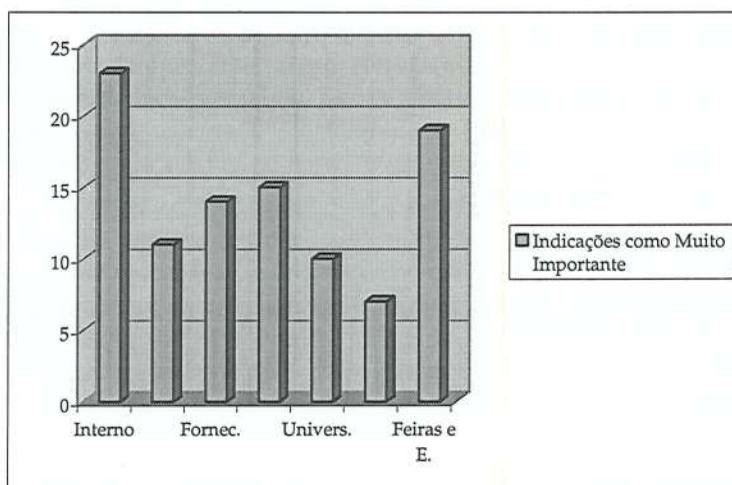
Os dados levantados pela pesquisa da Unicamp realizada por ocasião da *Feira Hospitalar* de 1999 ocorrida em São Paulo completam o quadro que foi apresentado acima. Dos 23 fabricantes entrevistados, 21 responderam haver introduzido pelo menos uma inovação nos últimos três anos. Essas inovações, na maior parte das vezes, eram apenas novidades para as empresas e, em menor medida uma novidade para o país, mas nunca uma novidade para o mundo (Gráfico 3). Isto demonstra a posição de seguidoras das empresas nacionais.

Gráfico 3. Grau de novidade das inovações tecnológicas



Fonte: Unicamp. NEPP (1999).

Gráfico 4. Origem do conhecimento tecnológico



Fonte: Unicamp. NEPP (1999).

A introdução de inovações tecnológicas se apóia basicamente na reprodução e

introdução de inovações, estando colocada em terceira posição. Os fornecedores de componentes e partes, que são em alguns casos os geradores da tecnologia, têm, por essa razão, um papel importante na introdução de inovações. As universidades brasileiras e os institutos de pesquisa têm uma importância relativamente menor, que, no entanto, não deve ser subestimada, uma vez que existem casos de processos de transferência de tecnologia da universidade para as empresas.

Perspectivas da indústria brasileira de equipamentos médicos

Como foi exposto, ainda é difícil montar um quadro completo das transformações ocorridas durante a década de 90 na indústria de equipamentos médicos no Brasil. Durante as entrevistas realizadas na *Feira Hospitalar*, tentou-se preencher esse quadro solicitando aos entrevistados que indicassem como suas empresas estavam sendo afetadas pela conjuntura da década de 90 e quais eram suas perspectivas de expansão em função de acontecimentos recentes como a desvalorização do real no início de 1999.

Em relação aos principais acontecimentos da década de 90, pôde-se comprovar que as empresas de equipamentos médicos tinham posições diferenciadas. A abertura comercial, iniciada no começo da década de 90 com o governo Collor, engendrou posições contraditórias entre os entrevistados (Tabela 10). O maior número de empresas revelou que a abertura comercial as afetou positivamente. A mais importante razão foi a maior facilidade para importação de componentes incorporados nos equipamentos fabricados por essas empresas. Esse fato já havia sido comprovado em pesquisas anteriores sobre essa indústria (Furtado et al., 1991). As empresas sofriam com as demoras e os custos de importações de componentes essenciais. Em compensação, um significativo número de empresas se queixou com a concorrência, muitas vezes, desleal (*dumping*) de produtos importados.

Tabela 10. Fatores que afetaram a capacidade produtiva das empresas (em número de respostas)

	Abertura	Mercosul	Plano Real	Gasto Público	Gasto Privado
Positivamente	8	6	17	10	17
Negativamente	7		2	4	
Indiferente	8	17	4	9	6

Fonte: Unicamp. NEPP (1999).

A pesquisa também revela que o Mercado Comum do Sul (Mercosul) não foi uma grande oportunidade de expansão para a maioria das empresas entrevistadas. Apenas uma parcela destas que apresentam capacidade para exportar indicou que esse mercado desempenhou um papel relevante na expansão da demanda dos seus produtos. Na média, as empresas manifestaram destinar 91,2% da sua produção ao mercado interno, e quando eram exportadoras, nem sempre o mercado latino-americano revelou-se o mais importante.

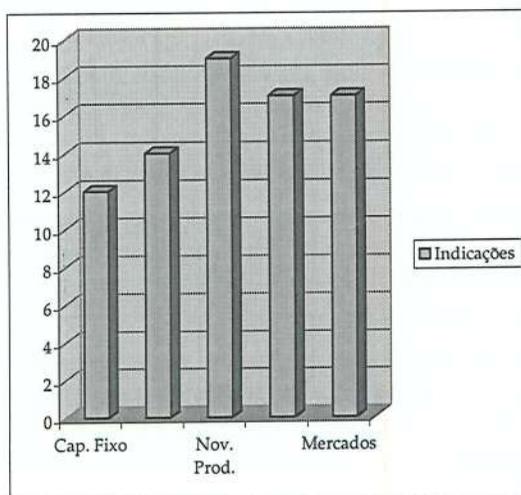
O Plano Real teve uma aceitação muito maior entre os fabricantes nacionais. Apenas duas empresas se manifestaram negativamente contra dezesseis positivamente.

As respostas negativas se referem aos últimos desdobramentos da moeda brasileira. A grande contribuição do Plano foi a expansão da demanda interna. Essa expansão deveu-se, sobretudo, à redinamização do gasto privado. Este último teve uma melhor aceitação entre os entrevistados, como foi mostrado anteriormente na seção de mercados.

A indústria de equipamentos médicos nacionais se caracteriza por ser composta em grande medida por empresas de pequeno e médio porte. As empresas entrevistadas na *Feira Hospitalar* tinham em média 130,8 empregados. Essa média está, com certeza, acima da do conjunto das empresas do setor. Os dados do cadastro do IBGE sugerem uma média de aproximadamente 12 empregados por empresa, média esta, como se viu, demasiado pequena. Pode-se supor que a realidade se situe entre essas duas grandezas, como confirmam os dados da PAEP, de 32,9 empregados por empresa. O que coloca a média das empresas próximo à fronteira entre as pequenas e médias empresas.

As empresas dessa indústria se caracterizam por ter uma baixa intensidade de capital, de acordo com as informações de investimento da PAEP. Há, logicamente, grandes variações nesse montante, de acordo com o segmento em questão. As empresas do Grupo IV (Material de Consumo) costumam ter uma intensidade de capital mais elevada, por possuírem escalas de produção maiores. Mas grande parte das empresas dos Grupos I, II e III tem baixa intensidade de capital. Nos Grupos II e III temos empresas de pequeno e médio porte com processos produtivos de pequena escala e uma gama variada de produtos. As atividades produtivas consistem, muitas vezes, na montagem praticamente manual de componentes sem o auxílio de equipamentos complexos.⁶ Essa situação explica por que entre as empresas entrevistadas na *Feira Hospitalar*, um pouco mais da metade pretendia aumentar a capacidade produtiva, mas mais de 80% tinham a intenção de introduzir novos produtos (Gráfico 5).

Gráfico 5. Perspectivas de investimento



interno não se apresenta como a saída mais promissora para essa indústria. Das empresas entrevistadas, doze disseram ter boas perspectivas no mercado interno, ao passo que seis afirmaram ver problemas devido à contração da demanda causada pela recessão que abala a economia do país. Em compensação, quinze das empresas entrevistadas viam positivamente as possibilidades de expansão das exportações. Portanto, a desvalorização do real e a recessão interna acenam para uma retomada do processo de substituição de importações, associada a uma nova guinada exportadora, muito semelhante à que foi observada no início da década de 90.

2.4 Evolução do comércio exterior

Como mencionou-se logo no início deste trabalho, a década de 90 foi muito fértil em transformações, sobretudo, pelo lado do comércio exterior. Observou-se um descolamento entre a produção interna, que aumenta em menor ritmo, e a demanda de produtos importados, que cresce aceleradamente.

Os dados de comércio exterior são, felizmente, muito mais completos do que os de produção. Embora a ABIMO faça um levantamento regular dos dados de importações e exportações, realizou-se um levantamento de dados da Secex que foram agrupados, posteriormente, de acordo com a classificação adotada por este estudo. O levantamento se apoiou em uma série de dados da Secex de 1989 até 1998. Esses dados sofreram uma mudança na forma de classificação em 1996, quando o Brasil passou a adotar a classificação internacional de comércio exterior. Essa mudança dificultou enormemente o trabalho de agrupamento dos dados, impossibilitando a obtenção de séries estatísticas contínuas e homogêneas nesse período. A classificação anterior (NBM) era bastante mais detalhada e completa, embora ocorressem algumas omissões como a falta de diferenciação entre as diversas modalidades de aparelhos de ultra-som. Porém, a nova classificação excluiu importantes segmentos, ou melhor, agrupou-os junto com outros que não eram mais equipamentos médicos. Em alguns casos, em que pôde-se identificar tais mudanças, tentou-se corrigi-las, mas nem sempre isso foi possível.

Para classificar os dados da Secex, reuniram-se os produtos nos quatro Grupos do IBGE. Entretanto, decidiu-se introduzir uma importante modificação nessa classificação ao incluir o material de consumo ligado aos aparelhos de raios X, num subitem específico do Grupo IV.

Os dados de comércio exterior revelam que a economia brasileira sofreu um intenso processo de abertura que se manifestou mais claramente através de um aumento explosivo das importações. A abertura comercial facilitou o aumento de importações, antes reprimidas por intransponíveis barreiras comerciais e uma vagarosa burocracia. O câmbio sobrevalorizado facilitou ainda mais a penetração das importações. Essa expansão é uma manifestação clara da perda de competitividade da indústria brasileira nos setores tecnologicamente mais dinâmicos, a qual se manifestou durante a década de 80, justamente quando emergiu o novo paradigma tecnológico apoiado na microeletrônica, novos materiais e biotecnologias. O setor de equipamentos médicos, por ser um dos mais afetados pelo uso de tecnologias intensivas em

informação e de novos materiais, manifestou mais acentuadamente sua defasagem com relação ao avanço da fronteira tecnológica internacional.

Mesmo assim, a abertura comercial também acarretou importantes transformações na dinâmica da oferta. A indústria brasileira ficou mais exposta à concorrência, melhorando sua eficiência e inovatividade. A produção interna se especializou e o aumento da produtividade refletiu-se num crescimento sustentado das exportações até que os efeitos da sobrevalorização do real se manifestassem mais acentuadamente. E mais, houve uma maior especialização em produtos de maior conteúdo tecnológico.

Os elementos trazidos pelos dados de comércio exterior parecem indicar que a abertura estimulou as empresas nacionais a buscarem eficiência produtiva e um maior grau de inovatividade. Ao mesmo tempo, a mesma abertura parece haver "explicitado" o *gap* tecnológico, ao fazer com que as importações crescessem muito acima das exportações em produtos cada vez mais inalcançáveis pela produção interna. Esse quadro complexo revela, sobretudo, uma política econômica inadequada que não soube agir de forma equilibrada sobre os estímulos capazes de induzir os agentes econômicos numa trajetória sustentável e ascendente de capacitação tecnológica.

Exportações: um comportamento irregular

A abertura da economia brasileira, no início da década de 90, revelou ser um fator bastante estimulante para a expansão das exportações de equipamentos médicos. Essas cresceram substancialmente durante a primeira metade da década, 168% entre 1989 e 1995 (Tabela 11). Vários fatores contribuíram à maior competitividade da indústria brasileira. O maior acesso a insumos importados foi um fator que, como já foi assinalado, rebaixou os custos de produção. Ao que tínhamos adiciona-se uma maior especialização das empresas e a introdução de inovações organizacionais. Esses ganhos de produtividade se estenderam ao longo da década. Porém, o surto exportador se esgotou na segunda metade da década devido, sobretudo, à valorização do real.

Os produtos que lideraram essa expansão das exportações foram variados. Temos produtos tradicionais, tais como termômetros, cordas de tripa, pensos adesivos, agulhas e seringas, junto com produtos emergentes, tais quais fornos, reagentes, silicões, partes de aparelhos para filtrar e depurar líquidos, eletrodentários, etc.

Embora as exportações dos Grupos II, III e IV tenham aumentado durante uma década, esse crescimento foi bastante desequilibrado (Tabela 11). O Grupo IV, de material de consumo, que mantém a liderança, baixou de 64,5% das exportações brasileiras para 52,6% entre 1989 e 1998. Uma gama variada de produtos foi responsável pelo dinamismo das exportações do Grupo IV que mesmo assim duplicaram de valor, abrangendo os materiais médico-hospitalares, tanto para raios X, como outros, os laboratoriais, reagentes e outros, e os odontológicos. Como se observa mais adiante, esse

Tabela 11. Brasil – Exportações de materiais e equipamentos médicos entre 1989 e 1996 (NBIM) e NCM entre 1997 e 1998

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Grupo I: Instrumentos médico-hospitalares									
Médico	42,605	79,607	142,107	257,791	555,527	1,002,041	591,981	557,164	24,465
Termômetro	2,124,299	2,339,467	2,070,672	2,089,381	1,462,234	1,524,642	1,610,341	2,465,669	630,170
Total	2,166,904	2,419,074	2,212,779	2,347,172	2,017,761	2,526,683	2,202,322	3,022,833	654,635
Grupo II: Aparelhos e equipamentos eletromédicos, odontológicos e laboratoriais									
Médico-Hospitalar									
Eletromédicos e outros	8,751,328	8,880,140	9,509,387	18,443,098	19,839,063	20,629,122	21,824,796	19,214,938	23,390,101
Oftalmologia	101,080	74,444	176,326	169,618	117,241	417,755	110,485	231,494	625,187
Imagem (US, RMN e TC)	11,534	-	24,197	18,002	68,196	1,430,577	315,245	539,940	229,252
Aparelhos de raios X e outros	1,260,387	734,509	1,296,795	8,479,253	4,051,625	3,875,023	7,771,516	9,681,581	7,988,502
Total Médico-Hospitalar	10,124,329	9,689,093	11,006,705	27,109,971	24,076,125	26,352,477	30,022,042	29,667,953	32,233,042
Odontológico	2,662,855	3,442,554	4,194,219	8,458,524	10,668,991	12,608,836	13,285,034	15,537,939	8,567,368
Laboratorial	2,828,688	4,656,850	6,189,311	6,262,629	8,395,424	7,326,017	10,437,980	5,362,920	14,632,922
Total Grupo II	15,615,872	17,788,497	21,390,235	41,831,124	43,140,540	46,287,330	53,745,056	50,568,812	55,433,332
Grupo III: Próteses e Orteses	5,432,104	3,994,308	5,628,162	6,905,418	8,090,168	8,556,437	10,988,095	13,310,384	14,610,881
Grupo IV: Material de Consumo									
Médico-Hosp.									
Raios X	3,933,219	7,076,153	14,696,667	28,597,782	32,665,887	26,371,299	36,975,963	28,579,928	19,564,326
Outros Médico-Hosp.	21,503,724	25,783,882	30,634,026	35,327,423	35,481,018	36,375,564	42,731,267	40,905,529	64,935,581
Laboratorial									
Reagentes	422,805	456,122	562,673	694,065	1,089,100	998,969	1,516,615	1,954,544	1,677,124
Outros Laboratórios	14,591,264	13,772,711	15,023,836	15,390,810	14,588,295	16,798,907	22,395,180	21,820,784	519,885
Odontológico	1,843,818	2,393,055	3,570,162	4,145,366	4,518,847	1,060,440	4,620,401	4,356,715	2,940,959
Total Grupo IV	42,294,830	49,481,923	64,487,364	84,155,446	88,343,147	81,605,183	108,239,426	97,617,500	89,637,875
Total geral	65,509,710	73,683,802	93,718,540	135,239,160	141,591,616	138,975,633	175,174,899	164,519,529	160,336,723

No segmento médico-hospitalar destacam-se as exportações de hemodialisadores e aparelhos oxigenadores de sangue. No segmento de raios X têm-se equipamentos de raios X de pequeno porte, inclusive para uso odontológico, tubos, geradores, partes e acessórios, e aparelhos de tratamento radiológico. No segmento odontológico, sobressaem-se cadeiras para dentistas, aparelhos de broca e outros eletrodentários. Finalmente, entre os equipamentos de laboratório, os aparelhos e partes de fornos foram os principais produtos de exportação nesse segmento.

As exportações do Grupo III tiveram um comportamento bastante dinâmico, motivado pelo crescimento das próteses e aparelhos ortopédicos de uso médico e pelas próteses dentárias. Conseqüentemente, foi o segmento dos produtos não eletroeletrônicos que motivou esse desempenho.

Ao mesmo tempo, o Grupo I sofreu um declínio em termos relativos e absolutos. Isto foi causado pela retração das exportações de termômetros. Tem-se, neste caso, a crescente concorrência dos termômetros digitais, que não são fabricados no país.

Em termos gerais, o desempenho positivo das exportações repartiu-se heterogeneamente entre os setores e segmentos, afetando mais favoravelmente os produtos mais complexos tecnologicamente. A razão para o maior dinamismo das exportações de equipamentos eletroeletrônicos residiu na maior especialização produtiva, em segmentos de maior complexidade tecnológica que costumavam ser pouco propensos a exportar na fase de substituição de importações. Ainda assim, a indústria brasileira exportou produtos de média ou baixa complexidade. O destino das exportações foi de preferência a América Latina, embora uma parte dessa produção se orientou para outros mercados.

O montante de exportações se estabilizou durante a segunda metade da década de 90. Entretanto, os grupos tiveram evoluções diferenciadas. As exportações do Grupo II continuaram aumentando após 1995, principalmente as de equipamentos médico-hospitalares e laboratoriais. O Grupo III também teve uma evolução positiva, destacando-se as próteses (mamárias não implantáveis). Em compensação, os Grupos I e IV viram suas exportações diminuir na segunda metade da década. A estagnação das exportações estava diretamente associada à rápida expansão da demanda após o Plano Real e à valorização da moeda. Mas as mudanças estruturais na composição das exportações indicam claramente que o processo de especialização da produção alcançou os setores tecnologicamente mais dinâmicos.

Deve-se esperar que a desvalorização do real e a queda da demanda interna estejam redinamizando as exportações, como aponta a pesquisa da Unicamp na *Feira Hospitalar*. Por outro lado, a desvalorização do real deve acarretar uma retomada do processo de substituição de importações, o qual tinha sido interrompido por volta do final dos anos 80.

Importações: um comportamento explosivo

Tabela 12. Brasil – Importações de materiais e equipamentos médicos entre 1989 e 1996 (NBM) e NCM entre 1997 e 1998

NBM	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Grupo I: Instrumentos										
Médico-Hospitalares										
Médico	5,876,212	15,271,550	20,853,365	12,597,348	10,769,200	9,400,112	12,210,147	13,062,543	13,431,791	20,729,921
Termômetro	310,300	412,022	466,540	842,991	1,168,191	762,010	1,675,064	1,467,771	1,729,921	7,179,921
Total	6,186,512	15,683,572	21,319,905	13,440,339	11,937,391	10,162,122	13,885,211	14,530,314	15,161,712	28,909,842
Grupo II: Aparelhos e Equipamentos Eletromédicos, Odontológicos e Laboratoriais										
Médico-Hospitalar										
Eletromédicos e outros	39,120,818	37,318,739	46,569,881	48,167,109	58,301,513	66,281,420	145,674,942	244,210,811	238,541,241	256,176,301
Oftalmologia	2,544,465	4,234,163	4,481,070	5,306,050	4,663,719	6,780,166	14,836,820	13,833,130	14,156,302	17,207,802
Imagem (US,RMN e TC)	49,272,365	81,701,739	102,305,623	82,700,630	90,982,042	86,127,455	91,277,271	112,009,676	207,087,302	243,636,997
Aparelhos de raios X e outros	53,846,964	52,486,986	56,935,508	53,838,033	88,762,916	62,245,612	92,010,800	104,544,567	99,633,697	118,636,997
Total Médico-Hospitalar	144,784,612	175,741,627	210,292,082	190,011,822	242,710,190	221,434,653	343,799,833	474,598,184	559,418,541	636,636,997
Odontológico	1,597,205	2,866,066	2,289,215	1,996,775	2,944,043	3,561,411	7,640,560	12,266,952	13,423,439	12,129,921
Laboratorial	33,016,494	38,434,700	42,286,520	46,032,928	50,821,900	59,983,894	117,421,050	151,158,526	137,613,050	129,677,302
Total	179,398,311	217,042,393	254,867,817	238,041,525	296,476,133	284,979,958	468,861,443	639,023,662	710,455,030	777,309,299
Grupo III: Próteses e Órteses	28,240,289	30,968,907	19,118,280	20,873,779	25,763,705	26,421,616	42,538,746	64,424,702	61,664,924	67,777,302
Grupo IV: Material de Consumo										
Médico-Hospitalar										
Raios X	14,655,949	17,629,196	23,856,241	27,064,478	25,961,832	26,752,375	36,660,819	37,312,461	49,587,643	49,587,643
Outros Médico-Hosp.	21,177,284	24,784,687	26,189,773	27,941,620	23,085,190	39,870,355	48,581,794	76,127,085	101,975,959	111,111,111
Laboratorial										
Reagentes	13,154,628	17,829,842	25,871,997	30,605,925	39,142,752	57,528,174	89,156,605	114,172,421	136,381,784	143,143,143
Outros Laboratórios	7,924,692	11,611,576	16,751,028	18,138,729	23,832,886	21,560,904	33,028,214	29,259,399	9,624,993	10,101,010
Odontológico	1,765,859	2,270,477	2,940,422	2,087,255	2,819,986	2,754,947	5,514,746	7,574,456	8,923,506	8,923,506
Total Grupo IV	58,678,412	74,125,778	95,609,461	105,838,007	114,842,646	148,466,755	212,942,178	264,445,822	306,493,885	323,636,997
Total Geral	272,503,524	337,820,650	390,915,463	378,193,650	449,019,875	470,030,451	738,227,578	981,424,500	1,093,775,551	1,197,309,299

Esses números, quando relacionados aos da produção interna, revelam que as importações representaram aproximadamente entre 40 e 55% da demanda interna de equipamentos médicos.⁷ No início da década de 80, essa proporção era de 25% (CDI, 1982).

A expansão das importações afetou de forma bastante homogênea todos os grupos. O Grupo II, que já era responsável por aproximadamente dois terços das importações brasileiras de equipamentos médicos, manteve essa proporção quase inalterada até o final do período, revelando que a defasagem competitiva da indústria brasileira é mais forte no segmento de equipamentos eletroeletrônicos. Entretanto, essa defasagem competitiva começou a se estender para os demais grupos. No grupo de material de consumo, em que era menos nítida anteriormente, ela se acentuou consideravelmente durante a década de 90. Assim, a relação exportações/importações do Grupo IV, que pode ser usado como um indicador de competitividade, caiu de 0,72, em 1989, para 0,27, em 1998.

Como para o caso das exportações, constata-se que um grande número de produtos contribuiu para aumentar o valor das importações. Dentro do Grupo II, no subgrupo médico-hospitalar, destacam-se os equipamentos de eletrodiagnóstico, principalmente, os aparelhos de ultra-sonografia, de ressonância magnética nuclear e de tomografia computadorizada. Somente esses três produtos chegaram a somar US\$ 244 milhões em 1998. Entretanto, nem sempre é fácil identificar qual foi a contribuição de cada um desses equipamentos e como eles têm evoluído ao longo do tempo, devido à variação verificada nos valores que revelam problemas de classificação dos produtos. Os aparelhos de raios X também contribuíram substancialmente ao crescimento das importações. Em 1998, as importações desses aparelhos alcançaram US\$ 129 milhões. Como aludiu-se anteriormente, as empresas multinacionais dominantes nesse setor se desinteressaram em expandir a gama de produtos fabricados no país. Assim, as importações de equipamentos de raios X mais complexos, tais como aparelhos de mamografia, angiografia e raios X móveis cresceram substancialmente.

Os equipamentos laboratoriais e odontológicos também contribuíram fortemente ao impulso das importações. O valor das importações de equipamentos odontológicos multiplicou-se por 7,7 entre 1989 e 1998. Entretanto, nesse subgrupo, as exportações foram também muito dinâmicas, cobrindo o aumento das importações. Os aparelhos odontológicos foram o único segmento, dentro do Grupo II, em que houve equilíbrio entre as exportações e importações. Os equipamentos de laboratório apresentaram forte desequilíbrio, sendo que as importações chegaram a alcançar US\$ 129 milhões em 1998, ao que se deve adicionar os US\$ 143 milhões de reagentes no mesmo ano, atingindo quase quatro vezes e dez vezes mais os valores de 1989, respectivamente.

As importações do Grupo III aumentaram em menor proporção, embora tenham sido acrescidas de 137%, entre 1989 e 1998. Esse aumento foi liderado pelas próteses eletroeletrônicas: marcapasso e aparelhos para surdez. Nesse particular, cabe

As importações do Grupo IV também tiveram um crescimento surpreendente. Como se viu, certos insumos químicos, como reagentes, tiveram um crescimento espetacular. Mas esse crescimento se estendeu a uma grande variedade de outros produtos. No segmento médico-hospitalar destacou-se o rápido crescimento de pensos adesivos, silicões e produtos derivados, luvas de borracha para cirurgia, e de sondas e de cateteres. Os filmes de raios X, apesar de constituírem um item tradicional da nossa pauta de importação, continuaram se expandindo em ritmo acelerado.

As importações de material de consumo para laboratório tiveram nos reagentes seu maior destaque. Os demais insumos laboratoriais, que são diversos artefatos usados em exames, também se expandiram durante o período, porém em menor proporção. Finalmente, destacou-se o crescimento das importações de material de consumo odontológico, em especial dos novos cimentos dentários feitos à base de resina sintética.

Esses dados mostram que o crescimento das importações foi geral, não se restringindo apenas a um grupo de produtos. Todos os grupos foram afetados em maior ou menor medida. Esse crescimento não pode ser atribuído apenas à expansão da demanda interna que se consolidou a partir do Plano Real. Na realidade, essa expansão é um fenômeno anterior que se iniciou no final da década de 80 com o esgotamento da industrialização por substituição de importações e a abertura da economia brasileira. Verificou-se, em certos casos, um evidente retrocesso da produção interna, como no caso dos marcapassos. Ademais, a produção interna cessou de se diversificar. De forma que o crescimento da demanda e, principalmente, sua diversificação passaram a ser atendidos pelas importações.

5 Síntese das principais conclusões

(1) A indústria de equipamentos médicos compreende uma gama muito variada de produtos e possui diversas bases tecnológicas. O principal elemento que interliga esses produtos é a demanda dos setores médico-hospitalar, laboratorial e odontológico. A classificação em quatro Grupos (I: Instrumentos e Aparelhos Não Eletroeletrônicos; II: Aparelhos Eletroeletrônicos; III: Órteses e Próteses, inclusive eletroeletrônicas; IV: Material de Consumo) feita pelo IBGE, antes da década de 90, parece ser a mais apropriada, por refletir melhor a diversidade das bases tecnológicas existentes nessa indústria. O segmento mais dinâmico e cuja demanda mais cresce em âmbito internacional é o Grupo II.

(2) A indústria brasileira de equipamentos médicos resulta de um processo de substituição de importações que teve início na década de 50, com a implantação de fabricantes de seringas e, posteriormente, se aprofundou na década de 70, com a consolidação das empresas fabricantes de equipamentos eletroeletrônicos.

(3) O segmento mais avançado tecnologicamente dessa indústria, constituído pelos equipamentos eletroeletrônicos, perdeu competitividade durante as décadas de 80 e de 90. Essa perda de competitividade esteve associada ao acelerado avanço tecnológico que caracterizou essa indústria no plano internacional e também decorreu

de fenômenos mais locais, como a falta de dinamismo da economia brasileira durante as décadas de 80 e 90.

(4) A década de 90 foi marcada por transformações estruturais no funcionamento dos principais mercados de equipamentos médicos. Em primeiro lugar, ocorreu uma maior abertura do mercado interno aos produtos importados. A abertura da economia brasileira gerou desdobramentos contraditórios para a indústria de equipamentos médicos. Por um lado, essa indústria foi beneficiada pela maior facilidade de importar insumos e também pela maior especialização da produção. Assim, as exportações aumentaram significativamente durante a primeira metade da década de 90. Esse crescimento foi mais acentuado no Grupo II, que é o de maior conteúdo tecnológico. O dinamismo das exportações revelou os ganhos de produtividade obtidos em função da abertura.

(5) Mas, por outro lado, a indústria de equipamentos médicos perdeu parcelas importantes do mercado interno devido à concorrência dos produtos importados. Durante a década de 90, as importações cresceram muito acima das exportações. O aumento do coeficiente de importação pode ser considerado como uma clara manifestação da defasagem tecnológica da indústria nacional. Essa defasagem deve ser situada num contexto mais geral dos setores do complexo eletrônico em que é marcada a falta de competitividade da indústria brasileira.

(6) Em segundo lugar, a valorização do real em relação às demais moedas e, principalmente, ao dólar afetou negativamente a competitividade externa da indústria brasileira de equipamentos médicos. Durante a segunda metade da década de 90 houve uma estabilização dos valores das exportações nacionais, ao passo que as importações não pararam de crescer.

(7) Entretanto, a década de 90 foi marcada por um extraordinário dinamismo do mercado interno nos primeiros anos do Plano Real. Essa bolha de consumo traduziu-se em crescimento acelerado das importações. Mas houve, também, uma expansão geral da demanda por produtos fabricados no país. Os segmentos da indústria que lograram resistir ao impacto da abertura e da valorização da moeda se especializaram em atividades de menor conteúdo tecnológico, quando comparadas às importações, nas quais eram mais competitivos. As empresas locais revelaram ter um razoável dinamismo para acompanhar os avanços tecnológicos ocorridos nos países desenvolvidos e para melhorar a qualidade e a produtividade de seus processos. Essa reação da indústria brasileira explica por que as exportações aumentaram durante a primeira metade da década, e por que, posteriormente, a produção continuou a expandir-se em função do mercado interno.

(8) O segmento da demanda que alimentou essa expansão pertenceu ao setor privado. O setor público manteve os preços dos serviços pagos pelo SUS em um nível muito baixo e praticamente sem reajuste, ao passo que a demanda do setor privado expandiu-se substancialmente. Os dados indicam que o setor privado foi responsável

equipamentos médicos.

(10) O componente mais dinâmico da demanda foi coberto pelas importações. Essas cresceram aceleradamente desde 1989 até 1998, multiplicando-se por mais de quatro no período. Estimou-se que as importações chegaram a representar até 50% da demanda interna, ao passo que no início da década de 80 essa proporção era de 25%. O aumento das importações acompanhou-se de uma grande diversificação da demanda. O Brasil passou a ser um grande importador de equipamentos de alto valor, como tomógrafos computadorizados e aparelhos de RMN. Mas o aumento das importações afetou o conjunto de segmentos e de grupos que compõe essa indústria.

(11) A maxidesvalorização do real ocorrida no início de 1999 mudou o quadro em favor da indústria nacional. Desencadeou a substituição de importações, ao mesmo tempo que redinamizou as exportações.

2.6 Algumas recomendações de linhas de pesquisa

O objetivo deste trabalho foi realizar um levantamento das informações setoriais disponíveis sobre o setor de equipamentos médicos no Brasil. Aproveitou-se a oportunidade da *Feira Hospitalar* de 1999 no Anhembi durante o mês de junho para aplicar um questionário a uma amostra de fabricantes nacionais.

O levantamento revelou que a produção nacional é a parte menos coberta. A interrupção da realização de *Censos Industriais* desde 1985 significou, de fato, a ausência, na década de 90, da geração de dados regulares sobre a atividade econômica desse setor. O cadastro produzido pelo IBGE em 1995 não preenche esse vazio. Pelo contrário, os dados desse cadastro levantam sérias dúvidas, principalmente no que se relaciona ao número de empresas do setor.

Os dados produzidos pela ABIMO são mais regulares. Entretanto, eles suscitam, também, sérias dúvidas com relação à forma como são construídos. De fato, as informações sobre faturamento e pessoal ocupado de uma amostra de 70 empresas, que respondem ao questionário da Associação, são extrapoladas para um universo aproximativo de 500 fabricantes que a ABIMO estima atuarem no setor, a partir de uma separação das empresas entre grandes, médias e pequenas. Entende-se que essa extrapolação superestima os valores da produção em 30 a 50%.

Existe também um problema de classificação dos produtos desse setor. Viu-se que a antiga classificação do IBGE em quatro grupos, embora apresente alguns problemas, representa a mais satisfatória e foi adotada neste estudo. Entretanto, durante a década de 90, o IBGE mudou o sistema de classificação das atividades econômicas, adotando o CNAE. Nessa nova classificação, os Grupos I, II e III (instrumentos, aparelhos e próteses) passam a fazer parte de uma única classe inserida no setor de instrumentação, ao passo que o Grupo IV (material de consumo) passa a ser uma classe pertencente ao setor farmacêutico. Assinalou-se ainda que existem sérias dúvidas sobre que produtos estão contidos em cada um desses novos segmentos.

Tendo em vista as dificuldades pelas quais o IBGE vem passando e a demora dessa instituição em produzir um novo levantamento sobre a produção industrial brasileira, seria recomendável aprimorar o levantamento realizado pela ABIMO. Essa associação declarou que estava reformulando o seu levantamento para torná-lo mais completo e representativo. A Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (Fiesp), que tem boa tradição na realização de pesquisas para a indústria, assumiria essa atividade com o deslocamento de entrevistadores às empresas, melhorando a qualidade no preenchimento dos questionários. O questionário seria ampliado incluindo novas informações, tais como faturamento por setor de atividade, valor agregado, gastos em P&D/faturamento, etc. Porém, nenhum passo definitivo foi feito nessa direção. Para tornar esses dados mais confiáveis e representativos, dever-se-ia tomar uma cautela especial no momento de fazer a extrapolação da amostra. A classificação dos dados também não poderia ser apenas por classes terapêuticas.

Os dados de comércio exterior são muito mais completos do que os de produção. Ainda assim, apresentam uma série de problemas. O mais importante se constitui na mudança das NBM para as NCM, a partir de 1996, que provocou o desaparecimento de alguns produtos. Também é difícil conseguir uma equivalência entre essas duas classificações. Somente pôde-se fazê-la num nível bastante agregado e ainda assim enfrentando sérios problemas de compatibilidade.

O objetivo desse trabalho de refinamento dos dados de produção e de comércio exterior deve ser o de gerar indicadores de consumo aparente por principais grupos e do grau de cobertura da produção interna. Indicadores de competitividade devem ser criados de forma a se ter uma idéia mais precisa da evolução da competitividade num plano intra-setorial. Os dados de comércio exterior revelam, de forma geral, a perda de competitividade dessa indústria. Todavia, esse fenômeno precisaria ser analisado mais detidamente e com maior grau de precisão.

Os fatores que estão por trás dessa evolução também precisariam ser melhor entendidos. Como pôde-se perceber no levantamento realizado por ocasião da *Feira Hospitalar*, mudanças importantes de mercado e dos mecanismos de financiamento do consumo estão ocorrendo e precisam ser melhor avaliadas. O levantamento realizado aponta para a fraqueza de mecanismos apropriados de financiamento da produção, os quais estão em desvantagem em relação aos das importações. O nível de capacitação tecnológica das empresas precisa ser medido através de indicadores como gastos em P&D, em Recursos Humanos, em equipamentos e na aquisição de conhecimentos externos.

A elaboração de um índice de preços do setor de equipamentos médicos é um objetivo de fundamental importância para se constituir uma base de informações consistente sobre esse setor. O impacto da desvalorização do real foi significativo nos preços dos produtos desse setor, revelando que muitos produtos, embora sejam fabricados no país, têm seus preços dolarizados.

Outras determinações relativas ao estabelecimento de limites de importação - até mesmo de impostos indiretos sobre produtos importados afetam a capacidade competitiva das empresas nacionais. Recentemente, em função da subida do preço de certos produtos provocada pela desvalorização do real, o governo decidiu suprimir o Imposto de Importação, o IPI e o ICMS de vários produtos (dialisadores, aparelhos de oxigenoterapia) com o intuito de coibir os aumentos. Caberia indagar sobre a eficácia dessas medidas que podem levar a uma diminuição da produção desses produtos no país.

Finalmente, caberia analisar a relevância do uso de mecanismos que possibilitassem uma maior coordenação das diversas formas de atuação do Estado que interferem sobre o desempenho da indústria de equipamentos médicos no país. Existem pelo menos quatro níveis de atuação do Estado que foi analisado neste estudo: o gasto público em saúde, as tarifas alfandegárias, a carga tributária e o financiamento público. Defende-se que a coordenação desses quatro níveis aumentaria consideravelmente o poder de indução da política governamental sobre a produção interna. Esse processo pressupõe uma coordenação entre os Ministérios da Saúde, do Desenvolvimento e da Fazenda com essa finalidade. A exploração da interface entre as políticas de cunho social, fiscal e produtivo constitui uma linha de estudos essencial para se redesenhar diretrizes de ação pública do setor de saúde, que sejam economicamente e competitivamente sustentáveis. Afinal, como se indicou no início deste Capítulo, oferta e demanda sempre caminharam juntas desde os anos 50, menos na última década.

3

Análise do setor de saúde no Brasil na área de equipamentos médico- hospitalares

Saíde Jorge Calil

Introdução

Este capítulo apresenta uma análise da situação atual da área de equipamentos médico-hospitalares no Brasil no que diz respeito à política de aquisição e controle dos equipamentos. Para facilitar a descrição dos problemas que afligem esta área e analisá-los sob diferentes aspectos, o capítulo trata de três assuntos distintos, mas complementares. Em primeiro lugar, realiza-se uma avaliação do parque de equipamentos médico-hospitalares em relação à quantidade e qualidade deste parque. Em segundo lugar, verificam-se as condições atuais do processo de incorporação destes equipamentos pelo sistema de saúde no Brasil. Em terceiro lugar, discute-se a condição presente do processo de codificação de equipamentos médico-hospitalares, para auxílio no controle deste parque de equipamentos. Em muitos casos, conforme será visto abaixo, um mesmo problema será citado em um ou mais assuntos, mas analisado sob dois ou três diferentes enfoques. De modo semelhante, as mesmas fontes de dados serão citadas para analisar o problema sob os diferentes enfoques do assunto abordado, dada a extrema falta de informações neste setor.

É importante salientar que a maior dificuldade para a elaboração deste capítulo, foi a quase inexistência de levantamentos atuais sobre a situação real do parque de equipamentos médico-hospitalares no Brasil. O único levantamento publicado nesta área é um trabalho financiado pela Organização Pan-Americana de Saúde no Estado de São Paulo entre 1985 e 1986 (Binseng, Bellentani, Wall, Martins & Gonçalves, 1986). Em vários casos, os dados aqui apresentados foram frutos de informações obtidas em entrevistas com pessoal de órgãos públicos e privados, observações, e experiência de doze anos trabalhando como consultor do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação e Cultura na área de equipamentos médico-hospitalares.

A mesma afirmação pode ser feita com relação à incorporação de tecnologias no país. Não há publicações nacionais que descrevam os métodos adotados pelos hospitais para a incorporação de equipamentos, assim como não há instruções atualizadas por

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em 1960 o setor de saúde das nações latino-americanas e Caribe iniciaram um processo de modernização e expansão da infra-estrutura física de seus serviços de saúde. Isto foi realizado através de construções, reformas e expansão de seus hospitais e estabelecimentos de saúde. Na área relativa a equipamentos médico-hospitalares, o desenvolvimento desta modernização foi realizado da forma mais caótica possível. A incorporação de tecnologias foi feita pelos estabelecimentos de saúde, sem a preocupação de utilizar critérios técnicos.

Durante a década de 70, alguns países tentaram cumprir as exigências da OPAS, que determinava o desenvolvimento de programas de Engenharia Clínica para a manutenção e conservação dos equipamentos adquiridos. Entretanto, os mecanismos e procedimentos estabelecidos não progrediram devido ao insuficiente financiamento por parte dos governos. Ademais, países como o Brasil não tinham nem tradição nem o conhecimento para que qualquer tipo de programa para o gerenciamento de equipamentos médico-hospitalares pudesse ser desenvolvido de forma permanente.

Esta situação foi bastante agravada na década de 80, quando a crise financeira atingiu rigorosamente os Estados latino-americanos. O Brasil, seriamente afetado pela crise, reduziu drasticamente o financiamento na área de saúde o que, de certa forma, atingiu o pouco esforço realizado para o gerenciamento e controle dos equipamentos.

Por volta de 1985, o controle dos equipamentos, tanto em termos locais, como nacionais não mais existia. Nesta época, o presidente do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps), Prof. Êsio Cordeiro, iniciou uma série de reuniões com acadêmicos de várias partes do país. Nestas reuniões foram estudadas e discutidas as possíveis alternativas para tentar solucionar o problema. Uma das alternativas adotadas foi o desenvolvimento de um ciclo de palestras para esclarecimento dos administradores de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde sobre a necessidade do desenvolvimento de programas de controle, tanto interno aos hospitais, como dentro do próprio Ministério da Saúde.

As discussões efetuadas nestas reuniões do Inamps, assim como as discussões realizadas com os administradores trouxeram à tona um problema ainda mais sério. Não existia no Brasil, nem a tradição, nem o conhecimento para solucionar o problema de controle e gerenciamento dos equipamentos médico-hospitalares. Os administradores hospitalares se queixavam que não havia no mercado profissionais, que pudessem exercer este gerenciamento e, somente por isto, os hospitais não os contratavam. A academia alegava que não criava um curso para a formação de pessoal nesta área pois não haveria mercado. Embora muitas discussões fossem realizadas pelo governo para tentar uma solução para este impasse, nada foi realmente concluído até o final da década.

Nesta mesma época, um estudo financiado pela OPAS no estado de São Paulo (Wang Binseng et al., 1986) procurou avaliar a situação da área de saúde relativamente a segurança e prevenção de acidentes, gerenciamento de equipamentos e manutenção,

treinamento de recursos humanos e procedimentos para aquisição e instalação de equipamentos. O estudo mostrou a existência de uma série de problemas, tanto na área de recursos humanos, como de materiais. Das várias constatações deste estudo, podem ser destacados os seguintes pontos:

(a) as equipes de Engenharia Clínica são raramente consultadas durante o processo de aquisição de equipamentos médico-hospitalares e compras de serviços de manutenção;

(b) as aquisições realizadas por instituições públicas são feitas sem a menor avaliação sobre as futuras possibilidades de manutenção;

(c) o gerenciamento dos serviços é muito deficiente e apresenta uma baixa eficiência; e

(d) existe um desconhecimento generalizado sobre as normas técnicas, regulamentações e material bibliográfico relativos à manutenção e, conseqüentemente, aos requisitos de instalação de equipamentos, aumentando os riscos de acidentes causados por equipamentos inseguros.

Para tentar melhorar o quadro mostrado acima, o estudo apresentava algumas sugestões, dentre estas:

(a) a criação de centros e programas de treinamento e reciclagem para a ampliação da oferta de pessoal especializado na área de equipamentos médico-hospitalares; e

(b) a criação e manutenção de banco de dados sobre equipamentos, produtos, fornecedores alternativos de peças e serviços, métodos de avaliação e testes de aceitação e acompanhamentos de instalações de equipamentos.

É importante salientar que a maior parte das constatações feitas na época da realização deste estudo não seria muito diferente caso este fosse realizado atualmente. Embora exista uma maior conscientização por parte do pessoal da saúde sobre a necessidade de uma análise mais aprofundada para a aquisição e gerenciamento dos equipamentos utilizados na área, são poucos os administradores hospitalares que realmente adotam um programa para a incorporação de novas tecnologias.

No final do ano de 1990, o Ministério da Saúde montou o Programa de Equipamentos Odonto-Médico-Hospitalares (PROEQUIPO). Este programa tinha basicamente três objetivos:

(1) a formação de recursos humanos em nível técnico e superior para o gerenciamento de equipamentos médico-hospitalares;

(2) o desenvolvimento de programas para o gerenciamento de equipamentos médico-hospitalares;

De 1992 a 1996, foram apresentados diversos projetos em todas as áreas que o PROEQUIPO se propôs atacar. Das propostas que tiveram maior êxito podemos destacar:

(a) a criação do curso de especialização para pessoal de nível básico, médio e superior para atuar no gerenciamento e na manutenção de equipamentos médico-hospitalares;

(b) a elaboração de diversas normas, tanto para a certificação de equipamentos médico-hospitalares, como para a melhoria da sua qualidade no processo de fabricação;

(c) a criação de laboratórios de certificação de equipamentos médico-hospitalares;

(d) a reformulação da norma que orientava a construção de ambientes hospitalares (Portaria MS 400/1977) a fim de torná-la condizente com os novos conceitos de qualidade dentro de um ambiente de saúde. Esta reformulação resultou na Portaria MS n. 1884/1994, posteriormente revisada;

(e) a elaboração de manuais técnicos para orientação do pessoal de saúde com relação a segurança de modo geral, planejamento e dimensionamento de ambientes hospitalares; e

(f) a elaboração de novas normas e portarias pelo Ministério da Saúde para a melhoria da qualidade e segurança dos equipamentos médico-hospitalares;

(g) a obrigatoriedade de registros de equipamentos médico-hospitalares e artigos comercializados no Brasil.

Entretanto, o resultado principal destes cinco anos de atividades foi a conscientização de uma grande parte do pessoal atuante na área (pública ou privada) de saúde, sobre a necessidade de melhoria na segurança e na qualidade dos serviços oferecidos pelos hospitais. Houve também uma grande conscientização sobre a necessidade de contratação de pessoal especializado para o gerenciamento de equipamentos médico-hospitalares.

Em meados de 1996, foi lançado pelo Ministério da Saúde um projeto para a melhoria do parque hospitalar (equipamentos e infra-estrutura civil) denominado de Reforsus. Devido à quase total falta de controle do governo central sobre o seu parque de equipamentos médico-hospitalares, o Reforsus adotou nos formulários de elaboração de projetos, alguns procedimentos praticados dentro da área de avaliação e incorporação de novas tecnologias. Estes procedimentos tinham a função de auxiliar seus próprios técnicos no julgamento das propostas elaboradas pelos hospitais da rede pública.

A conscientização da necessidade de um critério mais rigoroso para a aquisição de equipamentos a serem utilizados na rede e os resultados positivos advindos dos procedimentos de avaliação e incorporação tecnológica pelo Reforsus fizeram com que este projeto financiasse a montagem e implementação do Seminário "Avaliação

Tecnológica em Saúde: Subsidiando a Melhoria da Qualidade e Eficiência do SUS” (Ferreira & Novaes, 1998).

Naquilo que diz respeito à área de equipamentos médico-hospitalares, estes quinze anos de atividades descritos acima apresentaram resultados bastante positivos em alguns aspectos, tais como: formação de recursos humanos da área técnica para atuação na área de saúde, maior conscientização dos administradores hospitalares sobre a necessidade de pessoal especializado para o gerenciamento dos equipamentos, criação da obrigatoriedade de certificação para o registro de equipamentos a serem comercializados no Brasil, uma maior exigência relativa à quantidade e qualidade da documentação necessária para o registro dos equipamentos, geração de normas de segurança. Além disso, vários outros aspectos ainda permaneceram com diversos problemas a serem resolvidos. Dentre eles podem ser citados:

(a) falta de conhecimento do Ministério da Saúde com relação à quantidade e à qualidade do parque de equipamentos médico-hospitalares existentes na rede pública;

(b) ausência de um sistema único de codificação de equipamentos médico-hospitalares para que todo o sistema de saúde (público e privado) possa comunicar em uma mesma linguagem;

(c) inexistência de uma política básica para a incorporação de novas tecnologias em ambientes hospitalares; e

(d) inexistência de uma política por parte do governo central para a avaliação de novas tecnologias a serem introduzidas no país e, posterior, orientação da rede nacional de saúde.

3.2 Descrição e análise da situação atual do parque nacional de equipamentos médico-hospitalares: quantidade e qualidade

Situação atual

Embora o Ministério da Saúde sempre soubesse que o desconhecimento da quantidade e da qualidade de equipamentos médico-hospitalares existentes na rede de saúde fosse um dos maiores problemas para o controle e planejamento nesta área, até há muito pouco tempo nada de concreto havia sido realizado para melhorar esta situação. A consequência desta falta de informação pode ser percebida nas sérias dificuldades encontradas pelo Ministério, tanto para o gerenciamento do sistema atual, como para sua modernização. De fato, o desconhecimento relativo à quantidade de equipamentos dificulta a avaliação da relação custo-benefício dos investimentos feitos em cada uma das áreas clínicas do setor de saúde, dos impactos da aquisição sobre o custo de manutenção dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) e da real capacidade de atendimento do sistema em termos nacionais, regionais e locais.

funcionamento adequado dos equipamentos solicitados. Entretanto, devido ao pouco rigor na fiscalização do preenchimento das informações solicitadas nestes formulários, as análises para concessão dos equipamentos foram feitas em parte com base na força política de alguns solicitantes e, eventualmente, na qualidade de algumas propostas apresentadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde e pelos hospitais da rede pública. Além disso, os analistas do Reforsus não tinham informação que os auxiliassem na análise da concentração de um mesmo tipo de equipamentos ainda em funcionamento na região, qual a população que os equipamentos já existentes em adição aos solicitados poderiam atender, se realmente a complexidade tecnológica do equipamento solicitado não poderia ser substituída por outros tipos de equipamentos mais simples, de menor custo operacional e de menor complexidade tecnológica. Um outro ponto que os analistas não puderam verificar foi a condição financeira dos hospitais solicitantes, assim como, as condições de assistência técnica para manutenção dos equipamentos existente na região.

Existem diversos casos em que os hospitais da rede pública, que possuem equipamentos de maior complexidade tecnológica, não têm condições de arcar com os seus custos de manutenção. Este alto custo de reparo pode ser consequência da distância do representante técnico, o que requer transporte aéreo e estadia, do alto custo contratual da manutenção, do alto custo dos insumos e da baixa produtividade do equipamento. Esta baixa produtividade pode ser resultante da falta de pessoal especializado para sua operação, assim como de erro no planejamento da demanda de serviço em função tanto do perfil epidemiológico, como da alta concentração de um mesmo tipo de equipamento na região.

O conhecimento da quantidade dos equipamentos de um mesmo tipo existente na rede de saúde em cada região no Brasil possibilitaria o desenvolvimento de metodologias de análise para a definição de: a) qual a real necessidade de adicionar determinados tipos de equipamentos em uma mesma região; b) qual a política de formação de recursos humanos mais adequada para a região; e c) qual a real capacidade da rede em atender determinado tipo de patologia, evitando assim o transporte de pacientes para atendimento em outras regiões. Este conhecimento possibilitaria também a negociação, por parte dos municípios, de contratos de manutenção com custos mais reduzidos através de negociações conjuntas com os representantes técnicos. Sob orientação do Ministério da Saúde, os municípios poderiam ser conscientizados desta possibilidade, assim como, em função do volume de equipamentos de um mesmo tipo, investir no treinamento de recursos humanos e materiais para a manutenção dos mesmos a um custo menor, com atendimento mais rápido.

O conhecimento da qualidade dos equipamentos é um outro fator necessário para o controle dos equipamentos da rede de saúde. Este conhecimento envolve dados sobre a idade dos equipamentos, a condição de funcionamento, o número de pessoas treinadas para sua operação, sua capacidade de atendimento, a quantidade real de intervenções em que os equipamentos são utilizados, a qualidade de manutenção executada e a quantidade destas manutenções dentro de um período determinado. O

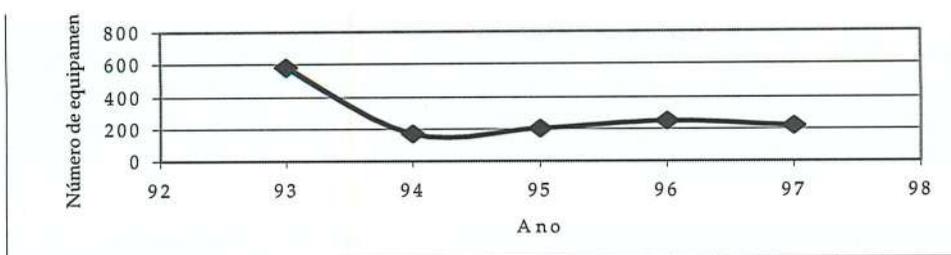
conhecimento da qualidade dos equipamentos possibilitaria também o desenvolvimento de métodos de análise para a definição de uma política de modernização do parque de equipamentos em cada região da federação a curto, médio e longo prazo. Esta política poderia ser desenvolvida em função do custo de manutenção, da qualidade dos exames fornecidos, da obsolescência da tecnologia aplicada, do custo dos insumos utilizados para a operação do equipamento, da dificuldade de obtenção de peças de reposição e dos recursos técnicos existentes na região para manutenção.

Conseqüências da falta de informação sobre o parque de equipamentos

Uma das conseqüências mais sérias do desconhecimento da quantidade de um determinado tipo de equipamento por região, é a alta concentração de equipamentos de imagem em locais muito próximos. Isto tem provocado uma demanda forçada de procedimentos médicos, principalmente em diagnósticos efetuados por equipamentos de alto custo e complexidade, com elevados custos de manutenção e operação. Além disso, essa alta concentração vem ocorrendo sem nenhum controle sobre a importação destes equipamentos, tanto por parte do governo federal, como das próprias secretarias estaduais de saúde. Muitas destas aquisições feitas para o setor público foram produto de “pacotes internacionais para financiamento” que resultaram em compras exageradas, com reduzido controle dos órgãos governamentais mas, principalmente, sem nenhum planejamento que atendesse às reais necessidades regionais. Esta afirmação pode ser verificada através de alguns exemplos citados abaixo.

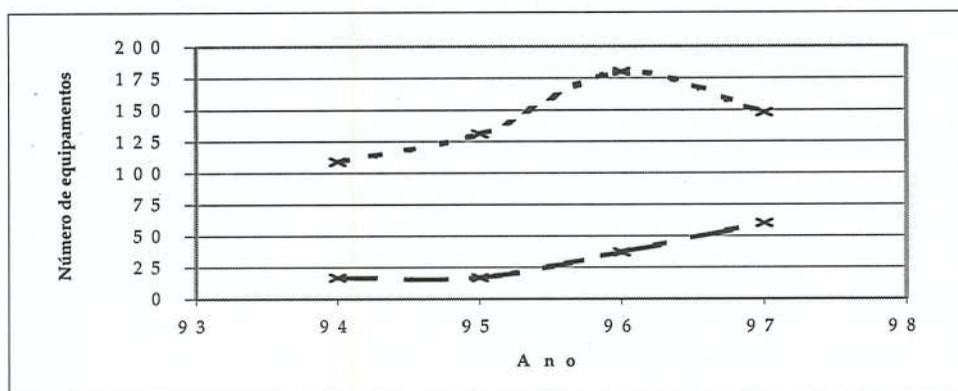
De acordo com o estudo da *Gazeta Mercantil* (Panorama Setorial – Análise Setorial: Sistema Hospitalar), é possível constatar que no período entre 1993 e 1997, foram comercializados 1.400 mamógrafos no país. Neste período, houve um crescimento médio anual no número de mamógrafos adquiridos de aproximadamente 31%. Extrapolando esse valor para junho de 1999, tem-se um total aproximado de 2.090 mamógrafos comercializados (sem considerar os equipamentos comercializados em períodos anteriores a 1993). Como não existem dados estatísticos de quantos equipamentos deste tipo foram substituídos ou desativados, com base na avaliação do Ministério da Saúde (até 40% dos equipamentos estão inoperantes), pode-se fazer a suposição de que a suposição de que aproximadamente 25% desses equipamentos estão inoperantes. Isso ainda totalizaria 1.570 mamógrafos em operação. De acordo com o Dr. Henrique Lederman, da Escola Paulista de Medicina, um mamógrafo pode atender anualmente a uma região com uma população aproximada de 240 mil pessoas. Isso significa que o número estimado de mamógrafos existentes no Brasil poderia atender a uma população de 376,8 milhões de pessoas, mais do que o dobro da população brasileira.

O Gráfico 1 mostra o número de mamógrafos novos que foram incorporados ao



O mesmo cálculo pode ser feito para tomografia computadorizada (vide Gráfico 2). De acordo com este mesmo estudo da *Gazeta Mercantil*, entre 1993 e 1997 foram comercializados 568 equipamentos com um crescimento médio anual de 19%. Extrapolando para junho de 1999, pode-se estimar que existem atualmente no Brasil 729 tomógrafos. Essa estimativa também desconsidera aqueles equipamentos adquiridos em períodos anteriores a 1993 assim como os equipamentos reconicionados no exterior e vendidos a hospitais e clínicas privadas no Brasil. Uma comprovação do número excessivo destes equipamentos no Brasil pode ser feita através do número de 45 tomógrafos existentes na cidade de Belo Horizonte, para atender a uma população aproximada de 2,3 milhões de habitantes, e dos 6 equipamentos existentes na cidade de Paris para atender a uma população aproximada de 2,4 milhões de habitantes (Paris Central) (Matos, 1997). Esta mesma distorção pode ser constatada na cidade de Itajubá (MG) onde existem 3 tomógrafos para uma população de 200 mil habitantes na região.

Gráfico 2. Número de tomógrafos e ressonâncias incorporados



É importante salientar que este quadro de excesso de equipamentos não é geral. Há alguns municípios que procuraram estabelecer um equilíbrio entre a demanda e a oferta de serviços. Uma avaliação geral do Sistema de Controle de Radiação do Município de Santos/SP (*Relatório do Serviço de Controle para Avaliação e Vigilância Sanitária da Secretaria Municipal de Saúde de Santos, 1998*) mostra a existência de treze

tomógrafos computadorizados (sendo três tomógrafos helicoidais). De acordo com Plassais (1994) seria necessário um equipamento de tomografia computadorizada para cada 110.000 habitantes mais um para cada 1.500 leitos de internação. No caso de Santos, município com uma população de 1,4 milhão, existe um tomógrafo para cada 107.000 habitantes, o que é bastante razoável. Ademais, este mesmo estudo sobre o município de Santos mostra que foram utilizados equipamentos de radiação (terapia e diagnóstico) em cerca de 650.000 pessoas. De acordo com dados da OMS, não deveria haver mais do que 150.000 pessoas irradiadas em relação à população do município. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a indicação de diagnóstico por imagem deveria ocorrer em 5% das referências em consultas ambulatoriais. Para o caso de Santos, o número de consultas em 1998 (incluindo emergências), foi de 1,4 milhão.

Observando o Gráfico 2, e estimando-se que em 1998 também foram vendidas 60 unidades de Ressonância Nuclear Magnética, o número total deste tipo de equipamento pode subir para 191. Segundo De acordo com Plassais (1994), um equipamento de ressonância poderia atender uma população de 500.000 habitantes, sendo necessário um equipamento adicional para cada 1.500 leitos de internação em hospitais de atendimento terciário. Seguir esta orientação no Brasil é praticamente impossível, devido à indisponibilidade de dados. Entretanto, de um modo bastante simplificado, para o atendimento de uma população estimada em 170 milhões, seria necessário um total de 340 equipamentos de ressonância, não considerando os equipamentos adicionais para os tipos de leitos acima mencionados. A questão que fica é onde estão estes equipamentos, qual a proximidade entre eles, qual a população atendida e quantos exames estão sendo gerados.

A falta de dados dificulta análises que poderiam ser efetuadas para outros equipamentos de terapia e de diagnóstico. A concentração de equipamentos de alto custo e alta complexidade tecnológica em uma mesma região, certamente, tem provocado solicitações de procedimentos de diagnóstico e de terapias, que podem ser, freqüentemente, desnecessários. Estes procedimentos excessivos têm uma grande participação no custo crescente do sistema de saúde. Assim, enquanto o Ministério da Saúde não conhecer quantos e quais os tipos de equipamentos disponíveis na rede por região e, não criar mecanismos para disciplinar as demandas para a aquisição, tanto na rede pública, quanto na rede privada, a população e o governo continuarão a arcar com os custos crescentes da atenção à saúde. Atualmente, é quase impossível uma avaliação real de quanto o sistema de saúde deixaria de gastar com a racionalização dos custos advindos da manutenção e operação de equipamentos médico-hospitalares.

Estudo do IBGE e as possibilidades oferecidas

Em 1999, o Ministério da Saúde contratou o IBGE para avaliar quantitativamente a capacidade da rede implantada para: atendimento ambulatorial, urgência e emergência, internação, apoio a diagnóstico e terapia. Serão também avaliados de forma qualitativa e quantitativa os recursos humanos existentes e o parque

Embora bastante simplificado, este trabalho possibilitará a extração direta de informações como:

(1) a distribuição de equipamentos por hospital e região;

(2) a condição do parque de equipamentos da rede hospitalar brasileira em função da idade (menor e maior que dez anos),

(3) o número de equipamentos fora de uso.

Com os dados acima e informações adicionais provenientes de outras áreas de estudo (Avaliação Tecnológica e Engenharia Clínica) fornecidos pelo DATASUS, será possível a obtenção das seguintes informações:

(1) a capacidade da região em atender determinadas patologias em função dos equipamentos disponíveis;

(2) a condição de operação dos equipamentos por região e as prováveis dificuldades enfrentadas pelos hospitais para colocá-los em funcionamento;

(3) o prognóstico das regiões que poderão vir a ter dificuldades para manter a qualidade e quantidade dos serviços oferecidos;

(4) a avaliação dos custos de manutenção dos equipamentos por região, em função da quantidade e tipo de equipamentos existentes;

(5) a avaliação dos custos de operação dos equipamentos por região em função da quantidade e tipo de equipamentos existentes.

Com as informações acima e as metodologias já desenvolvidas na Engenharia Clínica, poderão ser programados a reposição do parque de equipamentos por região a curto, médio e longo prazo, a necessidade de formação de recursos humanos na área de manutenção e operação por tipo de equipamento, o investimento necessário para a correção de possíveis distorções na distribuição dos equipamentos dada a concentração dos mesmos e das patologias atendidas por região.

Em função do número de equipamentos de um mesmo tipo na região e do número de equipamentos fora de operação ou com idade acima de dez anos, será possível avaliar a condição de operacionalidade dos mesmos. Nesta avaliação podem ser levados em consideração o estado e o custo de manutenção na região, os recursos humanos disponíveis na área técnica e a viabilidade de investimento (recursos humanos e materiais) para correção de possíveis distorções.

O prognóstico das regiões, que poderão ter futuras dificuldades em manter a qualidade e quantidade dos serviços, devido ao estado do parque de equipamentos existente, poderá ser feito através da análise da idade dos equipamentos, da demanda de serviço existente e da obsolescência tecnológica do parque. Esta obsolescência poderá estar ocorrendo devido ao encerramento da produção de determinados equipamentos, tempo decorrido após o término desta produção, avaliação do ciclo de vida, dificuldade

de aquisição das peças de reposição, recursos humanos disponíveis na região, custo operacional e existência de tecnologias alternativas.

A avaliação dos custos de manutenção por região em função da quantidade e tipo de equipamentos existentes poderá ser realizada através do conhecimento sobre a idade dos equipamentos, do custo de manutenção em relação ao valor de um equipamento novo e da comparação do custo da manutenção praticado na região sob análise com outras regiões, onde existe uma maior quantidade do mesmo equipamento.

Finalmente, com os resultados deste levantamento do IBGE será possível a avaliação dos custos de operação por região em função da quantidade e tipo de equipamentos. Esta avaliação poderá ser feita através da análise dos recursos humanos necessários para operação, do custo de manutenção das instalações, dos equipamentos de apoio para o seu funcionamento e dos insumos utilizados para o procedimento.

A informação mais importante deste levantamento para os órgãos governamentais (Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais) será explicitada a real necessidade de um determinado equipamento, que eventualmente venha a ser solicitado por hospitais da rede. Este levantamento possibilitará a comparação do número de procedimentos mais solicitados em regiões específicas (via DATASUS), com os tipos e quantidade dos equipamentos existentes nesta região. Possibilitará também uma melhor avaliação das reais necessidades da rede de saúde local por ocasião de novas aquisições.

No caso da rede privada, esta informação será muito importante caso o governo decida criar mecanismos de controle para disciplinar a importação de equipamentos desnecessários em determinadas regiões do país.

Em suma, a elaboração, mas principalmente a manutenção de um banco de dados, que contenha todas as informações acima mencionadas, sobre os equipamentos médico-hospitalares existentes na rede pública de saúde, poderá trazer benefícios imediatos, particularmente para o desenvolvimento de uma política de investimentos na área de saúde mais precisa e melhor localizada.

3.3 Uma análise macro e localizada sobre a incorporação tecnológica no setor de saúde

Situação atual

A incorporação tecnológica, na grande maioria dos outros setores da atividade humana, ocorre através da redução de custos, aumento da eficiência e substituição ou realocação de recursos humanos. No setor de saúde, entretanto, pelo menos até o presente, a incorporação de uma nova tecnologia não descarta a outra anterior, mas se soma a ela. Isto tem sido uma das causas dos custos crescentes neste setor.

equipamentos, uso indevido ou gerência e manutenção deficientes. Admite ainda que de 30% a 80% dos equipamentos médico-hospitalares têm a vida útil reduzida, bem como demandando gastos adicionais de 10% a 30% acima do valor necessário para a sua manutenção. Finalmente, declara existir um significativo crescimento dos gastos, bem como desperdícios dos investimentos realizados na infra-estrutura da saúde.

De um estudo publicado pela *Gazeta Mercantil* (Panorama Setorial, 1998) é importante destacar:

(a) o Brasil combina dois índices discrepantes; uma das maiores concentrações de tomógrafos do mundo e taxas de mortalidade infantil similares a alguns países da África Subsaariana;

(b) os custos de aquisição de equipamentos médico-hospitalares podem atingir, em média, 75% do valor da construção civil do hospital, variando de acordo com o porte e características de atendimento;

(c) não existem dados exatos sobre a dimensão do mercado de equipamentos médico-hospitalares no Brasil. Estima-se que este mercado movimentava cerca de US\$ 1,3 bilhão/ano (US\$ 500 milhões para o setor de diagnóstico por imagem);

(d) a empresa Siemens comercializou no ano de 1997, somente para três hospitais na cidade do Rio de Janeiro, um total de US\$ 10,78 milhões, sendo que dentre os equipamentos do pacote comercializado, havia um equipamento de ressonância magnética e um tomógrafo computadorizado para cada hospital;

(e) houve um crescimento de 128% no período de 1994/98 no setor de diagnóstico por imagem (informações da ABIMED);

(f) no período 1994/97, o setor de saúde adquiriu 131 unidades de ressonância nuclear magnética e 568 unidades de tomografia computadorizada. Entretanto, o estudo não mostrou a distribuição deste equipamento por regiões da federação, assim como o número de equipamentos ainda em funcionamento.

Se o valor estimado pelo Ministério da Saúde (40% de equipamentos subutilizados ou inoperantes) estiver correto, o que é difícil de avaliar, é possível estimar que dos US\$ 1,3 bilhão/ano, aproximadamente US\$ 500 milhões/ano (valor movimentado anualmente para o setor de imagens) em equipamentos estão em condição de inoperância ou subutilização. Mesmo que essa estimativa fosse reduzida para 10%, ainda representaria um valor muito significativo, aproximadamente todo o valor de materiais médicos exportados anualmente pelo Brasil.

Os dados apresentados acima mostram a urgente necessidade de implementação de uma política de incorporação tecnológica em âmbito nacional, bem como de incorporação de tecnologias nos ambientes de saúde, principalmente hospitais. De modo geral, a incorporação tecnológica é uma política adotada em termos nacionais, feita sob o ponto de vista da sociedade e utilizada para a definição de tecnologias que devem ser adotadas pelo serviço público de saúde no país.

O fato de o governo central não possuir uma política de controle sobre o tipo, a qualidade e a quantidade de uma determinada tecnologia já incorporada ou a ser incorporada no país, tem causado não só uma gigantesca evasão de divisas para a aquisição destas tecnologias, como também uma tremenda pressão sobre o sistema de saúde pública e privada para a produção de procedimentos médicos. Muitos destes procedimentos são freqüentemente desnecessários para o tratamento do paciente, mas realizados unicamente com o intuito de gerar recursos financeiros para o pagamento dos investimentos feitos na aquisição dos equipamentos utilizados.

3.4 A análise localizada

O mercado de equipamentos novos

Os dados que expressam os valores movimentados no mercado brasileiro na área de saúde são bastante variados. A empresa Siemens estima que este valor alcança US\$ 850 milhões por ano. A Associação Brasileira de Automação Comercial (EAN-Brasil) avalia este comércio em US\$ 1,3 bilhão. O Ministério da Indústria, do Comércio e do Turismo avalia em aproximadamente US\$ 894 milhões o valor das importações, em 1997. Já a Associação Brasileira da Indústria de Artigos e Equipamentos Médicos, Odontológicos, Hospitalares e de Laboratórios (ABIMO) estima um valor próximo de US\$ 912,2 milhões, em 1997. A discrepância entre os números apresentados é bastante grande e, provavelmente, causada pela falta de padronização na coleta dos dados e na forma de processá-los. Mesmo adotando-se o menor valor apresentado (US\$ 850 milhões), este ainda é bastante grande, tendo em vista que aproximadamente 50% representam importações de equipamentos de diagnóstico por imagem.

É importante lembrar que a evasão de divisas através do sistema de saúde não se restringe somente às aquisições dos equipamentos, mas também inclui a aquisição de peças e mão-de-obra para manutenção. Os valores referentes à importação de peças de reposição estão realmente fora do controle do governo central. Entretanto, os valores gastos com mão-de-obra para manutenção podem ser estimados com certo grau de precisão. Para equipamentos de imagem com elevado custo de aquisição, o valor cobrado pelas empresas para o contrato de manutenção varia entre 4% e 6% (excluindo peças de reposição) do valor de um equipamento novo. Para a manutenção de um equipamento novo ou com até 5 anos de uso, as empresas adotam aproximadamente o mesmo valor.

No *Panorama Setorial – Análise Setorial: Sistema Hospitalar (Gazeta Mercantil)* é apresentada uma tabela mostrando que no período de 1994 a 1998, foram importados, aproximadamente, US\$ 1.190 milhões em equipamentos de imagem. Assim, é possível estimar que no ano de 1999 o setor de saúde estava gastando, somente com a mão-de-obra para a manutenção destes equipamentos (após vencido o período de 12 meses de garantia), um valor aproximado de US\$ 71 milhões. É importante lembrar que um

Um cálculo que também pode ser feito com certo grau de precisão é o do custo de algumas peças de reposição cuja troca é previsível como, por exemplo, os tubos geradores de radiação ionizante dos equipamentos de tomografia computadorizada. Conforme visto na discussão sobre a situação do parque de equipamentos médico-hospitalares no Brasil, é possível estimar a incorporação de 729 tomógrafos no período de 1993 a 1999. Estimando-se também que a cada dois anos seria necessária a troca do tubo, a um valor médio em torno de US\$ 50 mil, resulta que, anualmente, somente para a troca destas peças, o sistema de saúde gasta aproximadamente US\$ 18 milhões.

Os gastos provenientes dos recursos humanos para a operação dos 729 equipamentos de tomografia computadorizada podem chegar a um valor próximo de US\$ 7 milhões (considerando dois operadores, com salários anuais de US\$ 9,5 mil, sem os encargos sociais). Outros valores que também poderiam ser estimados: o gasto em função da quantidade de criogênio utilizado anualmente nos equipamentos de ressonância magnética, os gastos anuais com a troca de tubos de equipamentos de raios X e mamógrafos, etc.

É importante salientar que, para os cálculos acima elaborados, foram adotados valores mínimos, dentro das faixas de variação. Dependendo do modelo de um equipamento de tomografia, o valor de um tubo gerador de radiação ionizante pode atingir US\$ 140 mil, assim como o salário de um especialista em operação deste equipamento pode alcançar valores acima de US\$ 14 mil/ano, não considerando os encargos sociais.

Somente os valores calculados para equipamentos de tomografia computadorizada são suficientes para demonstrar a urgente necessidade de um maior controle não somente da quantidade de determinados equipamentos que são autorizados a entrar no Brasil, como também do tipo de incorporação destes equipamentos que é praticada pelos estabelecimentos de saúde, conforme será visto abaixo.

Mercado de equipamentos de segunda mão

Um outro ponto ainda quase intocado pela administração central é o mercado de equipamentos médicos de segunda mão, ou seja, equipamentos já descartados pelos países desenvolvidos e revendidos para o mercado brasileiro. Não existem dados sobre o volume de equipamentos de segunda mão comercializados no país, tampouco sobre o controle desses equipamentos: onde e como são utilizados e em que condições de segurança. De acordo com relatos do pessoal ligado a esse tipo de comércio, a aquisição desses equipamentos pelo setor de saúde privada apresenta significativo crescimento. Para que se tenha noção das vantagens oferecidas aos compradores, basta citar que um tomógrafo após cinco anos de utilização, cujo preço de fábrica pode atingir US\$ 600 mil, é comercializado por um valor de cinco a sete vezes menor. As empresas revendedoras desses equipamentos podem oferecer garantias de até seis meses em determinadas partes dos equipamentos.

O comércio de equipamentos de segunda mão vem preocupando inclusive o governo norte-americano. Em uma tentativa de regulamentar este tipo de comércio, a *Food and Drugs Administration* (FDA) e a *American Association of Medical Instrumentation* (AAMI) organizaram no ano 2000 uma conferência específica para equipamentos usados. Este foi o segundo simpósio organizado neste gênero, o primeiro ocorreu em outubro de 1998. A FDA também convidou a AAMI para discussões sobre esse problema e ficou estabelecido que também seria apresentada uma proposta voluntária. Dentre as solicitações, destacam-se: que as empresas devem colocar avisos adicionais nas embalagens sobre as condições dos equipamentos (equipamento usado ou reformado); b) criação de mecanismos de notificação de acidentes específicos para equipamentos usados e; c) maior cooperação entre os fabricantes, as empresas que executam a reforma e os revendedores de equipamentos usados (*Biomedical Instrumentation & Technology*, 1998).

No Brasil, conforme mencionado acima, o controle sobre este comércio é quase inexistente. Vários hospitais e prefeituras municipais tentam burlar a regulamentação existente para a importação através de subterfúgios, tais como registro dos equipamentos como doações e posterior pagamento na forma de mão-de-obra para reparo. Entidades filantrópicas conseguem doações, utilizando o amparo legal do Decreto n. 91.030/1985, Artigo 149, item III e Artigo 152 do Regulamento Aduaneiro. Esse decreto estabelece que a documentação gerada deve ser enviada ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). Este confirmará o registro da entidade filantrópica brasileira. Segundo a natureza dos bens doados, será necessária também a aprovação perante outro órgão competente (por exemplo, doações na área médico-hospitalar, junto ao Ministério da Saúde; na área educacional, junto ao Ministério da Educação). Este procedimento é indispensável para que seja aplicado o regulamento aduaneiro que permite isenção de imposto sobre os bens doados. O controle do material doado é feito pelo Departamento do Comércio Exterior (DECEX), através da Portaria n. 370/94 do Ministério da Indústria, do Comércio e do Turismo, que estabelece algumas características para os equipamentos importados. Essa portaria determina (Artigo 24 – b.1) que o importador deve colocar na guia de importação assim como na embalagem do produto que o mesmo é recondicionado. Entretanto, não obriga à adoção de critérios de segurança específicos para equipamentos destinados à área da saúde. A única restrição para esse tipo de importação é a idade do equipamento. Ou seja, a proibição da importação de equipamentos acima do limite de sua vida útil, o que é muito discutível. A empresa Baxter, por exemplo, possui uma unidade de recuperação de equipamentos para posterior revenda no mercado norte-americano, sendo obrigatória a notificação aos compradores da condição de equipamentos recuperados. O pessoal de fiscalização alfandegária no Brasil, menos experiente nesta área de equipamentos médico-hospitalares, pode ser confundido pela qualidade da recuperação executada pela empresa, dificultando a verificação da condição do equipamento, se usado ou novo, assim como de sua idade.

Um outro subterfúgio utilizado é a importação de equipamentos como fossem

serviços de manutenção, relacionados a equipamentos importados legalmente.

Essa mesma falta de controle do governo central com relação à incorporação de equipamentos médico-hospitalares e artigos é encontrada na grande maioria dos estabelecimentos de saúde públicos e privados. A maior parte dos hospitais não possui critérios para a aquisição, para o recebimento e para a manutenção de materiais. O próprio Ministério da Saúde (Programa Nacional de Educação e Qualificação Profissional na Saúde) reconhece os problemas que ocorrem na importação e registro dos equipamentos médico-hospitalares.

Um sério problema que ocorre no recebimento de equipamentos médicos é a total falta de controle e fiscalização sobre as condições dos equipamentos incorporados aos hospitais. Com a obrigatoriedade da certificação (Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária), de acordo com a norma brasileira de segurança elétrica para equipamentos médico-hospitalares (NBR-IEC 601.1 – Prescrições Gerais para Segurança), as equipes de manutenção dos hospitais, quando e caso possuam equipamentos para teste e calibração, devem certificar que o equipamento é seguro, examinando-o antes de sua utilização nos pacientes. Caso contrário, pode trazer conseqüências bastante graves para o paciente, para o operador e para o hospital, em caso de processos jurídicos. Fica aqui um alerta: quem pode garantir que o equipamento não sofreu algum tipo de avaria durante o transporte? Quem pode garantir que o equipamento incorporado possui as mesmas condições de segurança que daquele utilizado para certificação? Além disso, a certificação é feita no equipamento e não na sua linha de montagem.

Comentários finais

A incorporação de equipamentos para estabelecimentos hospitalares deve ser orientada pelas seguintes etapas:

- (a) identificação das normas legais e administrativas que norteiam o processo;
- (b) procura de fornecedores qualificados;
- (c) análise técnica de propostas/produtos; relação custo/desempenho;
- (d) decisão de produto/fornecedor;
- (e) planejamento do programa de manutenção;
- (f) preparação da estrutura física;
- (g) recepção e instalação do equipamento/correlato;
- (h) preparação e implementação dos critérios de aceitação da tecnologia adquirida.

Para cada uma das etapas acima mencionadas deve ser desenvolvido protocolo de execução, treinamento e avaliação. Além destas etapas, outros fatores devem ser avaliados no planejamento de aquisição de equipamentos, quais sejam, demanda pelos

serviços proporcionados pelo equipamento na região (estudo epidemiológico), custos dos equipamentos de suporte e instrumentais necessários, competência técnica e científica dos profissionais para a operação e manutenção dos equipamentos, reposição de peças, custo da instalação, custo de treinamento para a operação, custo dos insumos necessários para sua operação, disponibilidade de assistência técnica, etc.

Assim, um estabelecimento de saúde, antes de adquirir qualquer tipo de equipamento, deveria seguir estas etapas para evitar futuros problemas, tais como compra de equipamentos de menor qualidade por preço maior, contratação de serviços externos mesmo dispondo de grupo de manutenção interna, equipamento encaixotado por longo tempo devido à impossibilidade de instalação por falta de infra-estrutura, alto custo da manutenção terceirizada e alto custo operacional do equipamento. Entretanto, o maior problema que eventualmente pode ocorrer em uma incorporação mal planejada é a rápida obsolescência da tecnologia adquirida.

Os procedimentos para incorporação tecnológica em ambientes de saúde são tão importantes que, em alguns estados norte-americanos, os hospitais que desejam adquirir tecnologias cujo custo supere um determinado valor (fixado por estado) são obrigados a obter o Certificado de Necessidade (*Certificate of Need* – COM). Este é um longo processo envolvendo técnica, mercado e política (Coleen Curran – 1995).

Desta maneira, seria de grande valia para o sistema de saúde se o Ministério da Saúde adotasse os seguintes procedimentos:

(a) criar dentro do Ministério infra-estrutura capaz de orientar os gerentes de estabelecimentos de saúde sobre quais as opções de tecnologias existentes e quais os procedimentos que devem ser adotados para adquiri-las;

(b) estabelecer um programa de capacitação aos gerentes de saúde relativo aos procedimentos para incorporação de novas tecnologias (principalmente na área de equipamentos médico-hospitalares) dentro do ambiente de saúde;

(d) exercer um maior controle sobre as importações realizadas, tanto para os equipamentos novos, como para os equipamentos usados adquiridos pela rede pública e privada;

(e) fiscalizar com maior rigor a quantidade de procedimentos médicos que podem demandar a utilização de equipamentos de imagem;

(f) elaborar estudos epidemiológicos para verificação da real incidência de patologias que de fato demandam a utilização de equipamentos de imagem de maior sofisticação; e

(g) avaliar as condições (gerenciais e financeiras) dos contratos de manutenção de equipamentos de maior complexidade tecnológica que a rede de saúde pública vem celebrando, para possivelmente renegociá-los com as empresas e os fornecedores de serviços.

saúde, novas tecnologias agregadas ao sistema não têm esta característica de substituição, mas sim de complementação dos métodos já existentes (Jamison, Saxenian & Bergevin, 1995).

Após cem anos da sua descoberta, os aparelhos de raios X convencionais ainda estão sendo amplamente utilizados, apesar dos enormes avanços na ultra-sonografia, tomografia por raios X e tomografia por ressonância nuclear magnética. Este fenômeno acarreta uma pressão sobre o sistema de saúde, pois novos custos são criados sem a correspondente ampliação no orçamento do setor de saúde.

Para maximizar a efetividade do sistema com recursos limitados seria necessário um planejamento rigoroso, principalmente na incorporação de novos equipamentos médicos. Isso porque a oferta desses equipamentos ao sistema de saúde de algum modo precisa ser paga.

Leis e normas que regem a incorporação de tecnologias

A Lei n. 8080/90, que estabelece os princípios básicos do Sistema Único de Saúde, já apontava possíveis soluções para incorporação tecnológica. Em primeiro lugar, o Artigo 7º, Inciso VII define que o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática devem ser orientados pela epidemiologia. Em segundo lugar, o Inciso IX estabelece a orientação da descentralização dos serviços para os municípios, mas acompanhada da regionalização e da hierarquização da rede assistencial. O pleno entendimento desta questão é fundamental para a incorporação tecnológica. Deve haver uma descentralização para os municípios, mas não uma pulverização de recursos, pois muitos serviços, em especial os de média e alta complexidade, precisam de uma abordagem regional. Caso contrário, não seria possível mantê-los. A hierarquia da rede assistencial é outro princípio a ser obedecido, pois um serviço de abrangência regional deve possuir maior complexidade que um serviço de abrangência local. Isto implica que os encaminhamentos no sistema devem ocorrer dos serviços de menor complexidade para os serviços de maior complexidade. Em terceiro lugar o Artigo 7º define que a organização dos serviços deve ser feita de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. Grande parte dos custos das tecnologias atuais é formada por uma parcela expressiva de custos fixos. Assim, a economia de escala é fundamental para o funcionamento racional destas unidades. O Artigo 7º da Lei n. 8080/90 pode ser traduzido, então, como um combate ao desperdício, muitas vezes ocorrido nas instituições de saúde, mas de alguma forma pago pela sociedade através de subvenções, subsídios, auxílios, benefícios e isenções. O interesse público e coletivo deve prevalecer sobre o interesse do prestador de serviço.

A incorporação de tecnologias foi tratada também pela *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - 1996* ou NOB/96 (Brasil. Ministério da Saúde, NOB - SUS/1996). Nessa, as instâncias para "a viabilização desses propósitos integradores e harmonizadores são os fóruns de negociação, integrados pelos gestores municipal, estadual e federal - a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) - e pelos gestores estadual e municipal - a Comissão Intergestores Bipartite (CIB)". Além disso, a incorporação de

tecnologias deve acompanhar a Programação Pactuada e Integrada (PPI) – e a pactuação dos tetos financeiros oriundos das disponibilidades orçamentárias das três esferas de governo.

Como estabelece a própria NOB/96, “o pacto e a integração das programações constituem fundamentalmente, a consequência prática da relação entre os gestores”. Esta negociação “envolve as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças, constituindo um instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo”. A PPI constitui, portanto, um instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS e de alocação dos recursos.

Ao pactuar as ações de assistência entre os diversos níveis de governo, procura-se obter “a construção de redes regionais que certamente, ampliam o acesso com qualidade e menor custo. Essa dinâmica contribui para que seja evitado um processo cumulativo injusto, por parte de alguns municípios (quer por maior disponibilidade tecnológica, quer por mais recursos financeiros ou de informação), com a consequente espoliação crescente de outros”.

A NOB/96 alerta também para “a ameaça da ocorrência de gastos exagerados, em decorrência de um processo de incorporação tecnológica acrítico e desregulado”. Segundo a própria NOB/96, estes riscos podem ser minimizados pela “radicalização na reorganização do SUS: um Sistema regido pelo interesse público e balizado, por um lado, pela exigência da universalização e integralidade com equidade e, por outro, pela própria limitação de recursos que deve ser programaticamente respeitada”.

Exemplos de projetos governamentais de avaliação para a incorporação de equipamentos médico-hospitalares

Algumas metodologias têm sido empregadas na incorporação de equipamentos e serviços médicos na rede assistencial do SUS, de algum modo procurando seguir as diretrizes estabelecidas pela Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8080/90) e pela NOB/96. A seguir são mostrados alguns exemplos em que a avaliação para a incorporação de equipamentos médicos foi parcialmente utilizada.

Projeto Reforsus

O Projeto “Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (Reforsus)” é uma iniciativa do Ministério da Saúde com financiamento do Banco Inter-americano de Desenvolvimento (BID) e do Banco Mundial. Tem os seguintes objetivos:

– **Componente I** – Apoio à Melhoria da Capacidade e da Eficiência do SUS.

Para este componente houve a seguinte divisão de Áreas Programáticas:

- **Área Programática I** – Readequação física e tecnológica da rede assistencial, com ênfase nas seguintes áreas:
 - Assistência ao parto, puerpério e período perinatal;
 - Assistência à urgência e emergência em grandes áreas urbanas;
- **Área Programática II** – Programa de Saúde da Família;
- **Área Programática III** – Ampliação da capacidade e melhoria da qualidade da rede hematológica e hemoterápica;
- **Área Programática IV** – Ampliação da capacidade e melhoria da qualidade dos laboratórios de saúde pública.

A escolha de prioridades “baseou-se, em primeiro lugar, na necessidade de maximizar os recursos de forma a obter impacto epidemiológico na saúde da população e promover o reordenamento do modelo assistencial”. Além disso, o projeto procurou priorizar a conclusão de obras inacabadas, evitando construir novas Unidades de Saúde; a recuperação e readequação física, tecnológica e operativa das Unidades de Saúde e; modernização gerencial, dotando-as de maior grau de eficiência administrativa e de atividades que aumentem a qualidade dos serviços prestados à população.

– **Componente II** – Promoção de Inovações na Administração do Setor de Saúde.

Trata-se de um componente voltado para a gestão do sistema. Busca dotar os órgãos gestores de instrumentos que lhes possibilitem desempenhar as funções gestoras de maneira mais eficiente dentro do Sistema Único de Saúde. Financia assistência técnica, consultorias, estudos epidemiológicos, econômicos, jurídicos e outros. Procurou atuar em cinco áreas específicas:

- Facilitar a estruturação de uma rede nacional de informação e avaliação em saúde;
- Estimular a capacidade de formulação de políticas de saúde descentralizadas;
- Desenvolver a capacidade gerencial das unidades gestoras;
- Apoiar o desenvolvimento de iniciativas que contribuam para o aprimoramento e garantia de qualidade dos sistemas e serviços de saúde;

Em suma, no Projeto, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Intergestores Tripartite definiram diretrizes macro, através de áreas programáticas e critérios de aprovação de propostas. Coube aos Conselhos Municipais de Saúde a aprovação de propostas no âmbito municipal. No entanto, a linha de corte

do Projeto foi efetivada nas Comissões Intergestores Bipartites (CIB), diante das limitações do volume de recursos destinados a cada estado.

Convênios – Ministério da Saúde e Fundação Nacional de Saúde

O Ministério da Saúde (MS) e Fundação Nacional de Saúde (Funasa) definem áreas programáticas prioritárias para investimentos. Segundo o *Manual de Convênios* do Ministério da Saúde, “atendidas as condições gerais de financiamento, no tocante ao enquadramento da proposta dentro das áreas consideradas preferenciais de atendimento, o MS e a Funasa darão prioridades aos projetos destinados à Infra-estrutura do SUS ou Saneamento Básico, vinculados a despesas de capital, cujos pleitos estejam previstos no Orçamento Geral da União, para o exercício em análise, consignados sob a forma de Emenda Parlamentar nominalmente identificada”. As áreas de atendimento prioritário são:

- Atendimento ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);
- Atendimento ao Programa de Saúde da Família (PSF);
- Atendimento ao Projeto de Redução da Mortalidade na Infância (PRMI);
- Atendimento aos programas citados dará ênfase às ações de educação em saúde, mobilização comunitária, assistência alimentar e nutricional, saúde da mulher, planejamento familiar, assistência ao pré-natal, parto institucional e pós-parto;
- Combate a endemias, em especial as que apresentam índices expressivos de morbi-mortalidade;
- Aquisição e instalação de máquinas de diálise por entidades que comprovem capacidade de operação e manutenção;
- Manejo de situações de emergência e catástrofes.

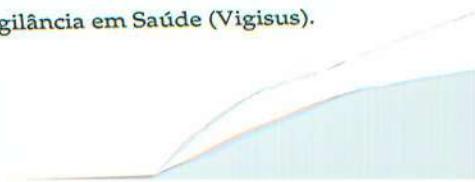
O Ministério da Saúde e a Funasa podem definir outras áreas, que serão consideradas preferenciais sempre que propiciarem a melhoria da qualidade da saúde, conquanto o escopo das eventuais propostas indique a possibilidade de redução de indicadores de doenças, ou possa servir de suporte técnico-gerencial para o alcance desse objetivo. Para o Ministério da Saúde, essas áreas são:

- Apoio à Rede Nacional de Informações em Saúde;
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas para o SUS;
- Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS;
- Organização de Serviços de Saúde;

- Apoio às ações de Controle da Tuberculose;
- Apoio às ações de Controle da Hanseníase.

Para a Fundação Nacional de Saúde:

- Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças e Agravos;
- Acidentes por animais peçonhentos, Cisticercose, Cólera, Coqueluche, Dengue, Difteria, Distúrbios por deficiência de iodo, Doença de Chagas, Doenças diarreicas agudas, Esquistossomose, Febre amarela, Febre tifóide, Filariose, Hepatites, Hidatidose, Infecções respiratórias agudas, Leishmaniose, Leptospirose, Malária, Meningites, Oncocercose, Peste, Poliomielite, Raiva, Rubéola, Sarampo, Tabagismo, Teníase, Tétano (neonatal e acidental), Tracoma, Pênfigo foliáceo (fogo selvagem), Saúde das Populações Indígenas;
- Imunizações e Auto-suficiência em Imunobiológicos:
 - Campanhas de vacinação;
 - Desenvolvimento, produção e distribuição de imunobiológicos;
 - Rede de frio;
- Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública;
- Programas de Educação em Saúde;
- Desenvolvimento científico e tecnológico;
- Pesquisas operacionais;
- Programas específicos de zoonoses:
 - Construção e/ou ampliação de Centros de Controle de Zoonoses;
 - Equipamento de Centro de Controle de Zoonoses;
- Ações de Saneamento:
 - Construção de sistema de abastecimento de água;
 - Construção de sistema de esgotamento sanitário;
 - Melhorias sanitárias domiciliares;
 - Melhoria da habitação para controle da doença de Chagas;
 - Controle de qualidade da água;
 - Construção de sistemas de drenagem em área endêmica da malária;
 - Instalação de sistema de coleta e disposição de resíduos sólidos;
 - Saneamento básico em pequenas localidades;
- Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (Vigisus).



Orçamento Participativo

Realizado por vários estados, o orçamento participativo procura orientar os investimentos com bases nas decisões tomadas em conferências regionais. Nesse processo, uma cidade se reúne e estabelece suas prioridades, elegendo também seus delegados com base no número de habitantes. Em seguida, é realizada uma conferência regional com os delegados indicados em cada cidade para se definir a prioridade daquela região. Este tem sido um caminho para a incorporação de novos equipamentos médicos no sistema de saúde a partir dos orçamentos estaduais.

O maior problema do orçamento participativo é que as prioridades estabelecidas pela população se sobrepõem aos critérios técnicos. Assim, fica difícil separar a vontade subjetiva da vontade objetiva. Investimentos com resultados de médio e longo prazo dificilmente seriam aprovados, pois a população tem necessidades imediatas para as quais deseja uma solução. Nesse caso, o modelo de alocação de recursos baseado na epidemiologia é substituído pela vontade popular.

Emenda Parlamentar

A emenda parlamentar é um instrumento que deputados federais e estaduais propõem, através dos orçamentos federal e estadual, respectivamente, para a realização de certos investimentos nos seus estados. Considerando as crescentes pressões que a população tem exercido para melhoria do Sistema Único de Saúde, muitos deputados propõem a aquisição de equipamentos médicos por meio de emendas aos orçamentos. Essa abordagem está muito ligada à cultura política brasileira: a população valoriza o deputado “que faz” e que traz “benefícios para a cidade”. Nesse contexto, o desempenho do deputado em legislar e fiscalizar o Poder Executivo é pouco valorizado.

Hospitais Universitários

Por serem centros de ensino, pesquisa e atendimento médico, a incorporação tecnológica ocorre nos hospitais universitários por vários caminhos. De modo geral, o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação, as Agências de Fomento de Pesquisas, bem como as Secretarias Estaduais de Saúde e Educação financiam equipamentos para esses hospitais. Além disso, os equipamentos são doados ou vendidos a preços extremamente vantajosos pelos fabricantes por conta do marketing acadêmico, pois esses hospitais representam uma vitrine de divulgação dos produtos.

Centros de Referência

Uma nova forma de alocação de recursos tem sido proposta pelo Ministério da Saúde. Trata-se da criação de Centros de Referência por áreas temáticas. Esta estratégia

É importante que haja uma avaliação constante destes centros para verificar se estão cumprindo as metas estabelecidas e, caso contrário, para que seja processado o descredenciamento. O modelo também deve permitir a inclusão de novos centros a partir do momento que outras instituições se capacitarem. Como têm uma área de abrangência limitada, a população, atendida por estes centros, acaba sendo privilegiada por dispor de melhores recursos tecnológicos e do pagamento de procedimentos diferenciados. Corre-se, no entanto, o risco de segmentar o sistema, em bons e maus hospitais.

Incorporação de novas tecnologias

Através de um marketing agressivo, os fabricantes procuram introduzir seus produtos em um mercado cada vez mais competitivo e com fortes restrições de custos. Assim, várias tecnologias foram incorporadas ao sistema de saúde antes de uma avaliação sistemática. Em alguns casos, esta incorporação desordenada foi desastrosa (Novaes & Ferreira Filho, 1998).

Portanto, a adoção de novas tecnologias exigiria uma avaliação rigorosa, verificando sua efetividade, custo e relação de custo-efetividade. Apenas se apresentar uma relação de custo-efetividade adequada o sistema deveria criar mecanismos para estimular sua incorporação. Porém haverá sempre o conflito entre as tecnologias que custam mais, mas são mais efetivas. Isso significa deslocar recursos de outros setores para compensar a diferença de custo. Dependendo do nível de pressão da sociedade, fica difícil para o sistema inibir essas incorporações.

O Ministério da Saúde não dispõe atualmente de uma política de avaliação tecnológica para orientar o processo de incorporação de novas tecnologias. Esta incorporação é ditada pelas regras de mercado e por pressões de grupos mais ou menos organizados. Ademais, o orçamento do Ministério não tem acompanhado a velocidade do desenvolvimento tecnológico, não sendo capaz de acomodar os custos das tecnologias existentes e das novas opções.

Problemas no modelo atual

Dentro da sistemática atual de incorporação de equipamentos médico-hospitalares, verificam-se alguns pontos que precisam ser aperfeiçoados:

- Na maioria das vezes a iniciativa parte do prestador de serviço, que deseja o equipamento, ao invés de partir de uma necessidade epidemiológica;
- Como a iniciativa é do prestador, procura-se escolher equipamentos "lucrativos", o que muitas vezes não produz um impacto adequado na saúde da população;
- A solicitação do interessado é analisada isoladamente, sem levar em conta se os recursos poderiam ser aplicados de forma mais benéfica na região.

- Critérios políticos muitas vezes pesam mais do que questões técnicas, quando se trata da compra de equipamento;
- Os custos de manutenção e operação dos equipamentos dificilmente são levados em conta. A ênfase é colocada no preço de compra do equipamento;
- Alguns equipamentos são superdimensionados, pois "o governo está pagando". Outros equipamentos são subdimensionados, pois os recursos não são suficientes para a compra do modelo adequado;
- Não existe um compromisso contratual obrigando as instituições a manterem o equipamento em funcionamento. Isso tem gerado um verdadeiro "cemitério" de equipamentos médicos no Brasil, pois as instituições não conseguem pagar pelos serviços de manutenção;
- Muitos equipamentos são adquiridos sem a existência de área física para sua instalação, perdendo a garantia e tornando-se obsoletos na própria caixa;
- No caso de equipamentos importados, as dificuldades são ainda maiores, pois perde-se muito tempo no desembaraço alfandegário devido à falta de documentos e de recursos para pagamento da armazenagem. Após instalado, enfrenta-se o problema da assistência técnica;
- Em alguns projetos, as especificações dos equipamentos são preestabelecidas pelo governo e as compras são centralizadas em grandes pacotes. Cabe ao proponente apenas a escolha do modelo existente no "cardápio". Como a escolha está restrita ao pacote, os recursos públicos direcionados para aquela região podem não trazer o impacto desejado;
- Várias compras governamentais de equipamentos médicos têm seguido a sistemática de lote. Nessa modalidade, o fornecedor deve cotar obrigatoriamente todos os itens de um determinado lote. Essa prática tem-se mostrado falha, pois a formação de lotes impede a entrada direta dos fabricantes no certame. É comum a existência de lotes com equipamentos sem relação entre si, favorecendo a participação dos revendedores.

Modelo que deve ser implantado

Para reduzir os problemas mencionados acima, seria necessário um novo modelo para a incorporação de equipamentos médico-hospitales. Esse modelo deveria ser guiado por alguns princípios básicos, dos quais destaca-se:

- Definição da região ou microrregião a ser estudada. Como há limitações para deslocamento de pacientes, é fundamental explicitar a região de abrangência da proposta. Com esta definição, é possível verificar a existência de infra-estrutura instalada, evitando a duplicidade de recursos para o mesmo fim;
- Levantamento epidemiológico da região, identificando os principais agravos à

- Definição das prioridades de investimentos de acordo com as limitações de recursos financeiros;
- Identificação na Programação Pactuada e Integrada (PPI), dos recursos que irão financiar a rotina dos serviços;
- Identificação das instituições que dispõem de equipe médica capacitada, área física adequada e que comprovem a viabilidade financeira do investimento;
- Incorporação do serviço no sistema de saúde com a respectiva avaliação (produção, produtividade, qualidade e impacto).

Discussões

Considerando que as regras de mercado não se aplicam integralmente ao setor de saúde, é necessário que o poder público discipline certas questões com especial atenção à incorporação de tecnologia no sistema. Neste caso a incorporação deve ser orientada por necessidades objetivas de modo a gerar no sistema melhor equidade, eficiência e um aumento na qualidade dos serviços, evitando a duplicidade de meios para os mesmos fins.

O planejamento tecnológico do sistema deve ser guiado pelo princípio da equidade, contrapondo várias opções de investimentos. Por exemplo, o Brasil detém umas das maiores concentrações de tomógrafos do mundo ao lado das maiores taxas de mortalidade infantil e incidência de câncer do colo uterino (doença que pode ser perfeitamente prevenida). Ao se fazer um investimento inadequado no sistema, estão sendo desviados recursos escassos que seguramente farão falta em outros setores. O planejamento tecnológico da assistência permitirá que a incorporação seja guiada pelo princípio da equidade e não pelas necessidades objetivas ou subjetivas dos prestadores de serviços.

Os aspectos epidemiológicos são fundamentais para a incorporação tecnológica no país. No final da década de 90, constata-se o ressurgimento de doenças praticamente erradicadas, como a tuberculose e a dengue; outras não foram sequer controladas, como a malária; surgiram novos agravos, como a Aids e, cresceram as doenças crônicas degenerativas, como a diabetes, a obesidade, a hipertensão, as doenças cardiovasculares, as doenças cerebrais e o câncer. A concentração da população em grandes metrópoles tem gerado as doenças sociais associadas à violência, uso de drogas e álcool, problemas ocupacionais e poluição e às doenças sexualmente transmissíveis. Para muitas dessas doenças existem soluções possíveis, mas é necessário um planejamento rigoroso para que sejam disponibilizadas no lugar certo, na hora certa e na quantidade necessária (Banta & Luce, 1993).

Um exemplo de como um procedimento de avaliação tecnológica pode auxiliar significativamente o sistema de saúde em termos de economia de recursos pode ser retirado de um relatório produzido pela *Canadian Coordinating Office for Health*

Technology Assessment (CCOHTA). Nesse relatório, são mostrados os resultados obtidos em um teste das técnicas de rastreamento de câncer cervical (ver Quadro 1).

Quadro 1. Avaliação canadense das técnicas de rastreamento de câncer cervical

Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a efetividade do teste de Papanicolaou; - Identificar diferentes estratégias para melhorar o teste de Papanicolaou; - Calcular a relação de custo-efetividade dos equipamentos de re-screening; - Identificar tecnologias emergentes.
Resultados	<p>Cada caso anormal encontrado com a técnica de 10% de re-screening custa em torno de \$ 250,00. Utilizando o equipamento AutoPap o custo chega a \$ 400,00. Com o equipamento PAPNET, cada caso anormal encontrado a mais passa a custar \$ 810,000. PAPNET é mais efetivo do que AutoPap (sensitividade de 83% vs. 80%), mas apresenta um custo bem maior. As técnicas de re-screening automático são mais eficazes, porém com um custo maior que as técnicas manuais. O custo por caso encontrado pela técnica AutoPap parece ser razoável, não sendo recomendável a utilização da técnica PAPNET por apresentar um custo bem superior para um pequeno incremento da efetividade.</p>
Conclusão do estudo	<p>O estudo conclui que não basta aumentar a sensibilidade do exame com novas tecnologias, pois estas técnicas não irão afetar a detecção do câncer do colo uterino nas mulheres que raramente fazem o exame ou que nunca fizeram este exame antes. A ênfase deve ser dada no recrutamento das mulheres de risco, evitando uma superutilização do exame por aquelas mulheres que fazem o exame regularmente. Recomenda-se que os investimentos em novas tecnologias de re-screening não afetem a estrutura básica de programas de prevenção, ou seja, recrutamento das mulheres que realmente precisam do exame, sistema de informação, treinamento e controle de qualidade do programa e dos exames.</p>

Fonte: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA Report, 1997: 2E).

Como no Brasil este tipo de avaliação é praticamente inexistente, conforme já mencionado acima, deixa o mercado privado, assim como o governo, completamente sujeito às pressões das grandes empresas e dos grupos médicos. Um exemplo disso pode ser observado na pressão que o setor de saúde sofreu para a introdução na *Tabela SUS* de diagnósticos de osteoporose, com a utilização de equipamentos de densitometria óssea. O quadro evolutivo dessa patologia permite que o exame para verificação de seu progresso seja executado uma vez por ano. Entretanto, diversos grupos médicos utilizam os osteodensitômetros em um mesmo paciente de duas a três vezes por ano. A inexistência de órgãos governamentais para a avaliação dessas novas tecnologias faz com que o Ministério da Saúde fique sem poder de argumentação, assim como os pacientes fiquem completamente desinformados e, conseqüentemente, sem proteção contra o pagamento de exames desnecessários e caros. A densitometria óssea acabou sendo incluída na *Tabela SUS* através da Portaria GM 1.327 de 11 de novembro de 1999 (*Diário Oficial da União*, Seção I, 16 nov. 1999, p. 218-E). Foram também estabelecidos os critérios clínicos para a sua utilização. No entanto, embora o código tenha sido criado no DATASUS, não há indicação de que houve um aumento de teto

Quadro 2. Agências de controles de tecnologias

ECRI (Plymouth Meeting, USA)	CCOHTA – Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (Ottawa, Canada)
Boston VA Medical Center – MDRC (Boston, USA)	Biotechnology Research Institute (Montreal, Canada)
ISDB – International Society of Drug Bulletins (USA)	Ministère de la Métropole (Montréal, Québec, Canada)
National Institutes of Health (NIH) Bethesda, Maryland (USA)	Food Research and Development Centre (St. Hyacinthe, Canada)
CAHTA - The Catalan Agency for Health Technology Assessment (Barcelona, Spain)	Conseil d'Évaluation des Technologies de la Santé du Québec (Canada)
Fundación Vall d'Hebron (Barcelona, Spain)	Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (Canada)
AETSA – Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (Seville, Spain)	NHS Centre for Reviews and Dissemination (York, UK)
CEDIT – Assistance Publique, Hôpitaux de Paris (France)	Zeneca Group plc. (London, UK)
The Danish Nurses' Organization (Copenhagen, Denmark)	PPP Healthcare Medical Trust (London, UK)
ETESA – Unidad de Evaluación de Tecnologías de la Salud (Santiago, Chile)	King's Fund (London, U.K.)
European Academy for the Study of Consequences of Scientific and Technological Advance (Bad Neuenahr, Germany)	SBU – The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (Stockholm, Sweden)
Hungarian Society for Health Technology Assessment (Debrecen, Hungary)	The Norwegian Centre for Health Technology Assessment (Oslo, Norway)
NRC – National Research Council of Canada (Ottawa, Canada)	Ziekenfondsraad – National Health Insurance Council (Amstelveen, The Netherlands)

3.6 Desenvolvimento de um sistema de codificação para artigos na área médico-hospitalar

Situação atual

Um dos graves problemas enfrentados pelo sistema atual de gerenciamento reside na falta de uma codificação adotada em âmbito nacional. Essa deficiência dificulta a especificação dos equipamentos e artigos para uso em medicina, com efeitos sobre a política de aquisição, controle de estoques, circulação de informações e normatização dentro e fora do país.

A ausência de uma codificação nacional fez com que diversos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS), a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, o Ministério da Fazenda (Tarifa Externa Comum – TEC) e o Ministério da Administração

Federal e Reforma do Estado (MARE) desenvolvessem seus próprios sistemas. Entretanto, os critérios utilizados foram bastante particularizados para as suas próprias necessidades, resultando em trabalhos incompletos (EASs), específicos (TEC e MARE) ou limitados (Secretaria de Saúde/SP). Essa multiplicidade de códigos dificulta o estabelecimento de um sistema eficaz de gerenciamento dos materiais médico-hospitalares, a formulação e o monitoramento de uma política nesta área. Pois, disto resulta:

- (a) multiplicidade de nomes para um mesmo material;
- (b) dificuldade para a elaboração de um programa de controle geral de equipamentos e artigos;
- (c) confusão na elaboração e atendimento a editais públicos.

Qualquer que seja o sistema desenvolvido para o gerenciamento de materiais (artigos e equipamentos) em um EAS é obrigatória a elaboração de um sistema de codificação. Essas codificações são desenvolvidas especificamente para cada estabelecimento e, normalmente, são baseadas na numeração do sistema de patrimônio, em alguns campos do número de série do equipamento ou em sistemas puramente numéricos (seqüência de números acrescida conforme os equipamentos são incorporados) ou alfanuméricos.

Descrição dos sistemas de codificação existentes para a área de saúde

O Ministério da Fazenda, devido à necessidade de importação e exportação de materiais, desenvolveu um sistema para codificação e tarifação (Tarifa Externa Comum – TEC), que engloba todos os grupos de materiais produzidos ou importados. Esse sistema utiliza um total de oito dígitos sendo que os seis primeiros são baseados no *Sistema Harmonizado de Designação e Codificação de Mercadorias* (SH). Esse sistema de codificação é adotado em âmbito mundial. Os dois últimos dígitos são complementares e servem para designar mercadorias e tarifação para o Mercosul (Nomenclatura Comum do Mercosul – NCM) ou para a América Latina (Nomenclatura da Associação Latino-americana de Integração – NALADI). Embora a tabela de materiais existente nos códigos da TEC inclua equipamentos e artigos utilizados na área médica, ela não se preocupa com as particularidades relativas à área da medicina. Assim, equipamentos e artigos com finalidades clínicas ou terapêuticas completamente diferentes são agrupados dentro de uma categoria e, conseqüentemente, com codificações semelhantes.

O Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), atual Ministério de Orçamento e Gestão, desenvolveu e instituiu (Portaria n. 544) o Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores (SICAF). Esse sistema é utilizado para o cadastramento de todos os fornecedores de materiais e serviços dos órgãos/entidades da Administração Pública Federal Direta, Autárquica e Fundacional no âmbito do

sistema de codificação de materiais para a área médica. Atualmente sob revisão, esse sistema utiliza parte da codificação proposta pelo *Emergency Care Research Institute* (ECRI), uma entidade norte-americana dedicada ao desenvolvimento de pesquisas e protocolos de gerenciamento na área de equipamentos médico-hospitalares. Porém, esse sistema também está sendo revisto pois, embora utilizado por algumas entidades em âmbito mundial, trata-se de uma codificação bastante particular e difere do sistema criado pela *Food and Drug Administration* (FDA).

Para o desenvolvimento desse sistema de codificação foram utilizados oito dígitos alfanuméricos. Os primeiros cinco dígitos são idênticos à codificação utilizada pelo ECRI. É então acrescentada uma letra em função da finalidade (ou área de aplicação) e mais dois dígitos para diferenciar as diversas especificações de um mesmo material.

Conforme o exemplo abaixo:

11413G01 - Eletrocardiógrafo de 1 canal (uso geral)

11413V03 - Eletrocardiógrafo de 3 canais (para UTI)

Esse código de oito dígitos foi utilizado também no Sistema de Planejamento de Estabelecimentos Hospitalares (SISPLAN), publicado pelo Ministério da Saúde. Essa codificação não tem uma lógica facilmente identificável. Porém, a flexibilidade na metodologia é de extrema importância para permitir a inclusão de novas tecnologias e evitar redundâncias.

Finalmente, a Secretaria de Vigilância Sanitária também desenvolveu seu próprio sistema de codificação. Esse sistema apresenta uma série de limitações. O código é composto de cinco dígitos, sendo que o primeiro indica a família a que pertencem os materiais. No caso de equipamentos médico-hospitalares o número correspondente seria o oito. Os quatro dígitos restantes indicam os diversos tipos de equipamentos existentes na família. A agregação de cada número (de quatro dígitos) no sistema é feita por ordem de chegada. Quanto mais recente a tecnologia maior será o valor dos quatro últimos dígitos. Assim como os outros códigos mencionados acima, esse também não possibilita a identificação ou classificação da tecnologia apresentando quase nenhuma versatilidade para o enquadramento de tecnologias que tenham algum tipo de similaridade a um mesmo serviço de saúde (centro cirúrgico, UTI, neonatologia, etc.), ou a um mesmo princípio físico de funcionamento (radiação ionizante, radiação não ionizante, temperatura, pressão, etc.). Dessa forma, equipamentos que funcionam baseados no princípio de emissão de ondas ultra-sônicas deveriam estar sob um mesmo grupo e não classificados por ordem de chegada.

Comentários

Além da falta de um sistema de codificação nacional, a multiplicidade de nomes para um mesmo material tem sido um dos problemas enfrentados pelo pessoal

que elabora portarias técnicas, assim como editais para aquisição de equipamentos e artigos. O mesmo ocorre com o pessoal da área de saúde que participa da avaliação de propostas desses editais. Dependendo da região do Brasil, diferentes nomes são adotados para um mesmo material. Esse problema poderia ser completamente eliminado caso existisse um código único, independente do nome do material.

Para a elaboração de qualquer programa para controle de material, seria fundamental a precisão dos dados a serem coletados. A existência de dois ou mais nomes para um mesmo material pode gerar duplicidade e, conseqüentemente, distorções na informação resultante.

A importância de um sistema de codificação nacional fica bastante evidente quando se verifica que organizações, como a FDA, estão tentando harmonizar o sistema de codificação de artigos e equipamentos médico-hospitalares nos Estados Unidos e Canadá. Paralelamente, estão ocorrendo negociações nos países da União Européia para a harmonização dos sistemas de codificação. Isto fará com que praticamente todos os grandes produtores de equipamentos e artigos do Hemisfério Norte tenham um sistema único de codificação. Esta unificação de sistemas facilitará sobremaneira, tanto os procedimentos de aquisição, como os sistemas de normatização, pois quase todo o Hemisfério Norte poderá "falar um mesmo idioma" no que se refere a equipamentos e artigos para a área hospitalar.

Um dos pontos de maior importância a ser levado atualmente em consideração para a elaboração de um sistema nacional de codificação é a existência do Mercado Comum da América do Sul (Mercosul). Assim como o Brasil, os outros membros do Mercosul não possuem uma codificação única para equipamentos e artigos na área hospitalar. Em economias globalizadas, é fundamental a harmonização na linguagem e codificação de cada item a ser comercializado e regulamentado pelos países. A existência de uma proposta que compatibilize o sistema de codificação no Mercosul, mas também nos Estados Unidos e na União Européia facilitaria o controle, a fiscalização e o intercâmbio entre estes países.

4

Mudanças recentes na estrutura produtiva da indústria farmacêutica

Sérgio Queiroz
Alexis Jesús Velásquez Gonzáles

Introdução

Este capítulo procura analisar as principais transformações que ocorreram no setor farmacêutico durante a década de 90, na pesquisa e desenvolvimento (P&D), na produção de matérias-primas farmacêuticas e de medicamentos, e, no comércio exterior desses produtos.

Como se sabe, a produção de medicamentos pode ser dividida em quatro estágios principais:

- **1º estágio:** pesquisa e desenvolvimento de novos princípios ativos (fármacos). É a etapa mais complexa e cara do processo. O desenvolvimento de um novo produto pode chegar a US\$ 500 milhões;
- **2º estágio:** produção industrial de fármacos, em que as moléculas de valor terapêutico definidas no estágio anterior são produzidas em escala. Nos casos mais freqüentes, de produtos obtidos por síntese química, é uma etapa essencialmente de processos químicos;
- **3º estágio:** produção de especialidades farmacêuticas (medicamentos), definindo as apresentações dos princípios ativos. É uma etapa essencialmente de processos físicos, em que fármacos e adjuvantes são misturados, postos em sua forma final (por exemplo, comprimidos) e embalados;
- **4º estágio:** marketing e comercialização das especialidades.

Este estudo se concentra nas mudanças ocorridas nos três primeiros estágios. A análise referente à estrutura produtiva será subdividida em três partes: pesquisa e desenvolvimento, produção de fármacos e produção de medicamentos. Em cada uma busca-se mostrar a situação do final dos anos 80 para estabelecer um quadro de referência para as mudanças recentes. Também comentam-se os principais condicionantes dessas mudanças, bem como as conseqüências da análise em termos de

4.1 Pesquisa e desenvolvimento na indústria farmacêutica brasileira

4.1.1 A situação no final dos anos 80

A década de 80 foi marcada por uma série de iniciativas com o objetivo de desenvolver a produção nacional de fármacos. Todavia, no que diz respeito às atividades voltadas à **descoberta de novos fármacos**, não se registrou praticamente nenhum avanço. Pode-se afirmar que o país entrou nos anos 90 com uma capacitação próxima de zero nessa área.

Diversos fatores atuavam para que a P&D de novos fármacos permanecesse incipiente no Brasil. Inicialmente, cabe observar que as atividades de pesquisa e desenvolvimento na indústria farmacêutica são custosas e requerem pessoal altamente qualificado. O Quadro 1 fornece uma idéia das especializações necessárias à P&D farmacêutica. Isso impõe um limiar de recursos extremamente elevado para manter uma capacidade inovadora mínima. Ademais, os custos dessas atividades vêm crescendo, elevando continuamente esse limiar. Esse tem sido um dos principais responsáveis pela onda de fusões que vem caracterizando o setor farmacêutico desde meados dos anos 80 e que prosseguiu ao longo dos anos 90 (Quadro 2). As grandes empresas farmacêuticas internacionais gastam em P&D uma soma correspondente a algo entre 15 e 20% de suas vendas, isto representa valores que podem ultrapassar os US\$ 2,5 bilhões (Tabela 1). Existe, em suma, uma massa crítica extremamente elevada (e cada vez mais elevada) em termos de recursos humanos e financeiros para realizar P&D nessa indústria.

Quadro 1. Principais especialistas atuando em P&D farmacêutica

Químicos Analistas	Parasitólogos
Bacteriologistas	Patologistas
Bioquímicos	Físicos
Engenheiros Bioeletrônicos	Fisiologistas
Biólogos	Psicólogos
Botânicos	Químicos Especialistas em Proteínas
Biólogos Celulares	Médicos
Engenheiros Químicos	Farmacologistas
Embriologistas	Psiquiatras
Endocrinologistas	Farmacêuticos
Entomologistas	Químicos Físicos
Enzimologistas	Nutricionistas
Imunologistas	Analistas de Radioatividade
Hematólogos	Sorologistas
Matemáticos	Estatísticos
Micólogos	Químicos Especialistas em Síntese
Microbiologistas	Veterinários
Especialistas de Química Orgânica	Viologistas

Fonte: Rigoni et al. (1985).

Quadro 2. Fusões e aquisições na indústria farmacêutica na década de 90

Ano	Fato	Laboratórios envolvidos
1993	Aquisição	Merck comprou a distribuidora de medicamentos Medco Containment Services American Home Products (EUA) comprou a American Cyanamid (EUA) por US\$ 10 bilhões
1994	Aquisição	Glaxo (Reino Unido) comprou a Wellcome (Reino Unido) por US\$ 14,9 bilhões
1995	Aquisição	Pharmacia Aktiebolag (Suécia) e Pharmacia & Upjohn (EUA)
1996	Fusão	Sandoz (Suécia) e Ciba (Suécia) formando a Novartis
1996	Fusão	F.Hoffmann-la Roche (Suécia) comprou Boehringer Mannheim (Alemanha) por US\$ 11 bilhões
1997	Aquisição	Astra AB (Suécia) e Zeneca (Reino Unido) formando a AstraZeneca (Reino Unido)
1999	Fusão	Hoechst Marion Roussel (Alemanha) e Rhône-Poulenc (Fra) formando a Aventis (Alemanha)

Fonte: *Gazeta Mercantil* (Panorama Setorial, 1997) e <<http://www.astrazeneca.com>>, <<http://www.aventis.com>>, respectivamente.

Tabela 1. As dez maiores empresas farmacêuticas mundiais – 1998

Colocação	Empresas	Origem	Vendas farmacêuticas US\$ bilhões	Total de vendas US\$ bilhões	% do total de vendas
1	Merck	EUA	13,7	26,9	50,9
2	GlaxoWellcome	Reino Unido	13,3	13,3	100,0
3	Bristol-Myers Squibb	EUA	12,6	18,3	68,9
4	Pfizer	EUA	12,2	13,5	90,4
5	Novartis	Suécia	9,4	20,6	45,6
6	Roche	Suécia	9,3	16,0	58,1
7	American Home Products	EUA	8,9	13,5	65,9
8	Johnson & Johnson	EUA	8,6	23,7	36,3
9	Hoechst Marion Roussel	Alemanha	7,3	23,2	31,5
10	SmithKline Beecham	US/Reino Unido	7,1	12,5	56,8

Fonte: Relatórios Anuais das Empresas.

Ora, o primeiro obstáculo, que se pode identificar para a virtual ausência de pesquisa de novos medicamentos no Brasil é a fragilidade das empresas locais. Apesar de representarem algo como 80% do número total de empresas farmacêuticas instaladas, elas detinham parcela inferior a 20% do mercado. No final dos anos 80, não havia mais do que três laboratórios de capital nacional entre os trinta maiores, sendo que o principal deles, o Aché, registrava vendas na casa dos US\$ 100 milhões. Não havia, portanto, nenhuma possibilidade de investimento em atividades de P&D farmacêutica dignas deste nome pelas empresas brasileiras.

Com relação às empresas estrangeiras, dificilmente se poderia esperar que elas fossem realizar pesquisa e desenvolvimento no Brasil. Pelas características já apontadas, em termos da massa crítica necessária, das economias de escala envolvidas, etc., a P&D

Portanto, a primeira dificuldade para realizar pesquisa de novos medicamentos reside no fato de que o principal agente desse processo, que são as empresas, nacionais ou estrangeiras, não tinham condições e/ou interesse para a empreitada. Além disso, o quadro institucional, no que diz respeito às atividades do estágio 1, representava outro desestímulo. A ausência de uma legislação patentária mais restritiva poderia favorecer a cópia de moléculas existentes e, conseqüentemente, o desenvolvimento da produção industrial de fármacos, mas não as atividades de descoberta de novas moléculas. É sabido que na indústria farmacêutica a proteção patentária é um instrumento fundamental de apropriabilidade dos resultados da inovação. A patente torna-se necessária em função da enorme diferença entre os altos custos de inovação e os baixos custos de imitação. Com a legislação patentária, então, em vigor as empresas tinham uma razão a mais para não investir em atividades de pesquisa.

Desse modo, no que se refere à pesquisa e desenvolvimento, o quadro que se apresentava no final da década de 80 e início da de 90 era de atividades muito limitadas. Havia uma ou outra iniciativa, por exemplo de uma empresa nacional articulada com um grupo universitário que desenvolvia uma linha de pesquisa que poderia desaguar na descoberta de um novo fármaco. Mas, invariavelmente, essas esparsas tentativas deram em nada.

Outro tipo de atividade que também deve ser incluído nesse quadro refere-se à pesquisa galênica, isto é, a pesquisa na área de medicamentos propriamente dita e que tem como um dos objetivos obter novas apresentações, formulações, dosagens, etc. Algumas filiais de multinacionais realizavam pesquisas desse tipo, buscando desenvolver formas mais apropriadas de apresentação de produtos conhecidos. Cabe sublinhar que essa não é uma pesquisa cara ou sofisticada. Na verdade, constitui aquela diminuta parcela que se poderia qualificar como “pesquisa adaptativa” da indústria farmacêutica.

4.1.2 As mudanças recentes

Nos últimos dois ou três anos da década de 90 ocorreram algumas mudanças dignas de registro, nesse quadro da P&D farmacêutica. O primeiro ponto a destacar refere-se ao aumento das pesquisas clínicas no país. Essas atividades compõem uma fase muito importante do 1º estágio, respondendo por 60% dos US\$ 500 milhões que nele podem ser consumidos, segundo o presidente da pesquisa farmacêutica da Roche (SCRIP, 1997). As principais etapas do 1º estágio poderiam ser resumidas como se segue (Queiroz, 1993):

Fase Química: consiste em isolar novas substâncias a partir da extração de produtos naturais, síntese química ou processos biotecnológicos. Pode incluir centenas ou milhares de variações moleculares a serem submetidas a testes posteriores;

Fase Biológica: verifica, inicialmente, se a substância analisada apresenta um determinado potencial terapêutico para, em seguida, submetê-la a testes farmacológicos, toxicológicos, bioquímicos e microbiológicos;

Fase Clínica: em uma primeira etapa da pesquisa clínica, o novo fármaco é testado em um pequeno grupo de voluntários, quando se verificam sua eficácia e efeitos colaterais. Ultrapassada essa etapa com bons resultados, a experimentação se estende a grupos mais numerosos de pacientes, devidamente informados de que estão utilizando um medicamento em fase de testes, para confirmar e aprofundar os resultados iniciais em termos de tolerância ao medicamento, de sua eficácia, etc.;

Fase Galênica: simultaneamente à fase clínica, é realizado um trabalho de análise detalhada das características da substância em termos de sua composição, pureza, estabilidade ao longo do tempo, etc. Essas informações são essenciais para determinar as especificações de produção e as normas de controle de qualidade.

A fase de ensaios clínicos, por sua vez, pode ser melhor detalhada da seguinte forma (Moreno, 1998):

- **fase 1:** o principal objetivo é determinar a toxicidade da droga e qual a dosagem que pode ser administrada a um indivíduo sem produzir efeitos colaterais severos. Engloba também estudos farmacocinéticos, em que são examinadas as condições de absorção, biotransformação e eliminação do medicamento, em suma, os aspectos relativos à biodisponibilidade e metabolismo da droga;
- **fase 2:** procura estabelecer a eficácia e segurança da droga. Nessa fase, são definidas as doses, inclusive a dose eficaz, separam-se os medicamentos com real potencial terapêutico dos inativos ou tóxicos;
- **fase 3:** objetiva confirmar a indicação em escala completa de tratamento. A extensão dessa fase, às vezes chamada de fase 3B, busca confirmar a indicação em comparação com os produtos de referência;
- **fase 4:** refere-se a estudos posteriores à aprovação para comercialização, o que, de certo modo, extrapola o estágio da P&D.

A novidade recente é que algumas grandes empresas internacionais passaram a incluir o Brasil no circuito dos países em que se realiza essas atividades de pesquisa clínica. Como exemplo, a GlaxoWellcome, partindo do zero, passou a gastar pouco mais de US\$ 2 milhões por ano nesse tipo de atividade, conduzindo quinze estudos em sessenta centros, envolvendo aproximadamente 1.200 pacientes.

A Novartis brasileira, que na década de 80 se situava (como Biogalênica, filial da Ciba-Geigy) entre as filiais de multinacionais que realizavam pesquisa galênica, passou a destinar US\$ 10 milhões anuais para pesquisa, parte também para estudos

firmas. É preciso, portanto, dar a devida dimensão para essas iniciativas. Mas o fato é que nem essa pequena inserção existia em meados da década de 90 e a mudança não pode ser ignorada.

Há outros exemplos de projetos voltados para a descoberta de novos medicamentos que podem resultar em articulações ainda mais interessantes entre as empresas e a comunidade científica brasileira. Em outubro de 1998, a GlaxoWellcome anunciou a intenção de investir US\$ 300 milhões em um centro de pesquisas voltado para a descoberta de medicamentos de combate a doenças tropicais. Desde então, houve uma mudança de enfoque e a empresa optou por um caminho mais modesto. Estabeleceu uma associação com a Extracta, uma empresa incubada no pólo tecnológico Bio Rio, na Universidade Federal do Rio de Janeiro, que prevê a criação de uma rede de estudiosos da biodiversidade com o objetivo de pesquisar novos medicamentos. Pelo acordo, consta que a Extracta e seus pesquisadores associados deterão os direitos de patente de eventuais descobertas e a GlaxoWellcome terá a prioridade na sua comercialização.

Portanto, a idéia do centro de P&D em doenças tropicais ficou postergada, podendo ser retomada no futuro caso outras condições sejam satisfeitas. Talvez, a principal delas refira-se ao peso que a subsidiária brasileira representa no conjunto da empresa (atualmente, ela responde por apenas 2% do faturamento mundial), que precisaria ser maior para justificar um investimento desse porte.

Cabe perguntar que fatores estão por trás dessas mudanças. A alteração na legislação patentária seria o dado mais visível, embora não necessariamente o mais importante. A entrada em vigor da nova lei de patentes em 1997 deve ser vista mais como uma condição do que propriamente um estímulo para a pesquisa de novas moléculas.

A forte ampliação do faturamento da indústria farmacêutica, decorrente da recuperação dos preços e, no período imediatamente após a estabilização, do crescimento do mercado, colaborou decisivamente para a retomada dos investimentos na produção de medicamentos, como veremos adiante. Este fato, somado à percepção de que o potencial do mercado brasileiro é considerável, contribui para a realização de algumas atividades de P&D. Como se observou para o caso da GlaxoWellcome, à medida que a filial brasileira responde por uma parcela mais expressiva das vendas globais da empresa – o que pode ocorrer se as expectativas com relação ao crescimento mercado brasileiro se confirmarem –, aumenta a probabilidade de que a matriz aprove maiores investimentos em pesquisa no Brasil.

Outra condição que deve ser satisfeita é a oferta de pessoal qualificado e de uma certa infra-estrutura. No que diz respeito à pesquisa clínica, esse aspecto parece estar sendo atendido. Os centros de pesquisa médica que vêm sendo envolvidos nas pesquisas estão dentro dos padrões exigidos pelas empresas.

Todavia, um fator que deve ser destacado é a riqueza da biodiversidade brasileira, somada ao crescente interesse pelos fitomedicamentos, ou medicamentos produzidos a partir de plantas. Estudos (Ferreira et al., 1998) têm apontado esse fato como uma oportunidade a ser aproveitada pelo país. Não se trata apenas do acesso facilitado a uma biodiversidade particularmente rica, mas também, ou principalmente, da existência de uma certa competência científica já instalada capaz de explorar esse potencial e extrair resultados interessantes em termos de novos medicamentos. Não é por outra razão que foi estabelecido o mencionado acordo entre GlaxoWellcome e Extracta.

Ainda com relação à questão dos fitomedicamentos, é importante observar que o crescimento desse mercado é uma tendência mundial, como indicam as Tabelas 2 e 3.

Na Europa esse é um mercado bem consolidado. A novidade é que nos Estados Unidos, tradicionalmente mais refratários ao emprego de fitoterápicos, o mercado também vem se expandindo rapidamente.

Tabela 2. Crescimento do mercado de fitoterápicos em países selecionados em 1993

País	%
Espanha	35
Alemanha	15
Itália	11
Reino Unido	10

Fonte: Nicolas Hall Company (1994) apud Ferreira et al. (1998).

Tabela 3. Taxas de crescimento anual do mercado de fitoterápicos por região (%)

Região	Crescimento 1985/1991	Crescimento 1991/1992	Projeção 1993/1998
EUA	10	12	12
União Européia	10	5	8
Restante da Europa	12	8	12
Japão	18	15	15
Sudeste da Ásia	15	12	12
Índia e Paquistão	12	15	15

Fonte: Jörg Grünwald (1995) apud Ferreira et al. (1998).

Como aponta o Departamento de Comércio dos Estados Unidos (Ferreira et al., 1998): “o mercado americano de *herbal products* é relativamente novo, tendo iniciado seu crescimento nos anos 60. Desde essa época, a indústria deixou uma posição marginal para se integrar ao *mainstream* do mercado biomédico. Com o crescente interesse do consumidor em produtos naturais, as companhias estão ampliando a adição de ingredientes botânicos em seus produtos... à medida que a indústria (farmacêutica) continua a procurar meios de conter preços, a participação de mercado dos

Boehringer Ingelheim	Quest (Canadá)
Boots	Kanoldt (Alemanha)
Bausch and Lomb	Dr. Mann (Alemanha)
Ciba-Geigy	Valverde (Suíça)
Degussa	Asta Medica (Alemanha)
Ferrosan	Healthcrafts (Reino Unido) Nature's Best (Reino Unido)
Fujisawa	Klinge Pharma (Alemanha)
Hoechst Iberica S.A.	Laboratórios Veterin S. A.
Johnson & Johnson/Merck	Woelm Pharma (Alemanha)
Merck & Co.	Britcair Ltd. (Reino Unido)
Pfizer	Mack (Alemanha)
Rhône-Poulenc Rorer	Nattermann (Alemanha)
Sandoz	Dietisa S. A. (Espanha)
Sanofi	Plantorgan (Alemanha)
Searle	Heumann (Alemanha)
SmithKline Beecham	Fink (Alemanha)
Solvay	Kali Chemie (C)

Fonte: Jörg Grünwald (1995) e McAlpine, Thorpe & Warrier (1992), apud Ferreira et al. (1998)..

No Brasil, diversos fatores atuam no sentido de favorecer a expansão do uso e a pesquisa de fitoterápicos. O primeiro ponto a considerar é seu custo de desenvolvimento muito menor. Enquanto a descoberta de um novo medicamento sintético pode chegar a US\$ 500 milhões e levar entre sete e vinte anos para ser lançado no mercado, McChesney (1993) contrapõe o exemplo de um medicamento originado de planta, desenvolvido no *Research Institute of Pharmaceutical Sciences*, da Universidade do Mississippi, a um custo de US\$ 35 milhões. Valores dessa ordem seriam muito mais facilmente enfrentados pelas empresas farmacêuticas nacionais, bem como pelas filiais estrangeiras.

Também deve ser destacada a exuberância da biodiversidade brasileira, ao lado da existência de certo conhecimento pré-científico – particularmente o detido por comunidades indígenas – e da tradição no uso de plantas medicinais pela população. A *Shaman Pharmaceuticals*, de S. Francisco, Estados Unidos, é uma empresa que adota a etnofarmacologia em sua estratégia de pesquisa de medicamentos. Depois de pesquisar cerca de 7.000 espécies de plantas na Amazônia, deverá lançar dois produtos no mercado norte-americano, o Provir e o Virend, para combater diarreia crônica e herpes genital, respectivamente.

Por fim, cabe sublinhar a existência de uma razoável base técnico-científica. Há no Brasil cerca de 70 grupos de pesquisa em química e farmacologia de produtos naturais que poderiam participar do esforço de desenvolvimento de medicamentos a partir de plantas.

4.1.3 Implicações para as políticas públicas

A partir do que foi exposto não é difícil deduzir as direções em que o poder público deveria atuar para estimular a P&D farmacêutica. Antes de tudo, por que

perseguir o objetivo de incrementar as atividades de pesquisa e desenvolvimento na indústria farmacêutica? A razão fundamental está no fato de que essa é uma indústria de alta tecnologia e caracterizada por elevada capacidade inovadora. Se toda essa capacidade estiver situada fora do país, limitando a atuação doméstica às fases menos complexas e rentáveis, será cristalizada uma inserção tradicional na divisão internacional do trabalho, em que as atividades de alto valor ficam fora de alcance. Não se pode tampouco ignorar que a P&D farmacêutica, por seus necessários vínculos com a pesquisa acadêmica, produz um fortalecimento do sistema nacional de inovação, com possíveis efeitos para outras áreas de conhecimento e de produção.

Isso posto, indica-se a seguir as ações governamentais que poderiam estimular essas atividades. A análise está estruturada a partir do agente principal desse processo, qual seja, as empresas. Convém tratar separadamente as nacionais e as estrangeiras. Com relação às primeiras, o principal obstáculo é a fragilidade, o pequeno porte perante os competidores internacionais. A maior empresa farmacêutica brasileira, o Laboratório Aché, mesmo tendo crescido substancialmente na década de 90, fatura US\$ 490 milhões (Quadro 4), o que é insuficiente para investir em P&D na escala adequada. Isso não significa que nenhum investimento possa ser feito. O próprio Aché e outros laboratórios nacionais estão realizando pesquisas, buscando explorar, principalmente, o nicho dos fitomedicamentos, no qual o custo de desenvolvimento é significativamente mais baixo. Significa, isso sim, que há limitações importantes para atuar nesse campo. Desse modo, o incentivo à fusão de firmas nacionais, seguindo uma tendência que é mundial, poderia propiciar o surgimento de pelo menos um grande laboratório no futuro próximo. As dificuldades de caminhar nessa direção são bem visíveis: as empresas são familiares, de gestão não profissionalizada; o mercado acionário doméstico limitado, não favorecendo a constituição de empresas de capital aberto, etc. Mas permanecem as dificuldades. Empresas que não atingem um certo faturamento se defrontam com sérias limitações para pesquisar novos medicamentos.

Quadro 4. As dez maiores empresas farmacêuticas nacionais – 1998

Colocação	Empresa	Origem/Sede	Receita operacional bruta US\$ milhões
1	Novartis	Suécia/SP	1.044,2
2	Hoechst Marion Roussel	Alemanha/SP	505,2
3	Aché	Brasil/SP	490,3
4	Roche	Suécia/SP	483,8
5	Bristol-Myers Squibb	EUA/SP	481,8
6	Boehringer Ingelheim	Alemanha /SP	370,7
7	Schering-Plough	EUA /RJ	341,6
8	Lilly	EUA /SP	272,4
9	GlaxoWellcome	Reino Unido/RJ	253,4
10	Sanofi	Fra/RJ, SP	244,6

Fonte: Exame. Melhores e Maiores (jun. 1999).

No caso das empresas estrangeiras, o problema do porte também se coloca,

regional que será tratado adiante, também tem impulsionado o crescimento das filiais.

A questão relevante, no entanto é que o porte está longe de ser condição suficiente para essas empresas passarem a realizar atividades de pesquisa no Brasil (aliás, o mesmo vale para as empresas nacionais, com a diferença de que estas não têm estruturas de P&D prontas em outros países). A partir da experiência, certas condições de “oferta” técnico-científica jogam um papel importante na decisão das multinacionais. A existência de centros de excelência na área médica é essencial para a realização dos ensaios clínicos, por exemplo. A competência acumulada em determinados campos e instituições, tais como o conhecimento de doenças tropicais na Fiocruz, pode induzir à implantação de centros de pesquisa especializados como aquele pensado pela GlaxoWellcome.

Desse modo, mapear esses elementos de oferta, analisando em detalhe as capacitações existentes no país, seria crucial para estabelecer o potencial e as deficiências para a P&D de novas moléculas.

A questão da legislação também precisa ser considerada. A aprovação da nova legislação de patentes foi vista pelas empresas multinacionais como um passo importante para a ampliação das atividades de pesquisa, porém insuficiente.¹ Existem críticas com relação à legislação que regulamentava a pesquisa clínica que também devem ser debatidas a partir de análises específicas.

4.2 Produção industrial de fármacos

4.2.1 A situação no final dos anos 80

Ao longo dos anos 80, uma série importante de medidas governamentais foram adotadas com o objetivo de ampliar a produção brasileira de produtos farmacocômicos. A principal delas, talvez, tenha sido a Portaria n. 4, de 3 de outubro de 1984, portaria conjunta dos Ministérios da Saúde e da Indústria e Comércio. Essa Portaria regulamentou a concessão de autorização para produção de matérias-primas, insumos farmacêuticos e aditivos utilizados na fabricação de medicamentos. Por meio desse instrumento legal, o governo garantiu uma virtual reserva de mercado, proibindo importações, para os fármacos que viessem a ser fabricados no país.

Além do cunho protecionista, a medida visava a um ordenamento do mercado, evitando projetos concorrentes e, portanto, o risco da construção de capacidade produtiva excedente. Buscava, de certo modo, reproduzir no setor de química fina alguns dos passos do bem-sucedido processo de implantação e desenvolvimento da indústria petroquímica, efetivados, principalmente, na década de 70 (Queiroz, 1997).

Contudo, desenvolveram-se mecanismos para contornar a barreira representada pela Portaria n. 4. Um deles foi o questionamento sistemático da qualidade do produto fabricado localmente efetuado pelos importadores tradicionais, geralmente filiais de empresas multinacionais interessadas em continuar comprando de

1 A Lei n. 9.279, de 14 de maio de 1996, regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial.

suas matrizes. Essas críticas, em diversos casos injustificadas, visavam lançar no descrédito certos produtores que pretendessem se valer da Portaria n. 4 para dominar o mercado nacional.

Outro mecanismo amplamente utilizado foi a chamada “importação preventiva” (Queiroz, 1997). Tão logo uma empresa obtivesse a concessão para produzir determinado fármaco, importadores faziam um enorme estoque do produto que tinha como resultado um esvaziamento brutal do mercado, o que dificultava – quando não inviabilizava – a entrada do novo produtor.

Esses expedientes revelavam brechas pelas quais muitas importações foram mantidas, mas não invalidavam o papel da Portaria n. 4, especialmente a sinalização que ela representava do interesse governamental no desenvolvimento da indústria químico-farmacêutica.

Medidas mais diretas de fomento à produção, como no caso do projeto CODETEC, em Campinas, também devem ser mencionadas. Entre 1984 e 1990 foram realizados investimentos de aproximadamente US\$ 5 milhões em infra-estrutura, materializada em doze laboratórios e várias plantas piloto. Nesse mesmo período, foram contratados projetos no valor aproximado de US\$ 7 milhões, que resultaram em sessenta fármacos com tecnologia industrial desenvolvida, quatorze dos quais haviam iniciado a produção até o final de 1990.

Considerando ainda o fato de que a legislação patentária, então em vigor, representava um estímulo para a cópia de moléculas existentes, pode-se afirmar que as condições da década de 80 favoreceram um processo de substituição de importações na área de matérias-primas farmacêuticas, que constituía um dos poucos segmentos industriais em que o coeficiente de importações permanecia elevado.

Como se observa na Tabela 4, ocorreu um significativo aumento da produção de fármacos no período 1982/87. Em 1987, cerca de 420 produtos estavam sendo fabricados por mais de 90 empresas. O valor da produção desses produtos atingia US\$ 521 milhões, correspondendo a algo entre 60 e 70% do mercado.

Tabela 4. Produção brasileira de fármacos nos anos 80

Ano	US\$ milhões
1982	268
1983	259
1984	297
1985	321
1986	417
1987	521

Fonte: SDI/GSIII, apud Queiroz (1993).

Na Tabela 5, nota-se que as importações de fármacos apresentaram uma queda relativa ainda que com oscilações, enquanto as de intermediários cresceram significativamente, pesando cada vez mais no conjunto das importações farmacêuticas. Este movimento mais um indicativo de avanço da produção farmacocômica que

1982	277,4	80,6	49,7	14,4	12,4	4,0	301,5	100,0
1983	226,6	75,2	62,6	20,8	12,4	4,0	269,9	100,0
1984	185,7	68,8	73,6	27,2	10,6	4,0	294,3	100,0
1985	200,4	65,1	77,8	26,4	16,1	5,5	355,0	100,0
1986	241,3	63,0	96,5	27,2	17,2	4,8	410,0	100,0
1987	278,3	67,9	115,5	27,9	17,2	4,2		

Fonte: SDI/GSIII, apud Queiroz (1993).

Em suma, o quadro observado na década de 80 era de uma produção ascendente da indústria farmacológica, com um número crescente de empresas entrando nesse mercado, de produtos sendo fabricados e com maior verticalização, isto é, com ampliação do número de etapas de síntese. Entre as empresas havia aquelas originárias da farmacêutica, nacionais ou filiais de empresas estrangeiras, que passavam a produzir seus insumos, como também havia as constituídas diretamente como farmacológicas. Nos diversos casos, podiam ser constatados avanços inegáveis nas capacitações industrial e tecnológica.

4.2.2 As mudanças na década de 90

O quadro da produção químico-farmacêutica acima esboçado vai se alterar, drasticamente, a partir das mudanças institucionais ocorridas no começo dos anos 90.

Logo no início do governo Collor, o fim do Anexo C da Carteira de Comércio Exterior (CACEX) do Banco do Brasil, no qual eram incluídos os produtos beneficiados pela Portaria n. 4, e a rápida redução das tarifas de importação sinalizaram claramente que o governo não mais favorecia a produção interna de matérias-primas farmacêuticas.

No caso da legislação patentária, a nova administração mostrava que não estava muito disposta a resistir às pressões dos países desenvolvidos ao enviar o Projeto de Lei n. 824 ao Congresso Nacional, em 30 de abril de 1991, alterando sensivelmente as regras sobre patentes em vigor. Depois de longa e complicada tramitação, uma nova lei de propriedade industrial, muito mais restritiva, seria finalmente aprovada pelo Congresso em 14 de maio de 1996, entrando em vigor um ano depois. O fato é que desde o início da década se firmava a percepção de que a antiga legislação de patentes, favorável às atividades de cópia de moléculas existentes, estava com os dias contados, e portanto, a indústria farmacológica acabaria perdendo mais este estímulo.

As atividades de fomento foram também abandonadas, perdendo-se experiências valiosas, como no caso da CODETEC. Independentemente de alguns equívocos de origem que contribuíram para o insucesso do empreendimento, como o predomínio de empresas farmacêuticas e de pequeno porte na clientela dos projetos, o fato é que, com investimentos bastante modestos, foi criada uma razoável capacitação tecnológica no desenvolvimento de rotas de síntese que foi repassada para as empresas por meio dos acordos estabelecidos ou, indiretamente, pela absorção de recursos humanos treinados.

O resultado dessa mudança radical no ambiente foi a estagnação da produção farmacológica, que ficou em torno dos US\$ 500 milhões. Segundo estimativa da

Associação Brasileira da Indústria Químico-Farmacêutica (Abiquif) esse é o valor da produção atual de fármacos.²

A título de comparação, a Itália, com um mercado de medicamentos de US\$ 19,9 bilhões (Associação Brasileira de Indústria Farmacêutica – ABIFARMA), produz US\$ 6 bilhões de farmacológicos (Abiquif) e abastece 53% das matérias-primas demandadas pela indústria americana de medicamentos genéricos (os quais, representam 35% do mercado americano). No início dos anos 80, diversos produtores italianos, preocupados com os possíveis efeitos negativos que a adoção de uma legislação patentária mais rígida poderia trazer para seus negócios, olharam para o Brasil como uma alternativa para sua expansão. Evidentemente, não aproveitaram a oportunidade.

De diversos pontos de vista, a produção farmacológica regrediu no país. Se em 1987 a produção atendia pelo menos 60% do mercado, no final dos anos 90 não atinge sequer 20%. De acordo com a Abiquif, para vendas farmacêuticas próximas de US\$ 10 bilhões (sem contar as dirigidas ao sistema público, que somariam mais uns US\$ 2 bilhões), o mercado brasileiro de fármacos estaria em torno de US\$ 1,7 bilhão. Como dos US\$ 500 milhões produzidos, algo como US\$ 200 milhões são destinados a exportações, deduz-se que o auto-abastecimento está na casa dos 18%. Em número de produtos, havia 420 fabricados em 1987, caíram para 300 em 1998, sendo que o número de fármacos comercializados atualmente no Brasil não é inferior a 1.500.³

Essa situação reflete a reação de diversas empresas perante a abertura comercial dos anos 90. Diante do novo quadro, a maioria das empresas farmacêuticas, muitas delas estrangeiras, que haviam investido na produção de insumos – quase sempre produções pequenas para consumo cativo – fechou suas instalações farmacológicas e passou a importá-los. Ocorreu, portanto, uma reversão do processo de substituição de importações que estava em curso.

Outro sinal forte de regressão foi o aumento da desverticalização. De modo geral, as empresas que permaneceram no mercado fizeram ajustes mudando o *mix* de produtos, retirando alguns, introduzindo outros, mas, principalmente, abandonando a preocupação que existia anteriormente de ampliar ao máximo a verticalização. Pode-se afirmar que houve um esvaziamento mais ou menos generalizado da produção farmacológica, mesmo em situações em que aparentemente os produtos continuaram a ser fabricados.

Entretanto, não se deve concluir que a indústria químico-farmacêutica brasileira acabou. Resta um conjunto pequeno mas significativo de empresas, nacionais e estrangeiras, que podem ser o ponto de partida de uma retomada futura.

Empresas multinacionais como a Lilly e a SmithKline reforçaram suas produções no país, ampliando e/ou adaptando suas plantas dentro da perspectiva de torná-las mais especializadas e capacitadas, inclusive, a atender o mercado externo. A Lilly construiu uma fábrica de Cefalosporina em Cosmópolis para uso interno e para

alguns produtos como o Aibendazol, em sua fábrica de Camaçari, Bahia, mas ganhou a responsabilidade do fornecimento de Cimetidina para todo o mercado japonês. Com isto, a exportação desse produto, que é a matéria-prima do seu conhecido Tagamet, subiu para US\$ 22,7 milhões em 1998, recorde para uma molécula exportada pelo Brasil.

Com relação às empresas nacionais de origem farmacológica, como Labogem, Formil, Nortec ou Microbiológica, pode-se afirmar que várias delas conseguiram se adaptar ao novo contexto econômico-institucional de uma maneira até certo ponto surpreendente. De modo geral, passaram por severos processos de ajuste que causaram uma retração inicial, mas desencadearam mudanças estratégicas, buscando atingir níveis elevados de qualidade dos produtos e de eficiência dos seus processos de obtenção. Vale ilustrar esse movimento com alguns casos.

Uma dessas empresas mantém uma equipe de desenvolvimento de novos produtos de treze pessoas (seis delas de nível superior), em um total de setenta empregados. Seu gasto em P&D corresponde a aproximadamente 20% do faturamento anual. Com isso, a empresa vem sustentando um ritmo de lançamento de um novo produto a cada ano e se encontra em expansão. Suas exportações, iniciadas em 1998, são ainda pequenas e dirigidas a três países, quais sejam, Argentina, Canadá e Suíça. Entretanto, a empresa está investindo na preparação do *Drug Master File* (DMF), a documentação de registro de todos os procedimentos e recursos técnicos da firma, com o propósito de se credenciar junto à FDA e poder exportar para os Estados Unidos.

Outra empresa também conseguiu, depois de atravessar as dificuldades do início da década de 90, retomar uma trajetória de expansão. Seu faturamento foi multiplicado por oito entre 1990 e 1998, o número de empregados dobrou de 25 para cinquenta, o de produtos passou de três para dezessete e o de clientes de 150 para 250. A empresa também está buscando se adequar às exigências da FDA para ampliar suas exportações.

Uma terceira firma incorporou um novo laboratório que lhe permitirá ampliar sua capacidade instalada em termos de litros de reator em mais de 150%. Dos atuais 44 empregados, deverá passar a 85. A empresa mantém doze pessoas atuando em P&D (dez das quais de nível superior) e gasta entre 10 e 12% do faturamento nessa atividade. O dado mais interessante é a articulação, iniciada em 1997 com pequenos laboratórios americanos de P&D, com vistas ao desenvolvimento de novas moléculas. O acordo, que inclui participações acionárias cruzadas, prevê o direito de fabricação para o mercado latino-americano das novas drogas eventualmente descobertas. As exportações para o México, a Argentina, o Chile, Tailândia e Peru, também devem ser incrementadas a partir da aprovação, junto à FDA, da planta da empresa recém-adquirida. A empresa busca ainda capacitar-se para atender a demanda de filiais de empresas estrangeiras interessadas em terceirizar a produção, ou etapas de síntese, de determinados fármacos. Esse constitui um nicho de mercado interessante de ser explorado por empresas farmacológicas nacionais, à medida que alguns produtos de multinacionais não tenham a exclusividade de fornecimento externo por variados motivos (patente esgotada, licença compulsória, etc.), a terceirização pode ser uma opção mais interessante do que estabelecer uma planta no país.

Em suma, o que se nota nos casos acima é um comportamento ativo das firmas no sentido de atender padrões internacionais de qualidade, desenvolver novos produtos, explorar novos nichos de mercado e, com isso, avançar tanto em termos de produção industrial, como de capacitação tecnológica. Contudo, deve-se ter presente que o futuro da produção químico-farmacêutica está longe de estar garantido. A fragilidade do setor é patente e os casos “sobreviventes” não devem servir para criar a falsa imagem de que tudo está bem. Eles são encorajadores à medida que não se está partindo do zero, mas muitas ações ainda se fazem necessárias para a consolidação desse segmento industrial.

4.2.3 Implicações para as políticas públicas

O primeiro ponto a considerar aqui é a necessidade de recuperar, da perspectiva do poder público, a preocupação com o desenvolvimento da farmacoquímica no país. A política dos anos 80 sinalizava claramente o interesse governamental no destino desse setor, chegando mesmo a abusar de instrumentos protecionistas – nem sempre eficazes –, como no caso da Portaria n. 4. A mudança dos anos 90 representou uma guinada de 180° em direção a uma abertura ampla de mercado, desconsiderando particularidades do setor que o distinguem de outros em que os benefícios para o consumidor de um maior fluxo de importações, pelo menos no curto prazo, são visíveis.

Ocorre que o comércio internacional de fármacos sofre fortes distorções. Para produtos mais novos, é generalizada a prática de preços de transferência e, não apenas pelas filiais de multinacionais, uma vez que também empresas nacionais se valem do superfaturamento de importações para transferir dinheiro para o exterior.⁴ Portanto, na ausência de produção interna, a tendência é o encarecimento dos custos da produção farmacêutica, ao contrário do que costuma suceder em outros setores em que facilitar o acesso às importações reduz os custos.

Vale citar o resultado de uma análise de Frenkel & Corrêa (1990) sobre as diferenças de preços de especialidades vendidas no Brasil e em outros três países desenvolvidos (Suíça, Itália e Alemanha), divididas em dois grupos: as fabricadas com fármacos produzidos localmente e aquelas com princípios ativos importados. Um tanto surpreendentemente observou-se que os medicamentos do primeiro grupo eram relativamente mais baratos que os do segundo. Segundo os autores, na ausência de fabricantes locais de matérias-primas os preços das especialidades são baseados nos preços de transferência (geralmente muito elevados). Apenas depois que surgem produtores locais os órgãos controladores do governo começam a ter idéia do valor de mercado dos produtos e a pressionar para baixo os preços acordados. Além desse fato, a produção local de fármacos facilita seu acesso aos laboratórios, incrementando a competição no mercado final de medicamentos. Isto é, a existência de produção interna reduz a barreira relativa ao acesso à matéria-prima. Pequenos laboratórios deixam de estar obrigados a recorrer aos chamados *brokers* (fracionadores de produtos comprados

Deve-se considerar também outro tipo de distorção, desta vez referente às *commodities* farmacocômicas ofertadas no mercado mundial, principalmente por China e Índia, a preços extremamente competitivos, mas com baixos padrões de qualidade e fabricadas em condições irreproduzíveis em outras partes do mundo. Esses novos produtores vêm promovendo uma concorrência tachada freqüentemente de desleal. Primeiro, por usufruírem de condições únicas pelos baixíssimos salários que pagam e pela ausência de restrições no que diz respeito às agressões ao meio ambiente. Segundo, pela baixa qualidade dos produtos. Ora, se o país não dispuser de instrumentos de fiscalização sanitária que estabeleçam um padrão rigoroso de seleção das matérias-primas que entram na fabricação dos medicamentos, a concorrência estará sendo fraudada e, muito pior, os riscos para a saúde da população serão enormes.

Diante desse quadro, a tentação dos fabricantes nacionais de fármacos de se converterem em representantes de produtores asiáticos é considerável. Um caso interessante ilustra bem o que está em jogo. Uma empresa nacional que fabricava um produto e o vendia a US\$ 3.000/kg foi alijada do mercado a partir da entrada de importações da China e da Índia a US\$ 400/kg (preço inferior aos custos do produtor nacional). Em dado momento, essa empresa recebeu, de um fabricante coreano, a oferta de exclusividade na representação do produto, a um preço US\$ 300/kg. Ela decidiu, então, fazer uma transação experimental, comprou uma partida, analisou o produto e constatou que estava fora de especificação. Ao iniciar os procedimentos para devolução, recebeu do fabricante asiático, conhecedor das instalações da empresa, a proposta de desistir da devolução em troca de um desconto adicional de 30%. Feitas as contas dos custos de purificação para levar o produto à especificação, a empresa aceitou a oferta.

O exemplo mostra com clareza como a entrada dos produtores asiáticos ameaça seriamente a sobrevivência dos nacionais, ou, no mínimo, a realização de etapas de síntese de fármacos no país. Deixa ainda uma pergunta incômoda: se não houvesse capacidade industrial e tecnológica do produtor nacional para retrabalhar o produto, qual teria sido seu destino? Ou, dito de maneira geral, quais mecanismos garantem que esses fármacos provenientes da China, Índia, etc., estejam dentro das especificações quando chegam aos fabricantes de medicamentos? A estes últimos deve ser confiada a responsabilidade pela manutenção dos padrões de qualidade? Basta lembrar dos casos de falsificação de medicamentos, que expuseram dramaticamente a fragilidade da fiscalização desses laboratórios, muitos deles do tipo "fundo de quintal", para perceber a dimensão do problema.

Portanto, não se trata simplesmente de considerar a farmacocômica uma indústria nascente e que por esse motivo deva ser protegida (embora esse também seja um argumento válido, não havendo por que rejeitá-lo). Trata-se, isso sim, de reconhecer as distorções envolvidas no comércio internacional de fármacos, assim como os benefícios de uma base produtora nacional sólida. A defesa da indústria químico-farmacêutica nacional deve estar baseada na garantia de condições isonômicas de competição, e não em proteção criadora de privilégios.

Assim sendo, uma decisão fundamental do poder público seria estabelecer o registro de produtos farmacocômicos. Deve-se, simplesmente, copiar os americanos que exigem esse tipo de registro, e a conseqüente inspeção das plantas pela FDA, de

todos aqueles que pretendem exportar para os Estados Unidos. Pode-se, até mesmo, dispensar todos os aprovados pela FDA, confiando na competência daquele órgão.

Outro ponto crucial seria reprimir a prática dos preços de transferência. Para isto, seria necessário que os dados de comércio exterior produzidos pela Secex fossem capazes de individualizar os produtos farmacocquímicos, o que ainda não acontece.

4.3 Produção de medicamentos

4.3.1 A situação no final dos anos 80

A implantação da moderna indústria farmacêutica no Brasil, quando pequenas boticas familiares, produzindo remédios de maneira artesanal, deram lugar a grandes empresas internacionais, dotadas de elevada capacidade técnica e financeira, ocorreu durante as décadas de 40 e 50. Nos anos 60 já existia um setor farmacêutico praticamente consolidado, capaz de atender quase integralmente a demanda local de medicamentos, embora a maior parte dos fármacos utilizados em sua produção fosse importada.

Na segunda metade da década de 80 essa indústria continuou crescendo, como indica a Tabela 6, embora enfrentando dificuldades associadas ao quadro de instabilidade macroeconômica e ao controle de preços exercido pelo governo sobre a venda de medicamentos. Em grande medida, esses dois fatores foram responsáveis pela retirada do país de algumas empresas multinacionais, como a norte-americana Upjohn e da sueca Astra. Desse modo, o crescimento se dava, fundamentalmente, através da ocupação de capacidade existente, não sendo acompanhado de investimentos significativos.

Tabela 6. Produção farmacêutica brasileira – Final dos anos 80

Ano	US\$ milhões
1985	1,59
1986	1,69
1987	1,97
1988	2,00
1989	2,60

Fonte: Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica (ABIFARMA).

4.3.2 As mudanças na década de 90

Os anos 90 registraram um avanço muito expressivo desse segmento da indústria farmacêutica. Por trás desse avanço encontra-se um conjunto de mudanças que beneficiou extraordinariamente a produção de medicamentos.

A primeira mudança foi a própria abertura comercial. Enquanto na farmacocquímica seu efeito foi destrutivo, na farmacêutica ocorreu o oposto. As empresas, especialmente as grandes filiais de firmas estrangeiras, passaram a desfrutar

chegou a 33,3%. Para todo o período 1984-junho de 1997 restaria ainda uma pequena defasagem de 4%, mas o que interessa sublinhar é o notável contraste entre as décadas de 80 e de 90.

Tabela 7. Reajustes dos remédios x inflação (em %)

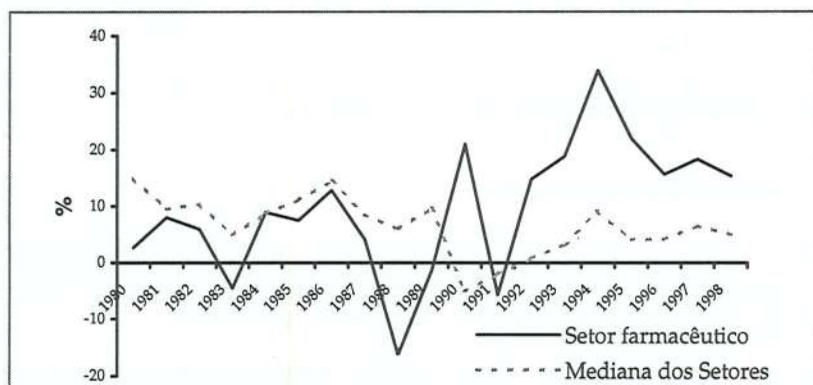
Ano	Reajustes remédios	Inflação (IPC-Fipe)	Diferença	Acumulada
1984	167,6	178,6	(3,9)	(3,9)
1985	191,1	228,2	(11,3)	(14,8)
1986	24,6	68,1	(25,9)	(36,9)
1987	526,3	367,2	34,1	(15,3)
1988	775,5	891,6	(11,7)	(25,3)
1989	1.572,8	1.635,7	(3,6)	(28,0)
1990	1.737,6	1.639,1	5,7	5,7
1991	350,9	458,6	(19,3)	(14,7)
1992	1.562,5	1.130,0	35,2	15,3
1993	3.509,7	2.491,0	39,3	60,6
1994	732,7	941,3	(20,0)	28,4
1995	20,0	23,2	(2,6)	25,1
1996	15,3	10,0	4,8	31,1
1997 ⁽¹⁾	5,9	4,1	1,7	33,3

⁽¹⁾ até junho

Fonte: FIPE, ABIFARMA e *Gazeta Mercantil* (Panorama Setorial, 1997).

A recuperação das margens de lucro na década de 90 refletiu-se claramente na rentabilidade do setor farmacêutico, como se nota no Gráfico 1. Até 1990 a rentabilidade do setor ficou sistematicamente abaixo da mediana dos setores e, a partir daquele ano, com exceção de 1992, passou a ser sempre superior.

Gráfico 1. Rentabilidade do setor farmacêutico



Fonte: *Exame*. Melhores e Maiores (1981/99).

A própria evolução do faturamento, cotejada com o crescimento das vendas em unidades, também é um indicador da recuperação das margens (Gráfico 2). Apenas uma parcela muito pequena da disparidade entre o crescimento em valor e em unidades pode ser explicada pela renovação do arsenal terapêutico, que introduziria produtos

mais modernos, administrados em menores quantidades físicas. O que, de fato, responde pela diferença é o aumento de preços.

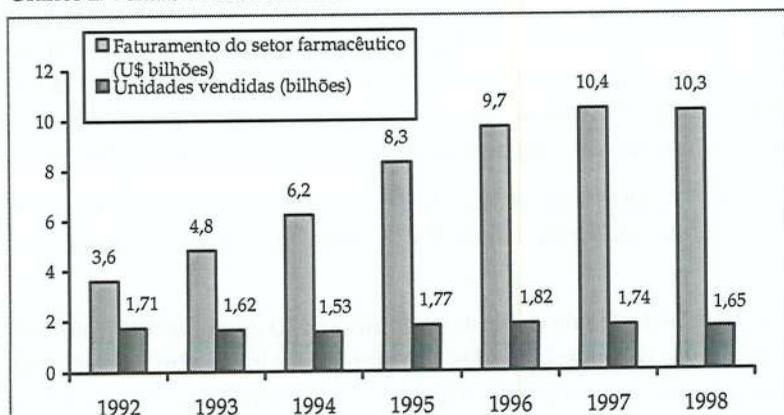
Outro fator decisivo na mudança do ambiente da indústria farmacêutica foi o plano de estabilização. Primeiro, porque desencadeou de imediato um efeito renda, que refletiu no crescimento das unidades vendidas nos anos de 1995 e 1996, mostrado no Gráfico 2.⁵ Segundo, porque significou, da perspectiva das empresas, que o potencial do mercado brasileiro começava a se materializar.

Ocorreram ainda outros episódios menores – como a aprovação da lei de patentes – na construção desse ambiente favorável ao setor farmacêutico. Mas os dois principais foram efetivamente a liberdade de preços e a promessa de estabilidade econômica.

Isto do ponto de vista dos fatores internos. A estes deve ser acrescentado o processo de reestruturação internacional, em função do qual se promoveu uma racionalização da produção, fechando plantas menores e/ou menos eficientes e reforçando as bases mais consolidadas. O Brasil se beneficiou desse processo por ser um candidato natural, sobretudo em função do tamanho de seu mercado, a se tornar uma grande plataforma fabril para a região.

Diversos exemplos indicam isto. A Roche deverá abastecer o mercado sul-americano a partir de suas fábricas no Brasil e na Argentina, fechando suas unidades na Venezuela e na Colômbia e deixando também a produção terceirizada no Equador, Bolívia e Chile (*Gazeta Mercantil*, 26 ago. 1999). A Glaxo fechou catorze fábricas no mundo depois da incorporação da Wellcome e reduziu a três os centros produtivos na América Latina: Brasil, Argentina e México. A SmithKline Beecham mantinha treze unidades na região, que foram reduzidas para oito. O Servier, um laboratório de porte menor, erguerá no país sua planta do Mercosul, que se espera, em outra etapa, atenderá todo o continente.

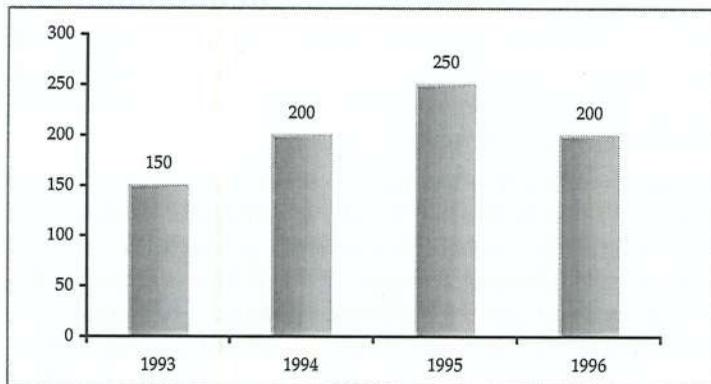
Gráfico 2. Vendas do setor farmacêutico



exportações, por outro, as importações de medicamentos acabados também deverão aumentar à medida que as novas plantas, ou plantas modernizadas, serão muito mais especializadas, cobrindo uma gama limitada de produtos. Os efeitos desse comércio exterior ampliado são examinados com detalhes na seção 4.4.

O resultado desse conjunto de mudanças, algumas incidindo sobre o ambiente em que atua a indústria farmacêutica no Brasil, outras determinadas desde o exterior, foi a retomada dos investimentos (Gráfico 3).

Gráfico 3. Investimentos na indústria farmacêutica (US\$ milhões)



Fonte: ABIFARMA.

Para o período 1997/2000, a ABIFARMA previa investimentos de US\$ 1,3 bilhão. A nova planta da GlaxoWellcome, inaugurada em Jacarepaguá, Rio de Janeiro, representou um investimento de US\$ 200 milhões. A da SmithKline Beecham, inaugurada em fevereiro de 1999, também no Rio de Janeiro, custou US\$ 80 milhões. A Roche investiu US\$ 60 milhões em sua fábrica carioca. Os investimentos da Servier, mencionados acima, deverão ser de US\$ 50 milhões, apenas em sua primeira etapa.

Assim, o avanço das vendas, do investimento e da produção está produzindo um novo perfil da indústria farmacêutica brasileira. Seus principais traços são os seguintes.

Primeiro, o forte crescimento do faturamento do setor, mostrado no Gráfico 2, mais as crescentes responsabilidades no âmbito regional têm aumentado, de modo geral, a importância das filiais brasileiras no conjunto das atividades das grandes empresas estrangeiras. Isso pode trazer algumas conseqüências positivas, no sentido de viabilizar investimentos mais expressivos, por exemplo, em pesquisa.

Segundo, diferentemente do quadro de estagnação produtiva da segunda metade dos 80, na década seguinte a indústria vem realizando avanços expressivos,

tanto em termos de modernização como de expansão da capacidade instalada, com reflexos evidentes na competitividade.

Terceiro, esse crescimento, somado aos efeitos progressivos da nova lei de patentes e o próprio movimento internacional de fusões e aquisições com seus reflexos no Brasil, devem reforçar o poder de mercado das grandes empresas. O grau de concentração na indústria farmacêutica brasileira – que nunca foi pequeno, se examinado corretamente, isto é, no interior das classes terapêuticas – tende, portanto, a aumentar.

Quarto, com relação ao comércio exterior ocorreu uma mudança estrutural e de peso (analisada em detalhe na seção 4.4). O coeficiente de abertura externa da indústria farmacêutica vem apresentando crescimento e essa tendência ainda não está estabilizada. Do lado das exportações a racionalização das instalações em âmbito mundial tende a impulsionar as vendas externas das fábricas mais modernas e competitivas, como algumas que se implantaram no Brasil. Para dar um exemplo interessante, a nova planta da GlaxoWellcome está planejada para trabalhar em três turnos – fato incomum nessa indústria – e exportar 30% da produção. O gerente da fábrica foi devidamente instruído para preocupar-se em produzir no limite da capacidade, pois caberá à direção da empresa buscar os mercados para essa produção. Do lado das importações de medicamentos acabados, o crescimento é ainda mais espetacular. As empresas estão abandonando inteiramente a antiga postura de fabricar quase tudo no país. Especializam as linhas e importam os produtos complementares, especialmente os remédios recém-lançados. Como esses, geralmente, são mais caros, o impacto sobre as importações é evidente.

Enfim, ao contrário da farmacocômica, que retrocedeu nos anos 90, a farmacêutica avançou significativamente, embora trazendo também alguns efeitos negativos, como no caso do forte aumento das importações.

4.3.3 Implicações para as políticas públicas

A produção de medicamentos, além de ter-se consolidado há algumas décadas, atravessa uma fase de prosperidade, o que a torna um alvo menos importante de políticas voltadas para o seu desenvolvimento. Entretanto, pode-se deduzir do exposto acima que existem dificuldades que podem se agravar (vide a questão das importações ou da crescente concentração), bem como possibilidades a explorar, nas quais o poder público pode atuar.

Nesse sentido, o governo deveria estar preparado para enfrentar empresas com crescente poder de mercado. Daí, mais uma vez, a importância de consolidar a

O problema das importações crescentes de medicamentos acabados também poderia ser atenuado pelo desenvolvimento da farmacoquímica, à medida que a oferta local de matérias-primas facilitaria a internalização da produção. De todo modo, deve-se reconhecer que esse efeito é muito limitado e está longe de representar um contrapeso efetivo àquela tendência de desequilíbrio externo do setor. Mesmo o aumento das exportações, que trouxe efeitos muito mais significativos, é insuficiente para corrigir os desequilíbrios.

Com relação ao potencial a ser explorado, levando em conta que em 1996 o Brasil já era o sexto mercado mundial de medicamentos, e que tem condições de se tornar brevemente o quinto ou quarto, deve-se pensar que as multinacionais, principais exploradoras desse mercado, poderiam desempenhar papel mais ativo no sentido de integrar as diversas etapas produtivas. Como foi mostrado acima, a tendência é das filiais aqui instaladas subirem no *ranking* interno das corporações, o que facilitaria a justificativa de investimentos em atividades mais complexas, particularmente P&D. Se o poder público for mais ativo no sentido de cobrar dessas empresas e, ao mesmo tempo, colaborar no sentido de promover elementos de oferta (recursos humanos, infraestrutura, etc.), esses investimentos poderão se materializar.

4.4 Evolução do comércio exterior de produtos farmacêuticos nos anos 90

Esta seção analisa o comportamento das exportações e importações do setor farmacêutico no período 1989/98. O pressuposto é de que as mudanças institucionais ocorridas na virada da década, especialmente a abertura comercial, e outras ao longo da década de 90, afetaram de modo substancial os padrões de comércio exterior de fármacos e medicamentos. A análise está separada entre fármacos e medicamentos em virtude do fato de que cada um desses segmentos apresenta dinâmicas distintas, além de terem sido diferentemente afetados pelas mudanças mencionadas.

4.4.1 Comércio exterior de fármacos

Inicialmente, cabe registrar os problemas da base de dados da Secretaria de Comércio Exterior (Secex) no que diz respeito ao comércio exterior de fármacos. De um universo de aproximadamente 8.000 produtos farmacoquímicos, entre 1.500 e 2.000 participam do comércio exterior brasileiro, 80% deles na importação. Ocorre que uma parcela muito pequena desses fármacos – apenas 610 – podia ser individualizada, de acordo com a *Nomenclatura Brasileira de Mercadorias* (NBM), vigente até 1996. Existiam ainda 74 outras posições, contendo fármacos agregados de uma tal maneira que não era possível individualizá-los, ou mesmo separar fármacos de não-fármacos (trata-se dos conhecidos códigos terminados em nove, nos quais estão classificados os “outros”). Na passagem para a *Nomenclatura Comum do Mercosul* (NCM), a partir de 1996, o que já era

ruim tornou-se ainda pior. Fazendo-se a correspondência entre as duas nomenclaturas, chega-se a apenas 375 produtos individualizados pela NCM e outros 82 em códigos agregados (ver Anexo 1 para uma lista completa dos produtos selecionados em ambas as nomenclaturas).

Uma das soluções para esse problema está sendo proposta pela Associação Brasileira da Indústria Químico-Farmacêutica (Abiquif). Propõe adotar o número do *Chemical Abstracts Service* (CAS), que toda molécula possui ao ser comercializada, para permitir um acompanhamento estatístico adequado do comércio exterior brasileiro.

Em vista dessas dificuldades, foram adotados alguns critérios para tratamento dos dados. O primeiro foi o de separá-los em duas séries: por NBM, de 1989 a 1996, e por NCM, de 1996 a 1998. A continuidade da série foi comprometida à medida que o aumento da proporção das posições agregadas sobre as individualizadas nos dados por NCM tende a superestimar o total. Como se observa na Tabela 8, a participação dos itens "outros" sobe de 15% para 38%, em valor, no total de itens selecionados, como resultado do maior nível de agregação da NCM em relação à NBM. Esse aumento da imprecisão na separação entre fármacos e não-fármacos leva a um aumento do valor total, apesar da redução do valor correspondente aos itens individuais.

Tabela 8. Importação brasileira de fármacos por NBM e NCM em 1996

Total de fármacos selecionados (NBM)		Fármacos importados em 1996 (NBM)		US\$	(%)
Total de itens selecionados	684	314		711.647.098	100
Itens individuais	610	278		607.549.016	85
Itens "outros"	74	36		104.098.082	15
Total de fármacos selecionados (NCM)		Fármacos importados em 1996 (NCM)		US\$	(%)
Total de itens selecionados	457	273		825.041.198	100
Itens individuais	375	221		514.802.915	62
Itens "outros"	82	52		310.238.283	38

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Secex.

O segundo critério foi o de considerar o conjunto dos itens selecionados para compor as séries de exportação e importação, mesmo que a inclusão dos itens "outros" implique uma certa superestimação dos valores (agravada a partir de 1996, com os dados por NCM). A sua exclusão significaria uma subestimação seguramente maior do que a superestimação decorrente da inclusão, uma vez que existe uma predominância de fármacos nos itens "outros" escolhidos.

Outra justificativa ainda é que temos boas razões para estimar a importação de fármacos em níveis superiores aos verificados, mesmo com a inclusão dos itens "outros". Em 1996, o valor da produção de medicamentos destinados a farmácias pode

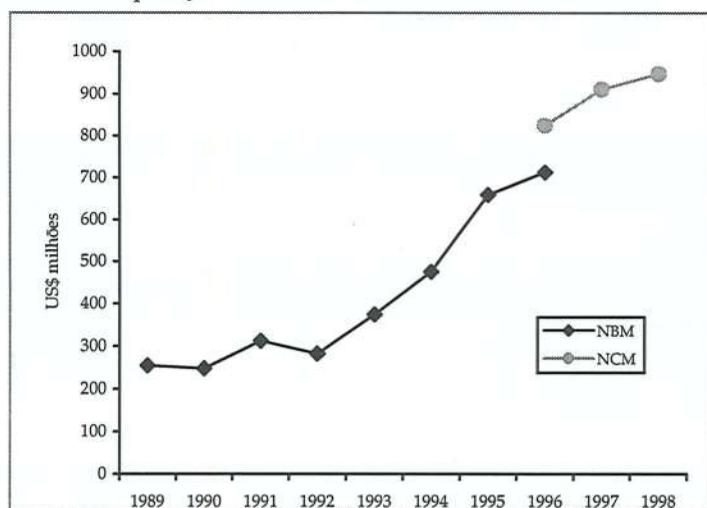
cobertura pela NBM e NCM). Portanto, os valores apresentados representam estimativas, que nem por isso devem ser menosprezadas, já que refletem tendências importantes do comportamento do comércio externo.

De todo modo, fica a sugestão de mudança no sistema de acompanhamento das exportações e importações de farmacocômicos, se não na classificação pela NCM, ao menos por meio de um apêndice estatístico que contemple a identificação de cada produto.

4.4.1.1 Importações

A partir do Gráfico 4, identifica-se um crescimento muito significativo nas importações de fármacos, na década de 90. Entre 1989 e 1996, na série em NBM, o aumento foi de 179%.

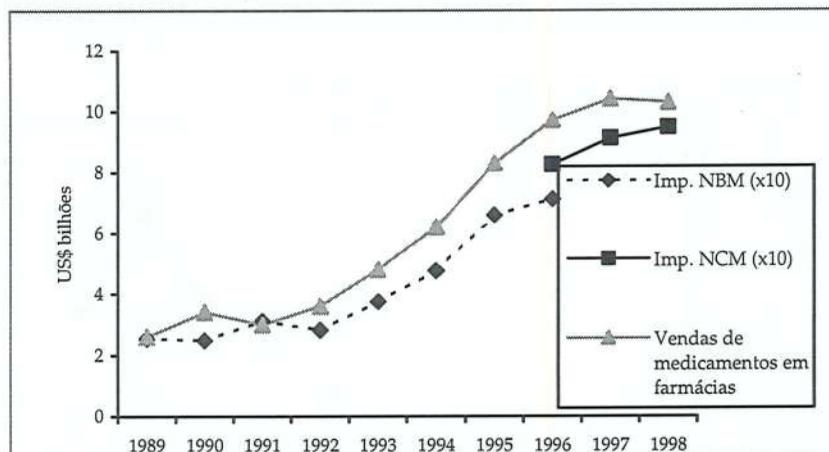
Gráfico 4. Importações de fármacos – Brasil 1989/98



Fonte: Secex.

Mas não deixa de ser curioso que esse crescimento tenha ocorrido a partir de 1993, com um avanço muito acentuado em 1995, sugerindo que o efeito da abertura comercial do início da década, talvez, tenha influenciado menos do que fatores posteriores, tais como a retomada da economia e a sobrevalorização cambial. Quando se compara os dados de importação de fármacos da década de 80 (média de US\$ 246 milhões com desvio-padrão de US\$ 45 milhões entre 1981 e 1987, segundo dados da SDI/GSIII) com aqueles do Gráfico 4, pode-se concluir que a grande mudança não ocorre na passagem de uma década para outra. Com as ressalvas devidas de que se trata de fontes diferentes, o início da década de 90 apresenta uma certa continuidade da década de 80 no que diz respeito à importação de fármacos. O salto ocorre posteriormente e parece acompanhar as vendas de medicamentos, como indica o Gráfico 5.

Gráfico 5. Evolução das vendas de medicamentos em farmácias e das importações de fármacos – Brasil 1989/98



Fonte: Secex (NBM e NCM) e ABIFARMA (Vendas em farmácias).

Examinando-se as origens das importações, a mudança mais notável que valeria destacar é o aumento da participação da China e da Índia em nosso mercado, notadamente da primeira, justificando a preocupação de muitos produtores nacionais diante da agressividade desses dois novos concorrentes no mercado mundial de *commodities* farmacológicas. Como se nota na Tabela 9, esses dois países respondiam por apenas 0,2% da importação brasileira de fármacos em 1990 e chegaram a 9,2% em 1997 (8,6% na média dos últimos quatro anos).

Tabela 9. Participação de China e Índia na importação de fármacos (%)

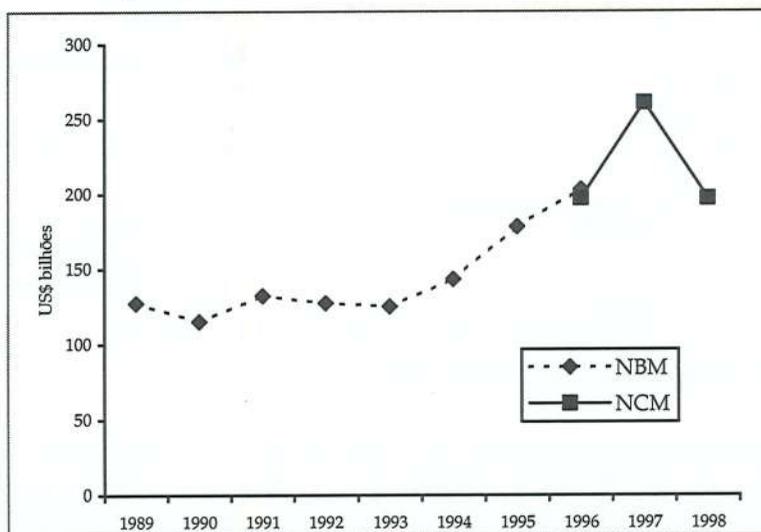
	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
China	0,1	0,1	5,1	5,2	5,3	5,5	7,0	6,7	6,1	5,4
Índia	-	0,1	0,6	1,3	1,5	1,3	1,8	1,8	3,1	2,6

Fonte: Secex.

As queixas contra a China e a Índia dirigem-se aos baixos padrões de qualidade de seus produtos e às condições únicas de produção de que desfrutam no que se refere aos salários – baixíssimos – que pagam e às restrições – inexistentes – em termos de meio ambiente. Desse modo, os fármacos desses países são ofertados a preços extremamente competitivos, mas com efeitos negativos sobre a concorrência e riscos consideráveis para a saúde da população, em face da ausência de medidas *antidumping* e de instrumentos de fiscalização sanitária em nosso país.

4.4.1.2 Exportações

Gráfico 6. Exportações de fármacos – Brasil 1989/98



Fonte: Secex.

O resultado dessa quase estagnação das exportações diante do aumento expressivo e continuado das importações teria de se refletir na deterioração da balança comercial do segmento. Como pode ser visualizado na Tabela 10, o déficit comercial cresceu significativamente no período analisado.

Tabela 10. Balança comercial brasileira de fármacos (US\$ milhões)

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
NBM	-128	-133	-180	-155	-249	-332	-481	-509	-	-
NCM	-	-	-	-	-	-	-	-628	-650	-751

Fonte: Secex.

4.4.1.3 Evolução da pauta

Com relação às mudanças na pauta de comércio exterior de fármacos, tomando-se o período 1989-1996 (último ano da série em NBM), constata-se na Tabela 11 um aumento expressivo no número de novos itens exportados (132, correspondendo a 65% do total), embora com valor total muito reduzido (apenas 15% do total).

Tabela 11. Itens novos de exportação de fármacos em 1996 em relação a 1989 (quantidade e valores)

	N. total de itens	US\$ milhões	N. de itens novos em relação a 1989	US\$ milhões	N. de itens novos/total	Valor de itens novos/total
1989	110	127	-	-	-	-
1996	203	203	132	30	65%	15%

Fonte: Secex.

Quanto às importações, a evolução da pauta também é significativa. São 143 novos itens em 1996 em relação a 1989 correspondendo a 31% do total. Em valor, o percentual se repete (Tabela 12).

Tabela 12. Itens novos de importação de fármacos em 1996 em relação a 1989 (quantidade e valores)

	N. total de itens	US\$ milhões	N. de itens novos em relação a 1989	US\$ milhões	N. de itens novos/total	Valor de itens novos/total
1989	365	255	-	-	-	-
1996	457	712	143	220	31%	31%

Fonte: Secex.

Os dados de exportações, pelo menos o que se refere ao número de novos produtos, são um tanto surpreendente. Mas os de importações são coerentes com a proclamada renovação do arsenal terapêutico na década de 90.

4.4.2 Comércio exterior de medicamentos

No caso do comércio externo de medicamentos, o problema da individualização dos produtos é menos grave porque os itens "outros" contêm exclusivamente medicamentos. Além disso, ao contrário dos fármacos, na passagem de NBM para NCM em 1996 houve uma maior desagregação das posições e se produziu uma melhor correspondência entre as nomenclaturas. Desse modo, não é necessário separar em duas séries como foi feito no caso dos fármacos (para uma lista completa dos medicamentos selecionados em NBM e NCM, ver Anexo 2).

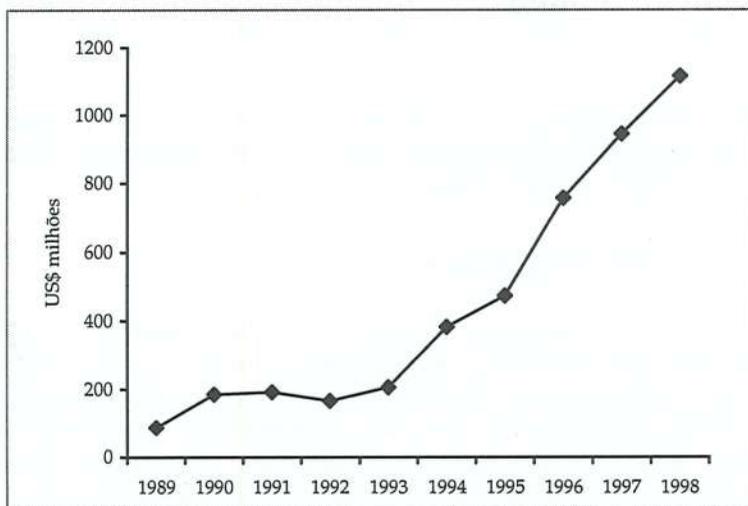
4.4.2.1 Importações

O Gráfico 7 mostra a vigorosa expansão das importações de medicamentos a partir de 1993. Entre 1993 e 1998, as importações de medicamentos cresceram à impressionante média anual de 40,2%, atingindo US\$ 1,1 bilhão. Entre 1981 e 1987, as importações de medicamentos não ultrapassavam os US\$ 14,8 milhões, em média, portanto, pode-se concluir que se trata de uma mudança profunda nos padrões de comércio exterior desses produtos. O Brasil passou da condição de virtual auto-suficiência, no que diz respeito ao abastecimento do mercado interno de medicamentos (sem discutir aqui a dependência de fármacos importados para a produção desses medicamentos), para uma situação em que parcela considerável das vendas farmacêuticas provém de importações.

O fato é que essa mudança reflete outras transformações estruturais na indústria farmacêutica brasileira. Como foi apontado na seção 1.3, a tendência de maior especialização das plantas em âmbito regional e mundial é um fator de aumento do coeficiente de abertura externa da indústria farmacêutica (incluindo as exportações). As

mais especializadas, cobrindo uma gama limitada de produtos. Portanto, a dependência de importações para complementar a linha de produtos fabricada no país adquire caráter estrutural.

Gráfico 7. Importações de medicamentos – Brasil 1989/98



Fonte: Secex.

O segundo fator que tende a ampliar, neste caso, o coeficiente de importações, é a renovação mais acelerada do arsenal terapêutico. Com a aprovação da nova lei de patentes e a conseqüente eliminação do risco do "similar", as multinacionais farmacêuticas deverão lançar mais rapidamente seus novos produtos no mercado brasileiro. Esses medicamentos, mais caros, tendem a ser importados. Primeiro, porque é a maneira mais rápida de abastecer o mercado, uma vez identificada a demanda. Segundo, porque o processo de racionalização da produção faz com que diversos desses novos produtos sejam fabricados em instalações altamente especializadas. Para dar um exemplo, a Pfizer fabrica o Viagra em uma única planta que abastece o mundo todo. Trata-se, portanto, de uma situação em que a reestruturação internacional conspira contra o interesse do país. Se no plano regional O Brasil pode ganhar maiores responsabilidades produtivas e abastecer outros mercados além do doméstico – com produtos tradicionais, portanto, mais baratos, bem entendido –, no plano global tende a depender mais fortemente de importações justamente dos produtos mais caros.

Observando-se a Tabela 13, é possível perceber que os medicamentos acabados – aqueles que serão comercializados diretamente – são os que respondem pelo grosso das importações e que apresentam maior crescimento. Prosseguindo esta tendência, é possível que até mesmo a demanda de importação de fármacos seja negativamente afetada. Se a participação dos medicamentos acabados importados cresce na oferta total, isto significa reduzir a necessidade de importação de matérias-primas para fabricação local.

Tabela 13. Importação brasileira de medicamentos por principais categorias (US\$ milhões)

Produtos	1996	1997	1998
Derivados de sangue e vacinas	144	147	163
Medicamentos a granel	86	85	102
Medicamentos acabados	516	688	827
Preparações químicas contraceptivas à base de hormônios ou de espermicidas	9	25	23
Total	756	944	1.115

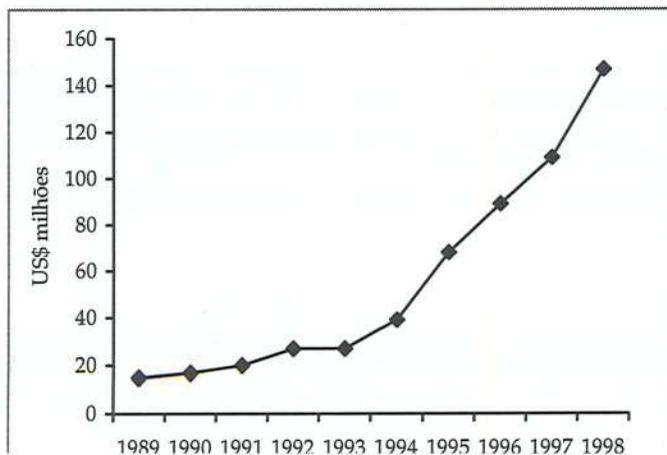
Fonte: Secex.

Em resumo, as importações de medicamentos vêm apresentando forte crescimento e tudo indica que essa tendência ainda não está estabilizada. Os fatores apontados, que explicam esse crescimento, devem continuar atuando no futuro próximo. Como o crescimento das exportações parece ser insuficiente para compensar esse aumento das importações, o resultado da balança comercial da indústria farmacêutica tenderá a se deteriorar (já agravado, como vimos, pela balança negativa dos fármacos).

4.4.2.2 Exportações

Com relação às exportações, é interessante observar no Gráfico 8 que, também de 1993 em diante, como no caso das importações, elas iniciam uma expansão significativa. Entre 1993 e 1998, justamente um período marcado pela valorização cambial que penalizava o setor exportador do país em seu conjunto, as exportações de medicamentos mais que quintuplicaram, chegando a quase US\$ 150 milhões. As estimativas da Abifarma para este ano de 1999, eram de que as exportações se aproximariam dos US\$ 200 milhões.

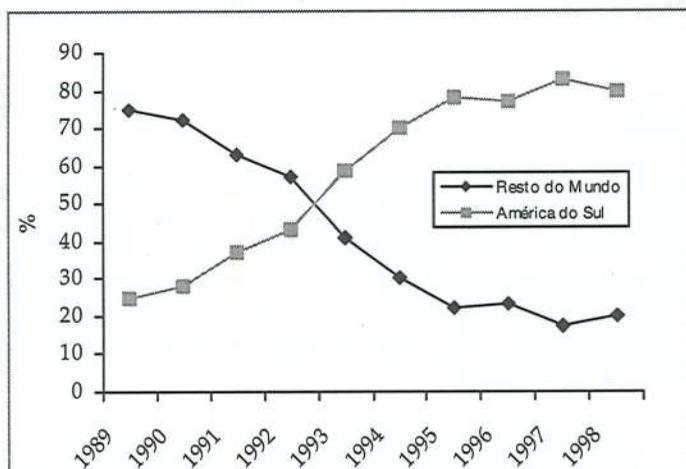
Gráfico 8. Exportações de medicamentos – Brasil 1989/98



e exportar 30% da produção. Outras empresas estão indo na mesma direção e, em função disto, é razoável esperar a continuidade dessa expansão das exportações.

Analisando as exportações por destino, pode-se obter mais evidências desse processo. O Gráfico 9 mostra bem o crescimento da participação da América do Sul como destino das vendas externas de medicamentos: de 25% em 1989 para 80% em 1998. Vale ainda destacar o peso também crescente do Mercosul, que passou de 11% em 1989 (44% da América do Sul) para 54% em 1998 (68% da América do Sul).

Gráfico 9. Participação da América do Sul nas exportações de medicamentos – Brasil 1989/98



Fonte: Secex.

A questão relevante é se o aumento esperado das exportações pode vir a equilibrar a tendência identificada de forte crescimento das importações. Tudo indica que não, uma vez que os ganhos em âmbito regional parecem ser menores do que as perdas na cena global. A acentuada deterioração da balança comercial, observada a partir de 1993, justamente quando se acelera a expansão das exportações, reflete esse fato (Tabela 14).

Tabela 14. Balança comercial brasileira de medicamentos (US\$ milhões)

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Valor	-72	-168	-171	-138	-180	-344	-406	-667	-835	-968

Fonte: Secex.

Em suma, as exportações de medicamentos vêm crescendo, na contramão de todos os demais setores afetados pela valorização cambial, o que é um forte indicativo da importância do processo de reestruturação regional e mundial promovido pela indústria farmacêutica. Entretanto, esse crescimento tem se revelado insuficiente para

compensar o aumento das importações desencadeado pelo mesmo processo, agravando o desequilíbrio da balança comercial do setor.

4.4.3 Evolução da pauta

As mudanças na pauta de comércio exterior de medicamentos, tomando-se o mesmo período 1989/96, também parecem ter sido significativas. No caso das exportações, a renovação foi de 38% e 30%, em número e em valor, respectivamente, como se observa na Tabela 15.

Tabela 15. Itens novos de exportação de medicamentos em 1996 em relação a 1989 (quantidade e valores)

	N. total de itens	US\$ milhões	N. de itens novos em relação a 1989	US\$ milhões	N. de itens novos/total	Valor de itens novos/total
1989	55	15	-	-	-	-
1996	56	81	21	24	38%	30%

Fonte: Secex.

Para as importações (Tabela 16), a renovação foi um pouco superior (44% e 32%, respectivamente).

Tabela 16. Itens novos de importação de medicamentos em 1996 em relação a 1989 (quantidade e valores)

	N. total de itens	US\$ milhões	N. de itens novos em relação a 1989	US\$ milhões	N. de itens novos/total	Valor de itens novos/total
1989	70	87	-	-	-	-
1996	96	745	42	239	44%	32%

Fonte: Secex.

Os dados reforçam a tese de que está em curso uma nova inserção internacional da indústria farmacêutica, tanto no que se refere às exportações, como às importações.

Considerações finais

Em termos de P&D farmacêutica, O Brasil saiu de uma condição de desenvolvimento quase nulo para outra em que algumas atividades se expandiram no rastro do crescimento do mercado farmacêutico e da existência de uma base técnico-científica razoável, especialmente na área médica, mas também em outras capazes de viabilizar o aproveitamento da nossa biodiversidade, como a química e farmacologia de produtos naturais. De todo modo, essa expansão foi muito modesta e ainda permanece

desenvolvimento.

Já na produção de medicamentos ocorreu uma retomada dos investimentos, com modernização das instalações e ampliação da capacidade, embora os reflexos sobre a balança comercial também tenham sido mais negativos do que positivos.

A análise do comércio exterior mostrou uma mudança significativa da inserção da indústria farmacêutica brasileira nos fluxos do comércio internacional como resultado de um processo de reestruturação das empresas no plano mundial. As conseqüências em termos de aumento das exportações e, principalmente, das importações de medicamentos trazem preocupações com relação ao desempenho futuro da balança comercial do setor.

Algumas diretrizes de política governamental foram sugeridas com o propósito de solucionar alguns problemas identificados. No caso da P&D farmacêutica deveria haver uma preocupação especial com as condições de "oferta" técnico-científica que influenciam os investimentos das empresas nacionais e estrangeiras. Foram também sugeridas ações no sentido de promover o aparecimento de empresas nacionais de maior porte, através de fusões, para permitir investimentos em P&D em escala mais próxima do realizado internacionalmente. E a questão dos fitoterápicos também foi destacada como uma oportunidade a ser melhor aproveitada.

Para a produção farmacocômica, assegurar padrões elevados de qualidade é fundamental, tanto do ponto de vista sanitário, como para reprimir práticas comerciais desleais, envolvendo importações de fármacos. E isso deveria ser feito em um contexto de recuperação do interesse governamental pelo desenvolvimento da indústria farmacocômica no país, algo que se perdeu no início dos anos 90. Não se trata de reeditar as políticas dos anos 80 de proteção e de fomento, frágeis e pouco efetivas. Mas é extremamente importante garantir condições isonômicas de competição aos produtores locais e de promoção ao seu desenvolvimento, especialmente por meio de estímulos à exportação.

No caso da produção de medicamentos, o crescente poder de mercado das empresas pode trazer vantagens, como a maior capacidade de investimento em pesquisa, mas também efeitos negativos com os quais o governo precisaria estar em condições de lidar. Para isso, a ampliação da produção de medicamentos genéricos seria um mecanismo efetivo, que poderia estar acoplado a um projeto de expansão e consolidação do segmento farmacocômico.

Haveria ainda a necessidade de preencher diversas lacunas de conhecimento a respeito do conjunto da indústria farmacêutica em seu momento atual para melhor orientar e detalhar essas ações governamentais. Com esse objetivo, seria oportuno aprofundar o conhecimento a respeito dos seguintes temas:

(a) As pesquisas clínicas em desenvolvimento no Brasil (agentes envolvidos, recursos aplicados, produtos, prazos, qualificações exigidas, etc.);

(b) A reorganização da P&D farmacêutica mundial (principais empresas, distribuição das atividades de P&D, novos centros, etc.);

(c) A capacidade técnico-científica na área de desenvolvimento de medicamentos instalada no país (avaliação quantitativa e qualitativa dos grupos de pesquisa existentes);

(d) A legislação referente à pesquisa de medicamentos (mecanismos regulatórios existentes, entraves legais à pesquisa, etc.);

(e) O setor produtor de fármacos (principais empresas, capacidade industrial e tecnológica existente, investimentos, etc.);

(f) A legislação referente à produção e comercialização de fármacos (mecanismos regulatórios existentes, implicações da adoção do registro de produtos farmacológicos, etc.);

(g) O comércio exterior do setor farmacêutico (discriminação por produto dos fármacos e medicamentos importados e exportados na base da Secex).

(h) A concentração e poder de mercado na indústria farmacêutica (evolução do grau de concentração por classe terapêutica, fusões e incorporações na indústria farmacêutica brasileira, etc.).

Esses são apenas alguns temas que deveriam ser explorados em outras investigações, necessárias para informar as políticas públicas voltadas para o setor farmacêutico. Não esgotam o assunto, mas permitiriam esclarecer uma série de questões que foram levantadas e aqui tiveram seu primeiro encaminhamento.

5

O mercado farmacêutico brasileiro: a sua evolução recente, mercados e preços

Jacob Frenkel

Introdução

A indústria farmacêutica brasileira talvez tenha sido a que mais modificações sofreu em termos da política macroeconômica – estabilização de preços e a abertura comercial –, implementada na década de 90. Houve ainda mudanças institucionais que alteraram estruturalmente as suas condições operacionais, perante aquelas que vinham vigorando desde as décadas de 70 e 80, a saber: a eliminação do controle de preços, o término dos estímulos à criação de uma indústria farmacológica nacional, a mudança radical da legislação patentária e a recente legislação sobre os produtos genéricos.

Este capítulo procura analisar as principais conseqüências dessas mudanças sobre o desempenho econômico do setor. Algumas já tiveram os seus desdobramentos plenamente incorporados, definindo novos perfis operacionais, tais como os aumentos de preços, a retomada dos investimentos, os efeitos sobre as importações, etc. Outras levarão mais tempo para definir novos comportamentos, tais como as conseqüências sobre a pesquisa e o desenvolvimento de novos produtos no país, a interação com o sistema universitário de pesquisas, o ritmo e a defasagem dos lançamentos, a forma e a intensificação dos processos concorrenciais devido aos genéricos, o impulso às exportações, etc.

Especificamente, trata-se de explicitar a evolução dos preços dos medicamentos, dos submercados e das condições concorrenciais específicas, bem como de identificar possíveis políticas para cada um dos tipos de produtos. Assim, na primeira seção, procura-se caracterizar a evolução do mercado de especialidades farmacêuticas, durante a década de 90, particularmente, durante o período 1995/98, ou seja, após a implementação do Plano Real. Na segunda seção, evidenciam-se as diferentes formas de comercialização e difusão dos medicamentos. Na terceira seção, identificam-se possíveis instrumentos de política governamental para cada um dos tipos de produtos existentes.

5.1 A evolução do mercado farmacêutico da década de 90

5.1.1 As fontes de informações

posteriormente, dessa amostra, as estimativas iniciais são projetadas para se obter a estimativa das vendas para o número total de farmácias. Portanto, os números globais referem-se às estimativas do mercado de especialidades farmacêuticas comercializadas nas farmácias. Dessa forma, as estimativas obtidas são tanto melhores quanto mais do total comercializado pelas farmácias for comprado diretamente dos distribuidores. Em outras palavras, os dados apresentam uma tendência a subestimar as participações dos laboratórios menores, os quais tendem a vender diretamente às farmácias e não através de distribuidores. Apesar dos possíveis vieses, é uma fonte de informações reconhecida pela indústria, e, o que é mais importante, intensamente utilizada pelas empresas na avaliação do seu desempenho relativo e no planejamento comercial e de marketing. Uma vantagem adicional do IMS é o seu nível de detalhamento, com vários níveis de agregação, permitindo inclusive comparações do desempenho relativo em termos de classe terapêutica, e permitindo análises relativas até o nível de produto.

A outra fonte de dados é o Grupemef, em associação com a ABIFARMA, que reúne informações sobre as vendas e sobre as empresas individuais. Os dados do Grupemef não são estimativas baseadas em amostras, mas sim a partir de informações diretamente enviadas pelas próprias empresas. O número de empresas explicitadas está em torno de cinquenta. A principal vantagem do Grupemef é que a estimativa refere-se às vendas totais, as quais incluem não somente o mercado de farmácias, mas também o mercado hospitalar.

Além disso, o Grupemef traz uma outra informação relevante para o entendimento do funcionamento do mercado de especialidades farmacêuticas, qual seja, o número de representantes e a possibilidade de **uma estimativa indireta do total gasto com os representantes, e a sua importância relativa no valor das vendas**. A importância deste item será descrita mais abaixo quando se descrever o processo de difusão do medicamento através do receituário, da automedicação e do bonificado.

5.1.2 A evolução dos mercados

Pode-se agora iniciar a análise das informações obtidas sobre o mercado total farmacêutico durante a década de 90, e no período após o Plano Real.

Observa-se na Tabela 1, que a década de 90 apresenta algumas características peculiares em termos de evolução dos principais elementos do mercado: **um aumento do faturamento associado a uma diminuição das quantidades vendidas**. Esse fato somente pode se concretizar com um aumento significativo dos preços, o que seria indicado pela elevação do preço médio. Cabe lembrar ainda que, no período considerado, a população brasileira aumentou em cerca de quinze milhões de pessoas, fato que torna o menor consumo de medicamentos uma questão social relevante. Provavelmente, uma parte significativa do aumento da demanda no período foi transferida para a oferta de medicamentos do setor público, ou, em último caso, parte da população deixou de se medicar, total ou parcialmente, fato que deveria ser captado pelos indicadores de saúde da população.

Vendas em valor e unidades e preço médio

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
em US\$ 1.000,00	2.037.785	3.035.660	2.566.116	2.862.605	3.835.911	4.670.758	6.313.641	7.256.983	7.694.534	7.782.414
em milhares	1.556.393	1.634.174	1.592.700	1.233.899	1.248.119	1.259.365	1.767.777	1.410.780	1.341.537	1.288.067
do	1,31	1,86	1,61	2,32	3,07	3,71	3,57	5,14	5,74	6,04

S.

Variações das vendas, quantidades e preço médio em %

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
das vendas	48,97	-15,47	11,55	34,99	21,76	35,17	14,94	6,03	1,44
das quantidades	5,00	-2,54	-22,53	1,15	0,90	40,37	-20,19	-4,91	-3,99
do preço médio	41,88	-13,27	43,99	32,47	20,68	-3,70	44,03	11,50	5,34

[S.

Vendas em valor e unidades e preço médio

	1995	1996	1997	1998
em US\$ 1.000,00	8.267.748	9.693.194	10.347.194	10.311.651
em milhares	1.765.946	1.819.079	1.738.376	1.646.998
do	4,68	5,33	5,95	6,26

rupemef.

Variações das vendas, quantidades e preço médio em %

	1996	1997	1998
das vendas	17,24	6,75	-0,34
das quantidades	3,01	-4,44	-5,26
do preço médio	13,82	11,70	5,19

rupemef.

decrecentes, tendo sido somente de 1,14% em 1990. Para 1999 estima-se uma estagnação e, talvez, até um decréscimo do valor absoluto das vendas. Portanto, pode-se concluir que o ciclo de aumento das vendas, baseado no reajuste de preços, está se esgotando, e que a indústria terá de recorrer a outros mecanismos de mercado para aumentar o total das vendas, incluindo a possibilidade de diminuição de preços de alguns produtos mais antigos.

Os dados do Grupemef, nas Tabelas 3 e 4, confirmam os da Tabela 2: crescimento das vendas, a queda das unidades vendidas nos últimos três anos, a elevação do preço médio, e decréscimos das taxas de crescimento das vendas e do preço médio.¹

Ademais, a Tabela 3 nos fornece a estimativa da dimensão total do mercado brasileiro de especialidades farmacêuticas, na faixa dos US\$ 10 bilhões, o que o colocaria na posição de sétimo mercado do mundo.

Dada a sua evolução, de crescimento significativo nos últimos dez anos, cabe analisar com mais profundidade o significado do preço médio como indicador de variações de preço. As variações de preços são tradicionalmente avaliadas pelos índices de preços, Paashe, Laspeyre, ou alguma variação deles. Do ponto de vista operacional, esses índices captam a variação de preços entre dois pontos no tempo. Os lançamentos de produtos, os quais geralmente são realizados com preços maiores que os seus substitutos próximos existentes no mercado, não são captados pelos índices tradicionais. Somente quando eles sofrerem a primeira alteração de preços é que, teoricamente, os índices captariam estes novos produtos. Embora tradicionalmente o preço médio não seja usado para medir a variação de preços, ele pode ser utilizado como indicador complementar devido a uma característica particular: capta o lançamento de produtos e o efeito sobre os preços, desde a venda da primeira unidade. Num mercado como o de especialidades farmacêuticas, em que o lançamento de produtos é um elemento fundamental do processo competitivo, o preço médio torna-se um indicador importante da evolução dos preços e dos mercados.

Dessa forma, o efeito dos produtos novos, ou melhor dizendo, dos novos preços sobre o preço médio dependerá do número de lançamentos e da rapidez de sua difusão, ou seja, da parcela de mercado que conseguirem no período de tempo, em que a estimativa do preço médio for realizada, no caso um ano cronológico. Portanto, a elevação significativa do preço médio do período constitui o resultado ponderado da elevação dos preços dos produtos já existentes e da participação relativa dos produtos novos no período considerado.

Duas observações metodológicas importantes com relação ao preço médio ainda devem ser feitas.

1 Os dados das duas fontes apresentam uma inconsistência para o ano de 1996, onde as taxas de crescimento das vendas são muito diferentes entre as duas estimativas. Apesar disto, creio que o fato não altera significativamente as conclusões gerais sobre o período.

Em primeiro lugar, o lançamento de especialidades geralmente é resultado de novas pesquisas e, portanto, estes produtos têm algumas vantagens terapêuticas sobre os produtos existentes. O preço dos novos produtos incorpora o maior ou menor grau de vantagens terapêuticas sobre os produtos existentes. **Ou seja, quanto maior ou menor for a inovação terapêutica, o preço será proporcionalmente maior ou menor.**²

Em segundo lugar, o preço médio é a divisão do valor das vendas (preço \times quantidade - p.q) pelas quantidades (q), ao se lançar um produto que tenha um nível de eficácia terapêutica próxima, ou igual, à de um existente, se ele incorporar uma tecnologia que reduz o número de unidades necessárias ao tratamento, e este fato implica uma mudança de embalagem, diminuindo ou aumentando a embalagem unitária de comercialização, o preço médio se alterará. Por exemplo, o caso de alguns antibióticos, nos quais eram necessárias na posologia tradicional quatro cápsulas por dia, evoluindo, posteriormente, para três e, atualmente existem alguns com a indicação de somente um comprimido por dia. Conseqüentemente, as embalagens básicas de comercialização diminuíram, pois têm um número menor de comprimidos por embalagem. Nesse caso, mesmo que o preço permanecesse igual, o preço médio desta nova geração de antibióticos seria maior.³

Nesse sentido, ainda, cabe perceber que as unidades referidas, tanto pelo IMS, quanto pelo Grupemef, são as embalagens em que as especialidades são comercializadas. Portanto, os efeitos finais sobre o indicador preço médio dependeriam de como as especialidades e as mudanças mencionadas seriam incorporadas às embalagens. Produtos novos com mesmos preços, mas com embalagens com menores quantidades, requerendo mais unidades para o tratamento, teriam um preço médio maior, e vice-versa.

5.1.3 Evolução dos preços e quantidades por grandes classes terapêuticas

A Tabela 5 apresenta uma desagregação das informações no âmbito da classe terapêutica. Contém informações do IMS sobre o volume de vendas das cinco principais classes terapêuticas: antiinfeciosos sistêmicos e trimetoprim, hormônios sexuais, antiinflamatórios, analgésicos e vitaminas. Essas representam cerca de 33% das vendas totais.

Em primeiro lugar, destaca-se que o mercado de antibióticos, em termos de valor, é muito maior do que o das outras classes terapêuticas, em torno do dobro do tamanho. Em segundo lugar, observa-se que o preço médio varia significativamente entre as diferentes classes. Isso indica que a estratégia de fixação de preços depende das

2 Aliás, cabe observar que existem muito poucos estudos sobre a inter-relação entre preços e o grau de inovação terapêutica.

3 Na realidade, se se aplicasse à questão o rigor analítico necessário, os preços das especialidades farmacêuticas deveriam ser analisados em três níveis distintos: a) no nível da unidade posológica, ou seja, aquela em que é efetivamente utilizada pelo paciente; b) no nível da unidade em que é comprada, ou seja, o preço da

vez, do ponto de vista econômico, teria influência decisiva sobre a sua elasticidade-preço.

Tabela 5. Vendas: 5 principais classes terapêuticas – US\$ e Preço
Período: Dezembro/1995 a Dezembro/1998

	Dezembro/1995			Dezembro/1996		
	US\$	%	Preço Médio	US\$	%	Preço Médio
Mercado total	6.313.641.921	100,00	3,57	7.256.983.408	100,00	3,92
J01 – A/Infec. Sist./Trimetop	657.833.371	10,42	8,52	741.076.098	10,21	9,92
G03 – Hor. Sex. Pro. EF. Des. Sistem.	322.052.639	5,10	6,01	374.301.571	5,16	6,82
M01 – A/Inflam/Reumat.	383.735.050	6,08	4,46	447.851.197	6,17	5,02
N02 – Analgésicos	337.526.622	5,35	3,75	382.343.096	5,27	4,15
A11 – Vitaminas	305.095.864	4,83	4,30	331.451.599	4,57	4,87
Outros	4.307.398.375	68,22	0,00	4.979.959.847	68,62	0,00

continua...

	Dezembro/1997			Dezembro/1998
	US\$	%	Preço Médio	US\$
Mercado total	7.694.534.465	100,00	5,69	7.782.414.55
J01 – A/Infec. Sist./Trimetop	746.942.585	9,71	11,00	748.512.06
G03 – Hor. Sex. Pro. EF. Des. Sistem.	446.088.224	5,80	7,53	471.598.84
M01 – A/Inflam/Reumat.	471.309.991	6,13	5,54	466.476.47
N02 – Analgésicos	434.909.945	5,65	4,63	424.561.18
A11 – Vitaminas	332.129.213	4,32	5,24	314.562.77
Outros	5.263.154.507	68,40	0,00	5.343.347.94

Fonte: IMS.

5.2 Os medicamentos quanto às suas formas de comercialização e difusão

Para o estabelecimento de qualquer política específica para o mercado farmacêutico é necessário compreender com precisão os papéis dos agentes econômicos envolvidos – o médico, o representante dos laboratórios e as farmácias no processo de difusão do medicamento no mercado. É necessário também entender as diferenças quanto à tipologia comercial existente entre as especialidades farmacêuticas: produtos novos, *me too*, similares e bonificados. Existe ainda um outro tipo de produto, o “OTC”, palavra derivada do inglês *over the counter* (mercado de balcão) – que representa os medicamentos que podem ser consumidos livremente, sem receituário médico. Neste trabalho não se considera esse tipo de medicamento, pois a análise de seu mercado é semelhante ao de outros bens de consumo não duráveis, diferentemente das especialidades farmacêuticas em que a decisão de consumir não está, em princípio, nas mãos do consumidor.

As Tabelas 6 e 7 apresentam, respectivamente, a classificação dos principais cinquenta laboratórios em ordem decrescente por tamanho – considerado pelo valor das vendas – e pela taxa de variação dos preços durante o período 1995/98.

Tabela 6. Preços médios por laboratório

		1995	1998	Variação (%)
1	Novartis	5.93	6.56	10.62
2	Roche	5.06	8.28	63.64
3	Bristol	6.29	7.73	22.89
4	Hoechst	3.93	4.95	25.95
5	Aché	5.07	6.52	28.60
6	Janssen/Cilag	6.27	8.17	30.30
7	Boehringer	3.70	4.35	17.57
8	GlaxoWellcome	6.26	10.02	60.06
9	Schering-Plough	3.56	4.72	32.58
10	Lilly	7.35	8.98	22.18
11	Abbott	3.57	7.71	115.97
12	Schering	3.37	5.35	58.75
13	Wyeth	2.75	4.66	69.45
14	Rhodia	3.55	5.65	59.15
15	Merck Sharp	15.24	17.73	16.34
16	Pfizer	8.52	12.77	49.88
17	SmithKline Beecham	6.09	8.23	35.14
18	Bik	4.18	5.76	37.80
19	Sanofi Winthrop	3.87	4.16	7.49
20	Knoll	4.45	5.68	27.64
21	Asta Medica	4.53	6.48	43.05
22	Zeneca	8.96	13.84	54.46
23	Prodome	5.77	6.09	5.55
24	Akzo	6.74	9.38	39.17
25	Eurofarma	4.28	6.52	52.34
26	Bayer	7.98	11.08	38.85
27	Biossintetica	8.23	12.06	46.54
29	Allergan	3.81	4.83	26.77
30	Pharmacia&Upjohn	4.88	12.84	163.11
31	Farmasa	2.99	4.03	34.78
32	Merck	3.54	4.20	18.64
33	Medley	3.51	5.75	63.82
34	Stiefel	5.97	6.78	13.57
35	Whitehall	3.22	3.17	(1.55)
36	Alcon	3.49	4.25	21.78
37	Sintofarma	4.13	5.43	31.48
38	Zambon	4.75	6.32	33.05
39	Farmalab	5.28	7.40	40.15
40	Baldacci	4.75	5.70	20.00
41	Novaquimica	2.17	5.92	172.81
42	Galderma	5.28	4.64	(12.12)
43	Virtus	2.25	3.44	52.89
44	Syntelabo	5.98	7.53	25.92
45	Enila	2.80	5.14	83.57

Novaquímica	2,17	5,92	172,81
Pharmacia&Upjohn	4,88	12,84	163,11
Abbott	3,57	7,71	115,97
Enila	2,8	5,14	83,57
Farmoquímica	4,42	7,7	74,21
Wyeth	2,75	4,66	69,45
Medley	3,51	5,75	63,82
Roche	5,06	8,28	63,64
GlaxoWellcome	6,26	10,02	60,06
Rhodia	3,55	5,65	59,15
Schering	3,37	5,35	58,75
Zeneca	8,96	13,84	54,46
Virtus	2,25	3,44	52,89
Eurofarma	4,28	6,52	52,34
Apsen	8,29	12,53	51,15
Pfizer	8,52	12,77	49,88
Biossintética	8,23	12,06	46,54
Asta Medica	4,53	6,48	43,05
Farmalab	5,28	7,4	40,15
Akzo	6,74	9,38	39,17
Bayer	7,98	11,08	38,85
Bik	4,18	5,76	37,80
SmithKline Beecham	6,09	8,23	35,14
Farmasa	2,99	4,03	34,78
Zambon	4,75	6,32	33,05
Schering-Plough	3,56	4,72	32,58
Sintofarma	4,13	5,43	31,48
Janssen/Cilag	6,27	8,17	30,30
Aché	5,07	6,52	28,60
Knoll	4,45	5,68	27,64
Allergan	3,81	4,83	26,77
Hoechst	3,93	4,95	25,95
Syntelabo	5,98	7,53	25,92
Bristol	6,29	7,73	22,89
Lilly	7,35	8,98	22,18
Alcon	3,49	4,25	21,78
BladAcci	4,75	5,7	20,00
Merck	3,54	4,2	18,64
Boehringer	3,7	4,35	17,57
Merck Sharp	15,24	17,73	16,34
Stiefel	5,97	6,78	13,57
Novartis	5,93	6,56	10,62
Sanofi Winthrop	3,87	4,16	7,49
Prodome	5,77	6,09	5,55
Outros	7	7,47	6,71

Fonte: Grupemef.

Algumas análises foram realizadas para verificar se havia lógica especial no aumento relativo do preço médio entre a amostra dos cinquenta laboratórios citados. As relações encontradas abrem perspectivas para o estudo do comportamento das empresas no processo de fixação de preços, e indicam que uma posição mais definitiva

implicaria estudos mais elaborados, tanto na abrangência e qualidade dos dados, como nos métodos estatísticos a serem utilizados.

Adotou-se como método estatístico básico estabelecer se havia correlações significativas entre as principais variáveis disponíveis na base de dados montada e foram obtidos alguns resultados interessantes, os quais demonstram o potencial analítico que a busca ampliada de relações causais sobre as variações de preços pode proporcionar. O Quadro 1 resume as correlações que apresentaram resultados estatisticamente significantes no nível de 95%.

Quadro 1. Correlações significativas entre preços e faturamento

Variações dos preços 1995/98 X Nível de preços 1995	
r	t
-0,3328	2,2877
Tamanho (Faturamento em 1995)	
r	t
-0,3163	2,1614
Variações dos preços 1995/98 X Variação do faturamento	
r	t
0,3818	2,6771

O primeiro resultado indica que existe uma correlação negativa entre o nível dos preços médios dos laboratórios em 1995 e a variação dos preços entre 1995 e 1998. Esse resultado indicaria que no período o movimento principal da variação dos preços estaria associado a uma tentativa de recuperação dos laboratórios com preços mais baixos em 1995. Embora o valor da correlação seja relativamente baixo, 0,33, ele apresenta o sinal negativo e é significativo estatisticamente.

O segundo resultado mostra que existiria uma correlação negativa entre a intensidade das variações dos preços e o tamanho das firmas, tamanho definido pelo valor das vendas dos laboratórios em 1995. Essa indicação evidencia que haveria uma intensidade maior na variação dos preços por parte dos laboratórios menores. Da mesma maneira que no caso anterior, o índice de correlação é relativamente baixo, 0,31, o sinal é negativo e estatisticamente significativo.

O terceiro resultado da correlação, entre a variação dos preços médios e a variação do faturamento ilustra que os aumentos dos preços médios, como estratégia empresarial, têm conseqüências positivas sobre o aumento do faturamento. Somente quatro empresas tiveram quedas nas vendas no período, e o índice de correlação tem sinal positivo, 0,38, e também é significativo. É também possível observar que se for retirado da amostra da Tabela 8 o laboratório que está em primeiro lugar na variação do

Novaquímica	15.220	41.192	171
Pharmacia&Pjohn	40.516	108.552	168
Hoechst	209.914	536.343	156
Sanus	8.788	22.422	155
Janssen/Cilag	161.890	384.295	137
Zeneca	82.700	154.780	87
Apsen	12.099	21.947	81
Biossintética	71.420	129.302	81
Eurofarma	78.718	139.312	77
Abbott	160.590	279.941	74
Boehringer	220.142	383.416	74
Wyeth	160.091	257.917	61
Roche	356.849	560.533	57
Enila	14.483	22.679	57
Baldacci	26.944	41.690	55
Pfizer	149.298	224.120	50
Stiefel	47.767	70.775	48
Syntelabo	19.238	28.433	48
GlaxoWellcome	242.732	354.953	46
Zambon	38.399	56.128	46
Akzo	98.040	142.284	45
Merck Sharp	165.929	231.368	39
Asta Medica	113.807	156.750	38
Bayer	96.618	133.044	38
Knoll	121.370	166.322	37
Bristol	407.383	551.003	35
Schering	198.608	261.228	32
Farmoquímica	12.456	16.271	31
Shering-Plough	249.955	325.328	30
Novartis	498.889	644.243	29
Rhodia	184.695	233.669	27
Aché	380.289	480.020	26
Alcon	48.908	60.830	24
Bik	149.579	183.188	22
Farmasa	70.031	84.919	21
SmithKline Beecham	178.731	216.452	21
Medley	68.277	77.835	14
Famalab	38.813	43.651	12
Lilly	287.689	307.733	7
Merck	83.712	84.899	1
Sanofi Winthrop	174.051	174.009	0
Sintofarma	61.895	58.646	-5
Virtus	32.976	29.666	-10
Prodome	173.743	153.831	-11

Fonte: Grupemef.

Essa última é a correlação que apresenta os melhores resultados e indicaria que, para a indústria, o aumento de preços é uma estratégia viável, tem conseqüências positivas sobre o aumento do faturamento e, quanto maior a intensidade do aumento, melhor o resultado sobre as vendas. Do ponto de vista teórico, essa situação somente pode se concretizar se a demanda pelos produtos da empresa for inelástica aos preços, fato que já tinha sido comentado acima.

5.2.1 Os produtos novos

Quando o produto é **novo** no mercado, novo no seu sentido mais amplo, ou seja, **química e terapeuticamente novo**, o processo de difusão baseia-se essencialmente na interação entre o médico e os instrumentos de persuasão dos laboratórios, entre os quais o representante é o principal. É através dele que o médico recebe as informações básicas para formar o conhecimento que o induzirá a receitar o medicamento ao paciente. Dessa forma, todo processo de difusão de um medicamento novo inicia-se no médico através dos representantes do respectivo laboratório inovador.

Num segundo momento, tendo ficado satisfeito com o uso do medicamento indicado, o paciente passa a procurá-lo diretamente na farmácia sem a necessária consulta ao médico. Ou o difunde para o seu círculo de relações sociais, comunicando os seus efeitos benéficos, no que se costuma chamar de “marketing boca a boca”. Esse momento, quando o uso do medicamento se faz a partir da procura espontânea do paciente, sem a ida ao médico para obter uma nova receita, é comumente chamado de **automedicação** ou **demandas espontâneas**.

Cabe observar ainda, com relação a esse segundo momento, que mesmo quando ele se expressa, a pressão de marketing junto ao médico continua, pois é ele que reedita, de forma permanente, a pressão original sobre o fluxo de receitas que mantém o processo de difusão. Se essa pressão não for exercitada de forma permanente, o receituário começa a cair no curto prazo, com efeitos sobre a automedicação no médio e longo prazo. Calcula-se que para um produto com difusão consolidada, a demanda através da automedicação represente em torno de 50% da demanda total.

Ultimamente tem-se observado uma mudança importante na estratégia de marketing dos produtos novos nos mercados em geral, incluindo o do nosso país. Os novos medicamentos, mesmo que sejam de uso exclusivo com receita médica, têm seus lançamentos precedidos de grandes campanhas na mídia para a população em geral. Ao contrário de períodos mais antigos, em que os lançamentos eram divulgados exclusivamente para a classe médica. Três bons exemplos desse novo procedimento são os lançamentos do Prozac, do Viagra e do Excelon. A hipótese explicativa para essa nova estratégia parece residir no fato de que a divulgação maciça na mídia, prepara e antecipa o segundo momento citado da automedicação. Além disso, fixa a marca na população em geral desde o início do ciclo de vida do produto, dificultando a entrada dos potenciais concorrentes futuros, seja através do *me too*, seja através dos **similares**, seja ainda através dos próprios **genéricos**.

5.2.2 Os produtos *me too*

Os medicamentos *me too* são produtos lançados posteriormente ao produto original e possuem características químicas diferentes, mas atividade terapêutica semelhante à do produto novo. Existem vários graus de diferenciação real com relação

são inovações menores, mas, do ponto de vista do mercado, podem se tornar concorrentes poderosos, pois são lançados por grandes laboratórios multinacionais, com forte poder mercadológico, e em alguns casos trazem melhorias terapêuticas significativas sobre os fármacos originais, aproveitando-se da disseminação do conhecimento da ação terapêutica destes e da eliminação de seus efeitos colaterais. Uma boa parte dos lançamentos dos produtos das grandes empresas do setor poderia, de alguma maneira, ser classificada como *me too*.⁴

5.2.3 Os produtos similares

Os **produtos similares** são lançados por laboratórios que não têm capacidade de inovação no segundo estágio tecnológico da indústria farmacêutica, a indústria química-farmacêutica, e buscam fontes alternativas do fármaco sobre o qual é baseado o produto inovador, para lançar um produto que é química e terapeuticamente igual ao inovador. Na verdade, o similar é uma cópia do produto inovador. Esse procedimento de concorrência foi muito usado pelos laboratórios nacionais para acompanhar o ritmo de lançamentos dos laboratórios inovadores e dos *me too*. Representou a base do crescimento do segmento nacional dos laboratórios nacionais. Com a mudança na legislação patentária, esse procedimento, no longo prazo, se resignará aos produtos cuja patente já expirou. No entanto, a nova legislação restringe-se aos produtos que ainda não tinham sido comercializados no país e no exterior. Para aqueles que já eram comercializados, o procedimento do lançamento do similar continua sendo o instrumento básico da competição engendrada pelos laboratórios nacionais. Do ponto de vista do processo competitivo, o medicamento **similar** para efeito de fixação de preços utiliza-se do procedimento conhecido na literatura como **relacionamento líder-satélite**. Isto é, toma o preço do líder como referência, mas geralmente fixa o seu preço abaixo do produto inovador. Cabe ressaltar ainda que, do ponto de vista da comercialização, o similar faz uso dos mesmos procedimentos de comercialização dos outros dois casos já mencionados. Ou seja, utiliza os representantes para difundir os respectivos produtos junto aos médicos, tentando conquistar uma parcela do mercado dos produtos líderes e difundir a própria marca. Essas características são as grandes diferenças com relação aos chamados produtos genéricos, que serão analisados a seguir.

5.2.4 Os produtos genéricos

Os **produtos genéricos** são assim chamados porque são comercializados não por marcas próprias, mas sim pela denominação genérica do fármaco, que são nomenclaturas simplificadas para que se evitem as complexas denominações das moléculas químicas correspondentes. Os produtos genéricos são, então, da mesma maneira que os similares, cópias de produtos existentes no mercado. As diferenças com

⁴ A relação entre o grau de inovação e o ciclo do produto das especialidades farmacêuticas já foi analisada de forma mais detalhada por Frenkel (1990), através do conceito **binômio estrutura-atividade**, em que estrutura refere-se às características químicas do fármaco e atividade à sua ação terapêutica.

os similares, às vezes, não são suficientemente compreendidas e **situam-se principalmente, nas estratégias de comercialização**. O medicamento genérico não tem uma marca própria e, portanto, não é difundido junto aos médicos, pois isto somente é feito quando se pretende fixar uma determinada marca, de um determinado laboratório. Há casos em que os medicamentos genéricos são difundidos junto aos médicos, da mesma forma que os similares, mas mesmo quando isto ocorre a **ênfase no discurso é no nome do laboratório e não na marca** do produto. Esse caso costuma ser chamado de **genéricos de marca**.

Dessa forma, não vinculando o marketing a uma marca específica, quando o médico receitar um medicamento genérico, o faz independente do laboratório que o produz. Assim, o produto será disponibilizado pelo farmacêutico da farmácia de acordo com seus respectivos critérios na escolha do fornecedor. Portanto, na comercialização do medicamento genérico cabe à farmácia escolher a origem do medicamento, e esta o faz de acordo com seus interesses comerciais próprios.

Essa nova forma de comercialização tem algumas implicações importantes: a) retira dos representantes a função de fator primordial no processo de difusão do medicamento, e a repassa ao farmacêutico (teoricamente) e ao balconista (na realidade) da farmácia; b) introduz a competição em preços no mercado farmacêutico, pois a farmácia, para aumentar as suas margens, tentará comprar o medicamento com o menor preço e o consumidor terá a opção de decidir por um medicamento com preços menores.

Espera-se que esse procedimento possibilite ao paciente o acesso ao fármaco implícito na recomendação do médico a um menor preço. Em princípio, as farmácias deveriam manter em estoque os produtos que lhes ofereciam as melhores margens. Isso significa que deveriam escolher os medicamentos com os menores preços, pois teriam maior demanda. Além disso, as farmácias devem competir entre si neste processo, mantendo a margem de lucro sob controle do mercado. Em vários países onde estes procedimentos foram adotados, os genéricos provocaram uma forte redução de preços, inclusive nos Estados Unidos e no Canadá.

Se do ponto de vista econômico, a possibilidade de substituição induz uma competição de preço, **do ponto de vista terapêutico, a questão é mais complexa, pois a substituição pressupõe que os produtos sejam terapêuticamente iguais**. A questão da igualdade terapêutica não se resume à qualidade de produção da especialidade farmacêutica, a qual é importante "per se" neste processo de substituição. Pressupõe que o medicamento tenha o mesmo resultado em termos de efetividade dentro do corpo humano. E esta efetividade deve ser comprovada mediante estudos específicos denominados de **biodisponibilidade e bioequivalência**. As diferenças que podem advir desses critérios são originárias dos processos químicos pelos quais os fármacos são produzidos. Esses diferentes processos podem deixar diferentes características físico-químicas nos fármacos, que podem alterar substancialmente a efetividade do medicamento no corpo humano.

5.2.5 Os produtos bonificados

Os produtos bonificados são produtos similares, portanto com marcas próprias, ou sem marcas, identificados pelo nome genérico do fármaco, que são vendidos diretamente às farmácias pelos laboratórios. Geralmente, são produtos antigos, de uso difundido pela automedicação, e os laboratórios que os comercializam são de menor porte. São chamados de bonificados devido à forma especial como são comercializados: **para cada unidade comprada, o laboratório "bonifica" a farmácia com mais unidades; ou seja, a farmácia paga uma unidade e recebe várias como bonificação.** Portanto, a farmácia tem um interesse especial em vender os produtos, pois lhe proporcionam uma grande margem de lucro. Para tanto, instrui os balconistas a oferecê-los aos clientes, principalmente sob o processo de automedicação.

Assim, do ponto de vista comercial, os bonificados diferem dos similares porque não são difundidos junto à classe médica e são oferecidos diretamente às farmácias. Não são genéricos também, mesmo quando são vendidos com o nome genérico, porque não possuem estudos que comprovem a sua equivalência terapêutica e não foram registrados como tais.

Após a promulgação da lei dos genéricos, vários laboratórios que trabalhavam com produtos bonificados aproveitaram a fase de adaptação à nova lei para difundir as suas linhas de produtos como se fossem genéricos. Essa situação foi possível porque a Secretaria de Vigilância Sanitária ainda não havia regularizado e implementado o sistema de controle e fiscalização dos produtos genéricos. Mas também, porque o processo de comercialização e marketing dos dois tipos de produtos é semelhante. Ou seja, é feita através do contato comercial direto com as farmácias, situação que permite uma ação muito rápida dos laboratórios que trabalham com bonificados.

5.2.6 A elasticidade da demanda: características diferenciadas por segmento de renda

Uma política governamental que vise estimular a competição na indústria farmacêutica, reduzir os preços e, conseqüentemente, aumentar o acesso da população aos medicamentos deveria levar em consideração as particularidades de cada um dos tipos de produtos descritos acima.

Adicionalmente, deveria considerar algumas características específicas da demanda dos medicamentos. Os medicamentos são produtos que têm uma demanda altamente específica, vinculada às patologias que atingem os pacientes, e inelástica aos preços, devido à sua importância para o restabelecimento do estado de saúde. Em vários casos, a premência do seu uso está associada diretamente às chances de sobrevivência do paciente. Portanto, a demanda de medicamentos é diferente da dos outros produtos de consumo, porque, geralmente, ela não pode ser diferida, tem oferta limitada e o seu não-uso pode ser uma ameaça à própria vida do consumidor.

Ademais, é importante notar que a própria inelasticidade deve ser devidamente qualificada, pois se comporta diferentemente entre os grupos de renda da população. Na realidade, de forma geral, pode-se afirmar que existem três tipos de demanda para os medicamentos: a dos grupos de renda superior, a dos grupos intermediários e a dos grupos de renda mais baixa.

Para os estratos superiores de renda, o preço pouco influencia o consumo. Essa população usará os medicamentos que forem receitados pelos seus médicos, com preferência pelos de última geração tecnológica, dado que as despesas, geralmente representam uma pequena parcela da renda. Além disso, é altamente consciente do perigo que o não-uso ou uso inadequado dos medicamentos acarretam. Portanto, para esses grupos a demanda é altamente inelástica ao preço.

Para os grupos intermediários, a situação é diferente. Os medicamentos passam a representar uma porção significativa de suas rendas. Esse é o caso dos aposentados, que agregam dois fatores particulares: um uso maior de medicamentos, devido às patologias crônicas associadas ao envelhecimento, e uma renda fixa, que realça o peso do valor das compras dos medicamentos no orçamento. Para esses grupos, a elasticidade-preço é significativa, pois pode influenciar decisivamente a qualidade do tratamento medicamentoso ao qual o paciente irá se sujeitar. São sobejamente conhecidos os fenômenos do uso parcial dos medicamentos (compra-se somente o medicamento "mais importante", adiando-se o uso dos outros) ou do ciclo do uso intermitente (usa, melhora, pára; piora, usa de novo, melhora, pára; e assim sucessivamente). Dessa forma, para esses segmentos da população, políticas que permitam uma redução dos preços dos medicamentos podem ter um efeito imediato sobre o aumento do consumo dos medicamentos e, conseqüentemente, uma melhora imediata no estado de saúde da população em geral.

Finalmente, para o terceiro segmento da população, o de renda baixa, os preços têm pouca influência sobre o respectivo consumo, pois mesmo com uma queda significativa dos preços, a renda baixa torna o seu consumo difícil. Portanto, para esses segmentos a ação efetiva necessária seria uma política complementar de renda (subsídios) e não uma política de redução de preços.

Dessa forma, do ponto de vista da elasticidade, pode-se afirmar que a demanda dos principais segmentos sociais é inelástica ao preço e elástica à renda. A ação do Estado deveria ser seletiva, moldada aos diferentes segmentos sociais. Para os segmentos mais baixos, somente o atendimento gratuito pode garantir o acesso adequado ao medicamento, independente do nível de preços.

5.3 Políticas específicas por tipo de produto

Para cada um dos tipos de produtos descritos acima, devido aos seus diferentes processos de comercialização e difusão, os instrumentos de políticas governamentais, deveriam ser diferentes

Porém, a introdução de um similar não necessariamente induz a uma competição em preços. A nova empresa pode optar por manter o preço próximo ao da empresa líder, e usufruir das altas margens enquanto persistir a patente e/ou o número de concorrentes próximos for restrito. Essa situação pode persistir por um longo período de tempo. Sobretudo, quando o produto líder for um produto inovador.

No entanto, se o licenciamento compulsório for conseguido através da iniciativa do governo, este poderia introduzir um "leilão", ou uma "licitação", entre as empresas interessadas em ter acesso ao novo produto. Ganharia aquela que se comprometesse a oferecer o produto pelo menor preço.

Para os produtos similares, com patente expirada ou inexistente, os genéricos são o grande instrumento para induzir o processo de competição em preços. Atualmente, os similares quando são lançados, geralmente, o são com uma redução de preços em relação aos produtos líderes, no entanto, como são comercializados com marcas, e difundidos através dos representantes junto aos médicos, os seus produtores tentam manter seus níveis de preços próximos aos do produto líder, fazendo com que os diferenciais de preços sejam relativamente pequenos.

Cabe salientar ainda com relação a esse fato três aspectos nem sempre bem compreendidos e que reforçam a ausência de uma forte concorrência de preços entre produtos similares. Em primeiro lugar, sobressai a utilização das equipes de representantes, como principal instrumento de difusão comercial do produto. Montar uma equipe de representantes, que cubra uma determinada área geográfica e uma especialidade médica, representa um procedimento muito oneroso, tornando-se o principal item de despesa dos laboratórios. A despesa com este item pode apropriar de 30 a 35% da receita líquida do laboratório. Portanto, para permitir esse nível de gastos, as margens e os preços dos produtos devem, necessariamente, ser elevados, uma vez que o mercado farmacêutico é extremamente segmentado. **Se não se conseguir a margem e o preço necessário para manter o sistema operando, o produto será retirado da linha de produtos, ou transformado num produto bonificado.**

Em segundo lugar, destaca-se o processo de diferenciação a que é submetida a especialidade farmacêutica. Como o médico é o iniciador e mantenedor do processo de difusão da marca da especialidade farmacêutica, quanto mais se tiver acesso ao médico maior será a difusão do produto e o seu potencial mercado. Portanto, uma redução expressiva do preço em vez de aumentar a difusão e, conseqüentemente, o mercado, dificultaria o acesso ao médico e implicaria um ritmo e amplitude menores do processo de difusão. **Na especialidade farmacêutica não é o preço que determina o mercado e sim a prescrição médica, e numa fase subsequente a automedicação.** A concorrência em preços diminuiria as margens e impossibilitaria a manutenção do produto como similar. Ele precisaria ser difundido de outra forma, através do sistema bonificado ou do genérico, sendo que para estes dois tipos de produtos a farmácia passaria a ser o centro difusor do produto.

Dessas características é que surge a importância do genérico. Quando o principal instrumento de difusão deixa de ser a marca prescrita pelo médico, e o

fármaco através da substituição passa a exercer este papel, o que era um produto diferenciado passa a ser um produto homogêneo e, como tal, o preço passa a ter um papel fundamental no seu processo de difusão. Mas, devido às especificidades de seu uso como medicamento, a homogeneidade tem de ser constatada cientificamente, através da qualidade de suas matérias-primas, de seus processos de fabricação e da equivalência terapêutica.

Com relação ao produto bonificado o efeito seria o mesmo. No momento em que a substituição do receituário se restringir ao genérico, e este se difundir através do processo de automedicação, os bonificados, que são produtos relativamente mais caros, devido à sua forma específica de comercialização, perderão importância como alternativa de indicação medicamentosa da farmácia, pois os genéricos serão opções mais baratas e seguras.

Devido às características especiais do processo de comercialização através das farmácias, já existem no mercado, ou estão se implantando, várias alternativas que ocasionam reduções nos preços efetivos do medicamento. Pode-se citar: descontos nas farmácias para uma lista de medicamentos pré-escolhida, promoções eventuais devido a excesso de estoques – ou dos distribuidores ou das farmácias –, promoções para produtos com o término da validade se aproximando, convênios realizados com empresas pelas farmácias, com associações de aposentados, vendas diretas dos distribuidores aos consumidores, etc. Na realidade, todos esses mecanismos baseiam-se numa redução de margens das farmácias. São essas que, para compensar o movimento de aumento dos preços dos medicamentos, idealizam formas de conceder descontos para os consumidores tentando atrair clientes das outras farmácias. Para tanto, diminuem suas margens na tentativa de ampliar e/ou manter os clientes.

Todos esses procedimentos não alteram os processos básicos de competição do setor, que são determinados pelos laboratórios de acordo com os tipos de medicamentos descritos acima.

A introdução dos supermercados no mercado farmacêutico também cairia no caso mencionado acima. Como pontos-de-venda com acesso a um número maior de clientes, os supermercados poderiam operar com margens e preços menores, forçando, através da competição, uma redução das margens das farmácias. Quanto ao preço de fábrica, a ação dos supermercados sobre as margens da indústria precisaria ser verificado. Numa primeira análise, estima-se que teria pouca influência sobre o preço de fábrica dos produtos novos e similares, pois somente haveria uma transferência dos clientes das farmácias para os supermercados. Os fatores determinantes da difusão das especialidades farmacêuticas continuariam exatamente os mesmos.

Para os segmentos de renda mais baixos e que dependem da distribuição gratuita dos medicamentos, os instrumentos que permitem a redução dos custos (no caso são os custos de compra do setor governamental) dos medicamentos são sobejamente conhecidos: elaboração de uma lista de medicamentos básicos e licitação

municípios: se descentralizar as compras, o preço médio aumenta significativamente. As sucessivas soluções encontradas favoreceram uma ou outra opção, e as questões explicitadas são sobejamente conhecidas, e sem nenhuma alternativa satisfatória até o momento.

Uma novidade no mercado brasileiro é o surgimento de um tipo de empresa conhecida nos Estados Unidos como *Pharmaceutical Benefits Management* (PBM), ou seja, uma empresa de “Gestão de Benefícios Farmacêuticos”. Essas empresas introduzem os planos de saúde como pagadores de parte, ou inclusive da totalidade dos medicamentos, para os seus associados. As PBMs controlam os subsídios que os planos passam a oferecer, e negociam com os laboratórios, em função da preferência que será concedida aos respectivos produtos, descontos significativos de forma que o plano tenha o mínimo de despesas com os medicamentos. Ou seja, os planos passam a interferir nos preços das especialidades, e através do subsídio ao medicamento passam a induzir a compra de um determinado medicamento, ou de grupos de medicamentos, de acordo com as patologias dos seus associados, induzindo a uma aderência maior ao tratamento. Esses procedimentos interferem diretamente no processo de difusão das especialidades farmacêuticas (novos produtos e similares), pois os planos passam a orientar os seus médicos credenciados a utilizar os produtos negociados.

As PBMs são as gestoras desse processo, atuando nas diferentes fases de implementação e operacionalização do novo sistema:

(a) na negociação dos descontos e escolha dos medicamentos mais adequados – adequados tanto do ponto de vista terapêutico, como do econômico (através de instrumentos teóricos relacionados à área de conhecimento chamada Farmacoeconomia);

(b) no controle do uso do medicamento, tanto do ponto de vista do subsídio concedido, como também das vantagens terapêuticas e econômicas do uso adequado do medicamento;

(c) no estudo da efetiva inter-relação existente entre o uso adequado do medicamento e a preservação do estado de saúde dos pacientes, com a conseqüente diminuição das internações, e dos custos dos planos.

Nos Estados Unidos, onde as PBMs mais se difundiram, os impactos sobre as despesas com os medicamentos dos usuários foram: uma interferência cada vez maior dos planos nos receituários médicos, uma forte redução dos preços nos medicamentos utilizados, inclusive com a utilização de genéricos, e uma aderência maior dos pacientes aos respectivos tratamentos.

A análise acima indica que uma política de medicamentos abrangente, que alcance toda a população, deveria conter objetivos e instrumentos específicos, de acordo com os tipos de produtos, o padrão concorrencial no qual estão inseridos e os segmentos sociais que se pretende atingir. Sem essa compreensão, os resultados provavelmente serão difusos, inadequados e, como tem geralmente acontecido, ineficientes.

6

O trabalho no setor de atenção à saúde

Cláudio Salvadori Dedecca
Marcelo Weishaupt Proni
Amilton Moretto

Introdução

O objetivo deste capítulo é dimensionar o número de pessoas ocupadas direta e indiretamente em atividades de atenção à saúde, assim como analisar o perfil socioeconômico desses trabalhadores. Maior ênfase é dada àqueles que compõem o “núcleo” da atenção à saúde, distinguindo-se os que trabalham no setor público e no setor privado.

Como será detalhado mais à frente, não constitui um resultado imediato a estimativa da ocupação em atividades de atendimento à saúde. Essas comportam tanto aquelas ocupações diretamente vinculadas à função-objetivo do setor (médicos e enfermeiros que trabalham em hospitais) como aquelas indiretamente incorporadas (empregados da indústria farmacêutica). Essa restrição explicita um segundo objetivo desse trabalho, qual seja, a definição de uma metodologia que permita dimensionar a ocupação incorporada direta ou indiretamente pelo setor.

Os esforços metodológico e de estimativa da ocupação setorial permitirão apresentar um quadro socioeconômico, bem como algumas sugestões sobre possíveis campos de estudo.

6.1 Considerações metodológicas

A mensuração do emprego no setor de atendimento à saúde deve ser considerada de grande importância para qualquer sociedade. Afinal, o bem-estar da mesma também depende da qualidade, dentre outros, dos serviços prestados pelo setor, seja pelo seu segmento público, seja pelo privado. Entretanto, uma grande dificuldade se apresenta quando se busca fazer essa mensuração. Essa restrição é encontrada em qualquer país, independentemente da forma de organização de sua política de

países onde elas são incipientes ou são predominantemente prestadas pelo setor privado, em princípio, as dificuldades para mensuração da ocupação são menores. Ao contrário, em países onde o Estado gerencia uma política de atendimento à saúde mais extensa e complexa, nota-se que a ocupação a ela vinculada espraia-se por um conjunto mais amplo das políticas públicas, tornando-se mais onerosa sua mensuração. É o caso da gestão da política de atenção à saúde mental que, em alguns países, realiza-se no domicílio do paciente, envolvendo tanto a família como a comunidade local, bem como é administrada de forma descentralizada pelo Estado.

Em segundo lugar, não há consenso sobre quais são os setores do segmento privado, mesmo aqueles em que predominam atividades afins ao atendimento à saúde, devem ser considerados direta ou indiretamente vinculados. Os hospitais, as clínicas e os laboratórios, as farmácias privadas são mais facilmente identificáveis como parte do setor. Mas, o que dizer da indústria farmacêutica, ou de equipamentos mecânicos e eletroeletrônicos, ou de artefatos de plástico e borracha? Com certeza, segmentos dessas indústrias produzem para o Setor Saúde, tendo nessa demanda um dos determinantes de seu nível de emprego. Entretanto, não se pode vincular diretamente cada uma dessas indústrias ao setor. Nem mesmo as indústrias que produzem insumos e equipamentos para o mesmo, já que essas unidades podem produzir para outros setores que não dizem respeito ao atendimento à saúde². Uma situação mais difícil ainda é identificada na indústria da construção civil, onde são encontradas empresas que se especializam no desenvolvimento de projetos e construção de hospitais.

Uma grande complexidade também é observada quando se busca mensurar o emprego a partir de ocupações típicas do setor (médico, enfermeiro, farmacêutico, etc.). Em princípio, todo médico encontra-se vinculado ao Setor Saúde. Isso é claramente observável para a maioria deles, que se encontra nos hospitais, ambulatórios e clínicas. Mas dúvidas aparecem quanto ao médico que trabalha em uma grande empresa no controle das condições de saúde, higiene e segurança do processo produtivo. Um outro tipo de restrição mais geral é também encontrado quando se tomam, por exemplo, as ocupações de motoristas, vigias, atendentes, almoxarifes. Essas ocupações são comuns aos diversos setores de atividade econômica, tendo somente uma parte limitada absorvida pelo Setor Saúde. São exemplos as empresas que, em geral, prestam serviços para o setor, mas que dele não fazem parte. É o caso das empresas de transporte e fretamento aéreo que utilizam suas aeronaves (aviões e helicópteros) para o resgate rápido, ou as empresas terceirizadas de limpeza que atendem os hospitais.

Se do ponto de vista metodológico são encontradas barreiras substantivas para uma definição mais precisa do que incluir na mensuração do emprego pertinente ao Setor Saúde, deve-se frisar que dificuldades ainda maiores derivam das informações propiciadas pelas bases de dados sobre atividade e participação econômica da população. Essas bases de dados são produzidas por pesquisas em estabelecimentos ou domicílios que, em geral, buscam traçar o perfil geral da atividade econômica ou das

1 A partir desse momento, denominaremos as atividades de atendimento à saúde de maneira genérica como Setor Saúde.

2 General Electric (GE), Philips, Siemens, 3M, Bayer são exemplos dessa situação. Todas produzem para o Setor Saúde, mas não exclusivamente.

condições de inserção da população adulta na vida econômica. Nas pesquisas em estabelecimentos, o objetivo principal é caracterizar a estrutura produtiva, apontando seus traços mais evidentes e relevantes para a avaliação do desempenho da economia. Naquelas pautadas nos domicílios, a preocupação principal é a obtenção de informações sobre como as famílias inserem seus membros na vida produtiva e quais são as principais características desse processo. Desse modo, os limites para a estimação do emprego no Setor Saúde são ampliados pela natureza das bases de dados disponíveis. Essa observação vale tanto para a situação brasileira, como para países desenvolvidos, como os Estados Unidos, França ou Alemanha. Mesmo nesses países, onde são encontrados sistemas de informação estatística mais robustos, dificuldades intrinsecas são encontradas na avaliação do emprego direta ou indiretamente vinculado ao Setor Saúde.

Nesse sentido, pode-se afirmar que qualquer estimação da ocupação no setor tende a ser conservadora, pois é orientada pela busca dos segmentos ocupacionais/setoriais mais visíveis que o compõem – escapando, portanto, um conjunto amplo de ocupações a ele vinculado indiretamente. Não há dúvida que seria importante captar a totalidade da ocupação vinculada ao setor, pois essa mensuração permitiria avaliar a capacidade de alavancagem dos gastos da política de atendimento à saúde, tanto para o bem-estar da população, como para o desempenho econômico. Infelizmente, isso não é possível. A alternativa manejável e metodologicamente sustentável restringe a estimação da ocupação no setor, apontando parcialmente a potencialidade do mesmo para a dinâmica econômica e as condições de vida da população. Contudo, mesmo uma estimação conservadora sinaliza essa capacidade de alavancagem, bem como informa características relevantes da forma de inserção econômica da população no setor.

Essa foi a perspectiva adotada neste estudo. Buscou-se responder qual a dimensão do emprego mais diretamente vinculado ao Setor Saúde no Brasil.³ Duas fontes de informação foram adotadas. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada anualmente pelo IBGE, que retrata as condições gerais de inserção econômica da população brasileira, independentemente da forma de realização da atividade produtiva. E a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), sistema administrativo de informação do governo federal cujos dados são divulgados pelo Ministério do Trabalho e do Emprego (MTE), que apresenta os dados principais sobre a população assalariada com registro de trabalho incorporada aos setores público e privado da economia brasileira.⁴

A primeira fonte permite um retrato mais geral da situação ocupacional do mercado brasileiro de trabalho, enquanto a segunda apresenta uma caracterização mais restrita, isto é, para os trabalhadores formalmente assalariados. Existe, portanto, uma hierarquização da análise, pois as informações da RAIS, mesmo que não compatíveis totalmente, correspondem a uma parte do universo da PNAD.

estratificação da estrutura produtiva e do mercado de trabalho não agrícolas em três segmentos básicos:

(i) Grande Setor – envolve todas as ocupações assalariadas em estabelecimentos com mais de cinco empregados, os profissionais liberais do setor privado e todas as ocupações do setor público;

(ii) Pequeno-Médio Setor Contratado – incorpora assalariados em estabelecimentos com menos de cinco empregados, com ou sem registro legal, e os trabalhadores por conta própria que, em princípio, destinam seu trabalho para a atividade econômica do Grande Setor;

(iii) Pequeno-Médio Setor Não Contratado – absorve os trabalhadores por conta própria que orientam seu trabalho ao atendimento da demanda por serviços pessoais;

(2) Essa estratificação e a correspondente estimação dos agregados foram realizadas a partir da informação da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) para os anos de 1992 e 1997. Em razão de mudanças metodológicas implementadas nessa fonte de dados em 1992, o procedimento acima descrito não pôde ser estendido para as PNADs da década de 80;

(3) As ocupações do Setor Saúde concentram-se nos segmentos Grande Setor e Pequeno-Médio Setor Contratado, em especial no primeiro deles. Essa característica informa algo conhecido daqueles que estudam o Setor Saúde. Vale dizer, o vínculo entre seu segmento núcleo e um conjunto de ocupações realizadas através da relação de subcontratação de serviços;

(4) O volume de ocupações estimado para esses dois segmentos foi diferenciado em dois agregados, da seguinte forma:

(i) *Núcleo* – administração pública, serviços públicos de saúde, e clínicas e ambulatórios;

(ii) *Periferia* – serviços sociais, serviços assistenciais, ensino superior e indústria farmacêutica;

(5) Na medida do possível, a ocupação estimada foi diferenciada entre aquelas pertencentes ao setor público e ao privado. Esse procedimento foi adotado com o intuito de oferecer algumas evidências da diferença entre as duas estruturas ocupacionais;

(6) Como conduta geral, decidiu-se evidenciar a evolução global do volume de ocupações entre 1992 e 1997 e realizar uma exploração mais detalhada dos dados somente para o último ano mencionado;

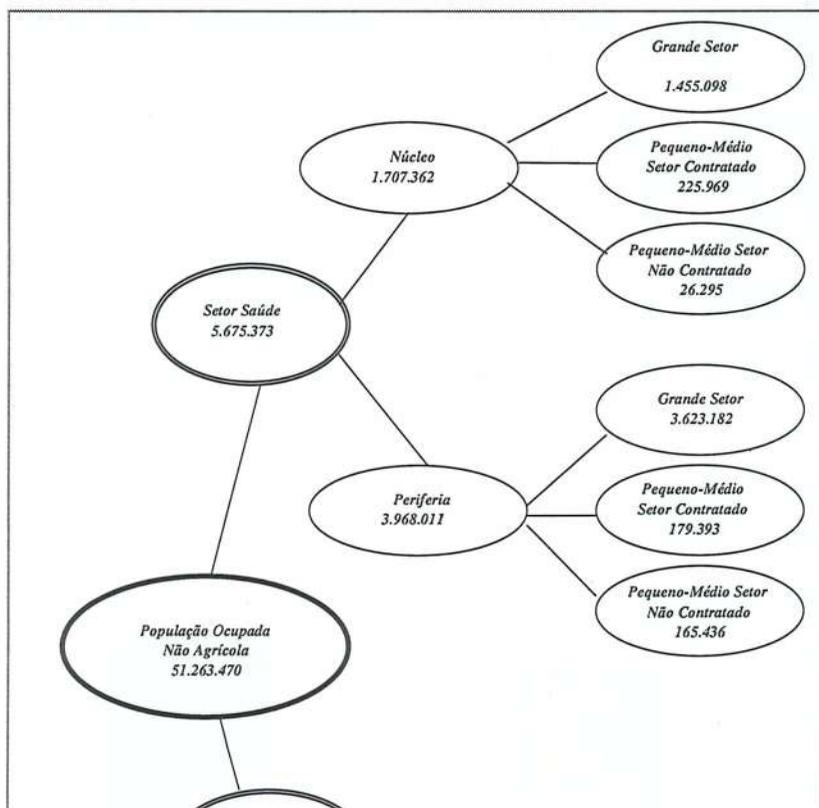
(7) Após uma caracterização geral da ocupação estimada do Setor Saúde, buscou-se aprofundar aspectos da inserção ocupacional do segmento de trabalhadores assalariados formais, a partir dos dados da Relação Anual de Informações Sociais – RAIS. Apesar desse retrato ser limitado a uma parcela da ocupação do Setor Saúde, ele enfoca o segmento principal com informações fornecidas pelos estabelecimentos que

incorporam esses trabalhadores. Assim, esse enfoque, mesmo que limitado, propicia informações importantes sobre aspectos gerais do emprego contratado pelas empresas privadas e pela administração pública.

6.2 Estimação da participação do Setor Saúde no mercado de trabalho não agrícola

Em primeiro lugar, cabe perguntar: qual é o peso do Setor Saúde no mercado brasileiro de trabalho não agrícola? A Figura 1 evidencia uma estimativa, a partir das orientações metodológicas anteriormente apresentadas. Em 1997, o mercado brasileiro de trabalho não agrícola correspondia, aproximadamente, a 51 milhões de pessoas, sendo que 5,6 milhões teriam vinculação com o Setor Saúde. Isto é, um pouco mais de 10% das ocupações não agrícolas encontravam-se, direta ou indiretamente, voltadas para a atividade do setor.

Figura 1. Composição da ocupação não agrícola segundo setores de atividade econômica – Brasil, 1997

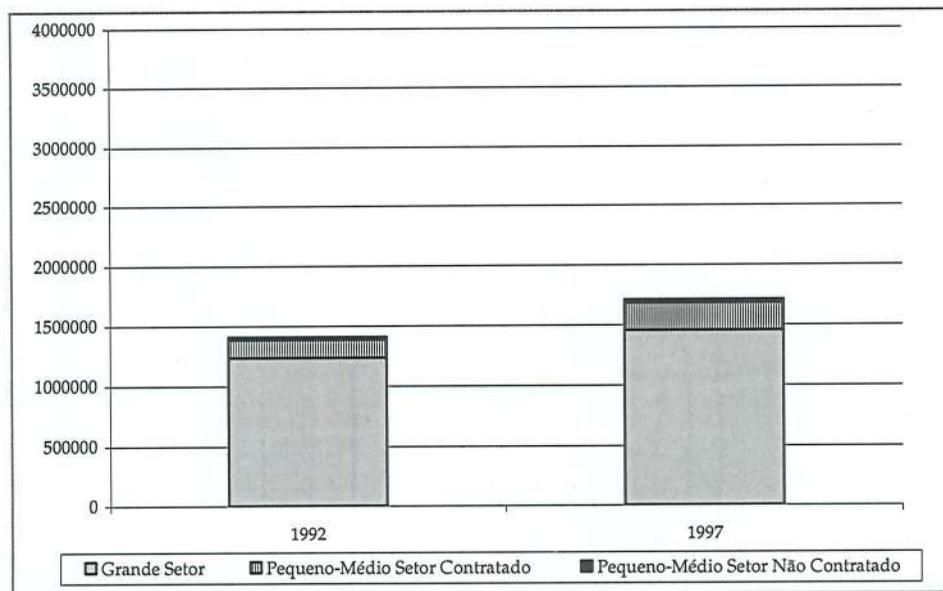


demanda (serviços sociais, serviços assistenciais, ensino profissional e indústria farmacêutica).

O núcleo responde por 1,7 milhão de ocupados. Desses, 1,4 milhão se encontram ocupados no Grande Setor, isto é, quase 3% da ocupação não agrícola. Essas ocupações alavancam um conjunto de outras pertencentes ao próprio núcleo, incorporadas aos Pequeno-Médio Setores Contratado e Não Contratado, como de outras vinculadas a atividades afins. A estimativa conservadora sugere que, para cada ocupado diretamente vinculado, ao menos dois outros são requeridos. Tem-se, desse modo, uma evidência do papel que uma política de saúde cumpre na sustentação do mercado de trabalho não agrícola.

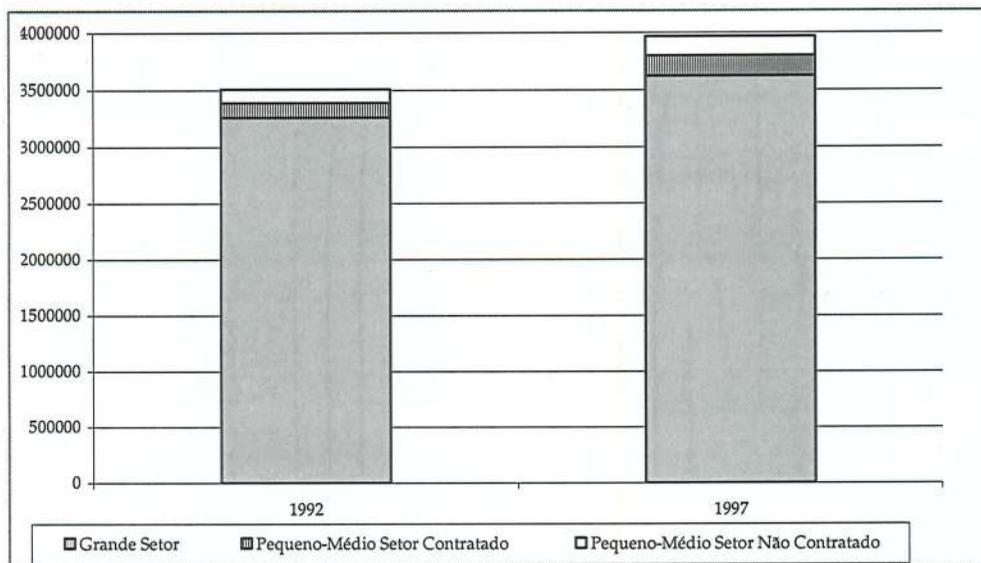
A análise da evolução da ocupação no setor núcleo do Setor Saúde mostra que, entre 1992 e 1997, quase 300 mil ocupações foram criadas, sendo que 220 mil (ou 75% desse total) no Grande Setor. Ademais, 450 mil ocupações foram criadas nas atividades afins (ver Gráficos 1 e 2 e Tabela 1), com uma concentração importante no Grande Setor. Essas novas ocupações responderam por, aproximadamente, 10% do incremento observado na População Ocupada Não Agrícola. Em um período de desempenho limitado do mercado de trabalho não agrícola, quando setores importantes (indústria e setor financeiro) reduziram seus níveis de emprego, o incremento do volume de ocupações no Setor Saúde deve ser devidamente valorizado. Também deve ser ressaltada a importância que continua a ter o Grande Setor na geração de novas ocupações, tanto no segmento núcleo, como no segmento periférico.

Gráfico 1. Evolução das ocupações do segmento núcleo do Setor Saúde
Brasil, 1992 e 1997



Fonte: IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), Microdados (Vários anos).

Gráfico 2. Evolução da ocupação do segmento afins do Setor Saúde
Brasil, 1992 e 1997



Fonte: IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)*, Microdados (Vários anos).

É visível, portanto, o papel da política de atendimento à saúde para o desempenho do mercado de trabalho nacional. Por representar um segmento que, como será visto mais à frente, demanda uma mão-de-obra com um nível educacional mais elevado, pode-se afirmar que a ampliação dessa política tem um duplo impacto sobre o bem-estar social: no atendimento à saúde e na geração de novas oportunidades ocupacionais.

Tabela 1. Evolução da ocupação não agrícola
Brasil, 1992 e 1997

			Grande setor	Pequeno-médio setor contratado	Pequeno-médio setor não contratado	População ocupada
Setor	Núcleo	1992	1.234.482	151.412	24.157	1.410.051
		1997	1.455.098	225.969	26.295	1.707.362
Saúde	Afins	1992	3.263.063	125.882	121.274	3.510.219
		1997	3.623.182	179.393	165.436	3.968.011
Demais Setores		1992	20.146.442	3.364.232	17.382.508	40.893.182
		1997	20.971.997	4.428.427	20.187.673	45.588.097
Total		1992	24.643.987	3.641.526	17.527.939	45.813.452
		1997	26.050.277	4.833.789	20.379.404	51.263.470

Fonte: IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)*, Microdados (Vários anos).

administração pública e aos serviços públicos de saúde, apontando a importância das atividades centrais, tanto para o atendimento, como para o perfil da ocupação setorial.

Tabela 2. Evolução e distribuição da ocupação núcleo no Setor Saúde Brasil, 1992 e 1997

	1992(%)	1997(%)	1992	1997
Administração Pública	8,6	10,2	106.687	148.091
Serviços Públicos de Saúde	48,7	48,6	601.289	707.017
Clínicas e Ambul.	42,6	41,2	526.506	599.990
Total	100,0	100,0	1.234.482	1.455.098

Fonte: IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (PNAD), Microdados (Vários anos).

Esse quadro pode ser melhor avaliado se levadas em conta as mesmas informações, diferenciando-as segundo setores público e privado (Tabela 3). Em 1997, o setor público respondia por, aproximadamente, 60% da ocupação das atividades no núcleo do Setor Saúde. A participação do setor privado encontrava-se quase totalmente concentrada nas atividades de clínicas e laboratórios, apresentando pequena importância para as atividades de serviços de saúde pública, nos quais são encontrados os hospitais. Ao contrário, é nessa atividade que se insere a parcela relevante da ocupação do Setor Saúde pertencente ao setor público. Tem-se, uma vez mais, uma evidência do papel do setor público na gestão da política e, também, da ocupação por ela gerada.

Tabela 3. Distribuição da ocupação núcleo segundo o segmento público e privado no Setor Saúde Brasil, 1997

	Privado (%)	Público (%)	Total (%)
Administração Pública	0,0	10,3	10,3
Serviços Públicos de Saúde	2,8	46,2	49,0
Clínicas e Ambul.	39,1	1,6	40,8
Total	41,9	58,1	100,0

Fonte: IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (PNAD), Microdados (Vários anos).

Retomando a diferenciação das atividades entre núcleo e periferia, podem-se observar alguns indicadores básicos da ocupação no Setor Saúde, como a distribuição segundo gênero, assim como idade e escolaridade médias (Tabela 4). A primeira característica relevante a ser ressaltada é a participação elevada das mulheres nas estruturas ocupacionais pública e privada, tanto no Grande Setor como no Pequeno-Médio Setor Contratado. No Grande Setor, os ocupados de ambos os sexos tendem a apresentar uma idade média de 40 anos, não havendo maiores diferenças segundo

5 É preciso esclarecer que a PNAD, sendo uma pesquisa domiciliar, tem suas informações declaradas pelas pessoas e não pelas empresas. Assim, a declaração de setor depende da percepção de cada um quanto à forma de seu trabalho. Muitas declaram simplesmente que trabalham na administração pública, mesmo que sua atividade seja exercida em um hospital ou posto de saúde. Assim, buscou-se identificar a ocupação na administração pública que possui maior visibilidade de vínculo com o Setor Saúde. Por exemplo, médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares de serviços médicos, etc.

gênero. A discrepância aparece quando se compara o Grande Setor com o Pequeno-Médio Contratado, que apresenta uma idade média de 30 anos para as mulheres.

Indicadores também homogêneos são encontrados para o nível de escolaridade média. Independentemente do segmento ocupacional, a escolaridade média observada é igual ou superior a nove anos, situação que se diferencia fortemente daquela predominante no mercado de trabalho não agrícola. Essa é uma característica que merece destaque, pois a ampliação da política de atendimento à saúde pode influenciar positivamente a demanda de trabalho com um perfil de qualificação mais favorável.

Tabela 4. Distribuição da ocupação por gênero, idade média e escolaridade média por segmento de atividade do Setor Saúde Brasil, 1992 e 1997

		Distribuição da ocupação								
		Por gênero			Idade média			Escolaridade média		
		Grande Setor		Pequeno-Médio Setor	Grande Setor		Pequeno-Médio Setor	Grande Setor		Pequeno-Médio Setor
		Contratado			Contratado			Contratado		
		Privado	Público	Privado	Público	Privado	Privado	Público	Privado	
Núcleo	Masc.	24,3%	29,9%	41,7%	37	39	37	10	10	11
	Fem.	75,7%	70,1%	58,3%	35	38	30	10	11	9
Afins	Masc.	31,3%	42,3%		32	42	27	9	13	12
	Fem.	68,7%	57,7%		34	39		12	13	

Fonte: IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)*, Microdados (Vários anos).

Antes de tratar dos níveis de remuneração prevalentes no Setor Saúde, é necessário apresentar um esclarecimento pontual. Como será mostrado mais à frente, esse setor apresenta discrepâncias importantes em termos de jornada média semanal de trabalho. Esse fato, aliado ao padrão de remuneração vigente no setor (caracterizado por adicionais de trabalho noturno, de plantão e outros), indica ser prudente adotar um indicador que torne mais homogêneos os indicadores de remuneração. Assim, o indicador utilizado corresponde à remuneração/hora em reais correntes em 1997. Para cálculo desse indicador adotou-se o seguinte critério:

$$RH = RM / (HS \times (4,5 \times NS))$$

Sendo RH = remuneração/hora

RM = remuneração mensal

HS = horas semanais médias trabalhadas

4,5 x NS = Número de semanas/mês

A Tabela 5 apresenta os indicadores de renda média e mediana para o Setor Saúde e os Demais Setores de Atividade Econômica. Para o segmento núcleo (serviços públicos de saúde e clínicas e ambulatórios) pertencente ao Grande Setor, a remuneração no setor público é mais elevada que aquela encontrada no setor privado. Isto não é observado para a periferia, pois o setor privado paga melhor em certas

Pode-se agora explicitar um aspecto já levantado anteriormente: a extensão da jornada de trabalho. Segundo os dados da Tabela 6, a jornada de trabalho mediana situa-se próxima a 40 horas por semana. Uma maior discrepância é observada para a jornada média de trabalho. Nas atividades do núcleo, ela é inferior a 40 horas no setor público, mas superior no setor privado. Considerando-se a jornada mediana como típica, parece ser relativamente elevada a jornada de trabalho no Setor Saúde, se comparada àquela observada para os Demais Setores de Atividade Econômica, e em especial no setor privado – tanto no Grande Setor como no Pequeno-Médio Setor Contratado.

Tabela 5. Renda média e mediana por hora
Brasil – 1997

Em R\$ corrente em 1997

		Grande Setor		Pequeno-Médio Setor Contratado
		Privado	Público	Privado
Serv. Públ. de Saúde	Média	3,6	4,4	5,0
	Mediana	2,0	2,5	3,4
Clínicas e Ambul.	Média	3,7	8,9	2,7
	Mediana	2,1	2,8	1,9
Servs. Sociais	Média	2,7	2,6	2,6
	Mediana	1,5	1,6	1,3
Servs. Assistenc.	Média	3,6	8,0	3,7
	Mediana	2,5	5,4	3,7
Ensino	Média	5,5	3,6	2,0
	Mediana	3,1	2,6	1,5
Ind. Farmac.	Média	5,8	4,8	4,9
	Mediana	3,1	2,5	4,0
Demais Setores	Média	3,2	5,6	1,9
	Mediana	1,9	3,1	1,3

Fonte: IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), Microdados (Vários anos).

Tabela 6. Horas médias e medianas trabalhadas na semana
Brasil – 1997

			Grande Setor		Pequeno-Médio Setor Contratado	
			Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Média	Núcleo	Privado	44	42	48	32
		Público	39	37		
	Afins	Privado	38	39	44	
		Público	38	36		
	Outros	Privado	46	41	45	39
		Público	41	33		
Mediana	Núcleo	Privado	40	44	44	30
		Público	40	40		
	Afins	Privado	40	40	44	
		Público	40	40		
	Outros	Privado	44	42	44	40
		Público	40	36		

Fonte: IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), Microdados (Vários anos).

A posição na família dos ocupados do Setor Saúde aponta uma participação mais baixa dos demais membros (filhos e agregados), comparada à média da População Ocupada Não Agrícola (Tabela 7). Isso é observado para os homens e, principalmente, para as mulheres. O maior peso dos chefes e cônjuges é coerente com o indicador de idade média, que se situa em torno de 40 anos. Essa situação não se repete na periferia, pois a presença dos demais membros é mais significativa e a idade média é mais baixa. Esse quadro sugere uma maior importância dos ocupados no núcleo e, por conseguinte, das suas remunerações, para as famílias desses trabalhadores.

Tabela 7. Distribuição da ocupação segundo sexo e posição na família Brasil, 1997

	Grande Setor		Pequeno-Médio Setor Contratado	
	Masculino (%)	Feminino (%)	Masculino (%)	Feminino (%)
Núcleo				
Chefe	72,0	24,6	86,1	20,8
Cônjuge	1,7	49,8	2,0	46,9
Demais	26,3	25,6	11,9	32,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Afins				
Chefe	70,6	18,3	50,6	12,4
Cônjuge	2,2	57,8	0,0	49,8
Demais	27,3	24,0	49,4	37,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Total (1)				
Chefe	70,2	19,2	69,4	18,2
Cônjuge	1,7	43,1	1,7	43,6
Demais	28,0	37,7	28,9	38,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

(1) Total da população ocupada não agrícola.

Fonte: IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), Microdados (Vários anos).

6.3 Dimensionamento e distribuição regional dos ocupados no Grande Setor

Após esse quadro geral da evolução e condição de ocupação no Setor Saúde, nesta seção discute-se com mais detalhe os ocupados que eram assalariados no Grande Setor. E para isso utilizam-se as informações registradas pela Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), cuja cobertura alcançava 95% dos estabelecimentos privados com mais de cinco empregados e 100% dos estabelecimentos públicos, em 1997. Contudo, note-se que a RAIS não contempla os profissionais liberais – no caso, os médicos, dentistas, psicólogos, etc. que trabalham de forma autônoma.

Segundo a RAIS, no final de 1992, cerca de 622 mil pessoas estavam ocupadas em atividades de atenção à saúde, o que correspondia a 2,9% do total de empregados em estabelecimentos não agrícolas do país. Cinco anos depois, ao final de 1997, o número dos “profissionais da saúde” (médicos, enfermeiros, pessoal de enfermagem,

ocupacional da atenção à saúde. Assim, passou-se de 362 mil para 586 mil, o que implicou uma maior concentração desses ocupados no núcleo (atingindo 82,6% dos profissionais da saúde).

Em contrapartida, reduziu-se o número de profissionais da saúde em setores econômicos que não têm a atenção à saúde como atividade-fim. Em 1997, apenas 39 mil estavam em setores considerados periféricos (fabricação de fármacos, fabricação de materiais e aparelhos de uso médico ou odontológico, comércio de produtos farmacêuticos e de aparelhos e instrumentos médico-hospitalares, seguro de vida e planos de saúde, atividades de apoio à administração pública, seguridade social, educação superior e aprendizagem profissional) e havia pouco mais de 84 mil nos demais setores de atividade.

É possível verificar, portanto, que durante a década de 90, em razão do processo de reestruturação produtiva pelo qual passaram muitos segmentos da economia nacional (e do correspondente enxugamento do quadro de pessoal), ocorreu uma terceirização de serviços de atenção à saúde, o que deslocou profissionais da área para estabelecimentos do núcleo.

Tabela 8. Empregados não agrícolas segundo ocupações e setores relacionados com o Setor Saúde – Brasil – 1992

	Núcleo	Periferia	Outros	Total
Profissionais da Saúde	362.359	74.717	185.093	622.169
Atividades Afins	35.839	28.949	34.863	99.651
Outros	1.055.392	809.511	19.170.332	21.035.235
Total	1.453.590	913.177	19.390.288	21.757.055
Grande Setor	Núcleo	Periferia	Outros	Total
Profissionais da Saúde	24,9	8,2	1,0	2,9
Atividades Afins	2,5	3,2	0,2	0,5
Outros	72,6	88,6	98,9	96,7
Total	100	100	100	100,0
Pequeno-Médio Setor	Núcleo	Periferia	Outros	Total
Profissionais da Saúde	58,2	12,0	29,7	100,0
Atividades Afins	36,0	29,1	35,0	100,0
Outros	5,0	3,8	91,1	100,0
Total	6,7	4,2	89,1	100,0
Pequeno-Médio Setor não-contratado	Núcleo	Periferia	Outros	Total
Profissionais da Saúde	1,7	0,3	0,9	2,9
Atividades Afins	0,2	0,1	0,2	0,5
Outros	4,9	3,7	88,1	96,7
Total	6,7	4,2	89,1	100,0

Fonte: MTE/RAIS-92.

Simultaneamente, chama a atenção o fato de, ao contrário do que vem ocorrendo em outros segmentos dos serviços (como no caso do setor bancário), o emprego relacionado com a atenção à saúde ter crescido em termos absolutos.

É preciso considerar também que, além desses profissionais da saúde, devem ser mencionados os ocupados em atividades afins, isto é, que têm alguma interface com

a atenção à saúde (nutricionistas, farmacêuticos, bacteriologistas, assistentes sociais, operadores de equipamentos médico-odontológicos, ortoptistas e óticos). Entre 1992 e 1997, de acordo com a RAIS, houve um aumento de 99,7 mil para 112,5 mil pessoas empregadas nessas atividades. O número correspondente ao núcleo passou de 35,8 mil para 58,9 mil (52,3%).

Para estimar o volume de ocupações que mais diretamente estão associadas com a atenção à saúde, pode-se somar ao total dos profissionais da saúde aqueles de atividades afins empregados no núcleo. No final de 1992, isso corresponderia a cerca de 658 mil empregados (3,1% do total). No final de 1997, seriam 768,4 mil, ou seja, 3,4% do total de empregados não agrícolas da RAIS.

Importa destacar, neste dimensionamento, o fato de o núcleo (os setores de atividade que têm relação direta com a atenção à saúde) ser responsável pela ocupação de mais de 2,2 milhões de pessoas, no final de 1997, o que corresponde a um crescimento de cerca de 52% (tomando como base o número de 1992, 1,45 milhão). Assim, a participação do núcleo no total de empregados não agrícolas aumentou de 6,7% para 9,6% no período.

Tabela 9. Empregados não agrícolas segundo ocupações e setores relacionados com o Setor Saúde – Brasil – 1997

	Núcleo	Periferia	Outros	Total
Profissionais da Saúde	585.967	39.102	84.239	709.308
Atividades Afins	58.855	30.396	23.223	112.474
Outros	1.577.122	1.015.917	19.660.310	22.253.349
Total	2.221.944	1.085.415	19.767.772	23.075.131
Grande Setor	Núcleo	Periferia	Outros	Total
Profissionais da Saúde	26,4	3,6	0,4	3,1
Atividades Afins	2,6	2,8	0,1	0,5
Outros	71,0	93,6	99,5	96,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Pequeno-Médio Setor	Núcleo	Periferia	Outros	Total
Profissionais da Saúde	82,6	5,5	11,9	100,0
Atividades Afins	52,3	27,0	20,6	100,0
Outros	7,1	4,6	88,3	100,0
Total	9,6	4,7	85,7	100,0
Pequeno-Médio Setor não-contratado	Núcleo	Periferia	Outros	Total
Profissionais da Saúde	2,5	0,2	0,4	3,1
Atividades Afins	0,3	0,1	0,1	0,5
Outros	6,8	4,4	85,2	96,4
Total	9,6	4,7	85,7	100,0

Fonte: MTE/RAIS-97.

Por fim, também é preciso ressaltar que, excluindo os profissionais da saúde e os envolvidos com atividades afins, tem-se um grande número de pessoas empregadas em outras atividades que lhes dão apoio. Em 1992, para cada profissional da saúde empregado no núcleo havia outros três contratados para outras atividades. Em 1997, a

passou de 59,3% para 57,2%. Em contrapartida, a Região Nordeste foi a que apresentou maior aumento relativo: de 16,8% para 18,3%. De qualquer modo, todas as regiões tiveram aumento do número de profissionais da saúde, segundo a RAIS, e o maior crescimento em termos absolutos ficou mesmo por conta da Região Sudeste: de 369 mil para 406 mil (ver Tabela 10).

Analisando a variação no período distribuída entre o núcleo, a periferia e os demais setores, constata-se que na Região Sudeste o significativo aumento de profissionais da saúde nos segmentos nucleares (de 200 mil para 336 mil) foi compensado, em parte, pela redução ocorrida na periferia e, principalmente, nos demais setores. Por sua vez, na Região Nordeste aumentou em termos absolutos o registro de profissionais da área.

Tabela 10. Profissionais da saúde de acordo com grupos de setores de atividade – Brasil e Grandes Regiões – 1992/1997

Região	1992				1997			
	Núcleo	Periferia	Outros	Total	Núcleo	Periferia	Outros	Total
Nordeste	73.240	11.245	19.980	104.465	102.636	5.128	22.003	129.767
Sudeste	200.018	46.340	122.310	368.668	335.765	25.268	44.572	405.605
Sul	49.997	12.824	27.876	90.697	93.864	7.304	11.331	112.499
Norte/CO	39.104	4.308	14.927	58.339	53.702	1.402	6.333	61.437
Brasil	362.359	74.717	185.093	622.169	585.967	39.102	84.239	709.308
	1992				1997			
	Núcleo	Periferia	Outros	Total	Núcleo	Periferia	Outros	Total
Nordeste	20,2	15,1	10,8	16,8	17,5	13,1	26,1	18,3
Sudeste	55,2	62,0	66,1	59,3	57,3	64,6	52,9	57,2
Sul	13,8	17,2	15,1	14,6	16,0	18,7	13,5	15,9
Norte/CO	10,8	5,8	8,1	9,4	9,2	3,6	7,5	8,7
Brasil	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	1992				1997			
	Núcleo	Periferia	Outros	Total	Núcleo	Periferia	Outros	Total
Nordeste	70,1	10,8	19,1	100,0	79,1	4,0	17,0	100,0
Sudeste	54,3	12,6	33,2	100,0	82,8	6,2	11,0	100,0
Sul	55,1	14,1	30,7	100,0	83,4	6,5	10,1	100,0
Norte/CO	67,0	7,4	25,6	100,0	87,4	2,3	10,3	100,0
Brasil	58,2	12,0	29,7	100,0	82,6	5,5	11,9	100,0

Fonte: MTE/RAIS 1992/97.

Vale também destacar que o aumento na participação do núcleo no conjunto dos profissionais da saúde, entre 1992 e 1997, foi muito mais pronunciado na região Sudeste (onde os demais setores chegavam a ser responsáveis por um terço dos empregos de profissionais da saúde) e muito mais modesto no Nordeste (que era a região com maior peso do núcleo em 1992 e tornou-se aquela com menor peso em 1997, embora a participação do núcleo tenha se elevado). Por sua vez, na região Sul a concentração dos profissionais da saúde no núcleo aumentou numa intensidade semelhante à verificada na região Sudeste, saltando de 55% para 83%.

Evidentemente, a média do país tende a acompanhar a variação do Sudeste, que tem maior peso, mas como na região Sul, Norte e Centro-Oeste a tendência foi similar e na região Nordeste a diferença diz respeito apenas à amplitude da elevação,

parece ser possível assegurar que o aumento da participação da administração pública e do segmento de atendimento médico-hospitalar como principais empregadores dos profissionais da saúde foi uma tendência que se generalizou pelo país.

Em razão da elevada participação do núcleo nas ocupações relacionadas com a atenção à saúde, privilegia-se esse conjunto específico na seqüência da análise. Procura-se configurar um perfil dos profissionais da saúde e dos empregados em atividades afins, enfocando as características mais relevantes que constam no questionário da RAIS, a saber: tipo de ocupação, gênero, faixa etária, grau de instrução, horas trabalhadas e rendimento médio mensal. A pergunta a responder a seguir é: quem são as pessoas que trabalham mais diretamente com a atenção à saúde nesse segmento nuclear?

6.4 Perfil dos empregados no núcleo da atenção à saúde

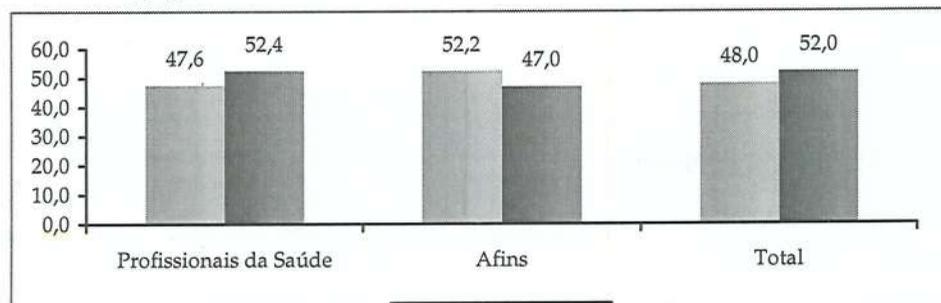
6.4.1 Distribuição segundo tipo de ocupação

A primeira tarefa a cumprir, antes de examinar o perfil ocupacional dos profissionais da saúde e dos empregados em atividades afins, é separar esse agrupamento em dois subconjuntos cuja lógica de organização é claramente distinta: os empregados do setor público e os do setor privado.

Em 1997, dos 586 mil profissionais da saúde empregados no núcleo, cerca de 279 mil estavam no setor público e 307 mil no setor privado (47,6% e 52,4%, respectivamente). Por sua vez, entre os 59 mil empregados em atividades afins, pouco mais de 31 mil estavam no setor público e 28 mil no setor privado (52,2% e 47,8%), conforme mostra o Gráfico 3.

De fato, o setor privado empregava, segundo a RAIS, mais trabalhadores envolvidos com a atenção à saúde que o setor público. Mas o que importa, agora, é a análise qualitativa, isto é, saber se há diferenças importantes entre esses dois subconjuntos.

Gráfico 3. Empregados no núcleo

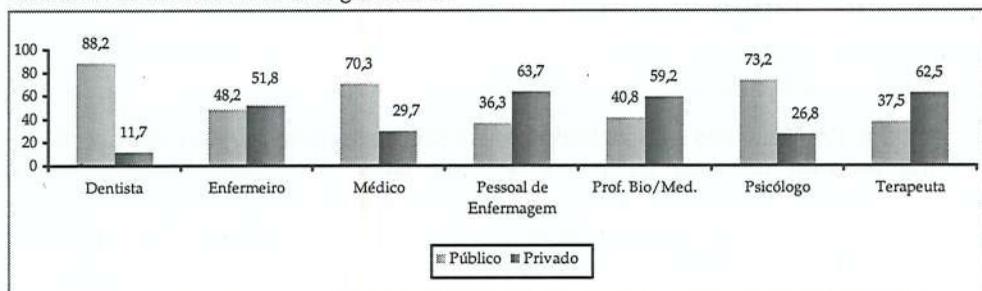


setor privado (28,7% contra 10,5%). A participação de enfermeiros formados era similar em ambos (pouco mais de 9%). Ver as Tabelas 1A, 1B, 1C do Apêndice.

Assim, para cada médico trabalhando no setor público, no final de 1997, havia em torno de 1,8 pessoa trabalhando com enfermagem (incluindo aí os enfermeiros formados); e para cada médico trabalhando no setor privado havia cerca de sete pessoas trabalhando com enfermagem. Na média dos dois setores, a razão ficava em 3,4 para cada médico.

Também é interessante anotar que, além dos médicos, a maioria dos dentistas (88,3%) também estava trabalhando no setor público, assim como a maioria dos psicólogos (73,2%). Além disso, a maioria do pessoal de enfermagem (63,7%) e dos terapeutas (62,5%) estava no setor privado (ver Gráfico 4).

Gráfico 4. Profissionais da saúde segundo setor



Quanto aos empregados em atividades afins à saúde, deve-se enfatizar a grande proporção de assistentes sociais no setor público (46,8%), ao passo que no setor privado a maior participação ficava por conta dos operadores de equipamentos médicos (45,6%). E mencionar, também, que algumas dessas atividades são predominantemente exercidas no setor público, como no caso dos assistentes sociais (79%) e mesmo dos farmacêuticos (55,5%) e nutricionistas (54%), enquanto os operadores de equipamentos médicos e odontológicos, assim como os ortoptistas e óticos, predominam no setor privado (74% e 90%, respectivamente).

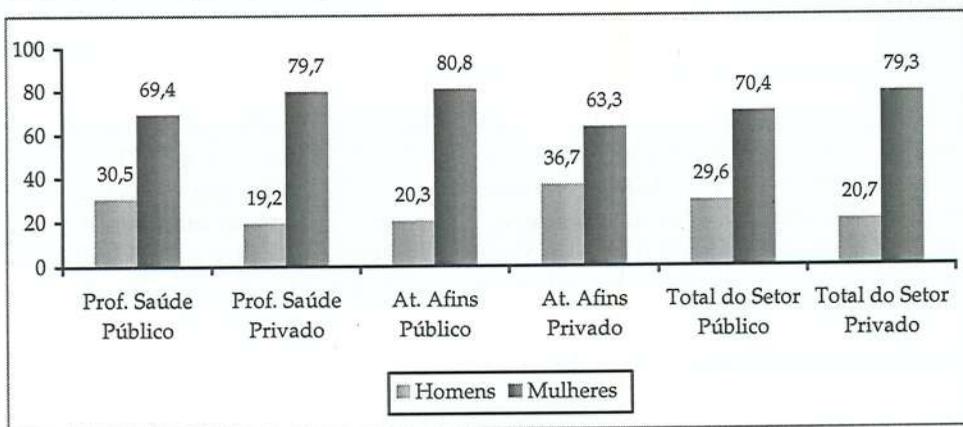
Distribuição segundo gênero

Em 1997, no setor público, apenas 30,6% dos profissionais da saúde eram homens, contra 69,4% de mulheres. Mas ressalte-se que no setor privado essa desproporção era ainda maior: 19,2% contra 80,8%, respectivamente. Por sua vez, entre os empregados em atividades afins a predominância das mulheres se mantinha, embora com uma inversão: a participação feminina atingia 79,7% no setor público e ficava em 63,3% no setor privado (Gráfico 5).

É importante destacar que, no setor público, apenas os médicos apresentavam maior participação masculina (61,6% contra 38,4%) entre os profissionais da saúde, assim como os operadores de equipamentos médicos e odontológicos (51,8% contra 48,2%) entre os empregados em atividades afins. E, no setor privado, além dessas duas categorias, havia também preponderância de homens entre os professores de biologia ou medicina (55,7%) (Ver Tabelas 2A, 2B, 2C do Apêndice).

Por outro lado, em algumas categorias profissionais havia uma esmagadora presença feminina, como no caso de enfermeiras, de auxiliares de enfermagem, de psicólogas, de assistentes sociais e de nutricionistas, tanto no setor público como no privado, com participações sempre próximas ou superiores a 90%. E chama a atenção, ainda, a predominância feminina entre os dentistas, no setor privado, por alcançar quase dois terços (63%), enquanto no setor público a desproporção é menor. Trata-se, evidentemente, de um setor predominantemente ocupado por mulheres, mas cujos postos de decisão pertencem aos homens, considerando a posição de mando dos médicos nos estabelecimentos que prestam esse tipo de serviço à comunidade.

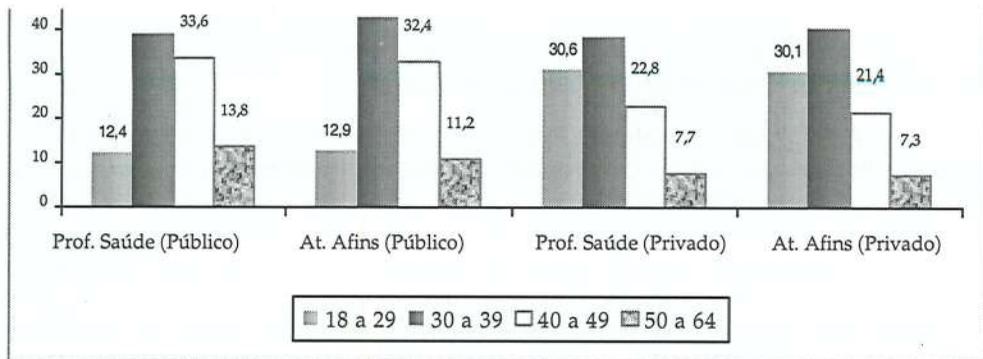
Gráfico 5. Distribuição segundo gênero



Distribuição segundo grupos etários

Ao examinar a distribuição desses empregados por faixas de idade, é possível verificar que a grande maioria tinha entre 30 e 49 anos. E que era desprezível a participação dos menores de 18 anos, assim como a dos maiores de 65 anos (Ver Tabelas 3A, 3B, 3C do Apêndice).

No setor público, os profissionais da saúde na faixa de 30 a 39 anos respondiam por 38,9% dos empregos, em 1997, ao passo que os na faixa de 40 a 49 anos respondiam por mais 33,6%, totalizando 72,5% entre 30 e 49 anos. Entre os empregados em



No setor privado, por sua vez, embora a distribuição etária se concentrasse nessas faixas (totalizando 61% entre 30 e 49 anos), também era possível encontrar participações bastante significativas no grupo abaixo dos 30 anos. Assim, entre os profissionais da saúde havia 30,6% com idade entre 18 e 29 anos; e entre os empregados em atividades afins havia 30,1% no mesmo grupo.

Essa diferença etária entre o setor público e privado provavelmente está associada com o fato da grande maioria dos recém-formados (no caso de médicos, enfermeiros, dentistas, psicólogos e terapeutas) serem absorvidos por estabelecimentos privados. Mas também deve-se considerar o fato de o pessoal de enfermagem pesar bastante no emprego dos profissionais de saúde do setor privado, e a menor exigência de experiência anterior na hora de contratar pessoas nesta categoria ocupacional.

Distribuição segundo grau de instrução

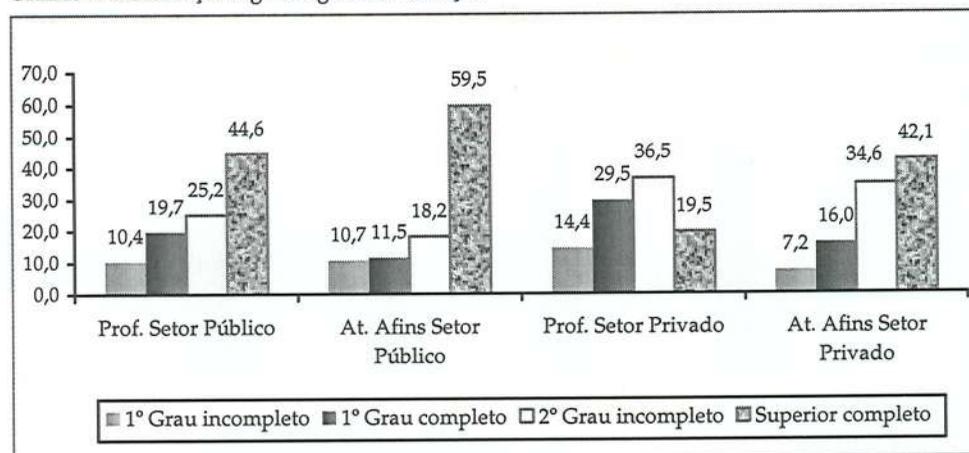
A proporção de ocupados com escolaridade superior é muito maior no setor do que no conjunto da população ocupada (como apontado anteriormente).⁷ Quanto ao nível de escolaridade dos trabalhadores da saúde, as diferenças entre setor público e privado voltam a se evidenciar.

Ao contrastar o setor público com o privado (Gráfico 7), percebe-se que, em geral, os profissionais da saúde e os empregados em atividades afins pertencentes a estabelecimentos públicos possuem mais anos de estudo formal. De fato, no setor privado, em razão do grande peso do pessoal de enfermagem, os que completaram algum curso superior, entre os profissionais da saúde, não chegavam a 20% (contra

⁷ Deve-se apontar um fato desconcertante encontrado nos dados analisados: a existência de uma parcela considerável de profissionais com uma escolaridade máxima igual ao 2º Grau Completo exercendo funções que exigem obrigatoriamente um diploma de curso superior (Ver Tabelas 4A/4B/4C do Apêndice). É inquestionável que essa situação reflete uma inconsistência na base de dados, decorrente da informação incorreta da condição de trabalho de seus empregados prestada pelos estabelecimentos. Apesar do peso limitado dessa situação, ela mostra a necessidade de um maior cuidado no tratamento das informações setoriais na Relação Anual de Informações Sociais (RAIS).

44,6% no setor público). Em contrapartida, a porcentagem dos que não tinham o 2º Grau Completo alcançava 43,9% entre os profissionais da saúde empregados no setor privado, ao passo que no setor público essa proporção era um pouco menor (30,1%).

Gráfico 7. Distribuição segundo grau de instrução



Nas atividades afins, o destaque fica por conta do perfil da escolaridade em ocupações que deveriam requerer a conclusão de um curso universitário, como são os casos de farmacêuticos e nutricionistas, e que muitas vezes são exercidas por profissionais sem esse grau de instrução.

De modo geral, trata-se de um quadro bastante heterogêneo, no que se refere ao grau de instrução, porque convivem lado a lado pessoas cuja profissão exige uma preparação altamente qualificada e profissionais cuja função técnica não exige um diploma, mas essa heterogeneidade não implica o mesmo grau de precariedade que marca o mercado de trabalho brasileiro como um todo, tendo em conta que a maior parte da nossa população trabalhadora não teve condições de ultrapassar o ensino fundamental.

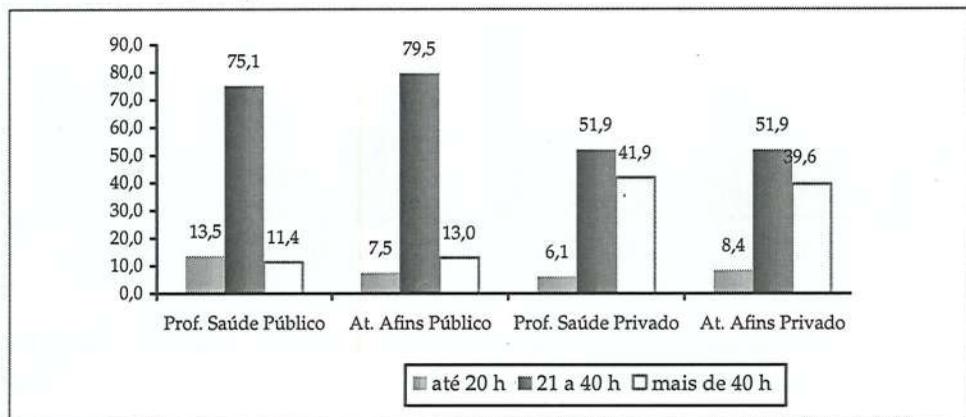
Ademais, se fosse comparado com o perfil de instrução de profissionais responsáveis pela atenção à saúde em países, que são modelos de atendimento médico-hospitalar, provavelmente, o quadro brasileiro aqui exposto poderia ser considerado como relativamente precário.

Distribuição segundo horas trabalhadas

Outra preocupação ao analisar o perfil do trabalhador mais diretamente

mais de 40 horas era quase tão grande quanto a dos que trabalhavam entre 21 e 40 horas (41,9% e 51,9%, respectivamente) (Gráfico 8).

Gráfico 8. Distribuição segundo horas trabalhadas



Uma observação importante a fazer é que existem algumas profissões, como a de médico e a de dentista, que permitem jornadas de trabalho menores. Assim, parcela considerável dos empregados nessas categorias, tanto no setor público como no privado, parece trabalhar no máximo 20 horas semanais. Contudo, deve-se lembrar que tais profissionais da saúde têm um vínculo empregatício que lhes permite trabalhar em mais de um estabelecimento, às vezes, simultaneamente, em estabelecimentos públicos e privados (Ver Tabelas 5A, 5B, 5C do Apêndice).

O inverso pode ser dito em relação ao pessoal de enfermagem, que na maioria das vezes trabalha num único estabelecimento. E, nesse caso, destaque-se o fato de 46,1% do pessoal de enfermagem do setor privado trabalhar mais de 40 horas por semana (e necessariamente no mesmo estabelecimento).

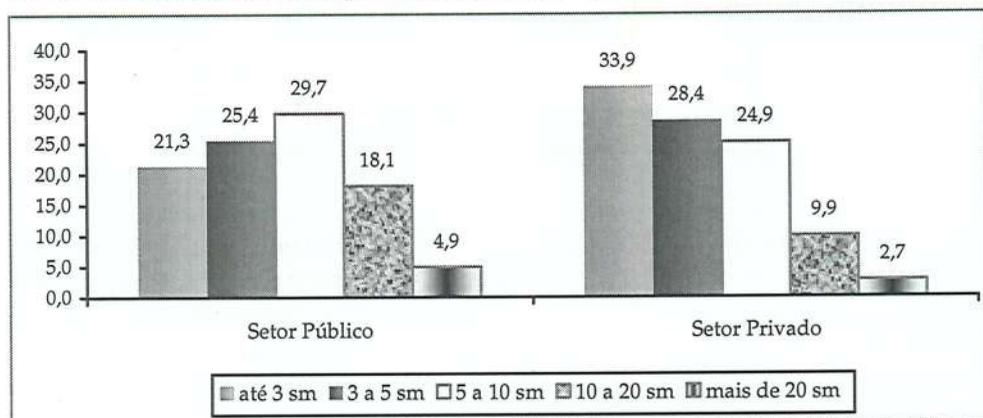
Quanto aos empregados em atividades afins, praticamente 80% dos que trabalhavam no setor público estavam na faixa de 21 a 40 horas, enquanto no setor privado a porcentagem dos que trabalhavam mais de 40 horas aproximava-se dos 40%. E note-se que, nesse agrupamento, a participação dos que trabalhavam no máximo 20 horas era relativamente baixa em todas as categorias.

De qualquer forma, o importante a ressaltar é que os dados da RAIS sobre as horas trabalhadas são mais indicados para analisar o regime de trabalho nos estabelecimentos públicos e privados, ficando as informações da PNAD como referência mais segura sobre a intensidade da jornada individual dos ocupados com atenção à saúde.

Distribuição segundo faixas de remuneração e rendimento médio

As informações sobre o salário contratual dos profissionais da saúde, contidas na RAIS, permitem estratificar esses trabalhadores de acordo com faixas de remuneração mensal (no caso, em dezembro de 1997) e, também, examinar o rendimento médio de cada categoria ocupacional (em frações ou múltiplos do salário mínimo vigente na época).

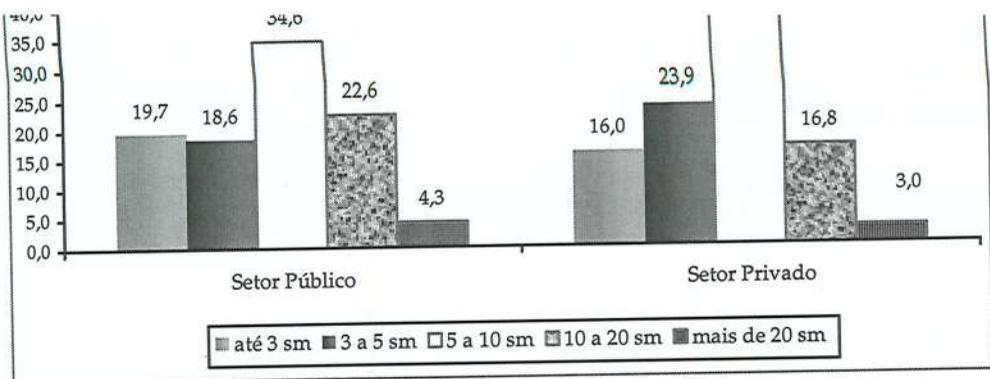
Gráfico 9. Profissionais da saúde segundo faixas de remuneração



Comparando-se a distribuição percentual dos profissionais da saúde, pode-se constatar que no setor público havia uma menor parcela de empregados ganhando no máximo três salários mínimos do que no setor privado (21,3% contra 33,9%), o que se explica em grande medida pelo maior peso do pessoal de enfermagem no setor privado⁸. Ademais, no setor público havia uma proporção maior de profissionais ganhando acima de dez salários mínimos (23% contra 12,6%), o que certamente tem relação com o maior peso dos médicos no setor público. A grande maioria desses profissionais da saúde, nos dois setores, ganhava de mais de três a dez salários mínimos (55,1% no setor público e 53,3% no setor privado), mas no setor público a participação no estrato de mais de cinco a dez salários mínimos era um pouco maior que no setor privado (Gráfico 9).

De qualquer modo, deve-se ressaltar o fato de uma parcela muito grande dos trabalhadores em atividades de atenção à saúde receberem salários relativamente baixos: no setor privado a porcentagem dos que ganhavam até 5 s.m. alcançava 62,3%; e no setor público essa parcela representava 46,7%.

No caso dos empregados em atividades afins, as diferenças na distribuição eram menores, mas se verificava uma proporção um pouco maior de pessoas ganhando até cinco salários mínimos no setor privado (39,9% contra 38,3%) e, em contrapartida,



Ao escolher algumas ocupações para examinar, notou-se que havia uma certa similaridade entre os dois setores. Por exemplo, a proporção de médicos ganhando acima de dez salários mínimos no setor público (47,7%) era muito próxima à do setor privado (49%). A porcentagem de pessoal de enfermagem ganhando mais de cinco salários mínimos também era bastante próxima nos dois setores (73,6% no setor público e 72,2% no setor privado) (Ver Tabelas 7A, 7B, 7C do Apêndice).

Em outras ocupações, porém, as diferenças eram significativas. Por exemplo, a proporção de enfermeiros ganhando acima de dez salários mínimos no setor privado (39,6%) era bem superior à do setor público (29,6%). Em compensação, a proporção de psicólogos ganhando mais de dez salários mínimos no setor público (34,7%) era maior que no setor privado (19,2%).

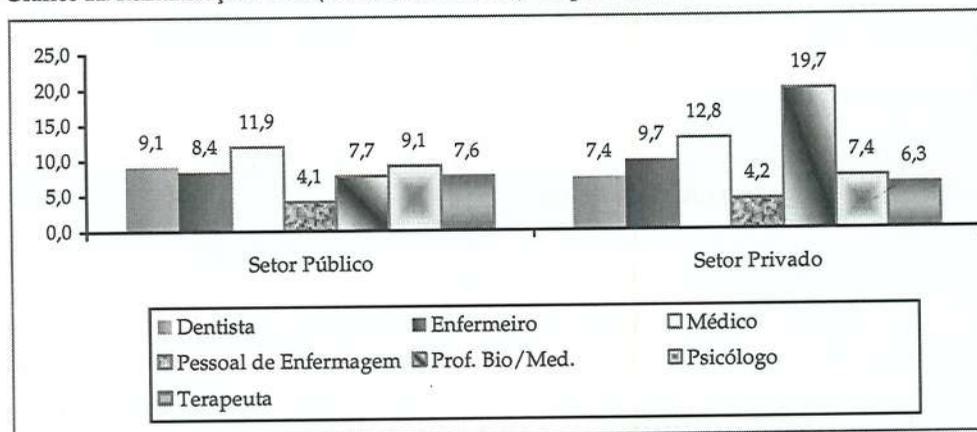
Outra observação interessante diz respeito ao peso de cada categoria ocupacional por estrato de remuneração. Entre os profissionais da saúde do setor público que ganhavam mais de três salários mínimos em 1997, 85% eram pessoal de enfermagem; ao passo que, entre os que ganhavam mais de vinte salários mínimos, 76% eram médicos. No setor privado, essa polarização se repete: 90% dos que ganhavam mais de três salários mínimos eram pessoal de enfermagem e 61% dos que ganhavam mais de vinte salários mínimos eram médicos.

No que se refere aos empregados em atividades afins, o destaque fica por conta das categorias que mais pesam em cada setor: os assistentes sociais no setor público; e os operadores de equipamentos médicos e odontológicos no setor privado.

Para ter uma idéia mais exata do diferencial de remuneração entre as diversas categorias ocupacionais aqui selecionadas, precisa-se examinar o rendimento médio mensal desses trabalhadores. Não obstante, deve-se lembrar que podem ocorrer distorções, na comparação entre o setor público e o privado, em razão de diferenças nas horas trabalhadas (como foi apontado anteriormente).

Considerando o total dos profissionais da saúde, a média dos rendimentos no setor público era bem maior que a média no setor privado (7,4 salários mínimos contra 5,7 salários mínimos). Contudo, algumas categorias tinham, no setor privado, um rendimento médio superior ao obtido no setor público. Os médicos, por exemplo, ganhavam em média 12,8 salários mínimos no setor privado e quase doze salários mínimos no setor público; e os enfermeiros ganhavam, em média, 9,7 salários mínimos e 8,4 salários mínimos, respectivamente. É e bom anotar que os dentistas trabalhando no setor público ganhavam, em média, mais do que no setor privado (nove salários mínimos contra 7,4 salários mínimos), assim como os psicólogos (9,1 salários mínimos contra 7,4 salários mínimos) (Gráfico 11).

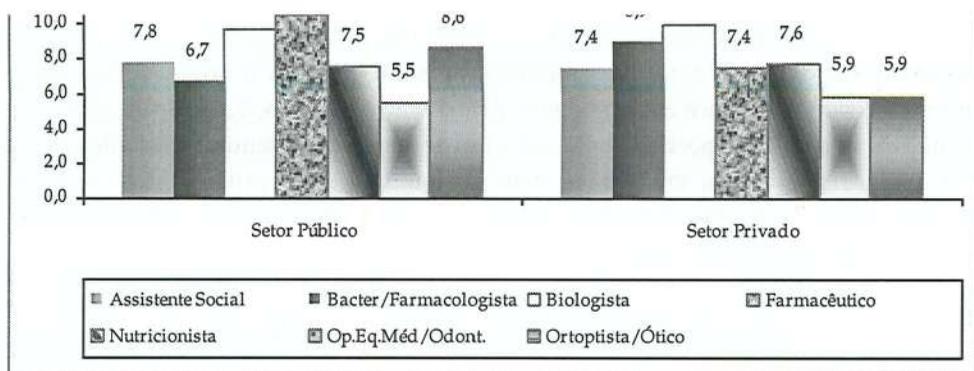
Gráfico 11. Remuneração média (em salários mínimos) dos profissionais da saúde



Certamente, encontra-se algumas incongruências que talvez se expliquem mais em função das diferenças no peso de cada categoria entre os dois setores do que pela diferença nas horas trabalhadas. Mas, em geral, os dados da RAIS representam uma boa indicação dos padrões de remuneração observados nos serviços de atendimento à saúde.

Um aspecto que merece ser comentado, nesse sentido, relaciona-se aos baixos salários do pessoal de enfermagem, os menores dessa classificação. E note-se que recebiam rendimentos médios equivalentes nos dois setores (pouco acima de quatro salários mínimos).

Quanto aos empregados em atividades afins, vale destacar que a maior remuneração média no setor público pertencia aos farmacêuticos (10,5 salários mínimos), bem maior do que a registrada para o setor privado (7,4 salários mínimos). É ressaltar que os operadores de equipamentos médicos e odontológicos constituíam a



Conclusões e proposições

Analisando o conjunto e o comportamento da ocupação do Setor Saúde, podem-se destacar as seguintes indicações:

(i) A importância da política de atendimento à saúde para o nível e o comportamento do mercado de trabalho não agrícola;

(ii) O papel do setor público na estrutura ocupacional setorial, em especial daquele segmento vinculado às atividades do núcleo;

(iii) A participação concentrada do setor privado nos segmentos de clínicas e ambulatórios pertencentes ao núcleo. E a maior responsabilidade do setor público com os serviços de saúde pública;

(iv) A participação comparativamente mais elevada da mulher na estrutura ocupacional do Setor Saúde;

(v) Uma faixa de idade próxima a 40 anos e uma escolaridade média em torno de 10 anos para os ocupados do setor;

(vi) Níveis de remuneração relativamente baixos e jornadas de trabalho comparativamente elevadas para esses ocupados;

(vii) Participação mais elevada da condição de chefe de família e cônjuge entre esses mesmos ocupados.

Quanto ao segmento de trabalho assalariado, as observações que podem ser pontuadas são:

(i) Quando se considera a informação da RAIS, nota-se que a participação dos ocupados com atenção à saúde no total da ocupação assalariada do Grande Setor aumentou entre 1992 e 1997 (3,1% para 3,4%), sendo que 82,3% dos profissionais da saúde pertenciam ao núcleo;

(ii) Considerando apenas o emprego no núcleo, para cada profissional da saúde contratado havia outros três em atividades afins ou de apoio. O setor privado era

responsável por 52,4% dos profissionais da saúde empregados no núcleo, e o setor público responsável por 47,6%;

(iii) A maior parte dos médicos, dentistas e psicólogos que eram assalariados estava no setor público, enquanto no setor privado estava a maioria do pessoal de enfermagem, dos professores e terapeutas. Assim, a relação médico/pessoal de enfermagem era muito maior no setor público do que no privado;

(iv) As mulheres são maioria entre os profissionais da saúde: sete em cada dez no setor público e oito em cada dez no setor privado;

(v) Quase 3/4 dos profissionais da saúde trabalhando no setor público tinham entre trinta e 49 anos, ao passo que no setor privado quase 1/3 estava na faixa de dezoito a 29 anos;

(vi) A distribuição segundo o grau de instrução, por sua vez, mostra uma situação também mais favorável no setor público que no privado, principalmente por causa da diferença no peso de cada tipo de ocupação entre os dois setores;

(vii) Quanto às horas trabalhadas, no setor público 3/4 dos profissionais da saúde se situavam na faixa de 21 a quarenta horas semanais (média de 34 horas), ao passo que no setor privado chama atenção o fato de 42% trabalharem mais de quarenta horas por semana, o que resulta numa média um pouco maior (37 horas);

(viii) No que se refere à remuneração, os profissionais da saúde assalariados ganhavam melhor, em média, no setor público: 7,4 salários mínimos contra 5,7 salários mínimos no setor privado. E havia uma concentração menor de ocupados ganhando até 3 salários mínimos no setor público. De fato, no setor privado a distribuição dos rendimentos era mais desigual.

A apresentação dos resultados deste estudo permite apontar algumas questões que merecem maior preocupação em uma futura avaliação, mais aprofundada, da ocupação do Setor Saúde:

(i) É patente a importância dos trabalhadores de idade mais avançada e responsáveis na reprodução das famílias. Esse aspecto sinaliza a importância de uma análise acurada do núcleo familiar (tamanho da família, número de dependentes e tipo de domicílio) desses trabalhadores, entendendo que essas informações possibilitariam um conhecimento mais minucioso da inserção social deles;

(ii) Apesar de apontada no estudo, a participação extensa do trabalho da mulher no setor sugere ser importante uma exploração mais cuidadosa de sua inserção nesse segmento do mercado de trabalho, em especial a análise de seu padrão ocupacional e de sua jornada de trabalho;

(iii) Apesar de apresentada uma primeira avaliação, é indiscutível a importância do Setor Saúde na geração direta e indireta de novas ocupações. Em face do aumento do nível de ocupações ocorrido ao longo dos anos 90, seria interessante explicitar as

Tabela 1A. Empregados no núcleo da atenção à saúde segundo tipo de ocupação
Setores público e privado – Brasil – 1997

	Setor Público	Setor Privado	Total
Profissionais da saúde			
Dentista	24.837	3.290	28.127
Enfermeiro	26.208	28.205	54.413
Médico	86.836	36.735	123.571
Pessoal Enfermagem	131.883	231.390	363.273
Professor Biologia/Medicina	73	106	179
Psicólogo	5.809	2.124	7.933
Terapeuta	3.175	5.296	8.471
Subtotal	278.821	307.146	585.967
Atividades Afins			
Assistente Social	14.386	3.026	17.412
Bacteriologista/Farmacologista	2.658	4.087	6.745
Biologista	1.947	1.967	3.914
Farmacêutico	4.140	3.323	7.463
Nutricionista	3.166	2.713	5.879
Oper. Equip. Médico/Odont.	4.419	12.808	17.227
Ortopoptista/Ótico	21	194	215
Subtotal	30.737	28.118	58.855
Total	309.558	335.264	644.822

Fonte: MTE/RAIS – 97.

Tabela 1B. Empregados no núcleo da atenção à saúde segundo tipo de ocupação
Setores público e privado – Brasil – 1997

	Setor Público	Setor Privado	Total
Profissionais da saúde			
Dentista	8,9	1,1	4,8
Enfermeiro	9,4	9,2	9,3
Médico	31,2	12,0	21,1
Pessoal Enfermagem	47,3	75,3	62,0
Professor Biologia/Medicina	0,0	0,0	0,0
Psicólogo	2,1	0,7	1,4
Terapeuta	1,1	1,7	1,4
Total	100,0	100,0	100,0
Atividades Afins			
Assistente Social	46,8	10,8	29,6
Bacteriologista/Farmacologista	8,6	14,5	11,5
Biologista	6,3	7,0	6,7
Farmacêutico	13,5	11,8	12,7
Nutricionista	10,3	9,6	10,0
Oper. Equip. Médico/Odont.	14,4	45,6	29,3
Ortopoptista/Ótico	0,1	0,7	0,4
Total	100,0	100,0	100,0

Fonte: MTE/RAIS – 97.

Tabela 1C. Empregados no núcleo da atenção à saúde segundo tipo de ocupação
Setores público e privado – Brasil – 1997

	Setor Público	Setor Privado	Total
Profissionais da saúde			
Dentista	88,3	11,7	100,0
Enfermeiro	48,2	51,8	100,0
Médico	71,3	28,7	100,0
Pessoal Enfermagem	36,3	63,7	100,0
Prof. Bio/Med.	40,8	59,2	100,0
Psicólogo	73,2	26,8	100,0
Terapeuta	37,5	62,5	100,0
Subtotal	47,6	52,4	100,0
Atividades Afins			
Assistente Social	82,6	17,4	100,0
Bacteriologista/Farmacologista	39,4	60,6	100,0
Biologista	49,7	50,3	100,0
Farmacêutico	55,5	44,5	100,0
Nutricionista	53,9	46,1	100,0
Oper. Equip. Médico/Odont.	25,7	74,3	100,0
Ortopista/Ótico	9,8	90,2	100,0
Subtotal	52,2	47,8	100,0
Total Geral	48,0	52,0	100,0

Fonte: MTE/RAIS – 97.

Tabela 2A. Empregados no núcleo da atenção à saúde segundo gênero
Setores público e privado – Brasil – 1997

	Setor Público		Setor Privado	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Profissionais da saúde				
Dentista	11.298	13.539	1.217	2.073
Enfermeiro	2.498	23.710	2.840	25.365
Médico	50.704	36.132	20.080	16.655
Pessoal Enfermagem	19.365	112.518	33.829	197.561
Prof. Bio/Med.	35	38	59	47
Psicólogo	666	5.143	230	1.894
Terapeuta	719	2.456	863	4.433
Subtotal	85.285	193.536	59.118	248.028
Atividades Afins				
Assistente Social	980	13.406	163	2.863
Bacteriologista/Farmacologista	932	1.726	1.165	2.922
Biologista	511	1.436	447	1.520
Farmacêutico	1.308	2.832	1.089	2.234
Nutricionista	222	2.944	118	2.595
Subtotal	2.953	27.747	7.303	5.505

	Setor Público		Setor Privado	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Profissionais da saúde				
Dentista	45,5	54,5	37,0	63,0
Enfermeiro	9,5	90,5	10,1	89,9
Médico	61,6	38,4	59,1	40,9
Pessoal Enfermagem	14,7	85,3	14,6	85,4
Prof. Bio/Med.	47,9	52,1	55,7	44,3
Psicólogo	11,5	88,5	10,8	89,2
Terapeuta	22,6	77,4	16,3	83,7
Subtotal	30,6	69,4	19,2	80,8
Atividades Afins				
Assistente Social	6,8	93,2	5,4	94,6
Bacteriologista/Farmacologista	35,1	64,9	28,5	71,5
Biologista	26,2	73,8	22,7	77,3
Farmacêutico	31,6	68,4	32,8	67,2
Nutricionista	7,0	93,0	4,3	95,7
Oper. Equip. Médico/Odont.	51,8	48,2	57,0	43,0
Ortopista/Ótico	38,1	61,9	23,7	76,3
Subtotal	20,3	79,7	36,7	63,3
Total	29,6	70,4	20,7	79,3

Fonte: MTE/RAIS - 97.

Tabela 2C. Empregados no núcleo da atenção à saúde segundo gênero
Setores público e privado - Brasil - 1997

	Setor Público		Setor Privado	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Profissionais da saúde				
Dentista	13,2	7,0	2,1	0,8
Enfermeiro	2,9	12,3	4,8	10,2
Médico	59,4	17,7	33,9	6,7
Pessoal Enfermagem	22,7	58,1	57,2	79,7
Prof. Bio/Med.	0,0	0,0	0,1	0,0
Psicólogo	0,8	2,7	0,4	0,8
Terapeuta	0,8	1,3	1,5	1,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Atividades Afins				
Assistente Social	15,7	54,7	1,6	16,1
Bacteriologista/Farmacologista	14,9	7,0	11,3	16,4
Biologista	8,2	5,9	4,3	8,5
Farmacêutico	20,9	11,6	10,5	12,6
Nutricionista	3,6	12,0	1,1	14,6
Oper. Equip. Médico/Odont.	36,6	8,7	70,7	30,9
Ortopista/Ótico	0,1	0,1	0,4	0,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: MTE/RAIS - 97.

Tabela 3A. Empregados no núcleo da atenção à saúde segundo grupos etários
Setores público e privado – Brasil – 1997

	18 a 24	25 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 64	65 ou +
Setor Público						
Profissionais da Saúde						
Dentista	422	3.751	10.536	6.509	2.991	596
Enfermeiro	608	2.184	12.330	7.987	2.681	379
Médico	495	5.821	33.155	33.683	12.244	1.286
Pessoal Enfermagem	6.501	13.492	47.844	42.729	20.069	1.122
Prof. Bio/Med.	1	6	47	10	9	0
Psicólogo	31	587	2.808	2.053	313	13
Terapeuta	82	629	1.730	616	105	10
Subtotal	8.140	26.470	108.450	93.587	38.412	3.406
Atividades Afins						
Assistente Social	535	1.418	6.131	4.714	1.490	80
Bacteriologista/Farmacologista	40	291	1.121	849	333	17
Biologista	11	154	960	657	154	11
Farmacêutico	49	406	1.630	1.407	556	90
Nutricionista	60	368	1.484	922	314	15
Oper. Equip. Médico/Odont.	171	452	1.721	1.412	606	56
Ortopoptista/Ótico	0	1	11	5	4	0
Subtotal	866	3.090	13.058	9.966	3.457	269
Setor Privado						
Profissionais da Saúde						
Dentista	377	957	1.158	502	242	39
Enfermeiro	2.540	6.385	12.725	5.027	1.382	86
Médico	1.420	5.522	15.699	9.834	3.567	525
Pessoal Enfermagem	32.606	41.354	84.480	53.444	18.118	763
Prof. Bio/Med.	1	4	58	21	18	4
Psicólogo	52	526	1.035	425	78	5
Terapeuta	565	1.637	2.191	648	222	18
Subtotal	37.561	56.385	117.346	69.901	23.627	1.440
Atividades Afins						
Assistente Social	159	485	1.373	741	231	22
Bacteriologista/Farmacolog.	359	1.135	1.627	758	191	10
Biologista	163	597	871	289	47	0
Farmacêutico	240	799	1.129	712	336	92
Nutricionista	268	733	1.212	363	127	9
Oper. Equip. Médico/Odont.	1.406	2.067	5.013	3.106	1.086	74
Ortopoptista/Ótico	21	36	60	53	22	2
Subtotal	2.616	5.852	11.285	6.022	2.040	209

Fonte: MTE/RAIS – 97.

	18 a 24	25 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 64	65 ou +	Total ⁽¹⁾
Setor Público							
Profissionais da Saúde							
Dentista	1,7	15,1	42,4	26,2	12,0	2,4	100,0
Enfermeiro	2,3	8,3	47,0	30,5	10,2	1,4	100,0
Médico	0,2	5,9	37,8	39,9	14,4	1,6	100,0
Pessoal Enfermagem	4,9	10,2	36,3	32,4	15,2	0,9	100,0
Prof. Bio/Med.	1,4	8,2	64,4	13,7	12,3	0,0	100,0
Psicólogo	0,5	10,1	48,3	35,3	5,4	0,2	100,0
Terapeuta	2,6	19,8	54,5	19,4	3,3	0,3	100,0
Subtotal	2,9	9,5	38,9	33,6	13,8	1,2	100,0
Atividades Afins							
Assistente Social	3,7	9,9	42,6	32,8	10,4	0,6	100,0
Bacteriologista/Farmacologista	1,5	10,9	42,2	31,9	12,5	0,6	100
Biologista	0,6	7,9	49,3	33,7	7,9	0,6	100,0
Farmacêutico	1,2	9,8	39,4	34,0	13,4	2,2	100,0
Nutricionista	1,9	11,6	46,9	29,1	9,9	0,5	100,0
Oper. Equip. Médico/Odont.	3,9	10,2	38,9	32,0	13,7	1,3	100,0
Ortopista/Ótico	0,0	4,8	52,4	23,8	19,0	0,0	100,0
Subtotal	2,8	10,1	42,5	32,4	11,2	0,9	100,0
Setor Privado							
Profissionais da Saúde							
Dentista	11,5	29,1	35,2	15,3	7,4	1,2	100,0
Enfermeiro	9,0	22,6	45,1	17,8	4,9	0,3	100,0
Médico	0,8	14,0	44,5	28,5	10,4	1,6	100,0
Pessoal Enfermagem	14,1	17,9	36,5	23,1	7,8	0,3	100,0
Prof. Bio/Med.	0,9	3,8	54,7	19,8	17,0	3,8	100,0
Psicólogo	2,4	24,8	48,7	20,0	3,7	0,2	100,0
Terapeuta	10,7	30,9	41,4	12,2	4,2	0,3	100,0
Subtotal	12,2	18,4	38,2	22,8	7,7	0,5	100,0
Atividades Afins							
Assistente Social	5,3	16,0	45,4	24,5	7,6	0,7	100,0
Bacteriologista/Farmacologista	8,8	27,8	39,8	18,5	4,7	0,2	100,0
Biologista	8,3	30,4	44,3	14,7	2,4	0,0	100,0
Farmacêutico	7,2	24,0	34,0	21,4	10,1	2,8	100,0
Nutricionista	9,9	27,0	44,7	13,4	4,7	0,3	100,0
Oper. Equip. Médico/Odont.	11,0	16,1	39,1	24,3	8,5	0,6	100,0
Ortopista/Ótico	10,8	18,6	30,9	27,3	11,3	1,0	100,0
Subtotal	9,3	20,8	40,1	21,4	7,3	0,7	100,0

Nota: ⁽¹⁾ inclui outros e ignorados.

Fonte: MTE/RAIS - 97.

Tabela 3C. Empregados no núcleo da atenção à saúde segundo grupos etários
Setores público e privado – Brasil – 1997

	18 a 24	25 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 64	65 ou +
Setor Público						
Profissionais da Saúde						
Dentista	5,2	14,2	9,7	7,0	7,8	17,5
Enfermeiro	7,5	8,3	11,4	8,5	7,0	11,1
Médico	6,1	22,0	30,6	36,0	31,9	37,7
Pessoal Enfermagem	79,9	51,0	44,1	45,7	52,2	32,9
Prof. Bio/Med.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Psicólogo	0,4	2,2	2,6	2,2	0,8	0,4
Terapeuta	1,0	2,4	1,6	0,7	0,3	0,3
Subtotal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Atividades Afins						
Assistente Social	61,8	45,9	47,0	47,3	43,1	29,7
Bacteriologista/Farmacologista	4,6	9,4	8,6	8,5	9,6	6,3
Biologista	1,3	5,0	7,4	6,6	4,5	4,1
Farmacêutico	5,7	13,1	12,5	14,1	16,1	33,5
Nutricionista	6,9	11,9	11,4	9,3	9,1	5,6
Oper. Equip. Médico/Odont.	19,7	14,6	13,2	14,2	17,5	20,8
Ortopista/Ótico	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0
Subtotal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Setor Privado						
Profissionais da Saúde						
Dentista	1,0	1,7	1,0	0,7	1,0	2,7
Enfermeiro	6,8	11,3	10,8	7,2	5,8	6,0
Médico	3,8	9,8	13,4	14,0	15,1	36,5
Pessoal Enfermagem	86,8	73,3	72,0	76,5	76,7	53,0
Prof. Bio/Med.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3
Psicólogo	0,1	0,9	0,9	0,6	0,3	0,3
Terapeuta	1,5	2,9	1,9	0,9	0,9	1,3
Subtotal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Atividades Afins						
Assistente Social	6,1	8,3	12,2	12,3	11,3	10,5
Bacteriologista/Farmacologista	13,7	19,4	14,4	12,6	9,4	4,8
Biologista	6,2	10,2	7,7	4,8	2,3	0,0
Farmacêutico	9,2	13,7	10,0	11,8	16,5	44,0
Nutricionista	10,2	12,5	10,7	6,0	6,2	4,3
Oper. Equip. Médico/Odont.	53,7	35,3	44,4	51,6	53,2	35,4
Ortopista/Ótico	0,8	0,6	0,5	0,9	1,1	1,0
Subtotal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: MTE/RAIS – 97.

	1º Grau incompleto	1º Grau completo	2º Grau completo	Superior completo
Setor Público				
Profissionais da Saúde				
Dentista	841	1.137	1.140	21.715
Enfermeiro	2.367	3.637	4.097	16.091
Médico	2.622	4.528	5.411	74.271
Pessoal Enfermagem	22.807	45.178	59.191	4.642
Prof. Bio/Med.	25	6	15	27
Psicólogo	156	316	284	5.053
Terapeuta	218	207	180	2.570
Subtotal	29.036	55.009	70.318	124.369
Atividades Afins				
Assistente Social	1.340	1.592	2.200	9.254
Bacteriologista/Farmacologista	712	215	170	1.559
Biologista	93	65	351	1.437
Farmacêutico	55	106	171	3.808
Nutricionista	461	318	370	2.017
Oper. Equip. Médico/Odont.	627	1.240	2.340	211
Ortoptista/Ótico	0	1	6	14
Subtotal	3.288	3.537	5.608	18.300
Setor Privado				
Profissionais da Saúde				
Dentista	90	174	218	2.793
Enfermeiro	1.694	3.242	5.224	18.029
Médico	1.090	2.267	2.250	31.098
Pessoal Enfermagem	40.894	84.287	103.240	2.776
Prof. Bio/Med.	0	2	3	101
Psicólogo	64	77	143	1.839
Terapeuta	376	678	965	3.270
Subtotal	44.208	90.727	112.043	59.906
Atividades Afins				
Assistente Social	118	240	414	2.251
Bacteriologista/Farmacologista	123	290	631	3.039
Biologista	109	94	330	1.434
Farmacêutico	108	193	374	2.644
Nutricionista	194	272	404	1.843
Oper. Equip. Médico/Odont.	1.350	3.374	7.523	547
Ortoptista/Ótico	26	40	49	79
Subtotal	2.028	4.503	9.725	11.837

Fonte: MTE/RAIS - 97.

Tabela 4B. Empregados no núcleo da atenção à saúde segundo grau de instrução
Setores público e privado – Brasil – 1997

	1º Grau incompleto	1º Grau completo	2º Grau completo	Superior completo	Total ⁽¹⁾
Setor Público					
Profissionais da Saúde					
Dentista	3,4	4,6	4,6	87,4	100,0
Enfermeiro	9,0	13,9	15,6	61,4	100,0
Médico	2,6	4,4	3,9	89,1	100,0
Pessoal Enfermagem	17,3	34,3	44,9	3,5	100,0
Prof. Bio/Med.	34,2	8,2	20,5	37,0	100,0
Psicólogo	2,7	5,4	4,9	87,0	100,0
Terapeuta	6,9	6,5	5,7	80,9	100,0
Subtotal	10,4	19,7	25,2	44,6	100,0
Atividades Afins					
Assistente Social	9,3	11,1	15,3	64,3	100
Bacteriologista/Farmacologista	26,8	8,1	6,4	58,7	100,0
Biologista	4,8	3,3	18,0	73,8	100,0
Farmacêutico	1,3	2,6	4,1	92,0	100,0
Nutricionista	14,6	10,0	11,7	63,7	100,0
Oper. Equip. Médico/Odont.	14,2	28,1	53,0	4,8	100,0
Ortopista/Ótico	0,0	4,8	28,6	66,7	100,0
Subtotal	10,7	11,5	18,2	59,5	100,0
Setor Privado					
Profissionais da Saúde					
Dentista	2,7	5,3	6,6	84,9	100
Enfermeiro	6,0	11,5	18,5	63,9	100,0
Médico	1,4	2,5	1,8	94,2	100,0
Pessoal Enfermagem	17,7	36,4	44,6	1,2	100,0
Prof. Bio/Med.	0,0	1,9	2,8	95,3	100,0
Psicólogo	3,0	3,6	6,7	86,6	100,0
Terapeuta	7,1	12,8	18,2	61,7	100,0
Subtotal	14,4	29,5	36,5	19,5	100,0
Atividades Afins					
Assistente Social	3,9	7,9	13,7	74,4	100,0
Bacteriologista/Farmacologista	3,0	7,1	15,4	74,4	100,0
Biologista	5,5	4,8	16,8	72,9	100,0
Farmacêutico	3,3	5,8	11,3	79,6	100,0
Nutricionista	7,2	10,0	14,9	67,9	100,0
Oper. Equip. Médico/Odont.	10,5	26,3	58,7	4,3	100,0
Ortopista/Ótico	13,4	20,6	25,3	40,7	100,0
Subtotal	7,2	16,0	34,6	42,1	100,0

Nota: ⁽¹⁾ inclui outros e ignorados.

Fonte: MTE/RAIS – 97.

	1º Grau incompleto	1º Grau completo	2º Grau completo	Superior completo
Setor Público				
Profissionais da Saúde				
Dentista	2,9	2,1	1,6	17,5
Enfermeiro	8,2	6,6	5,8	12,9
Médico	9,1	8,2	7,7	59,7
Pessoal Enfermagem	78,5	82,1	84,2	3,7
Prof. Bio/Med.	0,1	0,0	0,0	0,0
Psicólogo	0,5	0,6	0,4	4,1
Terapeuta	0,8	0,4	0,3	2,1
Subtotal	100,0	100,0	100,0	100,0
Atividades Afins				
Assistente Social	40,8	45,0	39,2	50,6
Bacteriologista/Farmacologista	21,7	6,1	3,0	8,5
Biologista	2,8	1,8	6,3	7,9
Farmacêutico	1,7	3,0	3,0	20,8
Nutricionista	14,0	9,0	6,6	11,0
Oper. Equip. Médico/Odont.	19,1	35,1	41,7	1,2
Ortopista/Ótico	0,0	0,0	0,1	0,1
Subtotal	100,0	100,0	100,0	100,0
Setor Privado				
Profissionais da Saúde				
Dentista	0,2	0,2	0,2	4,7
Enfermeiro	3,8	3,6	4,7	30,1
Médico	2,5	2,5	2,0	52,0
Pessoal Enfermagem	92,5	92,9	92,1	4,6
Prof. Bio/Med.	0,0	0,0	0,0	0,2
Psicólogo	0,1	0,1	0,1	3,1
Terapeuta	0,9	0,7	0,9	5,5
Subtotal	100,0	100,0	100,0	100,0
Atividades Afins				
Assistente Social	5,8	5,3	4,3	19,0
Bacteriologista/Farmacologista	6,1	6,4	6,5	25,7
Biologista	5,4	2,1	3,4	12,1
Farmacêutico	5,3	4,3	3,8	22,3
Nutricionista	9,6	6,0	4,2	15,6
Oper. Equip. Médico/Odont.	66,6	74,9	77,4	4,6
Ortopista/Ótico	1,3	0,9	0,5	0,7
Subtotal	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: MTE/RAIS - 97.

Tabela 5A. Empregados no núcleo da atenção à saúde segundo horas trabalhadas
Setores público e privado – Brasil – 1997

	Até 20h	21 a 40h	mais de 40h
Setor Público			
Profissionais da Saúde			
Dentista	9.614	12.756	2.464
Enfermeiro	1.050	21.851	3.304
Médico	23.815	57.192	5.822
Pessoal Enfermagem	1.860	110.814	19.192
Prof. Bio/Med.	1	19	53
Psicólogo	794	4.430	585
Terapeuta	430	2.306	439
Subtotal	37.564	209.368	31.859
Atividades Afins			
Assistente Social	671	11.228	2.485
Bacteriologista/Farmacologista	418	1.911	329
Biologista	260	1.477	210
Farmacêutico	416	3.446	278
Nutricionista	122	2.596	448
Oper. Equip. Médico/Odont.	416	3.778	224
Ortopoptista/Ótico	1	11	9
Subtotal	2.304	24.447	3.983
Setor Privado			
Profissionais da Saúde			
Dentista	1.634	877	775
Enfermeiro	677	15.925	11.591
Médico	13.281	16.355	7.079
Pessoal Enfermagem	2.020	122.430	106.780
Prof. Bio/Med.	65	23	18
Psicólogo	498	1.029	595
Terapeuta	697	2.665	1.923
Subtotal	18.872	159.304	128.761
Atividades Afins			
Assistente Social	297	1.361	1.365
Bacteriologista/Farmacologista	277	1.860	1.943
Biologista	136	962	869
Farmacêutico	426	1.376	1.518
Nutricionista	210	1.183	1.317
Oper. Equip. Médico/Odont.	985	7.808	4.010
Ortopoptista/Ótico	20	51	123
Subtotal	2.351	14.601	11.145

Fonte: MTE/RAIS – 97.

	Até 20h	21 a 40h	mais de 40h	Total ⁽¹⁾
Setor Público				
Profissionais da Saúde				
Dentista	38,7	51,4	9,9	100,0
Enfermeiro	4,0	83,4	12,6	100,0
Médico	29,3	64,3	6,4	100,0
Pessoal Enfermagem	1,4	84,0	14,6	100,0
Prof. Bio/Med.	1,4	26,0	72,6	100,0
Psicólogo	13,7	76,3	10,1	100,0
Terapeuta	13,5	72,6	13,8	100,0
Subtotal	13,5	75,1	11,4	100,0
Atividades Afins				
Assistente Social	4,7	78,0	17,3	100,0
Bacteriologista/Farmacologista	15,7	71,9	12,4	100,0
Biologista	13,4	75,9	10,8	100,0
Farmacêutico	10,0	83,2	6,7	100,0
Nutricionista	3,9	82,0	14,2	100,0
Oper. Equip. Médico/Odont.	9,4	85,5	5,1	100,0
Ortopista/Ótico	4,8	52,4	42,9	100,0
Subtotal	7,5	79,5	13,0	100,0
Setor Privado				
Profissionais da Saúde				
Dentista	49,7	26,7	23,6	100,0
Enfermeiro	2,4	56,5	41,1	100,0
Médico	40,3	47,2	12,5	100,0
Pessoal Enfermagem	0,9	52,9	46,1	100,0
Prof. Bio/Med.	61,3	21,7	17,0	100,0
Psicólogo	23,4	48,4	28,0	100,0
Terapeuta	13,2	50,3	36,3	100,0
Subtotal	6,1	51,9	41,9	100,0
Atividades Afins				
Assistente Social	9,8	45,0	45,1	100,0
Bacteriologista/Farmacologista	6,8	45,5	47,5	100,0
Biologista	6,9	48,9	44,2	100,0
Farmacêutico	12,8	41,4	45,7	100,0
Nutricionista	7,7	43,6	48,5	100,0
Oper. Equip. Médico/Odont.	7,7	61,0	31,3	100,0
Ortopista/Ótico	10,3	26,3	63,4	100,0
Subtotal	8,4	51,9	39,6	100,0

Nota: ⁽¹⁾ inclui ignorados.

Fonte: MTE/RAIS – 97.

Tabela 5C. Empregados no núcleo da atenção à saúde segundo horas trabalhadas
Setores público e privado – Brasil – 1997

	Até 20h	21 a 40h	mais de 40h
Setor Público			
Profissionais da Saúde			
Dentista	25,6	6,1	7,7
Enfermeiro	2,8	10,4	10,4
Médico	63,4	27,2	18,3
Pessoal Enfermagem	5,0	52,9	60,2
Prof. Bio/Med.	0,0	0,0	0,2
Psicólogo	2,1	2,1	1,8
Terapeuta	1,1	1,1	1,4
Subtotal	100,0	100,0	100,0
Atividades Afins			
Assistente Social	29,1	45,9	62,4
Bacteriologista/Farmacologista	18,1	7,8	8,3
Biologista	11,3	6,0	5,3
Farmacêutico	18,1	14,1	7,0
Nutricionista	5,3	10,6	11,2
Oper. Equip. Médico/Odont.	18,1	15,5	5,6
Ortoptista/Ótico	0,0	0,0	0,2
Subtotal	100,0	100,0	100,0
Setor privado			
Profissionais da Saúde			
Dentista	8,7	0,6	0,6
Enfermeiro	3,6	10,0	9,0
Médico	70,3	10,2	5,5
Pessoal Enfermagem	10,7	76,9	82,9
Prof. Bio/Med.	0,3	0,0	0,0
Psicólogo	2,6	0,6	0,5
Terapeuta	3,7	1,7	1,5
Subtotal	100,0	100,0	100,0
Atividades Afins			
Assistente Social	12,6	9,3	12,2
Bacteriologista/Farmacologista	11,8	12,7	17,4
Biologista	5,8	6,6	7,8
Farmacêutico	18,1	9,4	13,6
Nutricionista	8,9	8,1	11,8
Oper. Equip. Médico/Odont.	41,9	53,5	36,0
Ortoptista/Ótico	0,9	0,3	1,1
Subtotal	100,0	100,0	100,0

Fonte: MTE/RAIS – 97.

	Até 20h	21 a 40h	mais de 40h	Total ⁽¹⁾
Setor Público				
Profissionais da Saúde				
Dentista	19,12	33,16	44,00	28,79
Enfermeiro	18,89	35,98	43,76	36,27
Médico	18,52	32,79	43,99	29,33
Pessoal Enfermagem	16,36	36,90	43,80	37,61
Prof. Bio/Med.	10,00	32,63	44,00	40,58
Psicólogo	19,31	34,74	43,97	33,56
Terapeuta	19,16	34,56	44,00	33,78
Subtotal	18,61	35,47	43,85	34,15
Atividades Afins				
Assistente Social	18,85	36,37	43,99	36,86
Bacteriologista/Farmacologista	19,06	32,89	43,99	32,09
Biologista	19,80	37,47	43,98	35,81
Farmacêutico	19,14	35,92	43,98	34,77
Nutricionista	18,29	36,37	43,71	36,72
Oper. Equip. Médico/Odont.	18,54	33,00	43,96	32,19
Ortopista/Ótico	18,00	35,09	44,00	38,10
Subtotal	18,96	35,58	43,95	35,41
Setor Privado				
Profissionais da Saúde				
Dentista	18,46	26,44	43,99	26,58
Enfermeiro	15,56	35,23	43,94	38,33
Médico	16,38	25,94	43,98	24,33
Pessoal Enfermagem	13,58	35,70	43,92	39,27
Prof. Bio/Med.	7,94	28,52	42,67	18,30
Psicólogo	18,25	31,58	43,95	31,89
Terapeuta	17,81	31,50	43,97	34,16
Subtotal	16,32	34,56	43,92	37,34
Atividades Afins				
Assistente Social	17,93	34,05	43,96	36,90
Bacteriologista/Farmacologista	16,57	31,52	43,99	36,38
Biologista	15,42	34,39	43,99	37,32
Farmacêutico	17,00	32,45	43,95	35,70
Nutricionista	16,40	34,83	43,95	37,79
Oper. Equip. Médico/Odont.	18,68	26,41	43,99	31,31
Ortopista/Ótico	17,40	30,71	43,98	37,75
Subtotal	17,63	29,57	43,97	34,26

Nota: ⁽¹⁾ inclui ignorados.

Fonte: MTE/RAIS - 97.

Tabela 7A. Empregados no núcleo da atenção à saúde segundo faixas de remuneração
Setores público e privado – Brasil – 1997

	Até 1 s.m.	> 1 a 3 s.m.	> 3 a 5 s.m.	> 5 a 10 s.m.	> 10 a 20	mais de 20
Setor Público						
Profissionais da Saúde						
Dentista	78	674	4.007	12.290	6.702	1.053
Enfermeiro	617	4.319	3.614	9.802	6.297	1.468
Médico ⁽¹⁾	249	2.602	10.521	33.382	29.371	10.428
Pessoal Enfermagem	4.728	45.724	51.244	23.307	5.641	353
Prof. Bio/Med.	0	18	32	5	6	12
Psicólogo	24	199	951	2.608	1.798	215
Terapeuta	15	334	546	1.519	690	70
Subtotal	5.711	53.870	70.915	82.913	50.505	13.599
Atividades Afins						
Assistente Social	229	2.980	2.123	5.080	3.339	596
Bacteriologista/Farmacol.	27	651	558	888	465	64
Biologista	2	120	376	756	526	163
Farmacêutico	9	85	614	1.621	1.462	343
Nutricionista	44	674	559	1.095	666	115
Oper. Eq. Médico/Odont.	16	1.202	1.471	1.186	491	46
Ortopista/Ótico	0	2	3	10	5	1
Subtotal	327	5.714	5.704	10.636	6.954	1.328
Setor Privado						
Profissionais da Saúde						
Dentista	67	330	736	1.479	542	120
Enfermeiro	290	4.292	3.970	8.492	8.758	2.390
Médico ⁽¹⁾	52	893	3.923	11.394	10.797	4.941
Pessoal Enfermagem	2.502	91.120	75.861	51.998	9.291	294
Prof. Bio/Med.	4	4	8	22	22	43
Psicólogo	18	233	625	838	313	96
Terapeuta	51	1.452	1.358	1.661	577	187
Subtotal	3.232	100.854	87.313	76.576	30.504	8.143
Atividades Afins						
Assistente Social	56	396	677	1.204	593	96
Bacter./Farmacologista	32	452	741	1.531	1.072	252
Biologista	7	105	213	823	702	116
Farmacêutico	26	442	918	1.204	600	129
Nutricionista	3	421	577	1.044	568	93
Oper. Eq. Médico/Odont.	80	2.444	3.545	5.412	1.176	143
Ortopista/Ótico	4	37	50	79	23	1
Subtotal	208	4.297	6.721	11.297	4.734	830

Nota: ⁽¹⁾ exclui outros.

Fonte: MTE/RAIS – 97.

	Até 1 s.m.	> 1 a 3	> 3 a 5	> 5 a 10	> 10 a 20	> 20 s.m.	Total ⁽¹⁾
Setor Público							
Profissionais da Saúde							
Dentista	0,3	2,7	16,1	49,5	27,0	4,2	100,0
Enfermeiro	2,4	16,5	13,8	37,4	24,0	5,6	100,0
Médico ⁽²⁾	0,2	1,6	11,3	38,8	34,8	12,9	100,0
Pessoal Enfermagem	3,6	34,7	38,9	17,7	4,3	0,3	100,0
Prof. Bio/Med.	0,0	24,7	43,8	6,8	8,2	16,4	100,0
Psicólogo	0,4	3,4	16,4	44,9	31,0	3,7	100,0
Terapeuta	0,5	10,5	17,2	47,8	21,7	2,2	100,0
Subtotal	2,0	19,3	25,4	29,7	18,1	4,9	100,0
Atividades Afins							
Assistente Social	1,6	20,7	14,8	35,3	23,2	4,1	100,0
Bacteriologista/Farmacologista	1,0	24,5	21,0	33,4	17,5	2,4	100,0
Biologista	0,1	6,2	19,3	38,8	27,0	8,4	100,0
Farmacêutico	0,2	2,1	14,8	39,2	35,3	8,3	100,0
Nutricionista	1,4	21,3	17,7	34,6	21,0	3,6	100,0
Oper. Equip. Médico/Odont.	0,4	27,2	33,3	26,8	11,1	1,0	100,0
Ortopista/Ótico	0,0	9,5	14,3	47,6	23,8	4,8	100,0
Subtotal	1,1	18,6	18,6	34,6	22,6	4,3	100,0
Setor Privado							
Profissionais da Saúde							
Dentista	2,0	10,0	22,4	45,0	16,5	3,6	100,0
Enfermeiro	1,0	15,2	14,1	30,1	31,1	8,5	100,0
Médico ⁽²⁾	0,2	2,8	12,2	35,4	33,6	15,4	100,0
Pessoal Enfermagem	1,1	39,4	32,8	22,5	4,0	0,1	100,0
Prof. Bio/Med.	3,8	3,8	7,5	20,8	20,8	40,6	100,0
Psicólogo	0,8	11,0	29,4	39,5	14,7	4,5	100,0
Terapeuta	1,0	27,4	25,6	31,4	10,9	3,5	100,0
Subtotal	1,1	32,8	28,4	24,9	9,9	2,7	100,0
Atividades Afins							
Assistente Social	1,9	13,1	22,4	39,8	19,6	3,2	100,0
Bacteriologista/Farmacologista	0,8	11,1	18,1	37,5	26,2	6,2	100,0
Biologista	0,4	5,3	10,8	41,8	35,7	5,9	100,0
Farmacêutico	0,8	13,3	27,6	36,2	18,1	3,9	100,0
Nutricionista	0,1	15,5	21,3	38,5	20,9	3,4	100,0
Oper. Equip. Médico/Odont.	0,6	19,1	27,7	42,3	9,2	1,1	100,0
Ortopista/Ótico	2,1	19,1	25,8	40,7	11,9	0,5	100,0
Subtotal	0,7	15,3	23,9	40,2	16,8	3,0	100,0

Notas: ⁽¹⁾ inclui ignorados.

⁽²⁾ exclui outros.

Fonte: MTE/RAIS - 97.

Tabela 7C. Empregados no núcleo da atenção à saúde segundo faixas de remuneração
Setores público e privado – Brasil – 1997

	Até 1 s.m.	> 1 a 3 s.m.	> 3 a 5 s.m.	> 5 a 10	> 10 a 20	mais de 20
Setor Público						
Profissionais da Saúde						
Dentista	1,4	1,3	5,7	14,8	13,3	7,7
Enfermeiro	10,8	8,0	5,1	11,8	12,5	10,8
Médico ⁽¹⁾	3,4	2,4	12,8	37,4	55,1	75,9
Pessoal Enfermagem	82,8	84,9	72,3	28,1	11,2	2,6
Prof. Bio/Med.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Psicólogo	0,4	0,4	1,3	3,1	3,6	1,6
Terapeuta	0,3	0,6	0,8	1,8	1,4	0,5
Subtotal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Atividades Afins						
Assistente Social	70,0	52,2	37,2	47,8	48,0	44,9
Bacteriologista/Farmacologista	8,3	11,4	9,8	8,3	6,7	4,8
Biologista	0,6	2,1	6,6	7,1	7,6	12,3
Farmacêutico	2,8	1,5	10,8	15,2	21,0	25,8
Nutricionista	13,5	11,8	9,8	10,3	9,6	8,7
Oper. Equip. Médico/Odont.	4,9	21,0	25,8	11,2	7,1	3,5
Ortopista/Ótico	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
Subtotal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Setor Privado						
Profissionais da Saúde						
Dentista	2,1	0,3	0,8	1,9	1,8	1,5
Enfermeiro	9,0	4,3	4,5	11,1	28,7	29,4
Médico ⁽¹⁾	1,6	0,9	4,5	14,9	35,4	60,7
Pessoal Enfermagem	77,4	90,3	86,9	67,9	30,5	3,6
Prof. Bio/Med.	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,5
Psicólogo	0,6	0,2	0,7	1,1	1,0	1,2
Terapeuta	1,6	1,4	1,6	2,2	1,9	2,3
Subtotal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Atividades Afins						
Assistente Social	26,9	9,2	10,1	10,7	12,5	11,6
Bacteriologista/Farmacologista	15,4	10,5	11,0	13,6	22,6	30,4
Biologista	3,4	2,4	3,2	7,3	14,8	14,0
Farmacêutico	12,5	10,3	13,7	10,7	12,7	15,5
Nutricionista	1,4	9,8	8,6	9,2	12,0	11,2
Oper. Equip. Médico/Odont.	38,5	56,9	52,7	47,9	24,8	17,2
Ortopista/Ótico	1,9	0,9	0,7	0,7	0,5	0,1
Subtotal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Nota: ⁽¹⁾ exclui outros.

Fonte: MTE/RAIS – 97.

	Até 1 s.m.	> 1 a 3	> 3 a 5	> 5 a 10	> 10 a 20	> 20 s.m.	Total ⁽¹⁾
Setor Público							
Profissionais da Saúde							
Dentista	0,82	2,25	4,28	7,40	13,02	26,64	9,06
Enfermeiro	0,86	2,08	3,94	7,43	13,75	25,31	8,41
Médico ⁽²⁾	0,73	2,21	4,32	7,48	13,84	28,67	11,95
Pessoal Enfermagem	0,79	2,13	3,80	6,77	13,04	25,55	4,06
Prof. Bio/Med.	-	2,49	3,67	6,48	13,36	23,93	7,70
Psicólogo	0,79	2,27	4,14	7,29	13,43	25,16	9,12
Terapeuta	0,74	1,79	4,20	7,04	13,02	23,44	7,63
Subtotal	0,80	2,13	3,91	7,23	13,59	27,95	7,40
Atividades Afins							
Assistente Social	0,91	1,89	4,11	7,24	13,57	26,54	7,82
Bacteriologista/Farmacologista	0,97	1,99	3,99	7,17	13,35	25,51	6,68
Biologista	0,68	2,45	4,18	6,86	13,82	27,17	9,63
Farmacêutico	0,88	2,34	4,24	7,15	13,99	25,15	10,50
Nutricionista	0,68	2,22	4,06	7,11	13,83	25,10	7,48
Oper. Equip. Médico/Odont.	0,82	2,21	3,82	7,12	13,30	23,77	5,51
Ortopetista/Ótico	-	2,67	4,64	7,79	10,84	29,89	8,63
Subtotal	0,88	2,03	4,04	7,17	13,67	25,99	7,83
Setor Privado							
Profissionais da Saúde							
Dentista	0,71	2,02	3,83	7,05	12,92	29,29	7,44
Enfermeiro	0,98	2,13	3,93	7,48	13,92	26,52	9,71
Médico ⁽²⁾	0,81	2,20	4,05	7,46	13,83	32,46	12,83
Pessoal Enfermagem	0,96	2,17	3,85	6,79	12,57	23,35	4,18
Prof. Bio/Med.	0,56	2,11	3,96	7,20	13,52	36,94	19,68
Psicólogo	0,89	2,24	4,00	6,99	13,07	28,09	7,38
Terapeuta	0,92	2,14	3,85	6,93	13,77	28,75	6,27
Subtotal	0,95	2,16	3,86	6,97	13,44	30,26	5,69
Atividades Afins							
Assistente Social	0,97	1,89	3,97	7,22	12,94	25,91	7,38
Bacteriologista/Farmacologista	0,95	2,05	4,03	7,41	13,44	26,23	8,88
Biologista	0,95	2,13	4,06	7,33	13,55	24,91	9,93
Farmacêutico	0,99	2,22	4,01	6,90	13,65	27,38	7,44
Nutricionista	0,94	2,18	3,97	7,24	13,32	25,42	7,63
Oper. Equip. Médico/Odont.	0,95	2,27	3,95	6,83	12,83	25,21	5,88
Ortopetista/Ótico	0,95	2,15	3,88	6,73	13,17	35,90	5,92
Subtotal	0,96	2,19	3,97	7,03	13,25	25,93	7,11

Notas: ⁽¹⁾ inclui ignorados.

⁽²⁾ exclui outros.

Fonte: MTE/RAIS - 97.

Parte 2
Finanças e dispêndios:
financiamento do SUS,
gasto público e base tributária

1

Financiamento do SUS nos anos 90

*Sérgio Francisco Piola
Geraldo Biasoto Júnior*

Introdução

Um dos grandes desafios da reforma do sistema tributário, após a aprovação da reforma administrativa e o encaminhamento da reforma da previdência, passa a ser o equacionamento do financiamento da área da saúde, sendo que a garantia de fontes estáveis é uma velha aspiração do setor.

Os constituintes de 1988 já manifestavam essa preocupação ao dispor no Artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) que “Até que seja aprovada a lei de diretrizes orçamentárias, trinta por cento, no mínimo do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, serão destinados ao setor saúde”. Paradoxalmente, ao atribuir transitoriedade à vinculação, o legislador constituinte estaria, aparentemente, se posicionando contra uma vinculação específica e permanente, confiando que, a cada ano, a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) definiria a partilha mais adequada.¹ Esse dispositivo foi colocado em algumas LDOs, valendo mais como um teto orçamentário do que para a realização efetiva de despesas. Mas a partir de 1993, diante dos aumentos da despesa previdenciária, os recursos arrecadados pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) deixaram de ser repassados ao Ministério da Saúde (MS), sendo exclusivamente destinados à previdência. Conseqüentemente a saúde perdeu importante fonte de cobertura de seus gastos, tendo de disputar com outras áreas outras fontes de receitas como a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins) e Contribuição sobre o Lucro Líquido de Empresas (CSLL).

Apesar de a responsabilidade maior pelo financiamento da seguridade social – na qual a saúde está incluída – ser um atributo da União, isso não exclui outras instâncias de governo de compartilharem seu financiamento: a Constituição (Art. 159) especifica que “A Seguridade Social será financiada (...) mediante recursos provenientes dos Orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e das seguintes contribuições sociais (...)”. Apesar de na prática estados e

do Imposto Provisório sobre a Movimentação Financeira (IPMF), em 1994, posteriormente, rebatizado como Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), em 1996. A CPMF vigorou até o final de 1998 e, após intenso debate legislativo, foi novamente prorrogada, deixando de ser uma contribuição exclusiva da saúde.² Ademais, em função desses problemas, o Ministério da Saúde (MS) teve de recorrer à utilização de empréstimos junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) que, se socorreram em situações de crise, oneraram os orçamentos dos anos subsequentes. Assim, diante desse quadro, começaram a surgir no âmbito do Legislativo, desde 1993, diversas propostas para dar maior estabilidade ao financiamento setorial. O ponto comum dessas propostas era a vinculação dos recursos orçamentários dos três níveis de governo, que no caso dos governos subnacionais variam de 10 a 15% da receita disponível. O último desses dispositivos, a Proposta de Emenda Constitucional (PEC Aglutinativa 86-A), após ser aprovada pela Câmara de Deputados e pelo Senado foi transformada em Emenda Constitucional, n. 29, em agosto de 2000.

Evolução do gasto e do financiamento do Ministério da Saúde no período 1993/98

a) Gastos

A despeito de todos esses problemas, a evolução dos gastos globais do Ministério da Saúde no período 1993 a 1998 não foi inteiramente desfavorável. Em 1997, o gasto do Ministério da Saúde alcançou o seu patamar mais elevado no período, tanto em valores absolutos, como per capita, depois de um comportamento irregular nos quatro anos precedentes (Tabela 1). No ano de 1996, as dificuldades financeiras do Ministério da Saúde foram mais pronunciadas redundando, inclusive, no não-pagamento do abono de 25% sobre a remuneração dos serviços ambulatoriais e hospitalares e diminuição dos dispêndios em vários projetos/atividades. Em 1997, já contando com recursos da CPMF, verificou-se uma recuperação nos gastos, que atingiram o valor aproximado de R\$ 19,4 bilhões.

O gasto do Ministério da Saúde em 1998 atingiu cerca de R\$ 17,7 bilhões. Contudo, a execução de 1998 seria quase idêntica à de 1997 se nela fosse incluído o valor de R\$ 1,7 bilhão, correspondente à dívida daquele ministério que foi amortizada diretamente pela Secretaria do Tesouro Nacional.

Os anos de 1995 e 1997 foram os que apresentaram os maiores dispêndios per capita: R\$ 120,1 e R\$ 121,8, respectivamente. Como percentual do PIB, o maior índice foi obtido em 1995 (2,31%) e o menor em 1996 (1,85%).

² Na última prorrogação da CPMF, sua alíquota foi aumentada, passando a participar do financiamento das despesas previdenciárias.

Tabela 1. Ministério da Saúde: gasto total, per capita e como proporção do PIB, 1993/99

Ano	R\$ milhões Correntes	R\$ milhões ⁽¹⁾ Constantes Dez./1998	Índices	Per capita R\$ de Dez./1998	% PIB
1993	297	12.822	100	85,0	2,11
1994	7.498	13.021	102	85,2	2,15
1995	14.937	18.614	145	120,1	2,31
1996	14.376	16.154	126	102,8	1,85
1997	18.569	19.394	151	121,8	2,14
1998 ⁽²⁾	17.541	17.665	138	109,5	1,94
1999	20.334	18.375	143	113,8	2,06

(1) Valores deflacionados mês a mês pelo IGP/DI da FGV.

(2) Não incluído valor de R\$ 1.782 milhão correspondente à dívida do Ministério da Saúde, amortizada diretamente pela Secretaria do Tesouro Nacional.

Fonte: Siafi/Sidor. Elaboração: Ipea/Disoc.

Em 1999, a despesa total do Ministério da Saúde atingiu o valor de R\$ 20,3 bilhões, a preços correntes, o equivalente R\$ 18,4 bilhões a preços de dezembro de 1998. Esse valor corrigido é 5,2% e 4,2% inferior ao despendido nos anos de 1997 e 1998, respectivamente, quando consideramos para 1998 os gastos efetuados dentro do orçamento do Ministério da Saúde, mais o valor da dívida amortizada pelo MF/STN.

A Tabela 2 traz uma comparação dos dispêndios do Ministério da Saúde para 1994 e 1998, relacionando-os a outros agregados da despesa federal. Verifica-se, desde logo, o notável crescimento da participação das despesas financeiras (juros e amortizações das dívidas internas e externas) nas despesas da União. Por outro lado, diminui a participação relativa dos gastos do Ministério da Saúde em relação a todos os agregados.

Tabela 2. Gasto do Ministério da Saúde em comparação com outros agregados da despesa do governo federal, 1994 e 1998

Especificação	1994	1998
Desp. efetiva do Gov. Federal ⁽¹⁾	140.486	497.916
Despesa financeira ⁽²⁾	70.999	315.115
Despesa não financeira ⁽³⁾	69.487	182.801
Gasto Social Federal ⁽⁴⁾	42.174	113.905
Gasto do Ministério da Saúde	7.498	17.665
MS/Despesa efetiva (%)	5,3	3,5
MS/Despesa financeira (%)	10,6	5,6
MS/Despesa não financeira (%)	10,8	9,7
MS/Gasto social federal (%)	17,8	15,5

(1) Despesa total, menos transferências intergovernamentais.

(2) Despesas com juros e amortizações.

(3) Despesa efetiva, menos despesa financeira.

(4) Gasto segundo conceito de área de atuação.

Fonte: Siafi/Sidor. Elaboração: Ipea/Disoc.

A maior parte dos dispêndios do Ministério da Saúde é realizada pelo

Porém, é bastante baixa a participação nos gastos de subprogramas como Controle de Doenças Transmissíveis e de Saneamento Básico. Em anos em que há diminuição das disponibilidades financeiras, geralmente, essa restrição repercute em quase todos os itens de gastos, mas sistematicamente as atividades que acabam sendo mais prejudicadas são as de interesse coletivo. Duas possíveis explicações para esse comportamento são: (i) maior pressão por parte dos provedores públicos e privados responsáveis pela assistência ambulatorial e hospitalar, uma vez que é nestes componentes que a demanda se expressa de forma mais visível, intensa e imediata; e, (ii) a pressão por serviços de interesse coletivo só ganha intensidade quando a incidência dos agravos correspondentes aumenta e ganha espaço na imprensa. Essa situação é particularmente perversa, porque o controle de vetores, por exemplo, exige certa continuidade espacial e temporal e, nas reduções de recursos e, conseqüentemente, das ações, pode-se perder parte do ganhos alcançados.

Tabela 3. Ministério da Saúde: distribuição percentual do gasto por subprograma – 1993/98

Subprogramas	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Assistência Médica e Sanitária	72,1	59,4	55,9	61,8	59,5	62,8
Controle Doenças Transmissíveis	4,2	2,3	1,8	1,0	2,5	2,5
Vigilância Sanitária	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3
Profiláticos e Terapêuticos	4,2	3,0	3,5	2,4	3,8	4,1
EPU	7,3	7,1	8,8	10,3	8,4	10,0
Dívida	0,5	2,8	9,0	3,4	8,5	3,2
Saneamento	0,3	0,5	0,4	0,4	0,8	1,4
Alimentação e Nutrição	0,3	0,4	0,9	0,2	0,5	0,3
Outros	11,0	24,4	19,7	20,4	15,9	15,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Siafi/Sidor.

Todavia, excluindo-se do total de gastos do Ministério da Saúde aqueles destinados ao pagamento de empréstimos contraídos junto ao FAT, em decorrência da suspensão das transferências do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) a partir de 1993,³ observa-se que os recursos efetivamente disponíveis para o financiamento dos serviços de saúde foram, em alguns anos, significativamente menores. O efetivamente disponível se reduz ainda mais, quando se exclui o gasto com Encargos e Pensionistas da União (EPU). No período 1995 a 1998, entre 13,2% (1998) e 17,8% (1995) dos recursos totais do Ministério da Saúde foram destinados ao pagamento da dívida e de EPU. Em 1995, por exemplo, de um gasto total de R\$ 18,6 bilhões, o efetivamente disponível para ações de saúde foi de aproximadamente R\$ 15,3 bilhões, uma vez que R\$ 3,3 bilhões foram destinados ao pagamento de inativos e pensionistas do Ministério da Saúde e à amortização de dívidas (Tabela 4).

³ Até 1993, o MPAS ainda transferia recursos provenientes da Contribuição de Empregadores e Empregados sobre a folha de salários para o custeio da área da saúde. Desse ano em diante, devido aos problemas financeiros da Previdência Social, esses recursos deixaram de ser repassados ao Ministério da Saúde. Esse foi um dos motivos da criação da CPMF, em 1996.

Tabela 4. Ministério da Saúde: disponibilidade líquida (em percentual) para a execução de serviços de saúde, 1993/98
Em R\$ milhões de dez./1998

Ano	Gasto total Valor	EPU Valor	Dívida Valor	Disp. líquida Valor	Disp. líquida % do G. Total
1993	12.822	940	60	11.822	92
1994	13.021	926	370	11.725	90
1995	18.614	1.641	1.674	15.299	82
1996	16.154	1.657	557	13.940	86
1997	19.394	1.620	1.641	16.133	83
1998	17.665	1.758	557	15.350	87

Fonte: Siafi/Sidor. Elaboração: Ipea/Disoc.

Ademais, a evolução do gasto do Ministério da Saúde segundo a categoria econômica da despesa demonstra o irrefutável avanço do processo de descentralização da gestão dos recursos federais. O percentual dos recursos totais do Ministério da Saúde transferidos para a gestão de estados e municípios subiu de 7,1% em 1993, para 27,3% em 1998 (Tabela 5).

Tabela 5. Ministério da Saúde: distribuição percentual dos gastos por categoria econômica 1993/98

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Pessoal	17,9	21,8	16,5	16,5	13,2	12,8
Outras Despesas Correntes	64,5	59,7	54,7	55,4	52,3	42,3
Investimentos	0,8	1,5	1,4	0,6	0,8	0,8
Amortização, Juros e Encargos Dívida	0,5	2,8	9,0	3,4	8,5	3,2
Inativos e Pensionistas	7,3	7,4	8,8	10,3	8,3	9,9
Transf. Estados e DF	5,4	2,4	2,6	1,3	2,1	3,3
Transf. Municípios	1,7	2,3	5,3	10,6	12,8	24,0
Outros	2,0	2,1	1,7	1,8	2,0	3,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Siafi/Sidor.

Em termos absolutos, o montante de recursos descentralizados para a gestão de estados e municípios aumentou quase vinte vezes ao passar de R\$ 255 milhões em 1993, para R\$ 4.242 milhões em 1998. Ainda que a descentralização de recursos para a gestão de estados e municípios venha sendo feita desde 1994 (NOB 01/93), o processo foi intensificado na vigência da Norma Operacional Básica 01/96. Antes da NOB 01/96, apenas 144 municípios estavam habilitados na gestão semiplena, que, de certa forma correspondia à atual gestão plena do sistema municipal. Em abril de 1999, 470 municípios estavam habilitados na condição de gestores plenos de seus sistemas municipais de saúde. Foi, contudo, a criação do Piso de Atenção Básica (PAB)⁴ que possibilitou que um grande número de municípios se habilitassem à condição de gestores da atenção básica⁵ e, assim, passassem a receber repasses regulares e automáticos. Como consequência, os recursos federais colocados sob gestão municipal aumentaram de cerca de R\$ 2,5 bilhões em 1997 para R\$ 4,2 bilhões em 1998.

4 Com o PAB passaram a ser repassados mensalmente para os municípios habilitados na gestão plena da atenção básica recursos equivalentes, no mínimo, a 1/12 de R\$ 10,00 por habitante/ano (parte fixa do PAB), além de transferências para o custeio de outros programas/ações considerados prioritários, como o Programa

Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins) e da Contribuição sobre o Lucro Líquido de Empresas (CSLL). Às quais, a partir de 1997, agregou-se a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF). A relativamente alta participação dos Títulos do Tesouro e Operações de Crédito, nos anos de 1995 (10,2%) e 1996 (11,5%), deve-se, principalmente, aos empréstimos contraídos FAT (Tabela 6).

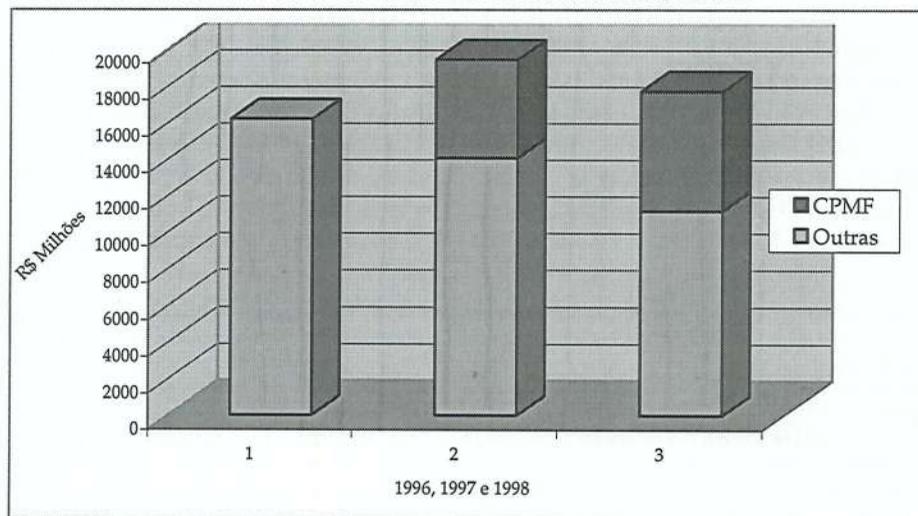
Tabela 6. Ministério da Saúde: distribuição percentual das fontes de financiamento, 1993/98

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Recursos Ordinários	8,9	1,0	3,1	0,2	1,0	10,8
Títulos Resp. Tesouro Nacional	15,1	1,6	2,6	3,3	2,8	0,5
Operações Crédito Internas – Moeda	2,6	0,0	7,6	8,2	0,0	0,0
Operações Crédito Externas – Moeda	0,5	1,2	1,1	0,9	0,5	1,1
Recursos Diretamente Arrecadados	1,0	2,1	2,4	2,5	2,4	2,6
Contribuições Sociais	67,4	54,5	69,2	63,3	73,0	71,0
<i>Contrib. Social Lucro PJ</i>	10,7	12,9	20,2	20,8	19,3	8,0
<i>Contrib. Social p/Financ. Segurid. Social</i>	25,1	34,0	49,1	42,5	25,9	26,0
<i>Contrib. Empr. e Trab. p/ Segurid. Social</i>	31,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>Contrib. Prov. s/Mov. Financeira</i>	0,0	0,0	0,0	0,0	27,8	37,0
<i>FINSOCIAL – Recup. Dep. Judiciais</i>	0,0	7,6	0,0	0,0	0,0	0,0
Fundo de Estabilização Fiscal	0,0	36,8	11,9	17,7	19,5	13,3
Demais Fontes	4,4	2,8	1,9	3,9	0,8	0,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Siafi/Sidor.

Como foi mostrado acima uma das medidas importantes para o financiamento setorial foi a criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), em 1996. Contudo, apesar de ter sido criada para ser uma fonte de recursos adicionais, a CPMF não proporcionou o incremento esperado nos recursos setoriais, em decorrência da redução da participação de outras fontes que tradicionalmente financiam o setor (Gráfico 1).

Gráfico 1. Ministério da Saúde: Recursos da CPMF e de outras fontes, 1996/97



O gasto público total com saúde

Enquanto para o gasto federal com saúde⁶ existem dados confiáveis para todos os anos, o mesmo não acontece com relação aos dispêndios de estados e municípios. Para a década de 90, as únicas consolidações disponíveis foram realizadas pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e pelo Ministério da Saúde. O trabalho realizado pelo Ipea abrange o período de 1994 a 1996, enquanto o do Ministério da Saúde, o ano de 1995.

Comparando os resultados encontrados nesses dois trabalhos, para o ano de 1995, verifica-se que são bastante similares em valores globais. No estudo do Ministério da Saúde, realizado por Biasoto et al. (1998), contabilizando o gasto realizado nas três esferas de governo, chegou-se a um gasto total de quase R\$ 22,7 bilhões, o equivalente a 3,5% do PIB. No estudo do Ipea, o gasto consolidado atingiu o patamar de R\$ 21,9 bilhões, o equivalente a 3,39% do PIB.

A consolidação dos gastos públicos com saúde (União, estados e municípios) não é uma tarefa trivial. Dependendo da metodologia utilizada para identificar e apropriar as transferências intergovernamentais e para expandir os gastos municipais a partir dos dados levantados pelo Departamento de Contas Nacionais (DECNA) do IBGE para os municípios das capitais e regiões metropolitanas, pode-se chegar a resultados diferentes.

Para a contabilização das transferências intergovernamentais, o Ipea adota dois critérios: (i) na consolidação com base na *origem dos recursos*, as transferências intergovernamentais e os pagamentos dos serviços pela rede própria estadual e municipal são registrados como dispêndio da instância transferidora; e, (ii) na consolidação com base na *responsabilidade pela aplicação*, as transferências intergovernamentais e os pagamentos dos serviços produzidos pelas redes estadual e municipal são registrados como dispêndio da instância receptora dos recursos transferidos.

A Tabela 7 demonstra a participação de cada instância de governo no financiamento do gasto público com saúde segundo os dois critérios, tendo o estudo do Ministério da Saúde como base. A primeira alternativa – consolidação com base na origem dos recursos – aparece, desde logo, como mais adequada para avaliar o esforço próprio de cada esfera de governo no co-financiamento do SUS, uma vez que permite, mais adequadamente, calcular o percentual da receita líquida disponível que está sendo comprometido com a área de saúde.

Tabela 7. Distribuição do gasto público com saúde, segundo os critérios da origem dos recursos e da responsabilidade pelos gastos, 1995
Em R\$ milhões correntes

Esfera	Origem	%	Responsabilidade	%
União	13.397	58,8	10.345	45,5
Estados	4.775	21,0	5.637	24,8
Municípios	4.595	20,2	6.783	29,7
Total	22.767	100,0	22.767	100,0

municípios.

As informações provenientes dos estudos do Ministério da Saúde e do Ipea permitem constatar o notável aumento da participação de estados e municípios no financiamento setorial. Dados da década de 80, sistematizados pelo Ipea, indicam que a participação média dos recursos próprios estaduais e municipais no financiamento público da saúde na década de 80 foi de 25%. Em 1995, essa participação alcança 41,2%, segundo o estudo do Ministério da Saúde, ou 37%, segundo o estudo do Ipea.

A fonte utilizada no trabalho do Ministério da Saúde foi o Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (Siafi), sob controle da Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda. Foi feita análise da execução orçamentária, segundo a natureza da despesa (pessoal, encargos, investimentos, etc.) e por programa de trabalho, sendo que os gastos foram apropriados pelo regime de competência.

Na consolidação dos dados foram realizados os seguintes ajustes:

(i) em cada esfera, foram consolidados os dispêndios da administração central e descentralizada e eliminadas as transferências intragovernamentais para se evitar o problema de dupla contagem;

(ii) foram também, nos três níveis de governo, identificadas as transferências intergovernamentais, com o mesmo propósito de se evitar dupla contagem, embora reconhecendo que no caso das transferências serem tratadas como dotações extra-orçamentárias alguma subestimativa possa ter ocorrido; e,

(iii) excluíram-se, na consolidação geral, cerca de R\$ 2 bilhões transferidos pelo SUS para hospitais estaduais e municipais, considerando que esses recursos estariam registrados como "Outras Despesas de Custeio" da União, o que implicaria dupla contagem.

Considera-se que os dados da União e dos governos estaduais sejam mais precisos por serem oriundos de dados do Tesouro Nacional (Balanço Geral da União – IGU e Siafi) e dos balanços dos governos estaduais. Já no caso dos municípios, o procedimento foi mais complexo. Os gastos foram apurados com base no Sistema Integrado de Administração Financeira para Estados e Municípios (Siafem) do Ministério da Fazenda, que só apresenta o total empenhado na função pela administração direta. Por isso, os valores (por programa e categorias econômicas) foram distribuídos a partir do exame dos balanços dos municípios das capitais, o que pode provocar algumas distorções nos resultados apresentados.

No trabalho realizado pelo Ipea, *Gastos Sociais das três Esferas de Governo* (1995),⁷ é feita uma consolidação dos dispêndios das três esferas de governo por área de atuação social. Foram utilizados, como base de dados, o Sistema de Administração Financeira do Governo Federal (Siafi) e o Sistema de Dados Orçamentários (SIDOR) para os gastos

7 Cf. Fernandes et al. (1998).

mensais da União, englobando os dispêndios realizados pela administração direta, autarquias e fundações.

Para os governos estaduais e municipais, visando tornar comparável a forma de consolidação dos gastos do governo federal, cuja agregação foi também feita por área de atuação, utilizou-se a base de dados do Departamento de Contas Nacionais (DECNA) do IBGE, que se presta à metodologia utilizada para levantamento dos gastos federais pelo Ipea.

Essa base cobre todos os governos estaduais e 186 municípios, incluindo todas as capitais e municípios das regiões metropolitanas. Com essa amostra, e utilizando-se da estrutura de gastos dos municípios não-capitais e outros municípios das regiões metropolitanas, foi feita a expansão para o universo de 4.711 municípios integrantes do sistema Secretaria do Tesouro Nacional/Sistema Integrado de Administração Financeira para Estados e Municípios (STN/Siafem).

Foram adotados procedimentos para adequar o regime dos dados de execução orçamentária – caixa para o sistema Siafi/SIDOR (governo federal) e de competência para os sistemas STN/Siafem e DECNA/IBGE (estados e municípios). Para se evitar a dupla contagem de recursos foram identificadas as transferências intergovernamentais, sendo apropriadas como gasto da esfera transferidora (critério origem dos recursos) ou na esfera recipiente (critério responsabilidade pelo uso dos recursos). O mesmo cuidado teve-se com as transferências intragovernamentais.

Os dados consolidados pelo Ipea para o gasto público com saúde, ao ser adotado o critério de área de atuação, não consideram alguns gastos realizados na função Saúde e Saneamento como aqueles realizados em atividades de saneamento básico e proteção ambiental.

Com base nesses critérios, o gasto público total em saúde apurado para o ano de 1995 atinge a cifra de R\$ 21,9 bilhões (a preços correntes). Desse total, consolidando-se pela origem dos recursos, aproximadamente R\$ 13,9 bilhões (63,8%) são provenientes de fontes administradas pela União, cerca de R\$ 4,1 bilhões (18,8%) são originários de recursos próprios dos estados e R\$ 3,8 bilhões (17,4%) têm como fonte recursos próprios dos municípios (Tabela 8).

Tabela 8. Gasto público total em saúde, por instância de governo, segundo os critérios da origem dos recursos e da responsabilidade pelo gasto, 1995
Em R\$ milhões correntes

Esfera	Origem	%	Responsabilidade	%
União	13.976	63,7	12.517	57,1
Estados	4.112	18,8	4.692	21,4
Municípios	3.818	17,5	4.697	21,4
Total	21.906	100,0	21.906	100,0

Fonte: Ipea/Disoc. Elaboração dos autores.

No trabalho do Ipea, mesmo quando os dados são consolidados pelo critério da

	1994	1995	1996	%
União	13.976	63,7	13.297	58,8
Estados	4.112	18,8	4.775	20,0
Municípios	3.818	17,5	4.595	21,2
Total	21.906	100,0	22.767	100,0

Fonte: Biasoto et al. (1998) e Fernandes et al. (1998).

As diferenças encontradas nos valores levantados pelos dois estudos apontam para a necessidade de se buscar uma maior padronização metodológica no levantamento dos gastos públicos, sobretudo, no que se refere ao conceito de gasto público com saúde, aos critérios utilizados para expandir a amostra de municípios e ao tratamento conferido às transferências intergovernamentais. Essas últimas dificuldades estão bem colocadas no estudo realizado pelo Ministério da Saúde ao comentar os resultados encontrados para os municípios:

“O tratamento contábil dos repasses do SUS merece algumas considerações especiais. Em primeiro lugar, os valores expurgados referem-se a repasses efetivos, portanto, critério de caixa. Além disso, por estarem em fase de transição em direção à descentralização, seu registro pelos governos pode ser extremamente heterogêneo, sobretudo, no caso dos municípios. Há situações em que os recursos transitam pelas secretarias municipais de saúde e, conseqüentemente, são registrados na administração direta; caso em que os recursos são alocados aos fundos municipais de saúde; há municípios em gestão semiplena (na época cerca de 150) e, neste caso, os responsáveis diretos pelos repasses também à rede de hospitais conveniados; mas na maior parte dos municípios os repasses às unidades de atendimento são feitos diretamente pela União com base no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Diante desse quadro, é bem provável que os gastos municipais se apresentem um pouco superestimados, em virtude das prefeituras que já efetuavam repasses a hospitais além daqueles da rede própria em 1995” (Biasoto et al., 1998).

Com relação ao comprometimento da receita disponível com a área de saúde, e quando se utilizam os dados consolidados segundo o critério da origem dos recursos, os percentuais obtidos pelo estudo do Ipea são bastante inferiores aos apresentados pelo estudo do Ministério da Saúde, pelos motivos já apresentados: os estados aplicam 7,78% da receita disponível em saúde, enquanto os municípios aplicam 11,41%. Regionalmente, chama atenção o baixo comprometimento da receita disponível nos estados da Região Sul (média regional de 3,62%) e da Região Centro-Oeste (3,42%). Em relação aos municípios, os mais baixos percentuais de comprometimento da receita disponível são encontrados nas Regiões Norte (5,37%) e Centro-Oeste (6,83%).

Ainda com base nos trabalhos do Ipea, observa-se que o gasto público total apresentou um crescimento de 14,5% entre 1994 e 1996. Em 1994 foram despendidos R\$ 24.341 milhões e em 1996 R\$ 27.884 milhões (a preços de dezembro de 1998). A única instância de governo que apresentou um crescimento regular nos gastos com saúde foi a dos municípios. Os gastos municipais apresentaram um crescimento de 84,7% entre 1994 e 1996, passando de R\$ 4.189 milhões para R\$ 7.738 milhões. Os dispêndios estaduais permanecem relativamente constantes, enquanto os federais apresentam crescimento em 1995 e queda em 1996 (Tabela 10).

Tabela 10. Evolução do gasto público com saúde, segundo instância de governo, sob a ótica da origem dos recursos, 1994/96
Em milhões de dez./1998

Instância	1994		1995		1996	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%
União	14.768	60,7	17.514	63,8	14.980	53,7
Estados	5.384	22,1	5.153	18,8	5.166	18,5
Municípios	4.189	17,2	4.785	17,4	7.738	27,8
Total	24.341	100,0	27.452	100,0	27.884	100,0

Fonte: Ipea/Disoc.

O gasto público per capita cresceu de R\$ 158,30 em 1994 para R\$ 177,50 em 1996. Como parcela do PIB o maior índice foi o de 1995 (3,39%). (Tabela 11).

Tabela 11. Gasto público com saúde: per capita e percentual do PIB, 1994/96

Instância	1994		1995		1996	
	Per capita	% PIB	Per capita	% PIB	Per capita	% PIB
União	97,0	2,02	112,4	2,16	95,4	1,70
Estados	35,0	0,73	33,1	0,64	32,9	0,59
Municípios	27,3	0,57	30,7	0,59	49,3	0,88
Total	158,3	3,32	176,2	3,39	177,5	3,17

Fonte dos dados básicos: Ipea/Disoc – Elaboração dos autores.

Distribuição regional do gasto público com saúde

Um dado importante do ponto de vista da equidade na alocação dos gastos públicos pode ser evidenciado quando se compara o dispêndio per capita em saúde (das três instâncias de governo) nas regiões brasileiras. O gasto público é muito desigual entre as diferentes regiões e estados, mas as desigualdades se devem mais às diferenças nos aportes dos estados e municípios: o dispêndio público total per capita varia entre R\$ 186,10 no Sudeste e R\$ 93,50 no Nordeste, ou seja, uma diferença de R\$ 92,60. Entretanto, a variação do aporte federal para essas regiões é de apenas R\$ 20,10. Portanto, a maior parte da desigualdade é explicada pelos aportes de recursos próprios de estados e municípios (Tabela 12).

Tabela 12. Distribuição do gasto público per capita, por região, segundo Instância de Governo, 1995
Em R\$ 1,00 dez./1998

	União	Estados	Municípios	Total
Norte	61,2	31,7	5,7	98,6
Nordeste	67,1	14,9	12,3	93,5
Sudeste	87,2	57,1	22,5	186,1
Sul	78,1	16,3	25,2	126,2
Centro-Oeste	123,8	26,6	8,6	164,5
Total	96,1	35,0	17,2	158,3

Fonte: Ipea/Disoc.

empregadoras. Como reduzir essas desigualdades ate um grau aceitavel e, ao mesmo tempo, diminuir as desigualdades na oferta e acesso aos serviços é um dos maiores desafios colocados diante do SUS.

Uma agenda para abordagem da questão da equidade foi colocada por Piola (1998).

“1. Colocar, mais intensamente, a questão da equidade na agenda de discussões. Ainda que a equidade no atendimento esteja implícita nas normas constitucionais quando se fala em atendimento igualitário, o conceito e as conseqüências de sua aplicação têm sido pouco discutidos. Hoje, diferentemente de um passado não muito distante, em que as negociações sobre repasse de recursos se faziam caso a caso, se tem foros adequados (Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, Comissão Intergestores Tripartite – CIT e, principalmente, o Poder Legislativo) para estimular essa discussão.

2. Fazer simulações com diferentes critérios – é difícil discutir de forma abstrata. Num assunto como este é difícil qualquer discussão que não seja amparada por simulações que demonstrem onde se pode chegar.

3. Gradualidade e simplicidade. Com a utilização de uma diversidade muito grande de critérios perde-se em transparência e ganha-se pouco em precisão. Para ilustrar esta assertiva tomem-se por base as simulações feitas por Porto (1977), comparando a distribuição observada dos recursos federais em 1994, uma distribuição baseada no critério populacional simples e, os resultados decorrentes da aplicação da fórmula *Resource Allocation Working Party* (RAWP), que foi utilizada na Inglaterra e que se baseia na taxa de mortalidade padronizada (Tabela 13).

Tabela 13. Distribuição (%) dos recursos alocados pelo Ministério da Saúde, da população, e dos recursos financeiros estimados segundo metodologia do RAWP, Brasil, 1994

Região	Rec. MS/94(1)	População(2)	RAWP(3)	Dif. % (3)/(1)	Dif. % (3)/(2)
Norte	5,27	7,09	8,3	57,51	17,20
Nordeste	24,66	28,86	34,81	41,12	20,61
Sudeste	47,15	42,6	37,80	-19,83	-11,27
Sul	16,10	14,89	12,61	-21,63	-15,29
Centro-Oeste	6,82	6,55	6,48	-4,98	-1,04

Fonte: Porto (1977).

Verifica-se, desde logo, que uma distribuição pelo critério populacional simples ou pelo RAWP forneceriam perfis de alocação mais equitativos. Contudo, o tamanho dos remanejamentos necessários, na hipótese de não se contar com recursos adicionais, tornaria inviável qualquer tentativa de adoção que não fosse pautada pela gradualidade. Ademais, a experiência tem demonstrado que a inclusão de muitas variáveis para orientar a distribuição pode tornar a fórmula adotada complexa e de difícil compreensão, além de não trazer ganhos significativos no tocante à precisão dos montantes (Vianna, Piola, Guerra & Camargo, 1990).

4. *Regular a expansão da rede, especialmente dos serviços mais complexos, para garantir maior integralidade e equidade no atendimento.* No Brasil, a distribuição da oferta de serviços, principalmente os de maior densidade tecnológica e especializados, é muito heterogênea. Além disso, até por razões econômicas e de escala de produção, nem todos os municípios poderão ofertar todos os serviços necessários ao atendimento integral das necessidades de saúde. Logo, a expansão desses serviços deve ser regulada, até para não gerar deseconomias.⁸ A formação de consórcios entre municípios, ou a formação de instâncias microrregionais de planejamento, pode ser um caminho para expandir a oferta de serviços mais complexos de forma mais eficiente.⁹

5. *Privilegiar na alocação de recursos adicionais a diminuição das iniquidades.* O caminho menos traumático para diminuir as desigualdades, porque atenua o conflito redistributivo, seria dar prioridade à diminuição das iniquidades na alocação de recursos adicionais colocados à disposição do setor.

6. *Evitar que recursos públicos sejam usados para subsidiar segurados de planos e seguros privados mediante deduções fiscais.* Atualmente, mais de 38 milhões de brasileiros estão assistidos, mais ou menos compreensivamente, por intermédio de planos e seguros privados de saúde contratados diretamente pelas famílias ou proporcionados pelas empresas. Parcela desses gastos é descontável no Imposto de Renda, representando uma espécie de renúncia fiscal.¹⁰ De certa forma, toda a sociedade contribui, no mínimo, para que parcela da população possa gozar de mais uma opção de atendimento”.

Perspectivas para o financiamento público da saúde

O estabelecimento de fontes estáveis para o financiamento público da saúde é uma discussão de longa data. A primeira proposta de vinculação de recursos está no próprio texto constitucional (ADCT). A intenção, repetida em sucessivas leis de diretrizes orçamentárias (LDOs), não surtiu o efeito desejado, além desta preocupação referir-se apenas aos recursos federais. Nesse contexto, começaram a ser apresentadas diversas Propostas de Emendas à Constituição (PECs). A primeira foi de autoria dos deputados Eduardo Jorge e Waldir Pires em 1993 (PEC 169-A), em resposta ao afastamento dos recursos da Previdência Social do financiamento da saúde.

Depois de inúmeras outras tentativas,¹¹ a PEC Aglutinativa 86-A, foi aprovada pela Câmara dos Deputados em 1999 e no Senado no ano 2000. A Emenda Constitucional, n. 29, promoveu a vinculação de recursos para a saúde nos orçamentos das três esferas de governo, assegurando um percentual mínimo de recursos da União, Estados e municípios.

8 Atualmente, não há nenhuma espécie de regulação da expansão de serviços, seja na área pública, seja na área privada. Para essa última, parece prevalecer o entendimento literal do Artigo 99 da Constituição Federal (1988): “A assistência à saúde é livre à iniciativa privada”.

9 Existem, atualmente, centenas de Consórcios Municipais de Saúde no país. Contudo, essa forma de associação

municípios. A União deveria destinar 5% a mais do que dispensou em 1999 à saúde; para os anos seguintes, o valor apurado no ano anterior deve ser corrigido pela variação nominal do PIB.

É difícil estimar, com precisão, o montante de recursos adicionais que a aprovação da Emenda Constitucional, n. 29 trará ao sistema público de saúde, uma vez que, em última instância, esses recursos dependerão da evolução das receitas públicas, no caso de estados e municípios, e do crescimento econômico, no caso dos recursos da União. De qualquer forma, o mais importante é que a vinculação traz maior segurança ao volume de recursos, pois representa uma espécie de "seguro" contra a instabilidade excessiva, além de comprometer efetivamente as três esferas de governo no financiamento da saúde.

2

Avaliação dos impactos de reforma tributária sobre o financiamento da saúde

Sulamis Dain

Ana Cecília de Sá Campelo Faveret

Carlos Eduardo Cavalcanti

Déa de Carvalho

Waldemir Luiz de Quadros

Introdução

A retomada do debate tributário e as alternativas apresentadas à decisão do Congresso colocam na ordem do dia a necessidade de reforma das contribuições sociais, tanto para o aperfeiçoamento do sistema, como para a preservação da arrecadação por elas assegurada. De fato, a elevada participação dessas contribuições na receita pública e seu significativo impacto sobre a carga tributária incidente sobre as empresas, aliados à cumulatividade das contribuições mais expressivas e dinâmicas na arrecadação federal, fazem delas objeto inequívoco dos projetos de reforma, independentemente de sua essencialidade para o financiamento da política social.

No espírito da Constituição de 1988, tais contribuições deveriam financiar os gastos da saúde e da assistência social, assim como a expansão prevista dos gastos da Previdência Social não financiados por contribuições diretas sobre a folha de salário. Dar realidade às intenções da Constituição de 1988 significava consagrar direitos universais e respeitar direitos individuais de acesso a benefícios.

O orçamento da seguridade social deveria combinar os impostos e contribuições, de modo coerente com o programa de benefícios em dinheiro e de prestação de serviços nos campos de previdência, assistência social e saúde. Na década de 90, entretanto, parte significativa da receita das contribuições sociais que foram instituídas ou ampliadas em função das decisões de 1988, foi alocada a despesas da União não associadas à seguridade social, tais como os encargos financeiros da dívida ou os encargos previdenciários da União.

Caso ocorra uma reforma tributária, é de esperar um impacto negativo sobre as

com as alterações previstas no campo das contribuições sociais, é parte essencial da luta pela preservação dos recursos da política social.

Um dos temas centrais das propostas em discussão diz respeito à simplificação do conjunto das contribuições sociais, e sua substituição por nova base (Contribuição sobre Valor Adicionado – CVA) depurada da cumulatividade típica da Cofins (Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social), PIS–PASEP (Programa de Integração Social–Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público) e CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira), e integrada ainda pela atual Contribuição Social sobre o Lucro Líquido das Empresas (CSLL).

Outra vertente da reforma associa as mudanças no campo das contribuições sociais à reforma dos impostos sobre o valor adicionado (IPI – Imposto sobre Produtos Industrializados e ICMS – Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços), e sua consolidação em novo IVA (Imposto sobre Valor Adicionado). Nessa vertente, as contribuições sociais seriam substituídas por um adicional do novo imposto, a ser criado na competência da União, não estando totalmente claro o critério de partilha desta receita entre os três níveis de governo.

Por esse conjunto de razões, é importante identificar as propostas mais expressivas de reforma tributária que alterem a base de incidência das contribuições sociais, afetando, portanto, o financiamento da saúde, bem como os demais gastos da seguridade.

É importante integrar à análise da reforma o conhecimento sobre a dinâmica da renúncia de arrecadação na última década, bem como avaliar sua influência, ainda que indireta, sobre o padrão de gastos do setor. A análise da renúncia, definida por legislação infraconstitucional, não é explicitada na agenda da reforma tributária, embora seja relevante à compreensão “do espectro ampliado” de questões que repercutem no financiamento público da saúde e no comportamento do segmento privado de assistência médica suplementar beneficiado por tal renúncia.

A renúncia retira receita de impostos e contribuições, para incentivar a opção por serviços de assistência médica associados ao segmento privado de seguros de saúde. Neste campo, a regulamentação desse gasto indireto do Estado em saúde é apenas incipiente.

Diante das perspectivas de mudança no plano tributário, este trabalho tem por objetivos:

- Descrever os cenários mais prováveis de substituição de contribuições sociais;
- Estimar a receita associada às bases alternativas propostas para a substituição das contribuições sociais;
- Demonstrar as implicações, vantagens e desvantagens de cada proposta em si mesma e suas implicações para o financiamento da saúde;

• Traduzir, nas novas bases, as necessidades de recursos da saúde,¹ hoje financiadas com as fontes a serem alteradas ou extintas, através de alíquotas de incidência e percentuais de vinculação.

2.1 A reforma tributária e as contribuições sociais: análise das principais tendências

A maioria das propostas apresentadas ao Congresso Nacional contempla a integração do imposto estadual sobre mercadorias e serviços (ICMS) ao imposto federal sobre produtos industrializados (IPI). De modo geral, apresenta também alternativas para a simplificação e combinação das contribuições sociais vigentes, associadas a mudanças de sua base contributiva.

No conjunto das propostas, foram selecionados o substitutivo Mussa Demes e a proposta do Executivo federal.² Adotou-se como critério de seleção a consolidação destes projetos pelo Congresso Nacional, aliada à maior probabilidade de sua aprovação.

2.1.1 Mudanças no sistema tributário: projetos em discussão

✓ *Simplificação com composição de bases*

Nos pontos substantivos que afetam as contribuições sociais, o projeto Kandir se assemelha ao substitutivo Mussa Demes, propondo, de um lado, uma contribuição social de caráter geral – CVA –, em substituição às contribuições sobre faturamento e lucro, assim como a unificação dos tributos indiretos sob a forma de um IVA.

A emenda do deputado Antonio Kandir/Mussa Demes³ simplifica e unifica a tributação sobre mercadorias e serviços (IPI, ICMS e ISS) num único imposto sobre o valor agregado. Tal imposto seria arrecadado no destino, compartilhado pela União e pelos estados, com participação dos municípios. Ao mesmo tempo, a emenda prevê a substituição de grande parte das contribuições sociais (Cofins, CSLL, PIS-PASEP, Salário-Educação), bem como das contribuições para as entidades privadas do patronato (SESI – Serviço Social da Indústria, SENAI – Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial, etc.) por uma contribuição social geral. Esta contribuição teria características de não-cumulatividade, e não tributaria as exportações, incidindo, entretanto, sobre as importações. A CPMF não integraria a simplificação pretendida, passando a ser dedutível da contribuição previdenciária patronal, no caso das empresas e do Imposto de Renda Pessoa Física.

1 Para estimativa das necessidades de recursos do setor, são atualizados os requisitos de gastos federais em saúde relativos às sucessivas mudanças na última Norma Operacional Básica (1996) que regula o Sistema Único de Saúde (SUS), e outras, de natureza demográfica ou que decorrem de ajustes projetados por este

(IVV) na competência estadual, com partilha de 50% para os municípios.

Assim, no essencial, esta linha de reforma tenderia a simplificar tributos e contribuições sociais, tornando dominante a sistemática do valor adicionado, tanto nos impostos como nas contribuições, mas separando as duas bases de tributação. Teríamos, como resultado, um IVA e uma CVA, sendo a segunda essencialmente associada aos gastos da seguridade social.

✓ *A unificação da tributação indireta*

A proposta da Fazenda

Os principais pontos desta alternativa são igualmente a extinção do IPI e do ICMS, consolidados num Imposto sobre o Valor Adicionado, o novo IVA, bem como a extinção do PIS-PASEP, da Cofins, da Contribuição sobre o Lucro Líquido e da Contribuição Social do Salário-Educação, substituídos por adicional do IVA.⁴ Essa é, de fato, a grande diferença entre as duas linhas de reforma tributária apresentadas. Aqui, não se configura um corpo próprio de tributação para o financiamento das políticas sociais e desaparecem as contribuições sociais, excetuadas as que incidem sobre a folha, do empregado e do empregador e também as contribuições para o patronato.

As propostas que revogam as contribuições sociais substituindo-as por um adicional do IVA acrescentam dificuldades à necessária vinculação de recursos à área social. Isso porque a admissibilidade do efeito vinculante é parte integrante da definição jurídica das contribuições sociais, mas não dos impostos. Assim, a adoção de um adicional do IVA como base de financiamento dos gastos sociais, em geral, e da saúde, em particular, dificultaria a manutenção da atual vinculação de receitas, reduzindo qualquer estratégia de financiamento de longo prazo a mera administração de caixa.

A proposta do Ministério da Fazenda criaria mais um fundo de participação de municípios, destinado à partilha da parcela estadual do novo Imposto sobre o Valor Adicionado. Dado que não foram explicitados os critérios de partilha para este fundo, uma decisão posterior a respeito poderia alterar a alocação da receita do ICMS aos municípios, atualmente rateada de acordo com a participação dos mesmos na arrecadação do imposto.

A experiência brasileira demonstra a extrema dificuldade em estabelecer critérios de rateio adequados, em todas as situações de partilha presentes no sistema tributário atual e nas propostas de reforma, dadas a heterogeneidade e fragmentação do quadro socioeconômico brasileiro. A criação de mais um fundo apenas acrescentaria novas dificuldades ao conflito federativo que perpassa todo o cenário de reforma, beneficiando a União em sua capacidade de arbitragem e de adoção de critérios ad hoc na alocação dessas receitas.

⁴ A tributação sobre o faturamento passaria a ter um papel meramente residual, reservando-se esta base para as situações nas quais o ICMS não seja devido.

O debate deixa perceber a intenção de transformar a CPMF em imposto, dissociando-se definitivamente do financiamento da área social.

Para superar as diferenças entre as duas propostas, o relator aparentemente acatou, a partir do segundo semestre de 1999, a proposta da Fazenda quanto à criação de um adicional do IVA em substituição às contribuições sociais extintas. Entretanto, novas divergências vêm aflorando quanto à fixação de competência exclusiva da União sobre o IVA, mais uma vez paralisando o encaminhamento de soluções.

Nesse clima, pouco propício ao debate sério sobre a reforma tributária, ganha relevância a antecipação de novos desdobramentos e de suas implicações prováveis sobre os recursos para a saúde. A paralisação das decisões não deve impedir o exercício crítico e a capacidade de prevenção de danos, por enquanto meramente virtuais, a fim de impedir a consistência dos recursos e a estabilidade do processo de expansão dos gastos sociais.

2.2.2 Reforma tributária e ajuste fiscal

✓ *Contribuições sociais: uma visão crítica*

Estudos realizados ao longo da década de 90 associam grande parte das distorções do sistema tributário brasileiro ao grande número de contribuições sociais; à cumulatividade das que incidem sobre o faturamento, questionando também a tese corrente que atribui tais distorções ao peso excessivo dos encargos sociais (previdenciários, trabalhistas e outros) sobre a folha de salários (Dain, Almeida & Soares, 1993).

Os mesmos estudos apontam para a semelhança das bases de incidência da Cofins e do PIS-PASEP – faturamento e receita operacional bruta – que implica superposição de suas alíquotas. Outro aspecto negativo dessas contribuições sociais é o fato de incidirem sobre todas as fases do processo produtivo, fazendo com que o “efeito cascata” tenha importantes impactos indiretos sobre o preço do bem final e, conseqüentemente, sobre a competitividade dos produtos brasileiros submetidos a este regime tributário.

As distorções se manifestam também nas relações entre setores, em que os impactos dessas contribuições sociais não são homogêneos, uma vez que dependem do grau de horizontalização dos setores e/ou empresas, bem como das diferenças observadas na relação lucro/faturamento. Ao incidirem sobre a receita das vendas, as contribuições sociais não levam em conta tais diferenças.

✓ *Financiamento da seguridade social*

Pela ótica do gasto, é fundamental que as mudanças propostas não reduzam a capacidade de financiamento dos programas sociais vinculados às contribuições a serem alteradas pela reforma.

Tabela 1. Arrecadação federal em impostos e principais contribuições

Fontes	% do PIB	% da Arrecadação Governo
Impostos	6,70	22,9
Contribuições Sociais	12,53	42,0
Cofins, CSLL, PIS-PASEP)	4,74	15,5
CPMF	0,80	2,7
Folha de Salários	5,50	18,7
FGTS	1,49	5,1
Total	19,23	64,9

Fonte: José Roberto Afonso, dados de 1997.

Tabela 2. Receita disponível do governo federal

União	%
Fiscal	15,5
Vinculada à seguridade social	39,9
Total	56,4

Fonte: José Roberto Afonso, dados de 1997.

Em 1998, os recursos destinados à seguridade social (Tabela 3) somavam R\$ 91,9 bilhões, representando cerca de 10% do PIB. Desse total, R\$ 45,9 bilhões eram arrecadados pela Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda e R\$ 46 bilhões eram receitas de contribuições arrecadadas pelo Instituto Nacional de Seguridade Social do Ministério da Previdência. A receita de contribuições sociais administradas pela União, equivalente à arrecadação previdenciária stricto sensu, expressa o grande poder de arbítrio do governo federal na alocação destes recursos ampliados para financiar a expansão dos gastos da seguridade social e por eles não totalmente apropriados.

Tabela 3. Arrecadação das receitas da seguridade social ⁽¹⁾

Receita/Anos	Valores correntes em R\$ milhões				
	1994	1995	1996	1997	1998 ⁽²⁾
Cofins	10.718,0	15.226,0	17.873,1	19.101,1	19.600,0
PIS-PASEP	5.285,0	6.122,0	7.396,7	7.591,6	7.700,0
CSLL	4.499,0	5.852,0	6.618,5	7.771,5	7.500,0
CPMF ⁽³⁾	4.976,0	162,0	1,0	6.909,0	8.200,0
Concurso de Prognóstico	188,3	398,5	420,5	306,0	300,0
Contrib. P/ Plano Seg. do Servidor	1.242,0	2.101,0	2.580,0	2.595,0	2.600,0
Subtotal	26.908,3	29.861,5	34.889,8	44.274,2	45.900,0
Salários: ⁽⁴⁾	11.066,1	20.984,9	25.643,1	27.409,1	27.700,0
n. Empregador	7.333,6	13.484,1	16.033,8	17.117,6	17.300,0
n. Empregado	3.732,5	7.500,8	9.609,3	10.291,5	10.400,0
Outras Receitas de Contribuições					
Arrecadadas pelo Min. da Previdência	5.753,0	10.624,1	14.931,8	16.504,4	18.300,0
Subtotal	16.819,1	31.609,0	40.574,9	43.913,5	46.000,0
Total	43.727,4	61.470,5	75.464,7	88.187,7	91.900,0

⁽¹⁾ A descrição detalhada das contribuições sociais encontra-se no Apêndice deste capítulo.

⁽²⁾ Estimativa.

⁽³⁾ A CPMF esteve em vigor em 1994 e está em vigor desde 1997. A arrecadação de 1995 e 1996 refere-se a valores devidos em 1994.

⁽⁴⁾ Não incluem as contribuições de autônomo, do seguro acidente de trabalho, do produtor rural e das demais contribuições recolhidas pelo Ministério da Previdência Social.

Fonte: Coordenações de Arrecadação da Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda e do Instituto Nacional de Seguridade Social do Ministério da Previdência.

✓ *Contribuições sociais, financiamento da seguridade e ajuste fiscal*

Os ideais propalados de abertura econômica e de harmonização tributária impõem ao Brasil diretrizes contrárias às tendências recentes de tributação observadas. A necessidade de reforma é paralisada pela inegável importância da Cofins e do PIS-PASEP no financiamento do governo federal a partir da década de 90. Isso ocorre tanto para compensar a perda de receita tributária para estados e municípios desde 1988, como pela vantagem apresentada pela exploração da base faturamento, em função de sua maior elasticidade-renda perante os impostos indiretos "típicos", que decorre exatamente de sua cumulatividade. Como agravante, deve-se registrar que o ajuste fiscal de fins de 1998 mais uma vez elevou em 50% as alíquotas da COFINS e da CPMF, ampliando as resistências a estas bases impositivas e sua importância para o financiamento dos gastos da União.

A descentralização dos órgãos responsáveis pelos diversos programas relacionados às áreas de saúde, previdência e assistência social criou diversos problemas referentes à distribuição e alocação dos recursos da seguridade social. Além dos Ministérios da Previdência e Saúde e de programas relativos à assistência social, figuram no orçamento da seguridade quase todos os órgãos da administração pública direta, autárquica e fundacional através dos programas de assistência médica para servidores e do pagamento de pensões e aposentadorias.

Em geral, existe uma tentativa por parte dos diversos órgãos do sistema de seguridade social de garantir a regularidade do financiamento de seus programas através da vinculação da receita. Como consequência, observa-se uma tendência crescente de criação de contribuições e estabelecimento de alíquotas específicas sobre as bases existentes, imprimindo maior complexidade e segmentação ao sistema de contribuições sociais.

Das contribuições sociais existentes, apenas o PIS-PASEP tem tido destinação constitucional estável no financiamento do seguro-desemprego e de programas sociais do BNDES. Entretanto, a atomização dos órgãos responsáveis pela condução das políticas sociais gerou uma tendência crescente de especialização dos recursos, apoiada em sucessivas leis orçamentárias editadas após 1988, que previam a distribuição dos recursos para os diversos programas.

Assim, a Cofins e a Contribuição sobre o Lucro Líquido destinam-se ao financiamento da saúde, assistência social, ao pagamento dos Encargos Previdenciários da União (EPU), bem como a outros usos estabelecidos no Fundo Social de Emergência (FSE-1994/96). No triênio 1997/99, enquanto as contribuições de empregadores e trabalhadores sobre a folha de salários se esgotam no pagamento dos benefícios da Previdência Social, o Fundo de Estabilização Fiscal (FEF-1996/1999) e a recente Desvinculação de Receitas da União (DRU) contingenciam 20% das receitas da seguridade, fundamentais ao cumprimento das diretrizes de universalização de

parece comprovar a substituição de fontes tributárias por receitas de contribuição, que contraria o objetivo declarado de ampliar o aporte de receita à seguridade a partir das contribuições sociais criadas ou ampliadas a partir de 1988. Os dados atestam também mudanças no aporte de cada contribuição ano a ano. Em 1997, a CSLL foi responsável por 19,10% da execução orçamentária do Ministério da Saúde, a Cofins por 25,27% e a CPMF por 27,53%, totalizando 71,90% da execução orçamentária do setor. No ano seguinte, os percentuais para as mesmas fontes foram de 8%, 26% e 37%, totalizando 71% dos recursos alocados. Exceto nos anos extremos da série, a participação das receitas do Tesouro foi inexpressiva, o que explica a frustração das promessas da Constituição de 1988 e a estagnação dos gastos em saúde – 2,1% e 1,9% do PIB, respectivamente – em 1993 e 1998 (Piola et al., 1999). Essa estagnação é ainda maior se levarmos em conta a inclusão em cada Ministério, a partir de 1993, dos gastos com os encargos previdenciários da União, antes contabilizados em conta própria. Atividades intensivas em mão-de-obra e com folhas de pessoal mais pesadas sofreram uma ocupação progressiva dos gastos referentes a inativos, que, na saúde, crescem mais de 70% no período assinalado, passando de R\$ 940 milhões em 1993 para R\$ 1.754 milhões em 1998, em reais de dezembro de 1998 (Piola et al., 1999).

Tabela 4. Ministério da Saúde: evolução da participação das fontes de financiamento (percentual), 1993/98

Fontes	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Recursos Ordinários	8,9	1,0	3,1	0,2	1,0	10,8
Títulos Resp. Tesouro Nacional	15,1	1,6	2,6	3,3	2,8	0,5
Operações Crédito Internas – Moeda	2,6	0,0	7,6	8,2	0,0	0,0
Operações Crédito Externas – Moeda	0,5	1,2	1,1	0,9	0,5	1,1
Recursos Diretamente Arrecadados	1,0	2,1	2,4	2,5	2,4	2,6
Contribuição Social Lucro PJ	10,7	12,9	20,2	20,8	19,3	8,0
Contrib. Social p/ Financ. Segurid. Social	25,1	34,0	49,1	42,5	25,9	26,0
Contrib. Empr. e Trab. p/ Segurid. Social	31,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Contrib. Prov. S/ Mov. Financeira	0,0	0,0	0,0	0,0	27,8	37,0
FINSOCIAL – Recup. Dep. Judiciais	0,0	7,6	0,0	0,0	0,0	0,0
Fundo de Estabilização Fiscal	0,0	36,8	11,9	17,7	19,5	13,3
Demais Fontes	4,4	2,8	1,9	3,9	0,8	0,9
Total Contribuições Sociais	67,4	54,5	69,2	63,3	73,0	71,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Sfiati/Sidor.

Mesmo a criação da CPMF não gerou receita adicional para o ministério, nos montantes previstos, dada a substituição de fontes. Esta pode ser aquilatada com alguma facilidade. “Se conservados os montantes que as outras fontes aportavam em 1996, o Ministério da Saúde teria a sua disposição R\$ 21,4 bilhões em 1997 e R\$ 22,6 bilhões em 1998. Nesses dois anos, o gasto do referido Ministério foi de R\$ 19,4 bilhões em 1997 e de R\$ 17,6 bilhões em 1998”⁵ (Piola et al., 1999).

5 A despesa seria de R\$ 19,3 bilhões em 1998, se acrescida da dívida amortizada pelo MF/STN.

Além disso, parece claro que o governo recuperou em grande parte sua flexibilidade na execução orçamentária através do contingenciamento de parte das contribuições sociais, e da livre disposição de sua arrecadação tributária. Atesta este fato o exame da execução orçamentária da União em 1997 (Tabela 5), quando a participação da dotação inicial de recursos para a saúde nos gastos da União superou em muito a participação observada na execução orçamentária.

A diferença observada entre a dotação e o gasto autorizado é menor na alocação das contribuições sociais do que na receita ordinária. Depreende-se que não apenas as contribuições sociais continuam a ser a principal fonte de financiamento da saúde, como se transformaram em garantia de aporte de recursos aos programas do setor. Assim, qualquer reforma tributária que afete sua base de cálculo, arrecadação e vinculação, afetará o financiamento setorial. Tal afirmação torna-se muito mais relevante se considera que a esfera federal é a principal financiadora do SUS, não obstante a aceleração do processo de descentralização ao longo da década de 90.

Levando-se em conta a distribuição percentual do gasto total em saúde por esfera de competência observada no Brasil entre 1980 e 1992, manteve-se a importância da União, compensando a queda da participação dos estados. De fato, em 1988, os gastos federais em saúde representavam 75,75% do total do setor e estados e municípios respondiam por 17,16% e 8,09%, respectivamente. Em 1992 o governo federal havia elevado ligeiramente para 76,03% sua participação no total de gastos no setor, contra 13,41% dos estados e 10,58% dos municípios (Médici, 1996).

Tabela 5. União e Ministério da Saúde: execução orçamentária por fonte, 1997

Fontes	União (R\$ Milhão)		Ministério da Saúde		Ministério da Saúde/ União (%)	
	Dotação inicial	Autorizado	Executado (R\$ Milhão)	%	Dotação Inicial	Autorizado
Recursos Ordinários	26.966	25.182	193	1,03	0,72	0,77
Rend. Líquido de Conc. Prognósticos	406	406	152	0,81	37,48	37,48
Títulos Resp. Tesouro Nacional	22.863	127.447	747	3,97	3,27	0,59
Operações Crédito Externas – Moeda	1.284	2.059	94	0,50	7,35	4,59
Recursos Diretamente Arrecadados	6.516	6.591	409	2,18	6,28	6,21
Contribuição Social Lucro PJ	7.298	6.150	3.591	19,10	49,21	58,40
Cofins	18.432	15.652	4.751	25,27	25,78	30,36
Contrib. Prov. S/ Mov. Financeira	4.779	5.380	5.176	27,53	108,31	96,20
Doações Internacionais	36	46	0,50	0,00	1,40	1,09
Fundo de Estabilização Fiscal	15.673	31.307	3.647	19,40	23,27	11,65
Demais Fontes	6.473	7.286	42	0,22	0,65	0,58
Total	110.727	227.597	18.894	100,00	16,98	8,27

Comparação do executado pelo Ministério da Saúde por fonte, em 1997, com o executado pela União por fonte.

2.2.3 As necessidades de financiamento da saúde na perspectiva da reforma tributária

✓ A estimativa da CVA

Com o objetivo de estimar o impacto decorrente da consolidação de várias contribuições sociais na base do valor adicionado (CVA), foram realizadas simulações de base de cálculo e de alíquotas compatíveis com a preservação e expansão da despesa em saúde. A metodologia da proposta está contida no projeto de pesquisa intitulado “As Contribuições Sociais no Contexto de uma Reforma Tributária: Aperfeiçoamento das Bases de Arrecadação e sua Adequação ao Financiamento dos Programas da Seguridade Social” (Dain et al., 1998). De forma resumida, parte-se do faturamento das empresas declarantes do Imposto de Renda Pessoa Jurídica (IRPJ), depurado do custo do trabalho, e deduzidas as receitas líquidas de exportação das empresas. Sobre a base resultante, uma *proxy* do lucro bruto, passam a incidir alíquotas condizentes com a receita gerada pelas contribuições que serão substituídas.

Na Tabela 6, são resumidas as simulações de arrecadação da nova Contribuição sobre Valor Adicionado proposta (colunas C, E e G), para as quais foram utilizadas as categorias de empresas declarantes do IRPJ e aplicados três conjuntos de alíquotas à Base CVA (colunas B, D e F), a partir de estatísticas do IRPJ-1997, Ano-Base 1996 (coluna A).

Tabela 6. Arrecadação esperada – R\$ milhões de 1996

Categoria	Base CVA A	Alíquota % B	Arrecadação Esperada C=A x B	Alíquota % D	Arrecadação Esperada E= A x D	Alíquota % F	Arrecadação Esperada G = A x F
Empresas em geral	310.000	7,0	21.700	8,0	24.800	11,0	35.650
Entidades financeiras	22.000	10,0	2.200	11,0	2.420	15,0	3.300
Empresas lucro presumido	60.000	7,0	4.200	8,0	4.800	11,0	6.900
Microempresas	35.000	2,0	700	2,5	875	3,0	1.050
Cooperativas, fundações, etc.	4.000	1,0	40	1,0	40	1,0	40
Órgãos do governo e autarquias	160.000	1,0	1.600	1,0	1.600	1,0	1.600
Total	591.000	7,1 ⁽¹⁾	30.440	7,7 ⁽¹⁾	34.535	10,5 ⁽¹⁾	48.540

⁽¹⁾ média.

A comparação dos resultados das simulações da CVA para os três conjuntos de alíquotas com a arrecadação efetiva de 1996, referente à Cofins, à CSLL, ao PIS-PASEP, CPMF e à folha de salários, é possível desenhar cenários com diferentes combinações entre as contribuições vigentes, dando mais segurança ao processo de tomada de decisão (ver Tabela 7).

Tabela 7. Arrecadação efetiva

Valores em R\$ milhões

Contribuições	Arrecadação efetiva de 1996				
	A	B	C	D	E
Cofins	17.873,1	17.873,1	17.873,1	17.873,1	17.873,1
CSLL	6.618,5	6.618,5	6.618,5	6.618,5	6.618,5
PIS-PASEP	7.396,7	7.396,7	7.396,7	7.396,7	-
CPMF ⁽¹⁾	6.500,0	-	6.500,0	-	-
Salários:					
S / Empregador	16.033,8	16.033,8	-	-	-
S / Empregado	9.609,3	-	-	-	-
Total	64.031,4	47.922,1	38.388,3	31.888,3	24.491,6

⁽¹⁾ A CPMF já não existia em 1996. A arrecadação de R\$ 1,00 milhão foi resíduo derivado de 1995. (Ver Tabela 3). O valor aqui considerado seria o previsto, caso existisse em 1996.

A análise da Tabela 8 demonstra que nenhum dos três conjuntos de alíquotas para a nova CVA substituiu integralmente todas as contribuições existentes. A maior alíquota média (10,5%, hipótese F) substituiria as contribuições dos empregadores (base folha de salários), além da Cofins, PIS-PASEP, CSLL, e CPMF, mas não cobriria a arrecadação referente à contribuição dos empregados.

De todo modo, tal alíquota não seria necessária, uma vez que as alternativas mais viáveis de reforma tributária não pretendem substituir a folha de salários como base de contribuição. Da mesma forma deixariam à margem da reforma a CPMF ou o IPMF, de acordo com os projetos em tramitação.

A aplicação da menor alíquota média (7,1% da hipótese B) seria suficiente para substituir a arrecadação da Cofins e da CSLL. Com alíquota ligeiramente superior (7,7%, na hipótese D), também o PIS-PASEP poderia integrar a base da nova contribuição social. Assim, tais mudanças poderiam aperfeiçoar as contribuições sobre o faturamento, depurando-as de grande parte de seu impacto cumulativo, preservando ao mesmo tempo, e com ampla folga, os recursos destinados à seguridade.

Tabela 8. Substituição das contribuições vigentes em R\$ milhões

Hipótese	Simulação CVA ⁽¹⁾ - Substituição contribuições vigentes ⁽²⁾		
	B	D	F
Alíquota média	7,1%	7,7%	10,5%
Arrecadação esperada	30.440	34.535	48.540
Arrecadação efetiva	24.491	31.888	38.388
Contribuições substituídas	Cofins e CSLL	Cofins, PIS-PASEP e CSLL	Cofins, PIS-PASEP, CSLL e CPMF

⁽¹⁾ - ver Tabela 2.

⁽²⁾ - ver Tabela 3.

✓ Projeções de gastos do Ministério da Saúde

Os resultados alcançados constituem um teste preliminar da viabilidade das

procedimentos ambulatoriais (por estado e procedimento realizado, segundo nível de complexidade) e hospitalares (por estado e procedimento realizado segundo nível de complexidade, especialidade e faixa etária) e calculados os valores médios dos procedimentos em cada um desses casos, bem como sua frequência por 10.000 habitantes.

Procedeu-se, então, à consolidação por região, segundo a definição do que foi efetivamente oferecido a cada 10.000 habitantes de cada uma das regiões brasileiras, estimando-se, assim, o valor correspondente.⁶ A partir da planilha básica, alguns ajustes foram realizados:

(a) o primeiro ajuste foi feito no sentido de igualar à média/Brasil as frequências e valores médios observados inferiores a ela, por grupo de procedimentos de baixa e média complexidade, em todas as regiões. Os procedimentos de alta complexidade não tiveram ajuste em seus valores e frequências, uma vez que os estabelecimentos capazes de executá-los se distribuem de forma extremamente heterogênea pelo território nacional;

(b) ainda contemplando apenas a área assistencial, a frequência das doses de vacinas e de consultas referentes ao pré-natal foi ajustada a partir de normas estabelecidas. A ausência de parâmetros impediu a realização desse ajuste para outros procedimentos;

(c) num terceiro momento foram incorporados os 25% de abono a todos os procedimentos ambulatoriais e hospitalares, com exceção dos que integram o PAB, para o qual foi apropriado o valor máximo de sua parte "fixa", ou seja, R\$ 18,00 per capita por ano, considerada como uma meta a ser alcançada para todos os municípios;⁷

(d) o impacto previsto para os atos constantes em portarias do Ministério da Saúde sobre atenção ao parto, câncer de colo de útero e emergência foi utilizado para incrementar o valor dos demais extratos por complexidade de atenção (embora tenham sido efetivamente concedidos somente a partir de junho de 1998);

e) finalmente, foi também considerado o crescimento vegetativo da população, uma vez que os dados trabalhados se referiam ao ano de 1996. Para os números relativos à população de 1999, foi utilizada a estimativa elaborada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea).

6 Não foi incluído o abono de 25%, concedido pelo Ministério da Saúde a partir de junho de 1995 e só incorporado à tabela (exceção feita aos procedimentos integrantes do Piso de Atenção Básica - PAB) a partir do processamento de junho de 1998.

7 No que se refere aos incentivos componentes da parte variável do PAB, cujos tetos por estado foram estabelecidos na Portaria MS/GM n. 2.937 de 9 de junho de 1998 - Anexo II, não foi possível conseguir a memória de cálculo, a não ser no que se refere ao Programa de Combate às Carências Nutricionais e Farmácia Básica. No primeiro caso, embora a distribuição tenha tido como base um estudo realizado em 1991, o volume total de recursos a ser transferido foi calculado como R\$ 1,00 habitante/ano e, assim, foi apropriado para fins desse estudo. No segundo caso, o volume de recursos a ser repassado foi calculado apenas para municípios com menos de 20.000 habitantes (R\$ 2,00 per capita/ano). Para os fins desse estudo, esse valor foi estendido a 100% da população brasileira.

Sucessivamente, os programas e decisões normativas do Ministério da Saúde foram quantificados, com o objetivo de dar máxima coerência financeira aos programas e prioridades da área.⁸ Não foi contemplado um ajuste geral de valores das tabelas de procedimentos, tido como necessário por todos que trabalham com elas. Pode-se, então, considerar que esse foi um cálculo bastante conservador.

A metodologia, bastante elaborada, resultou numa estimativa de necessidades de financiamento da saúde, para 1999, de cerca de R\$ 24,3 bilhões. Estes totais representam um aumento de R\$ 5,5 bilhões ou 29,19% em relação ao executado em 1997 pelo Ministério da Saúde (ver Tabela 9).

Tabela 9. Ministério da Saúde: orçamento 1998 e estimativa de necessidade de recursos 1999

Fontes	Orçamento 1998 (R\$ 1,00)	Necessidade 1999 (R\$ 1,00)
Recursos ordinários	2.419.156.907	3.013.543.759
Rend. Líquido de Conc. Prognósticos	0	0
Títulos Resp. Tesouro Nacional	633.072.245	788.618.096
Operações Crédito Externas – Moeda	140.021.000	174.424.160
Recursos diretamente arrecadados	431.202.403	537.148.833
Contribuição Social Lucro PJ	1.808.220.959	2.252.500.849
Cofins	4.885.543.308	6.085.921.299
Subtotal = CSLL + Cofins	6.693.764.267	8.338.422.147
Contrib. Prov. S/ Mov. Financeira	6.615.040.000	8.240.355.328
Subtotal = CSLL + Cofins + CPMF	13.308.804.267	16.578.777.475
Contrib. Plano Seg. Servidor	165.765.476	206.494.053
Doações internacionais	1.000.000	1.245.700
Fundo de Estabilização Fiscal	2.349.430.351	2.926.685.388
Demais fontes	52.238.627	65.073.658
Total	19.501.690.276	24.293.255.577

Fonte: SPO/SE/Ministério da Saúde.

Para efeito do impacto da proposta de reforma das contribuições sociais, poder-se-ia simular, complementarmente, a aplicação da projeção de aumento de 29,19% em relação ao executado em 1997 aos valores aprovados para o orçamento de 1998. É assumido, para tanto, um “mix” de fontes para 1999, de modo similar ao indicado no orçamento aprovado de 1998. Esse último incorpora um acréscimo de 3,71% das receitas

⁸ No que se refere ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde/PACS e Programa de Saúde da Família/PSF, embora o cálculo tenha sido feito sobre número de equipes, o valor por equipe e o número de pessoas coberto por elas eram, em 1998, época da realização do estudo, aparentemente variáveis. Assim sendo, foi aqui considerado o maior valor per capita (do Ceará) como a meta para todo o Brasil. Para realização de ações de Vigilância Sanitária, foi apropriado o valor per capita, então, definido (R\$ 0,25 hab./ano) para aquelas de baixa complexidade. Na ausência de indicativos sobre como serão contemplados os procedimentos de média e alta complexidade, eles não foram aqui considerados. Para o cálculo do Teto de Epidemiologia e Controle de Doenças, ainda não regulamentado na ocasião deste estudo, foi considerado

Conforme anteriormente apontado, e imprescindível que as necessidades de financiamento sejam compatibilizadas com as propostas de reforma tributária que tenham repercussão sobre as fontes geradoras dos recursos para o financiamento da política de saúde. Portanto, no âmbito da proposta de unificação das principais contribuições sociais em uma única CVA, a arrecadação esperada deverá ser adequada às necessidades do setor saúde. Desse modo é possível a comparação dos valores acima com as estimativas de arrecadação da nova CVA, sobre a qual pode-se comentar e concluir o que se segue.

✓ *Sobre a CVA e a necessidade de recursos da saúde para 1999*

Para o financiamento integral (substituição dos valores estimados de todas as fontes do Ministério da Saúde), a menor alíquota média estimada da CVA (7,1%, hipótese B), que substitui a Cofins e a CSLL, geraria recursos suficientes para cobrir todas as necessidades de financiamento do Ministério da Saúde em 1999, desde que destinasse cerca de 80% de sua arrecadação ao setor.

A adoção da alíquota média de 7,7% (hipótese D), que substitui também o PIS-PASEP, implicaria o comprometimento de 70% de sua arrecadação com a saúde, caso se propusesse financiar suas necessidades integralmente, com o aumento estimado para 1999.

A menor vinculação obviamente dar-se-ia no caso da adoção da maior alíquota média (10,5%, hipótese F) que, para substituir apenas a Cofins implicaria destinar cerca de 50% de sua arrecadação para o financiamento integral das necessidades de gasto estimadas para o setor em 1999.

Caso fosse mantida a alocação de receita ordinária do orçamento da União ao financiamento da saúde, e houvesse substituição das fontes CSLL, Cofins e CPMF pela CVA, as simulações realizadas permitem afirmar que alíquotas médias de 7,1% e 7,7% poderiam gerar receitas para substituir a CSLL e a Cofins na cobertura das necessidades de financiamento da saúde, vinculando 27% e 24% de sua arrecadação, respectivamente.

Às mesmas alíquotas, se a CVA pretendesse substituir também a CPMF, deveria vincular ao setor saúde 54% e 48% de sua arrecadação, respectivamente.

A partir desta hipótese básica, seria possível combinar alternativas de substituição de várias contribuições com a ampliação das necessidades de financiamento da saúde, exprimindo-a através dos diversos percentuais de vinculação acima apresentados para cada hipótese. No Quadro 1 são apresentados diversos cenários que associam bases de contribuições e estimativas de gastos relativos à saúde e à seguridade.

Quadro 1. Cenários para a CVA e diferentes alternativas de gastos da seguridade**Cenário 1**

As alíquotas incidentes sobre a base de cálculo da CVA são calibradas para que ela substitua apenas a Cofins e a CSLL, com folga de receita. Neste conceito de base de cálculo, 27% da CVA deverá ser vinculada à saúde, mantendo-se suas demais fontes de receita, para garantir, em 1999, o gasto realizado em 1997;

Cenário 2

A hipótese adotada para a base de cálculo é a mesma, mas o gasto da saúde em 1999 aumentaria em R\$ 5,5 bilhões, que corresponderiam à necessidade adicional de recursos, com cumprimento pleno e universal dos aumentos já determinados. Se todos os novos requisitos de financiamento fossem atendidos com a expansão da CVA (coluna C, Tabela 2), seria necessário vincular 45% destes recursos à saúde;

Cenário 3

Nesse cenário, a CVA substitui não só a Cofins e a CSLL, mas também a CPMF. Na hipótese de que sejam mantidos em 1999 os gastos de saúde realizados em 1997, cerca de 40% da CVA seria comprometida com a saúde;

Cenário 4

A CVA não só substitui a CSLL, a Cofins e a CPMF, mas é implementado gasto adicional da ordem de R\$ 5,5 bilhões. Nesse caso, a saúde absorveria 62% dos recursos da CVA;

Cenário 5

A passagem do Cenário 1 (vinculação de 27%) ao Cenário 3 (vinculação de 45%) se daria de forma gradual, ao longo de três anos, com a adoção de percentuais de vinculação de 33%, 39% e 45%, respectivamente, em 2000, 2001 e 2002;

Cenário 6

A passagem do Cenário 4 ao Cenário 5 (base ampliada e atendimento de todas as demandas adicionais da saúde, a maior parte delas embasada em lei), ou seja, mudança da vinculação de 40% para 62% da receita da CVA à saúde, ocorreria ao longo de três anos, com vinculações de cerca de 47%, 55% e 62% respectivamente, para os anos de 2000, 2001 e 2002.

O cálculo dessas vinculações é particularmente útil para integrar os estudos de reforma tributária ao movimento de defesa das vinculações de receita pública ao financiamento setorial, tal como encaminhado na Proposta de Emenda Constitucional (PEC)⁹ da Saúde. Entretanto, levando-se em conta as últimas versões do projeto de reforma tributária apresentadas pela Comissão de Sistematização, cenários baseados exclusivamente na consolidação de várias contribuições sociais na CVA são insuficientes para caracterizar as possibilidades de alteração no quadro de fontes da seguridade social.

2.2.4 Os dois cálculos de IVA

No final do ano de 1999, a Comissão de Sistematização da Reforma Tributária, presidida pelo deputado Mussa Demes, acatou as principais sugestões da proposta do Ministério da Fazenda, que abandonava a separação entre a CVA e o novo IVA, reduzindo todas as mudanças nas contribuições sociais à criação de um adicional do novo IVA. Esse IVA, por sua vez, resultaria da consolidação do ICMS e do IPI. Por esta razão, é fundamental estimar a nova base de cálculo, submetendo-a, bem como as

um dos principais problemas na avaliação quantitativa de qualquer projeto de reforma tributária. O número excessivo de alíquotas vigentes dificulta a verificação da alíquota média, enquanto a desorganização das estatísticas sobre base de cálculo – aliada à falta de informação sobre as transações interestaduais e sobre o crédito fiscal – torna impraticável avaliar com precisão a base do imposto.

Os dados das contas nacionais não se mostram particularmente úteis, uma vez que sugerem uma dimensão maior para a nova base de tributação do que aquela derivada da realidade fiscal. O estudo feito pela FIPE (1998) para o Ministério da Fazenda, com base nas informações das contas nacionais, apurou uma base de arrecadação do IVA de R\$ 512,2 bilhões. De imediato, a maioria das secretarias estaduais de fazenda protestou contra esse valor, alegando que o mesmo não refletiria a base de apuração do atual ICMS, superestimando a potencialidade do novo tributo.¹⁰

Já que praticamente todos os projetos de reforma tributária em discussão no Brasil têm por inspiração a criação de um IVA, a alternativa contraposta à base utilizada pela FIPE apóia-se em informações correspondentes à base de cálculo do ICMS/IVA para o Estado de São Paulo, expandindo-a para o resto do país. Esse procedimento é ratificado por especialistas, como Bodin (1998: 26), que chama atenção para o fato de que:

“Os Estados são os únicos a disporem da base real das vendas a varejo, na medida em que o ICMS incide sobre todas as etapas de circulação, inclusive o varejo. Todos os Estados possuem os dados sobre o valor das vendas promovidas pelo comércio varejista. Essa fonte é real, escriturada e declarada pelas empresas, sendo, portanto, mais apropriada do que a usada pela FIPE”.

Sem dúvida, esta aproximação à base de cálculo do IVA, bem como dos Impostos Seletivos (IS) e do Imposto sobre Vendas a Varejo (IVV) é mais adequada do que a abordagem das contas nacionais. Ao trabalhar com uma base de arrecadação virtual ou potencial, os dados da FIPE projetam um cenário excessivamente otimista.¹¹ Isso decorre de duas dificuldades a serem ressaltadas:

- nem todos os estados estão aptos (ou dispostos) a fornecer os números necessários para as simulações desejadas;
- mesmo as bases reais, contabilizadas pelos estados, incorporam um certo grau de sonegação fiscal que afeta a projeção e a veracidade dos resultados obtidos.

▪ *Cálculo da base de arrecadação do IVA*

Em nossas simulações, o ponto de partida para aferir os efeitos da reforma é a apuração da base contábil do IVA. Como os dados das contas nacionais incorporam transações que não sofrem a incidência do imposto, como foi alertado anteriormente,

10 Para maiores detalhes sobre o estudo da Fundação Instituto de Pesquisa Econômica da Universidade de São Paulo, ver *Simulação de alíquotas, da arrecadação e do efeito preço da reforma tributária*. São Paulo, 1998.

11 Na verdade, nossas simulações, centradas nas bases declaradas do ICMS, projetam um cenário de arrecadação pessimista, inferior aos resultados possíveis da reforma.

trabalha-se com o valor da base de cálculo do IVA para o Estado de São Paulo, extrapolando-a para o restante do país.

Os valores da base contábil do IVA para o Estado de São Paulo¹² encontram-se na Tabela 10.

Tabela 10. Base de cálculo do IVA para setores selecionados no Estado de São Paulo (1998)

Setores	Valor Contábil Base Tributável	Em % do total	Alíquotas do ICMS praticadas no Estado de São Paulo	Estimativa de Arrecadação	Em % do total
1. Comércio Varejista	44.019	41,68	17%	7.483	37,51
2. Imposto Seletivo	61.593	58,32	-	12.466	62,49
. Combustíveis	13.910	13,18	20%	2.782	13,95
. Bebidas	7.287	6,90	20%	1.457	7,30
. Fumo	2.239	2,12	25%	560	2,81
. Telecomunicações	10.223	9,68	25%	2.556	12,81
. Energia elétrica	13.529	12,81	25%	3.382	16,95
. Veículos	14.405	13,64	12%	1.729	8,67
Total (1 + 2)	105.612	100,0	-	19.949	100,0

Fonte: Secretaria da Fazenda do Estado de São Paulo (SF/SP).

Para atualizar as informações acima para o ano de 1998, verificou-se inicialmente a participação da base do IVA no PIB a preços correntes de 1997. O percentual encontrado (supondo-se que não houve alteração na participação relativa) foi lançado sobre o valor do PIB a preços correntes de 1998, para que fosse obtida a base de arrecadação do IVA em 1998.

Para os setores selecionados, a base foi estimada de acordo com sua participação no total, conforme a Tabela 10, já mencionada.

Assim:

$$\begin{aligned} \text{Base de cálculo do IVA 97 / PIB 97 (a preços correntes)} &= \text{Participação relativa no PIB 97} \\ &= 101.504 / 866.723 = 11,71\% \\ \text{Participação relativa no PIB 97} * \text{PIB 98 (a preços correntes)} &= \text{Base de cálculo do IVA 98} \\ &= 11,71\% * 901.896 = 105.612 \end{aligned}$$

Com as informações referentes à base de cálculo do IVA para o Estado de São Paulo tornou-se viável expandir esse cálculo para o país, valendo-se da participação do estado no PIB brasileiro, estimada em 35%.¹³ Logo:

$$\begin{aligned} \text{Base total IVA 97} &= \text{Base IVA 97 (São Paulo)} / \text{Participação do estado no PIB} \\ &= 101.504 / 0,35 = 290.011 \\ \text{Base total IVA 98} &= \text{Base IVA 98 (São Paulo)} / \text{Participação do estado no PIB} \\ &= 105.612 / 0,35 = 301.748 \end{aligned}$$

▪ Os impactos das mudanças tributárias

Uma vez estimada a base de cálculo do IVA, podemos reproduzir o exercício realizado anteriormente, de modo a testar a viabilidade de se introduzir um adicional ao IVA com a finalidade de substituir a Cofins, o PIS, a CSLL, a CPMF e a Contribuição para o Salário-Educação.

Para a realização do exercício, com base nas informações de 1997 e depois reproduzido para 1998 e 1999, é necessário esclarecer que o método empregado consistiu em:

(a) Supor que o IVA substituirá, de antemão, o ICMS, o IPI e o ISS¹⁴ (veja-se *Total IVA*, nas Tabelas 11 e 12) e que a instituição de um adicional implicará aumento de sua alíquota, de acordo com as contribuições que o legislador proponha substituir. Nesse caso, para facilitar o entendimento, as alíquotas foram calculadas uma a uma, de acordo com a hipótese de substituição de contribuições sociais adotada. A alíquota total para o adicional do IVA, caso fossem extintas todas as contribuições mencionadas anteriormente, encontra-se na linha *Total adicional IVA*, das tabelas mencionadas;

(b) Estimar as alíquotas de substituição, utilizando-se como procedimento a divisão do valor da arrecadação do tributo a ser extinto/substituído pela base de cálculo do IVA no ano considerado. Logo:

$$\text{Alíquota do IVA e adicional} = \text{Arrecadação do tributo a ser extinto} / \text{Base de cálculo do IVA}$$

Tabela 11. Receita de impostos e contribuições sociais (R\$ milhões)

Receita	Arrecadação 97	Arrecadação 98	Estimativa 99
ICMS	39.364	60.926	60.787
IPI	16.833	16.306	15.540
ISS	5.200	5.200	5.200
Total IVA	81.597	82.432	81.527
Cofins	19.118	18.645	26.216
CSLL	7.696	7.704	6.904
PIS-PASEP	7.590	7.547	5.854
CPMF	6.909	8.118	7.976
Salário-Educação	2.689	2.382	2.919
Total adicional IVA	44.004	44.496	49.885
Total Geral	128.601	126.928	131.396

Fonte: Elaboração dos autores.

14 A arrecadação dos tributos federais tem como fonte a Secretaria da Receita Federal, a do ICMS foi obtida junto à Comissão Técnica Permanente (Cotepe) do Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Fazenda (CONFAZ), e a do ISS junto à Secretaria do Tesouro Nacional. A estimativa para 1999 foi realizada com base em: i) estimativa do Ministério de Orçamento e Gestão/SOF para a Cofins, CSLL, PIS/PASEP, Salário-Educação e CPMF (seis meses); ii) estimativa própria para ICMS e IPI, a partir da arrecadação verificada nos três primeiros meses de 1999; iii) estimativa própria para o ISS.

2.2.5 O IVA como alternativa de preservação da receita pública

Caso houvesse substituição plena dos tributos listados anteriormente, o valor das alíquotas do IVA e de seu adicional situar-se-ia ao redor de 43%, conforme detalhado na Tabela 12, o que pode ser considerado excessivo, já que não existe nenhum país no mundo com alíquotas tão elevadas para este imposto.

Tabela 12. Substituição de impostos e contribuições: alíquotas nominais médias necessárias base IVA %

Receita	Alíquotas Nominais Médias 97	Alíquotas Nominais Médias 98	Alíquotas Nominais Médias 98
ICMS	20,5	20,2	20,1
IPI	5,8	5,4	5,1
ISS	1,8	1,7	1,7
Total IVA	28,1	27,3	27,0
Cofins	6,6	6,2	8,7
CSLL	2,7	2,6	2,3
PIS-PASEP	2,6	2,5	1,9
CPMF	2,4	2,7	2,6
Salário-Educação	0,9	0,8	1,0
Total adicional IVA	15,2	14,7	16,5
Total Geral	43,3	42,1	43,5

Fonte: Elaboração dos autores.

À guisa de comparação, a Tabela 13 mostra as alíquotas do IVA para países que o adotam como modelo tributário.

Tabela 13. Alíquota geral do IVA em alguns países membros do CIAT

País	Alíquotas gerais (%)
Argentina	21
Barbados	15
Brasil	17; 18
Canadá	7
Chile	18
Colômbia	16
Costa Rica	13
Espanha	16
Estados Unidos	Não se aplica
França	20,6
Itália	20
México	15 (Normal); 10 (Zonas Fronteiriças)
Países Baixos	17,5
Portugal	17
Uruguai	23 (Básica); 14 (Mínima)
Venezuela	16,5

Fonte: CIAT (1999).

É necessário reconhecer, no entanto, que as empresas pagam atualmente uma excessiva carga de tributos, cujas alíquotas somadas não devem estar longe dos 43% acima. Ademais, a sustentação do sistema na tributação sobre o valor agregado, em lugar do faturamento, traz vantagens adicionais que podem representar o aumento da

O governo federal vem também considerando a possibilidade de não extinguir a CPMF, utilizando-a como uma espécie de antecipação do Imposto de Renda para os declarantes deste tributo. Nos casos em que o rendimento escapasse à declaração, a CPMF corresponderia à tributação definitiva.¹⁵

Uma proposta alternativa e mais restrita poderia supor que o IVA substituísse apenas o ICMS e o IPI, e o adicional do IVA apenas a Cofins, a CSLL e o Salário-Educação. Nesse caso, com base nos valores de 1998, a alíquota média do IVA seria de 25,6%, enquanto a do adicional do IVA seria de 9,6%. Tais alíquotas, ainda que elevadas, são, no entanto, mais viáveis.

De qualquer modo, o exercício realizado tem o mérito de permitir, a partir de uma base de cálculo realista (provavelmente subestimada), a avaliação do esforço que seria exigido de um Imposto sobre o Valor Adicionado e de seu adicional para manter a atual carga tributária brasileira.

Para finalizar, e como contraponto ao exercício realizado, foi elaborada a Tabela 14, a partir da base de cálculo do IVA estimada no trabalho realizado pela FIPE. Por razões já expostas, considera-se que essa base de cálculo "virtual" estaria superestimada, logo, as alíquotas médias necessárias ao IVA e ao adicional estariam subestimadas.

Em resumo, na hipótese do IVA substituir o ICMS, IPI e ISS, e do adicional do IVA substituir a Cofins, CSLL, PIS-PASEP, CPMF e Salário-Educação, com base nos valores de 1998, as alíquotas médias necessárias ao IVA e ao adicional do IVA seriam respectivamente de 27,3% e 14,7% no caso da base de cálculo realista (subestimada), e de 14,9% e 8,1% no caso da base de cálculo "virtual" (superestimada). Ou seja, nesse caso de extinção e substituição de impostos e contribuições sociais, a alíquota nominal média necessária ao IVA e ao adicional provavelmente corresponderia a um valor entre esses dois extremos.

Tabela 14. Estimativa das alíquotas nominais médias necessárias em % com base na estimativa da FIPE

Receita	Médias 97	Médias 98	Médias 99
ICMS	11,2	11,0	11,0
IPI	3,2	3,0	2,8
ISS	1,0	0,9	0,9
Total IVA	15,4	14,9	14,8
Cofins	3,6	3,4	4,7
CSLL	1,4	1,4	1,2
PIS-PASEP	1,4	1,4	1,1
CPMF	1,3	1,5	1,4
Salário-Educação	0,5	0,4	0,5
Total adicional IVA	8,3	8,1	9,0
Total Geral	23,7	23,0	23,8

Nota: Base de cálculo do IVA estimada pela participação do valor adicionado no PIB pela Fipec em 1996.
Fonte: Elaboração dos autores.

15 A proposta original relativa à criação da CPMF originou-se na Receita Federal, tendo sido inicialmente associada ao equacionamento da tributação de parte do setor informal da economia, caso fosse adotada a título de antecipação do IR.

Em valores correntes, o valor da base de cálculo do IVA seria de R\$ 530 bilhões em 1997 e de R\$ 552 bilhões em 1998 e 1999.

2.2.6 O financiamento da saúde e o IVA

✓ *O cenário pessimista*

No cenário mais pessimista sobre a base do IVA, baseado na extrapolação do ICMS de São Paulo, a substituição da Cofins, da CSLL e do Salário-Educação por um adicional do IVA (deixando-se de lado o PIS-PASEP e a CPMF, por razões já expostas) significaria a introdução de alíquotas adicionais em torno de 10%, perfazendo uma alíquota total de 38%, altamente irrealista diante dos padrões internacionais de tributação (Tabela 13).

As somas arrecadadas com tais alíquotas financiariam não só a saúde, levando em conta a necessidade de ampliação de suas fontes de receita ampliada, mas também as fontes da educação que são apoiadas pelas contribuições sociais e os gastos assistenciais da Previdência.

Com alíquotas de cerca de 8,4%, o adicional do IVA financiaria o patamar de gastos da saúde observado em 1998. Entretanto, subestimar as dificuldades decorrentes de uma decisão dessa natureza parece no mínimo leviano. Não só a simplificação tributária tornaria aparente a carga impositiva do novo IVA e de seu adicional, como motivaria um contencioso jurídico, justificado pelo volume de receita a questionar.

✓ *IVA na perspectiva otimista*

Se a base estimada é maior, as alíquotas necessárias à preservação da receita atual seriam aparentemente mais exequíveis que no cenário pessimista. Nesse caso, uma alíquota de 4% adicional sobre o IVA geraria recursos compatíveis com a necessidade de financiamento da saúde, dada a previsão de arrecadação de 1999, e mobilizaria, por exemplo, 85% da previsão de arrecadação da Cofins para este ano, conforme se verifica na Tabela 14.

Com tais alíquotas, se a base potencial não se concretizasse, o que parece provável, haveria desfinanciamento dos setores dependentes das fontes relativas às contribuições sociais. Igualmente, seria possível antecipar um impacto negativo sobre a viabilidade dos programas prioritários da área social, com desdobramentos semelhantes aos do cenário mais realista de arrecadação.

Em conclusão, duas estimativas do IVA podem ser consideradas como hipóteses pessimistas e otimistas de arrecadação, ou limites que permitem uma aproximação bastante confiável às alternativas de reforma tributária e à avaliação de suas conseqüências para o financiamento da saúde. Em nenhum dos casos o processo

2.2.7 O Estado “invisível” e a saúde: renúncia fiscal e o segmento da assistência médica supletiva

✓ *Os benefícios fiscais que afetam a arrecadação das contribuições sociais*

Segundo a orientação de Rosa (1996), que está embasada nos procedimentos empregados pelo Departamento do Tesouro norte-americano, o benefício ou gasto tributário (*tax expenditure*) seria definido como “o dispositivo legal de objetivo específico, alcançando um grupo relativamente restrito de contribuintes, setor ou região, e que, em princípio, poderia ser substituído por um programa de gasto direto”. Portanto, o benefício tributário teria como característica decisiva sua seletividade, que pode abranger contribuintes, setores ou regiões. No caso dos benefícios fiscais da saúde, essa seletividade é perversa e contrária ao movimento em curso de universalização da cobertura e de redistribuição da oferta de serviços no território, associado ao Sistema Único de Saúde (SUS).

No caso brasileiro o impacto direto desta renúncia sobre as fontes de financiamento setoriais é crescente. Além disso, ela corresponde a um gasto indireto do Estado que vem fortalecendo o segmento privado da assistência médica, sem gerar relações de reciprocidade e de convergência com as prioridades da política governamental para o setor.

Os benefícios fiscais são fortemente concentrados no IR e no IPI (Quadro 2). No triênio 1998/2000, o peso dos incentivos concedidos com base no IR foi de 1,12% do PIB em 1998, 0,96% do PIB em 1999 e é estimado em 1,17% do PIB para 2000. No caso do IPI, a participação é de 0,38%, 0,35% e 0,21% do PIB para os três anos, respectivamente (ver Tabela 15).

Aparentemente, os benefícios fiscais relativos à arrecadação das contribuições sociais, que têm forte participação no financiamento da saúde, estão decrescendo. Para o PIS-PASEP, a eliminação de alguns benefícios deve permitir que a diminuição seja de 0,04%, em 1998, para 0,01% em 2000. No total dos incentivos, a queda é ainda mais expressiva, de 2,02%, em 1998, para 0,80% em 2000. No caso da CSLL, há redução de 0,02%, em 1998, para praticamente zero em 2000, quando comparado ao PIB. No cômputo total, o peso dos incentivos relativos à CSLL cai de 1,29% em 1998 para 0,01% em 2000. Contrariando essa tendência, crescem os incentivos sob o amparo da Cofins, passando de 0,00%, em 1998, para 0,07% do PIB, em 2000, e de 0,22%, em 1998, para 4,36% em 2000, como proporção do total dos benefícios. Em boa medida, pode-se explicar esse aumento em função dos recordes ocorridos na arrecadação dessa contribuição.

Se a perda de receita associada às contribuições não é muito significativa, a discriminação dos principais benefícios tributários permite destacar os rendimentos isentos e não tributáveis como a modalidade mais dinâmica de renúncia de arrecadação, elevando-se de 0,46% em 1998 para 0,64% em 2000, como proporção do PIB.

Tabela 15. Consolidação dos benefícios tributários por tipo de receita

Receita tributária	Valor estimado Em R\$ milhões			Participação no PIB			Participação na receita administrada			Particip. Total de Benefícios		
	1998	1999	2000	1998	1999	2000	1998	1999	2000	1998	1999	2000
I. Imposto sobre Importação (II)	2.502	2.878	1.026	0,27	0,2	0,10	2,04	2,34	0,69	14,48	17,72	6,05
II. Imposto sobre Renda e												
Proventos (IR)	10.475	9.499	12.587	1,12	0,9	1,17	8,53	7,73	8,51	60,62	58,51	74,20
a) Pessoa Física	7.148	7.556	10.363	0,77	0,7	0,96	5,82	6,15	7,00	41,37	46,54	61,09
b) Pessoa Jurídica	3.292	1.908	2.213	0,35	0,1	0,21	2,68	1,55	1,50	19,05	11,75	13,04
c) Retido na Fonte	35	35	11	0,00	0,0	0,00	0,03	0,03	0,01	0,20	0,22	0,07
III. Imposto sobre Produtos												
Industrializados (IPI)	3.550	3.516	2.277	0,38	0,3%	0,21	2,89	2,86	1,54	20,55	21,65	13,42
a) Operações Internas	2.123	2.301	1.499	0,23	0,2	0,14	1,73	1,87	1,01	12,28	14,17	8,84
b) Vinculado à Importação	1.428	1.215	778	0,15	0,1	0,07	1,16	0,99	0,53	8,26	7,48	4,59
IV. Imposto sobre Operações												
Financeiras (IOF)	38	20	77	0,00	0,0	0,01	0,03	0,02	0,05	0,22	0,12	0,46
V. Imposto s/ Propriedade												
Territorial Rural (ITR)			15	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,09
VI. Contribuição Social para												
o PIS-PASEP	348	118	136	0,04	0,01	0,01	0,28	0,10	0,09	2,02	0,73	0,80
VII. Contribuição Social												
sobre o Lucro Líquido (CSLL)	222	123	2	0,02	0,01	0,00	0,18	0,10	0,00	1,29	0,76	0,01
VIII. Contrib. para o Financ.												
da Segur. Social (Cofins)	38		740	0,00	0,00	0,07	0,03	0,00	0,50	0,22	0,00	4,36
IX. Adic. de Frete para												
Renov. da Marinha Mercante	106	82	103	0,01	0,01	0,01	0,09	0,07	0,07	0,62	0,51	0,61
Total dos Benefícios	17.280	16.235	16.963	1,85	1,64	1,58%	14,07	13,2	11,47	100,0	100,0	100,0

Fonte: Secretaria da Receita Federal/MF.

Os rendimentos isentos e não tributáveis beneficiam as pessoas físicas e têm como item principal as ações ou quotas recebidas em bonificação, indenizações por rescisão de contrato de trabalho, benefícios recebidos de entidades de previdência privada, lucro na alienação de bens, rendimentos de caderneta de poupança e transferências patrimoniais (doações).

O segundo item mais importante corresponde às deduções mensais do rendimento tributário do Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF), que em proporção do PIB devem atingir 0,33% em 2000. Esta modalidade engloba os abatimentos com pagamentos efetuados para a previdência pública, com dependentes dos contribuintes (até o limite de R\$ 1.080) e com despesas médicas,¹⁶ odontológicas, hospitalares e exames, bem como com a instrução do contribuinte e de seus dependentes (até o limite individual de R\$ 1.700) e com contribuições para entidades filantrópicas e com os fundos da criança e do adolescente.

O Quadro 2 demonstra que a renúncia fiscal dirigida aos provedores de

Contratado	Não retém IR na fonte
Federal	Isonção total de tributos federais
Federal com verba própria	Isonção total de tributos federais
Estadual	Isonção total de tributos federais
Municipal	Isonção total de tributos federais
Filantrópico ⁽²⁾	Cofins, CSLL, IRPJ, PIS-PASEP
Filantrópico isento de tributos e contribuições sociais	Isonção total de tributos federais
Filantrópico isento de IR e CSLL	Cofins
Sindicato	Imposto de Renda
Universitário de ensino	Isonção total de tributos federais
Universitário de pesquisa público	Isonção total de tributos federais
Universitário de pesquisa	Isonção de tributos e contribuições sociais federais
Universitário de pesquisa isento de IR e CSLL	Isonção de IR e CSLL

(1) Privado, com fins lucrativos, não filantrópico, não universitário.

(2) Privado, sem fins lucrativos.

Mas as deduções permitidas às pessoas físicas e jurídicas pela compra de seguros (e serviços) de saúde certamente não são igualmente neutras. Para melhor entender este ponto é preciso apresentar as características desse mercado de serviços de saúde direta e indiretamente beneficiado pela renúncia de arrecadação.

▪ *Caracterização do mercado privado de saúde*

O mercado de serviços privados de saúde caracteriza-se pela natureza mercantil das relações entre seus agentes. O agente privado ofertante tem por objetivo atender (vender) seus serviços de assistência médica a uma clientela restrita de demandantes que podem pagar (comprar) os serviços oferecidos.

Essa relação contratual no mercado privado de serviços de saúde pode assumir diferentes modalidades contratuais, desde a compra direta pelo demandante ao ofertante dos serviços, até as mais complexas, que envolvem a intermediação de terceiros (caso dos planos e seguros de saúde).

Nessa perspectiva, os serviços privados de saúde caracterizam-se como uma forma de "assistência médica suplementar", posto que representam a opção pelo usuário de pagar pelo acesso à assistência médica, a despeito de seu direito de acesso gratuito ao Sistema Único de Saúde.

O mercado de serviços privados de saúde no Brasil é composto pelos seguintes segmentos (Almeida, C., 1998; Médici, 1992):

- Segmento privado (clínicas ambulatoriais e de exames complementares para diagnóstico e hospitais lucrativos e filantrópicos) contratado pelo setor público, para atendimento de uma clientela indiferenciada;
- Segmento médico-assistencial das empresas que, por meio de diversas modalidades, atendem a clientelas específicas vinculadas ao mercado formal de trabalho;

- Segmento médico-assistencial das famílias, cujas modalidades atendem a indivíduos e/ou famílias que voluntariamente compram serviços diretamente aos prestadores ou estabelecem contratos por meio de planos e seguros de saúde;

- Segmento beneficente filantrópico, voltado para clientela abertas e fechadas.

▪ *As Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (OPAS)*

As OPAS constituem os agentes intermediários entre os agentes demandantes de serviços privados de saúde (famílias e empresas) e os agentes prestadores desses serviços (hospitais, clínicas, laboratórios, médicos, etc.). Atualmente existem no Brasil as seguintes modalidades de OPAS (Almeida, 1998; ABRAMGE, 1999):

– Medicina de Grupo, constituída por empresas médicas, que administram planos de saúde para empresas, indivíduos ou famílias, e trabalham com vários tipos de planos. As entidades representativas são: Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE); Federação Brasileira de Hospitais (FBH); Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo (SINAMGE); Conselho Nacional de Auto-Regulamentação das Empresas de Medicina de Grupo (CONAMGE). Estimativas da ABRAMGE (1999), realizadas para o ano de 1998, apontavam que esse setor atendia 18,3 milhões de usuários, através de 740 empresas, com faturamento de US\$ 3,9 bilhões (ver Tabela 16). Cerca de 80% dessa população é coberta por planos com pessoa jurídica contratados diretamente pelos empregadores, em benefício de seus empregados e dependentes;

– Cooperativas Médicas, modalidade em que os médicos são simultaneamente sócios e prestadores de serviços e recebem pagamento de forma proporcional à produção de cada um (tipo e quantidade de atendimento), além de que participam do rateio do lucro final obtido pelas unidades municipais (chamadas singulares) – a Unimed representa a quase totalidade desse segmento do mercado, sendo a Confederação das Unimeds a entidade de representação nacional. Estimativas das Unimeds, realizadas para o ano de 1998, apontavam que atendiam 10,6 milhões de usuários, através de 360 empresas, com faturamento de US\$ 3,5 bilhões (ver Tabela 16).

– Planos Próprios das Empresas (autogestão), em que as empresas (na maior parte dos casos empresas/instituições estatais e da administração pública) administram programas de assistência médica para seus funcionários (autogestão) ou então contratam terceiros para administrá-los (co-gestão ou planos de administração, administrados através de empresas de Medicina de Grupo ou Cooperativa Médica), com financiamento através das empresas juntamente com seus funcionários. As entidades representativas são: Associação Brasileira dos Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas (ABRASPE) e o Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde (CIEFAS). Estimativas da ABRASPE/CIEFAS, realizadas para o ano de 1997, apontavam que esse setor atendia 8 milhões de usuários, com faturamento de

Tabela 16. Características da assistência médica suplementar no Brasil

Medicina de Grupo Dados: 1998	Unimeds Dados: 1998	Autogestão Dados: 1997	Seguradora Dados: 1997	
Forma de funcionamento	É conhecido por convênio médico, prestando serviços médico-hospitalares através de recursos próprios e contratados, cobrando valor per capita fixo.	Também conhecida como convênio médico, sendo organizada na forma de cooperativa de trabalho e cobra valor per capita fixo.	Atendimento médico-hospitalar oferecido por empresas, exclusivo para seus funcionários administrado diretamente ou por terceiros.	É o Seguro-Saúde, que permite livre escolha de médicos e hospitais pelo sistema de reembolso de despesas, no limite da apólice contratada.
Recursos Físicos				
Próprios	Sim	Sim	Não	Não
Credenciados	Sim	Sim	Sim	Não deveria
Usuários (mil)	18.300	10.671	8.000	4.000
Empresas	740	360	300	40
Consultas/ano	90,6 milhões	50,2 milhões	-	-
Internações hospitalares	1,8 milhão	968 mil	0,9 milhão	0,51 milhão
Médicos				
CLT	27.000	-	-	-
Credenciados	88.000	87.621	30.000	45.000
Empregados				
CLT	71.800	16.500	8.000	5.000
Indiretos	167.000	260.000	60.000	90.000
Hospitais				
Próprios	225	40	-	-
Credenciados	4.000	3.125	1.000	4.000
Leitos				
Próprios	20.900	2.185	-	-
Credenciados	363.000	283.000	50.000	300.000
Faturamento (US\$ bilhões)	3,9	3,5	4,6	4,0

Fonte: (ABRAMGE, 1999) – Dados divulgados pelas respectivas entidades.

A Medicina de Grupo, as Cooperativas Médicas e o Seguro-Saúde são financiados por meio de sistemas de pré-pagamento per capita (diretamente dos indivíduos/dependentes ou através das empresas). Nos Planos Próprios das Empresas, geralmente, utiliza-se o sistema de pós-pagamento. O valor pago mensalmente corresponde a um rateio dos gastos com saúde efetivamente realizados, no mês anterior, pela população de empregados coberta pelo plano (Almeida, 1998).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), criada em novembro de 1999, possui a responsabilidade de regulamentar as questões financeiras dos planos de saúde. Essas funções eram anteriormente divididas entre o Ministério da Saúde e a Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), ligada ao Ministério da Fazenda.

- *A regulamentação dos planos de saúde*

A Lei n. 9.656/98 (redação da Medida Provisória n. 1.976-24/98) regulamentou os planos e seguros privados de assistência à saúde. Destacam-se as seguintes definições da citada legislação:

• Art. 1º – Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:

I – Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando à assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso e pagamento direto ao prestador;

II – Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo;

III – Carteira – o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos.

§ 1º – Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que a diferenciem de atividade exclusivamente financeira, tais como: a) custeio de despesas; b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada; c) reembolso de despesas; d) mecanismos de regulação; e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais.

Todas as empresas de planos e de seguros de saúde, desde o dia 3 de dezembro de 1999, estão obrigadas a oferecer, em sua carteira de produtos, um plano de referência que reúna a cobertura ambulatorial (consultas e exames), hospitalar, obstétrica e odontológica. Os clientes antigos que tenham coberturas menos completas terão a opção de migrar para o plano mais abrangente, pagando a eventual diferença de preços que exista entre os produtos. A ABRAMGE estima que a obrigatoriedade do plano de referência não deve afetar as grandes empresas que já oferecem planos com todas as coberturas, mas deve afetar as empresas menores, principalmente, com relação à inclusão da cobertura odontológica. A ABRAMGE estima também que um número pequeno de consumidores deverá optar pela mudança para o plano de referência, pois a cobertura odontológica encarece muito o preço do plano (do total de 40 milhões de consumidores, apenas 2 milhões têm planos de cobertura

sejam prestados diretamente pela empresa, por entidades afiliadas constituídas para este fim, com personalidade jurídica própria e sem fins lucrativos, ou ainda por terceiros especializados, como no caso da assistência médico-hospitalar.

Os recursos despendidos pelas empresas na manutenção dos programas assistenciais somente são considerados como despesas operacionais quando devidamente comprovados, mediante manutenção de sistema de registros contábeis específicos capazes de demonstrar os custos pertinentes a cada modalidade de assistência e quando as entidades prestadoras também mantenham sistema contábil que especifique as parcelas de receita e de custos dos serviços prestados.

Não estão sujeitas ao IRPJ e CSLL na área dos serviços de saúde, as instituições de assistência social sem fins lucrativos (Constituição Federal, Art. 150; RIR/99, Art. 170). Consideram-se imunes essas instituições que prestem os serviços para os quais houverem sido instituídas e os coloquem à disposição da população em geral, em caráter complementar às atividades do Estado, sem fins lucrativos (Lei n. 9.532/97, Art. 12). Considera-se entidade sem fins lucrativos a que não apresente superávit em suas contas ou, caso o apresente em determinado exercício, destine o resultado, integralmente, à manutenção e ao desenvolvimento dos seus objetivos sociais (Lei n. 9.532/97, Art. 12; Lei n. 9.718/98, Art. 10).

Para o gozo da imunidade, as instituições estão obrigadas a atender aos seguintes requisitos (Lei n. 9.532/97, Art. 12):

I – não remunerar, por qualquer forma, seus dirigentes pelos serviços prestados;

II – aplicar integralmente seus recursos na manutenção e desenvolvimento dos seus objetivos sociais;

III – manter escrituração completa de suas receitas e despesas em livros revestidos das formalidades que assegurem a respectiva exatidão;

IV – conservar em boa ordem, pelo prazo de cinco anos, contado da data da emissão, os documentos que comprovem a origem de suas receitas e a efetivação de suas despesas, bem como a realização de quaisquer outros atos ou operações que venham a modificar sua situação patrimonial;

V – apresentar, anualmente, Declaração de Rendimentos, em conformidade com o disposto em ato da Secretaria da Receita Federal;

VI – recolher os tributos retidos sobre os rendimentos por elas pagos ou creditados e a contribuição para a seguridade social relativa aos empregados, bem como cumprir as obrigações acessórias daí decorrentes;

VII – assegurar a destinação de seu patrimônio a outra instituição que atenda às condições para gozo da imunidade, no caso de incorporação, fusão, cisão ou de encerramento de suas atividades, ou a órgão público;

VIII – outros requisitos, estabelecidos em lei específica, relacionados com o funcionamento das entidades a que se refere este artigo.

A imunidade de que trata esta seção é restrita aos resultados relacionados com as finalidades essenciais das entidades nela mencionadas (CF, art. 150; RIR/99, Art. 171). Estão também isentas do IRPJ e CSLL as instituições de caráter filantrópico e as associações civis que prestam os serviços para os quais foram constituídas e os colocam à disposição do grupo de pessoas a que se destinam, sem fins lucrativos (Lei n. 9.532/97, Art. 15 e 18; RIR/99, Art. 174).

Também as sociedades cooperativas que obedecerem ao disposto na legislação específica não terão incidência do IRPJ e CSLL sobre suas atividades econômicas, de proveito comum, sem objetivo de lucro (Art. 3 Lei n. 5.764/71; Art. 69 Lei n. 9.532/97; Art. 182 RIR/99).

• Cooperativas

O entendimento consagrado no Judiciário é de que a atuação das sociedades cooperativas, qualquer que seja o seu ramo, não gera o nascimento de obrigações tributárias, em face da sua peculiar modalidade operacional, calcada em estrutura jurídica própria (Lei n. 5.764/71). Especificamente no caso cooperativas que prestam serviços de saúde (Unimed, em sua quase totalidade), não há incidência do ISS, Cofins, PIS-PASEP, IRPJ e CSLL sobre as atividades da cooperativa.

As sociedades cooperativas regem-se, entre outros, pelo princípio da “dupla qualidade” dos associados (cooperados). O cooperado mantém com a cooperativa uma relação de associado e, ao mesmo tempo, de usuário dos serviços prestados pela sociedade. A finalidade das cooperativas de trabalho (caso das cooperativas médicas) é a de associar profissionais (médicos, no caso), proporcionando-lhes as condições de organização e planejamento comum de seu trabalho, transformando-o em uma “atividade econômica” que é colocada, pela sociedade, à disposição dos usuários. Trata-se da característica instrumental da sociedade, que se confunde com a atuação dos próprios médicos cooperados. Nesse sentido, toda a atuação da cooperativa, compreendendo os atos direcionados à operacionalização das atividades conjuntas de seus associados, tem a denominação de “atos cooperativos” (Lei n. 5.764/71; Unimed, 1999).

“Ato cooperativo”, por conseguinte, compreende todo o relacionamento do cooperado com a cooperativa, na obtenção dos serviços indispensáveis à materialização e coletivização da atividade econômica que constitui o seu objeto. Para a consecução desses fins, as cooperativas têm um complexo de competências, que não se resumem no relacionamento com seus sócios, mas na relação com os interessados em obter o produto da atividade econômica de seus cooperados (usuários, no caso), e também na relação com titulares de iniciativas e serviços técnicos auxiliares (hospitais, exames, etc.) para que a atividade-objeto dos cooperados se complemente. Portanto, a cooperativa não presta serviços (hospitalares ou auxiliares) aos usuários, mas aos próprios cooperados, para que possam atuar economicamente nos contratos celebrados pela sociedade

Também não há incidência do IRPJ (e CSLL) sobre as atividades econômicas das cooperativas, de proveito comum, sem objetivo de lucro (Art. 3 Lei n. 5.764/71; Art. 69 Lei n. 9.532/97; Art. 182 RIR/99).

Existe ainda o entendimento no Judiciário de que os tributos do PIS-PASEP e Cofins não incidem sobre as receitas dos cooperados. A Lei Complementar n. 70/91, que trata da Cofins, no Art. 6, trata especificamente da não-incidência do citado tributo sobre os atos próprios da atuação das sociedades cooperativas. Quanto ao PIS, continua incidindo apenas sobre a folha de pagamento dos empregados das cooperativas (Unimed, 1999).

Em 30 de junho de 1999, a União editou a Medida Provisória n. 1.858-7, passando a exigir que as cooperativas de trabalho passassem a recolher a Cofins. As cooperativas passaram a contestar na Justiça essa medida. As cooperativas vêm obtendo liminar que as isenta do pagamento da Cofins, conseguindo suspender a cobrança de 3% sobre seu faturamento. O argumento central das cooperativas é de que o pagamento da Cofins é indevido porque a Medida Provisória n. 1.858-7/99 – que instituiu a cobrança – não poderia revogar a Lei Complementar n. 70/91, que estabelecia a isenção. As cooperativas argumentam que o procedimento adotado pelo governo fere dois princípios constitucionais: o da hierarquia das leis e o da anterioridade.¹⁷

Outra polêmica tributária, envolvendo as cooperativas diz respeito à Lei n. 9.876, de 26 de novembro de 1999, que alterou a Lei do Custeio da Seguridade Social (Lei n. 8.212/91), introduzindo um novo tributo (inciso IV, do art. 22, da Lei n. 8.212/91) que procura incidir sobre as empresas que celebram contratos com as sociedades cooperativas. Assim, pelo novo texto, além das obrigações de recolher a contribuição previdenciária sobre a remuneração paga aos seus empregados, trabalhadores avulsos, contribuintes individuais e outras, a empresa estará obrigada a contribuir com “15% sobre o valor bruto da nota fiscal ou fatura de prestação de serviços, relativamente a serviços que lhe são prestados por cooperados por intermédio de cooperativas de trabalho”. O tributo passaria a vigorar a partir de primeiro de março de 2000.¹⁸

17 Os advogados das cooperativas argumentam que a MP não pode revogar lei complementar porque as MP têm força de lei ordinária e as leis complementares são hierarquicamente superiores às ordinárias, porque exigem maioria de 2/3 da casa legislativa para sua aprovação. A Justiça vem acolhendo esses argumentos das cooperativas, suspendendo o recolhimento da COFINS até o julgamento do mérito da ação (*Revista Consultor Jurídico*, 23 ago. e 18 out. 1999; 28 jan. 2000).

18 As cooperativas de trabalho estão contestando na Justiça esse novo tributo, sob o argumento de que o mesmo é inaplicável às contratações realizadas pelas cooperativas de trabalho, além de considerarem que esta norma não tem validade por ser inconstitucional. Para melhor entendimento dessa questão, vale destacar trechos das “Conclusões de Workshop Jurídico” realizado pela UNIMED do Estado de São Paulo (Disponível na Internet: <unimedfesp.com.br>, 14 abr. 2000) e que discutiram essa matéria: A nova lei não estabelece relação jurídica incidente sobre as cooperativas de trabalho. Cria um comando que busca onerar as empresas que contratem com as cooperativas de trabalho, fixando um percentual de 15%, dispondo de forma equivocada que tal alíquota vai incidir sobre o “valor bruto da nota fiscal ou fatura de prestação de serviços”. Dispõe a lei que essa nota fiscal ou fatura deve se relacionar a “serviços prestados por cooperados por intermédio de cooperativas”.

A Lei n. 9.876/99 determina que o tomador de serviços é quem deve pagar os 15%, mas na prática significa que as cooperativas é que estarão sendo tributadas, isso porque, provavelmente, o valor recolhido pela empresa seria negociado quando da contratação dos serviços da cooperativa. Dessa forma, a aplicação da Lei n. 9.876/99 tende a encarecer o custo da contratação dos serviços das cooperativas de trabalho (*Revista Consultor Jurídico*, 19 fev. 2000).

A Lei n. 9.876/99 está sendo contestada por uma verdadeira enxurrada de processos. Em vez de esperar que as empresas recorram à Justiça, as próprias cooperativas estão conseguindo liberar seus clientes da obrigação. Só na cidade de São Paulo existem mais de 40 mandados de segurança – em nome de cooperativas e empresas que contratam serviços das cooperativas – contestando o recolhimento dos 15%. As cooperativas, com base na argumentação acima exposta, vêm conseguindo na Justiça liminar suspendendo a obrigação das tomadoras de serviços de recolherem ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) 15% sobre o valor dos serviços prestados por cooperativas de trabalho. Por enquanto, nenhuma liminar foi cassada; os recursos, impetrados pela Procuradoria do INSS, ainda não haviam sido apreciados (*Revista Consultor Jurídico*, 17 mar. e 6 abr. 2000).

Vale notar que, na prática, a tendência é que as empresas produtivas não sejam obrigadas a recolher a contribuição ao INSS (no percentual de 20%, em geral, ou de 15%, no caso das cooperativas) quando contratam qualquer entidade médica. Quando a empresa contrata os serviços de um Seguro-Saúde, não recolhe para o INSS porque o Seguro-Saúde alega que não são eles que tomam ou contratam o serviço, apenas reembolsando à empresa, segundo as condições do contrato/apólice, as despesas incorridas com o prestador do serviço médico. A tendência das administradoras de planos de saúde da Medicina de Grupo é somente contratarem serviços de sociedades civis de médicos, de modo que também não tenham de recolher a contribuição ao INSS. Da mesma forma, um hospital filantrópico ou sem fins lucrativos que possua um plano de saúde privado, não recolhe ao INSS porque é isento dessa contribuição. De modo que a contribuição de 20% ao INSS, na prática, só é recolhida nos serviços em que a empresa contrata diretamente com os médicos.

Finalmente, numa comparação entre a carga fiscal que incide sobre a renda gerada nos serviços privados de saúde de uma cooperativa com uma empresa de Medicina de Grupo, quando se observa de maneira integrada a tributação da pessoa jurídica (empresa ou cooperativa) e das pessoas físicas (empregadores e assalariados ou cooperados), pode-se concluir que: i) na Medicina de Grupo a pessoa jurídica pagaria muito e a pessoa física pouco; ii) ao contrário, nas cooperativas a pessoa jurídica pagaria pouco e a pessoa física muito. De qualquer modo, tais modalidades de renúncia, além de incentivarem comportamentos “privados” dos agentes envolvidos nesse segmento da produção de serviços de saúde, afetam a receita geral do Estado, assim como as contribuições sociais.

Art. 174). A isenção será reconhecida pela Secretaria da Receita Federal e alcançará os rendimentos obtidos a partir da existência da reciprocidade de tratamento, não podendo originar, em qualquer caso, direito à restituição de receita.

A respeito dos benefícios fiscais das entidades filantrópicas, destaca-se que no último mês de novembro de 1999, o Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu, por unanimidade, manter a liminar contra a Lei da Filantropia (Lei 9.732/98) impetrada pela Confederação Nacional de Saúde (representa as Santas Casas e hospitais beneficentes), garantindo a isenção da contribuição previdenciária de entidades filantrópicas, que havia sido suspensa em maio, quando a lei foi regulamentada (estabelecia que só haveria isenção da contribuição previdenciária para entidades que promovessem exclusivamente assistência social ou, no caso da saúde, as que tivessem pelo menos 60% de seu atendimento dirigido a pacientes do SUS). Por unanimidade, o plenário do STF manteve a isenção de impostos de hospitais e entidades beneficentes que cobram por serviços de quem pode pagar. A liminar foi confirmada porque os ministros adotaram um conceito mais amplo de filantropia.

Ou seja, entendeu-se que mesmo a gratuidade parcial do serviço prestado não elimina o direito à isenção, dando um sentido mais amplo ao termo beneficente, exatamente por estar se referindo às diversas entidades que podem surgir no universo da seguridade social, não exigindo filantropia. Basta que a entidade não tenha fins lucrativos para ser beneficiada com a isenção. O conceito inclui não só as entidades filantrópicas, que dão assistência, mas também as que atuam em educação e saúde (*Revista Consultor Jurídico*, 12 nov. 1999).

Atualmente, são cerca de 2.500 instituições, que internam 600 mil pessoas por mês e atendem 1,2 milhão em consultas. O governo brasileiro criou a figura do "hospital filantrópico", que enquadra cerca de 6.324 hospitais dos 6.500 hospitais existentes no país (Morais, 1999).

✓ *Dedução dos gastos com saúde para efeito do Imposto de Renda*

A renúncia de arrecadação fiscal na área do Imposto de Renda através da dedução dos gastos de saúde constitui importante componente do financiamento do sistema privado de saúde. Nas duas últimas décadas, havia as seguintes possibilidades de dedução dos gastos com saúde para efeito do IRPF (usuários do sistema privado de saúde) (Almeida, 1998; Médici, 1992):

– Até 1986, era integral a possibilidade de abatimento dos gastos com saúde para efeito do cálculo do Imposto de Renda devido, limitado a despesas médicas e odontológicas efetivamente realizadas e pagas diretamente pelo cliente, não estando incluídos os recursos gastos com planos de saúde, sejam familiares ou de empresas, bem como despesas com psicanalistas e outras especialidades;

– A partir de 1988 (ano-base 1987) todas as despesas com saúde do titular e seus dependentes passaram a ser abatidas, exceto aquelas pelas quais o indivíduo tenha sido reembolsado ou coberto por seguro e algumas outras, como despesas com

medicamentos, óculos, próteses, etc. No entanto, a parcela gasta não reembolsada pela empresa poderia ser abatida, desde que devidamente comprovada;

– Em 1989 (ano-base 1988), foi introduzida a possibilidade de dedução das despesas com fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, desde que comprovada a existência de laudo médico;

– Em 1990 (ano-base 1989), somente foi deduzido o montante que superasse, em cada mês, 5% da renda bruta auferida naquele mês. No entanto, poderiam ser abatidas as despesas gastas com seguro e planos de saúde que excedessem esse limite;

– A partir de 1991 (ano-base 1990), retornou-se à possibilidade de restituição integral dos gastos com saúde.

Na declaração de rendimentos da pessoa física podem ser deduzidos os pagamentos efetuados, no ano-calendário, a médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e hospitais, bem como as despesas com exames laboratoriais, serviços radiológicos, aparelhos ortopédicos e próteses ortopédicas e dentárias (Lei n. 9.250/95, Art. 8; RIR/99, Art. 80). O disposto:

– Aplica-se, também, aos pagamentos efetuados a empresas domiciliadas no país, destinados à cobertura de despesas com hospitalização, médicas e odontológicas, bem como a entidades que assegurem direito de atendimento ou ressarcimento de despesas da mesma natureza;

– Restringe-se aos pagamentos efetuados pelo contribuinte, relativos ao próprio tratamento e ao de seus dependentes;

– Não se aplica às despesas ressarcidas por entidade de qualquer espécie ou cobertas por contrato de seguro.

No caso das pessoas jurídicas, para efeito do cálculo do IRPJ, consideram-se como despesas operacionais os gastos realizados pelas empresas com serviços de assistência médica, odontológica, farmacêutica e social, destinados indistintamente a todos os seus empregados e dirigentes (Lei n. 9.249/95, Art. 13; RIR/99, Art. 360). Essa medida alcança os serviços assistenciais que sejam prestados diretamente pela empresa, por entidades afiliadas para este fim constituídas com personalidade jurídica própria e sem fins lucrativos, ou, ainda, por terceiros especializados, como no caso da assistência médico-hospitalar. Os recursos despendidos pelas empresas na manutenção dos programas assistenciais somente serão considerados como despesas operacionais quando devidamente comprovados, mediante manutenção de sistema de registros contábeis específicos capazes de demonstrar os custos pertinentes a cada modalidade de assistência e quando as entidades prestadoras também mantenham sistema contábil que especifique as parcelas de receita e de custos dos serviços prestados.

Com base no tratamento fiscal facultado às pessoas físicas e jurídicas que compram serviços de assistência médica suplementar, é possível fazer uma primeira aproximação ao financiamento indireto do Estado a este segmento do mercado.

Estima-se que o setor de assistência médica suplementar movimentava cerca de

renúncia fiscal da ordem de R\$ 800 milhões no IRPJ (alíquota-base 25%). Quanto às pessoas físicas, na faixa da alíquota de 15%, 962,1 mil contribuintes deduziram R\$ 1,39 bilhão, significando R\$ 168 milhões de renúncia fiscal no IRPF; na faixa da alíquota de 25%, 1,7 milhão de contribuintes deduziram R\$ 5,97 bilhões, representando outros R\$ 726 milhões de renúncia fiscal no IRPF (ver Tabela 17).

Tabela 17. Totalização dos abatimentos das pessoas físicas (ano-calendário: 1998)

Estados	Isentos		Alíquota 15%		Alíquota 25%	
	Declarantes	Abatimentos	Declarantes	Abatimentos	Declarantes	Abatimentos
AC	119	121.784,65	1.892	2.726.301,08	3.088	8.323.626,14
AL	1.070	1.709.690,63	7.698	12.842.359,08	13.122	50.694.328,44
AM	681	586.258,01	7.799	8.816.513,62	13.033	36.463.664,32
AP	128	112.644,68	1.792	2.071.709,19	2.723	6.217.417,73
BA	4.830	8.232.850,30	36.874	53.476.815,12	62.353	198.411.775,23
CE	2.856	3.555.962,90	18.243	21.717.721,50	34.946	91.504.211,77
DF	3.301	4.429.899,48	26.439	32.441.124,15	73.341	212.465.589,45
ES	2.551	4.265.312,19	18.434	24.947.134,55	32.215	87.716.963,62
GO	2.653	3.109.324,34	17.709	22.531.140,90	28.786	105.309.203,80
MA	2.006	1.716.600,16	10.035	11.616.599,30	13.532	41.179.686,21
MG	12.505	107.118.839,23	88.821	115.024.044,93	144.883	486.474.457,08
MS	1.589	2.183.126,71	9.668	12.493.097,07	14.505	49.028.815,38
MT	1.316	1.544.652,02	7.968	13.678.801,95	13.823	56.693.009,07
PA	1.793	1.831.848,31	15.411	18.233.842,10	25.278	70.740.122,91
PB	1.171	1.787.451,15	8.578	11.451.807,34	15.885	51.356.322,75
PE	3.798	6.840.029,07	30.422	44.839.606,94	51.012	180.893.269,04
PI	622	523.025,75	4.506	4.064.730,93	8.461	19.384.352,90
PR	8.384	11.387.173,68	51.813	70.870.555,18	88.326	278.554.399,48
RJ	21.827	40.416.729,40	128.210	203.364.636,23	245.875	929.996.053,97
RN	1.058	1.652.660,49	9.434	13.650.245,80	16.627	47.906.384,89
RO	271	268.493,37	4.820	5.830.312,57	6.913	17.625.784,85
RR	111	75.601,72	1.135	1.074.748,66	1.131	2.622.359,98
RS	8.509	11.294.243,34	62.289	83.281.957,85	115.228	367.246.057,55
SC	2.935	3.474.920,67	27.681	33.090.797,60	49.660	142.964.110,78
SE	769	934.855,31	5.691	6.208.052,29	12.619	28.752.672,86
SP	51.399	108.025.343,71	356.975	559.209.598,52	620.953	2.392.294.766,51
TO	177	151.145,52	1.531	1.646.425,23	2.432	8.083.099,69
Exterior	67	97.662,85	268	619.918,01	526	1.848.419,97
Total	138.496	327.448.129,64	962.136	1.391.820.597,69	1.711.276	5.970.740.926,37

Fonte: SRF/MF.

Embora os dados relativos às despesas tributárias na área médica sejam incipientes, pode-se através de outras fontes verificar o elevado grau de iniquidade que este tipo de dedução provoca.

Do montante de recursos orçamentários utilizados para gastos com internação, no período de 1993 a 1998, os hospitais privados ficaram com 70,3% dessas verbas, em 1993 e com 56,3%, em 1998.¹⁹ Embora declinante, a participação da receita da saúde direcionada ao setor privado é bem maior do que a parcela dirigida aos hospitais públicos e universitários. Neste caso, nota-se que há um expressivo aumento dos pagamentos feitos aos hospitais universitários, que saltam de 15,1%, em 1993, para 26,7% em 1998. Já os hospitais públicos, que haviam recebido 14,6%, em 1993, para o pagamento das internações, auferiram 17% em 1998, com modesto crescimento de 2,4% desses recursos.

A distribuição regional dos recursos utilizados pelo SUS, evidencia melhor o tipo de distorção criado no sistema de saúde brasileiro no período entre 1993 e 1998. Em média, a Região Norte ficou com 4% a 4,2%, a Região Nordeste com 24% a 25% e a Região Centro-Oeste, com 6,5% a 6,8% dos recursos públicos utilizados para o pagamento de internações hospitalares, as Regiões Sul e Sudeste se apropriaram de, aproximadamente, 65% da receita disponível.

Evidentemente, essa situação é reflexo da forte concentração hospitalar nas regiões mais ricas do país. As Regiões Sul e Sudeste detêm juntas 52,3% do universo de estabelecimentos hospitalares no Brasil (estimado em aproximadamente 7.300 unidades) em 1993. Essa participação continuava alta em 1998, atingindo 48%. A Região Nordeste vem logo em seguida com um pouco mais de 30% dos hospitais existentes, e por fim, a Região Centro-Oeste, com 11%, em média, e a Região Norte, com 8%.

Quando essa informação é decomposta de acordo com a modalidade do hospital, fica ainda mais evidente a concentração de serviços e recursos nas regiões mais ricas do país. Tomando-se o caso dos hospitais privados (contratados, sindicatos e todas as categorias de filantrópicos), nota-se que, embora a participação tenha sido declinante no período entre 1993 e 1998, mais de 42,5% situavam-se nas Regiões Sul e Sudeste, em 1993, reduzindo a participação para 37,2% em 1998. De todo modo, mais de um terço dos hospitais privados do país estão concentrados nas Regiões Sul e Sudeste.

No caso dos hospitais públicos, a situação se inverte: enquanto os hospitais públicos (federais, estaduais e municipais) detêm juntos, no período em tela, participação no total em torno de 9% nas Regiões Sul e Sudeste, no cômputo das demais regiões essa participação é crescente, passando de 20,2% em 1993 para 25,2% em 1998.

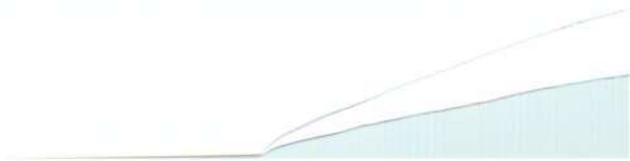
2.2.8 Financiamento público, objetivos privados

Em vista das evidências apresentadas, é possível concluir que os gastos tributários são iníquos, por serem utilizados por famílias de mais alta renda nas suas declarações de renda e por empresas com elevado faturamento (aquelas que podem pagar alguma modalidade de assistência médica para os seus empregados). Além disso, são concentrados nas regiões mais ricas, onde está a maior rede de serviços que deles se

pública tem a primazia nas regiões mais pobres, os gastos do SUS com internação são fortemente concentrados nas Regiões Sul e Sudeste, como seria de esperar, em função da presença de muitos e grandes hospitais nessas duas regiões. Assim, se a rede hospitalar pública é predominante nas regiões mais pobres, e o sistema continua fortemente centralizado em seu conjunto, parece claro que a batalha pela preservação da capacidade de financiamento público da saúde responde apenas parcialmente à questão da melhor distribuição da rede de serviços.

Enquanto os melhores esforços do setor saúde se dirigem à defesa e ampliação de sua capacidade de financiamento, estabelecendo cenários de mudança e vinculações que permitam, no mínimo, manter o status quo em termos de recursos, avança de forma corrosiva o gasto indireto do Estado, consubstanciado na crescente renúncia de arrecadação.

De um lado, a batalha se dá em torno a mudanças na Constituição, em processo onde a capacidade de intervenção dos defensores do programa público de saúde tem se manifestado em inúmeras oportunidades. De outro lado, ao abrigo silencioso da legislação infraconstitucional, benefícios fiscais crescentemente significativos têm sido apropriados pelo segmento de assistência médica supletiva, sem qualquer integração entre as duas modalidades de financiamento, ou o estabelecimento de um mínimo de convergência entre as duas agendas.



Apêndice²⁰

1 – As contribuições sociais de caráter público

1.1 – Base de cálculo: folha de pagamento

1.1.1 – Contribuições previdenciárias de empregados e empregadores

A Previdência Social no Brasil atravessou um período de ampla reformulação organizacional, a partir de 1977. Nesse ano, foi instituído o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), integrado pelo Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social (INPS); pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), extinto em 1993; pelo Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS); pela Legião Brasileira de Assistência (LBA), extinta em 1990; pela Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor (Funabem), também extinta nos anos 90, e a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev).

De imediato, é possível notar que esse arranjo organizativo permitiu que convivessem no âmbito da Previdência programas de seguro social, assistência médica e assistência social. Evidentemente, a assunção de diversas funções que escapavam ao mero seguro previdenciário terá impacto direto no financiamento do sistema e, em particular, no emaranhado de tributos que são criados com a finalidade de atender a cada um destes programas.

Voltados para o financiamento do sistema, foram designados recursos provenientes das contribuições compulsórias, de empregados e trabalhadores, das contribuições da União e de outras receitas. As contribuições compulsórias – representando, em média, na década de 80, 89% da receita total do SINPAS – mantiveram como principal base de incidência a folha de salários urbanos.²¹ As contribuições da União (7% da receita global) correspondiam ao total dos recursos oriundos das contribuições sobre a arrecadação de loterias e das competições hípcas e sobre o “preço ex-refinaria” de combustíveis automotores, acrescido de parcela de 3,6% do imposto de importação e dotações do orçamento fiscal. Finalmente, faziam parte das outras receitas, como ocorre até hoje, as multas, os juros moratórios, as rendas patrimoniais, industriais, financeiras e outras.

O equilíbrio entre receitas e despesas da Previdência foi relativamente estável até o início dos anos 80, em virtude do crescimento demográfico, da expansão econômica do período 1970/73 e da própria imaturidade do sistema previdenciário. Com a recessão econômica do período entre 1981 e 1983, que deprimiu violentamente o volume de emprego formal e o nível de rendimentos reais, afetando a folha de pagamento das empresas, a volatilidade das receitas previdenciárias tornou-se patente. Ampliou-se, conseqüentemente, o descasamento entre as bases de financiamento do sistema e o volume de suas obrigações, expresso na ocorrência de déficits persistentes.

O diagnóstico oficial passou a apregoar como solução para a crise financeira da

Substituiu-se o sistema de alíquota única para os empregados (na ocasião de 8%), pelo de alíquotas progressivas, que variavam de 8,5% a 10%, conforme o enquadramento por faixas de salário de contribuição. Para as empresas, elevou-se de 8% para 10% a alíquota básica de contribuição incidente sobre o total de remuneração paga aos empregados até o limite de 20 salários mínimos.

Essas modificações permitiram à Previdência encerrar o ano de 1982 sem déficit, após três anos consecutivos em que as despesas superaram as receitas. Entretanto, em 1983, manifestações de novos desequilíbrios financeiros voltaram a se apresentar.

Para combater o novo foco de desequilíbrio, o governo federal, na figura do Ministério da Previdência, recorreu à antecipação no prazo de recolhimento das contribuições dos segurados, pelo Decreto-lei n. 2.087/83, alterando o pagamento do último para o décimo dia útil do mês seguinte ao da ocorrência do fato gerador. Em razão do êxito obtido com esse procedimento, que garantia menor corrosão das receitas pela inflação, voltou-se a adotá-lo em 1985, englobando dessa vez as empresas em geral (Decreto n. 91.406/85).

A fase de recuperação econômica instaurada em 1984, com reflexos positivos sobre o emprego e a massa salarial, permitiu que a Previdência Social voltasse a gozar de certa estabilidade em seu fluxo financeiro. Os sinais favoráveis da retomada foram magnificados com a adoção do Plano Cruzado, registrando-se superávits orçamentários para o período compreendido entre os anos de 1986 e 1988.

Novas modificações legais foram introduzidas em 1986, com base no Decreto-lei n. 2.318/86 que determinou, entre outras coisas, a fixação do limite máximo do salário de contribuição dos segurados em 20 vezes o salário mínimo de referência, desvinculando-o, portanto, do comportamento do salário mínimo; a eliminação do teto de contribuição da empresa, anteriormente estipulado em 20 vezes o salário mínimo; a criação de alíquota adicional de 2,5% sobre a folha de salários das instituições financeiras; e a extinção da receita proveniente do Excedente da Arrecadação de Terceiros, tendo em vista que houve também liberação do teto no caso das contribuições das empresas para os organismos sociais ligados às entidades patronais.

Nos meses de execução do Plano Bresser, novas alterações foram promovidas pelo Decreto-lei n. 2.351/87. Através desse diploma, desvincularam-se os benefícios a serem pagos do comportamento do salário mínimo e, com a introdução do Piso Nacional de Salários, foi possível desatrelar também desse parâmetro as faixas de salário de contribuição dos segurados, que passaram a reportar-se ao Salário Mínimo de Referência. Essa disposição legal permaneceu vigente até junho de 1989.

Com a promulgação da nova Constituição Federal em 1988, receitas e despesas da Previdência foram afetadas. Pelo lado das receitas, com revisão e ampliação da base de financiamento da seguridade social, da qual a Previdência passou a fazer parte. Pelo lado das despesas, com a extensão do sistema de proteção social e correção de certos distúrbios. Particularmente, no caso da Previdência, a recomposição dos valores dos benefícios e seu posterior reajuste com base no comportamento do salário mínimo e a equiparação dos benefícios pagos aos trabalhadores urbanos e rurais fizeram retornar o temor de que uma nova crise abalasse o equilíbrio das contas do sistema previdenciário.

Em decorrência da preocupação relativa ao resultado financeiro esperado para a Previdência, foi editada a Lei n. 7.787/89 que alterou, novamente, a sua sistemática de custeio. As principais modificações trazidas pela lei foram:

- para os segurados empregados, o estabelecimento de três alíquotas (8%, 9% e 10%) incidentes sobre os salários de contribuição segundo faixas estipuladas em valores nominais, reajustadas conforme a variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC);
- para as empresas, a contribuição foi fixada em 20% sobre o total da remuneração paga a todos os empregados e avulsos (incluídos os autônomos e os sócios ou administradores da empresa), em substituição às alíquotas relativas à contribuição básica (10%), salário-família (4%), salário maternidade (2,4%), abono anual (0,75%) e previdência social rural (2,4%) que incidiam sobre a folha de salários, a qual representava uma base mais restrita;
- para ambos, nova antecipação no prazo de recolhimento das contribuições, fixando-o no dia 8 de cada mês subsequente ao do fato gerador, em substituição ao décimo dia útil vigente até então;
- instituição de uma contribuição empresarial uniforme de 2% sobre o total da remuneração paga aos empregados e avulsos para complementar os benefícios decorrentes de acidentes de trabalho. Essa contribuição substituiu o antigo sistema de alíquotas variáveis – de 0,4%, 1,2% ou 2,5% – estipuladas em função do risco da atividade desenvolvida;
- inclusão do 13º salário dos empregados na base de cálculo da contribuição; e
- aumento da alíquota do Fundo de Investimento Social (Finsocial) de 0,5% para 1%.

Com a implementação do Plano Collor, em 1990, através da Lei n. 8.012/90, novas alterações voltaram a afetar o sistema de seguridade social. Segmentaram-se as ações na área social com a criação de três ministérios distintos: Ministério do Trabalho e da Previdência Social (dividido novamente em Trabalho e Previdência Social na administração do presidente Itamar Franco), Ministério da Saúde e Ministério da Ação Social (posteriormente extinto).

Em termos da conformação organizacional, no caso da Previdência Social, destacam-se a criação do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), através da fusão do Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS) com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) – Lei n. 8.029/90 – e a transferência dos órgãos responsáveis pela assistência ao carente (Fundação Legião Brasileira de Assistência – LBA) e ao menor (Fundação Centro Brasileiro para Infância e Adolescência – FCBIA, antiga Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor – Funabem) para o Ministério da Ação Social.

Ademais, adotaram-se três importantes modificações que repercutiram positivamente sobre a arrecadação previdenciária. A primeira reduziu o prazo de retenção dos recursos pela rede bancária conveniada. A segunda estabeleceu correção monetária diária, com a incidência de Bônus do Tesouro Nacional (BTN) sobre as contribuições recolhidas fora do prazo e débitos com a Previdência. A terceira referiu-se à autorização para o pagamento em cruzados, até 18 de maio de 1990, das contribuições correspondentes

contribuições relativas ao Finsocial e ao lucro das empresas, cujo comprometimento da receita com os Encargos Previdenciários da União (EPU) ficou estabelecido nas seguintes proporções: até 55% em 1992; até 45% em 1993; até 30% em 1994 e até 10% em 1995.

Mudanças relacionadas às contribuições previdenciárias atingiram também os contribuintes rurais. A Lei n. 8.540/93 definiu que o recolhimento nesse setor seria baseado na produção comercializada (2,2%) e não mais 23% sobre a folha de pagamento de salários.

1.1.2 - Contribuição para o Salário-Educação

O Salário-Educação foi instituído pela Lei n. 4.440/64, obedecendo ao dispositivo constitucional (Constituição de 1946) que genericamente definia como sendo de responsabilidade das empresas suprir o ensino primário dos empregados, bem como de seus filhos em idade de escolarização obrigatória.

Ficaram sujeitas ao recolhimento da Contribuição para o Salário-Educação todas as empresas vinculadas à Previdência Social, passando a contribuir, relativamente a cada empregado, com valor fixado em correspondência ao custo atuarial do ensino primário, calculado com base em 7% do salário mínimo local.

Para a cobrança do Salário-Educação foi instituída uma alíquota de 2% incidente sobre o valor do salário mínimo regional, multiplicado pelo número total de empregados da empresa, respeitados os prazos e condições das contribuições previdenciárias e recolhimento realizado pelos institutos de aposentadoria e pensão.

Foi estabelecido ainda, pela Lei n. 4.440/64, que o produto do pagamento da contribuição, recolhida nos estados, Distrito Federal e territórios (deduzidos 5% para as despesas operacionais), seria creditado pelos institutos de aposentadoria e pensão no Banco do Brasil, no prazo de 60 dias, em duas rubricas distintas:

- 50% a crédito do Fundo Estadual do Ensino Primário ou, na inexistência deste, em conta vinculada ao “desenvolvimento do ensino primário” a crédito do respectivo governo estadual, para ser aplicado de acordo com os planos estabelecidos pelos respectivos Conselhos Estaduais de Educação;
- 50% na conta vinculada ao Fundo Nacional do Ensino Primário como reforço de seus recursos e para aplicação em todo o território nacional, segundo os critérios de distribuição estabelecidos pelo Conselho Federal de Educação.

Com o Decreto-lei n. 1.422/75 e posterior regulamentação pelo Decreto n. 87.043/82, modificaram-se sensivelmente os dispositivos regulatórios da Contribuição para o Salário-Educação. Em primeiro lugar, foi definida a obrigatoriedade da manutenção do ensino de 1º grau, tanto para a empresa comercial e industrial, quanto para a empresa agrícola, produtor e empregador rural, estando as primeiras sujeitas ao recolhimento da contribuição com base em uma nova alíquota de 2,5% incidente sobre a folha de salários e os demais com base na alíquota de 0,8% sobre o valor comercial dos produtos rurais.

Em segundo lugar, redefiniu-se a destinação do montante da arrecadação, efetuada nos estados, Distrito federal e territórios. A distribuição dos recursos passou a ser feita com base no seguinte critério:

- 2/3 (dois terços) em favor dos programas de ensino de 1º grau, regular e supletivo, conduzidos pela Secretaria de Educação do respectivo estado, Distrito Federal ou território, conforme as diretrizes estabelecidas pelos respectivos Conselhos Estaduais de Educação;

- 1/3 (um terço) em favor do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), encarregado de aplicar os recursos seguindo dupla orientação:

(a) em programas de iniciativa própria do Ministério de Educação e Cultura (MEC) de pesquisa, planejamento, currículos, material escolar, formação e aperfeiçoamento de pessoal docente e outros programas especiais relacionados com o ensino de 1º grau;

(b) na concessão de auxílios para estados e municípios – conforme a Lei de Diretrizes e Bases para o ensino de 1º e 2º graus – sob a forma de transferências negociadas.

O Decreto n. 88.374/83 ampliou a destinação da receita do FNDE para os municípios, estabelecendo que 25% dos recursos do fundo deveriam ser aplicados em apoio aos programas municipais ou intermunicipais de desenvolvimento do ensino de 1º grau.

A arrecadação da Contribuição do Salário-Educação ficou sob a responsabilidade do IAPAS até sua extinção, sendo realizada posteriormente pelo INSS, que repassa os recursos ao Tesouro Nacional, o qual, mediante autorização do Ministério da Educação, transfere mensalmente as parcelas correspondentes aos estados e ao FNDE.

Quanto às isenções para o Salário-Educação, nota-se, pela revisão de sua legislação, o aumento gradual do número de entidades que ganharam esse direito, estando atualmente isentas ou excluídas do recolhimento:

- a União, os estados, o Distrito Federal, os territórios e os municípios, bem como suas autarquias;
- as instituições oficiais de ensino do 1º grau;
- as instituições particulares de ensino em qualquer grau, devidamente autorizadas ou reconhecidas;
- as organizações hospitalares e de assistência social; e
- as organizações com fins culturais.

Adicionalmente, é facultado às empresas o direito de recolher apenas uma parcela da contribuição, caso optem pelo cumprimento da obrigação constitucional sob a forma de manutenção do ensino de 1º grau, através de escola própria gratuita para seus empregados e/ou filhos destes; de programas de bolsas; da aquisição de vagas na rede de ensino particular para seus empregados ou filhos; de indenização para os filhos menores dos empregados ou de despesas de autopreparação de seus empregados com a conclusão do 1º grau e de esquema misto usando a combinação das alternativas anteriores. Nesse caso, o pagamento é feito diretamente à conta do FNDE, no montante correspondente à diferença entre a contribuição devida e o valor efetivamente aplicado.

1.1.3 - Contribuição para o Desenvolvimento do Ensino Profissional Marítimo

Com a Lei n. 5.461/68 as contribuições para o SENAI/SENAC e SESI/SESC

sobre o total da remuneração paga ou creditada aos empregados e avulsos que prestem serviços às empresas mencionadas no parágrafo anterior.

O produto da arrecadação é recolhido pelo INSS e repassado à conta do Tesouro Nacional para crédito do Fundo de Desenvolvimento do Ensino Profissional Marítimo, criado para atender a despesas com o desenvolvimento desse programa.

1.1.4 – Contribuição para o Ensino Aeroviário

De maneira semelhante ao Ensino Profissional Marítimo, a Contribuição para o Ensino Aeroviário, instituída pelo Decreto-lei n. 1.305/74, serviu para financiar atividades destinadas ao ensino aeronáutico de profissionais/especialistas direta ou indiretamente vinculados aos serviços de apoio e proteção à navegação aérea e à infra-estrutura aeronáutica, bem como à aviação civil em geral.

São responsáveis pelo pagamento todas as empresas privadas; públicas de economia mista e autarquias federais, estaduais e municipais; de transporte aéreo especializado; de telecomunicações aeronáuticas; de implantação, administração, operação e exploração da infra-estrutura aeroportuária e de serviços auxiliares; de fabricação, reparos e manutenção; ou de representação de aeronaves, suas peças e acessórios, e de incidente sobre o total da remuneração paga ou devida aos empregados e avulsos que lhes prestem serviços a cada mês.

A arrecadação desse tributo é feita pelo INSS, juntamente com as contribuições previdenciárias, e repassada ao Tesouro Nacional que, por sua vez, transfere os recursos para o Banco do Brasil a crédito do Fundo Aeroviário, que está sob a responsabilidade do Ministério da Aeronáutica.

1.1.5 – Contribuição para o Plano de Seguridade Social dos Servidores Públicos Civis da União

Das Autarquias e das Fundações Públicas Federais

Com a regulamentação da Lei n. 8.112/90, foi instituído o regime jurídico próprio dos servidores públicos civis da União, das autarquias, inclusive aquelas em regime especial, e das fundações públicas federais. Definiu-se, na referida lei, que o Plano de Seguridade Social para os servidores dos Três Poderes, autarquias e fundações públicas seria organizado pela União mediante o produto da arrecadação de contribuição social cobrada proporcionalmente ao rendimento auferido, conforme as faixas apresentadas (Plano de Classificação de Cargos – PCC – Lei n. 5.645/70):

Quadro 1 – Plano de Classificação de Cargos (Lei n. 8.112/90)

Classes de referência	Alíquotas (%)
Até o valor correspondente à referência NA 8	9
Da referência NA 9 à referência NI 21	10
Da referência NI 22 à referência NS 14	11
Acima do valor correspondente à referência NS 14	12

A decisão do Supremo Tribunal Federal, ao acolher recurso contestatório dos servidores públicos, impediu que fosse exigida a contribuição por faixa de rendimento e

alíquotas diferenciadas. Manteve-se, então, a cobrança com base na alíquota de 6% sobre os vencimentos auferidos pelos servidores públicos.

A aprovação da Emenda Constitucional n. 03/93 que, dentre outras providências, autorizou o aumento da alíquota da contribuição previdenciária dos servidores públicos, e a regulamentação da Lei n. 8.688/93 viabilizaram o sistema de contribuição proporcional aos rendimentos, com a mesma estrutura de alíquotas apresentada acima e classes de referência modificadas, que deveriam vigorar até julho de 1994, quando estaria pronto o Plano de Seguridade Social do Servidor, com a definição de novas alíquotas de contribuição. Pela lei supracitada, a contribuição mensal dos servidores ficou assim estabelecida:

Quadro 2 – Revisão do Plano de Classificação de Cargos (Lei n. 8.688/93)

Classes de referência	Alíquotas
Remuneração correspondente a 1,8 vezes o vencimento da Classe D, Padrão IV-NA, inclusive	9%
Remuneração correspondente a 1,8 vezes o vencimento da Classe D, Padrão IV-NA, exclusive, até o correspondente a 1,8 vezes o vencimento da Classe C Padrão IV-NI, inclusive	10%
Remuneração correspondente a 1,8 vezes o vencimento da Classe C, Padrão IV-NI, exclusive, até o correspondente a 1,8 vezes o vencimento da Classe C Padrão IV-NS, inclusive	11%
Remuneração superior a 1,8 vezes o vencimento da Classe C, Padrão IV-NS	12%

Mais recentemente, a Medida Provisória n. 1.482-44, de 31 de dezembro de 1997 – após sucessivas reedições – firmou, em seu Artigo 1º, que, a partir de 1º de janeiro de 1997 e até a data de publicação da lei que disporá sobre o Plano de Seguridade Social dos Servidores, a contribuição mensal do servidor público ativo e inativo (é importante observar a presença dos servidores inativos, o que não havia anteriormente), dos Três Poderes, para o financiamento do custeio com proventos e pensões de seus servidores, é de 11% incidente sobre a remuneração e total dos proventos.

Em seu Artigo 3º, garante que até 30 de junho de 1997, a contribuição mensal do servidor público civil, ativo e inativo, deve ser calculada mediante um novo plano de faixas de rendimento, com alíquotas que correspondem às mesmas observadas anteriormente. A nova estrutura de contribuição está descrita no Quadro 3.

Quadro 3 – Revisão do Plano de Classificação de Cargos (Lei n. 8.622/93)

Faixas (Com base na Lei n. 8.622, de 19/01/93)	Alíquotas (%)
Remuneração correspondente a até 2,6 vezes o vencimento básico da Classe D, Padrão IV-NA, inclusive	9
Remuneração correspondente a 2,6 vezes o vencimento básico da Classe D, Padrão IV-NA, exclusive, até o correspondente a 2,6 vezes o vencimento básico da Classe C, Padrão IV-NI, inclusive	10

I – contribuição mensal, com recursos do orçamento fiscal, de valor idêntico à contribuição de cada servidor (correspondente a 11% do rendimento);

II – recursos adicionais, quando necessários, em montante igual à diferença entre as despesas e as receitas da contribuição dos servidores e da contribuição a que se refere o item I.

1.1.6 - Contribuições rurais

O Serviço Social Rural (SSR), instituído pela Lei n. 2.613/55, foi criado para prestar atendimento social aos trabalhadores rurais, visando à melhoria das condições de vida no que concerne a alimentação, vestuário, habitação, saúde, educação e assistência médica. Buscava também promover a aprendizagem e o aperfeiçoamento das técnicas rurais, fomentar no meio rural a economia de pequenas glebas, incentivar a criação de comunidades, cooperativas ou associações rurais e fornecer informações estatísticas sobre a remuneração paga aos trabalhadores do campo.

Foram estabelecidos como fontes de receita a contribuição com alíquota de 1% e 3% sobre a soma paga mensalmente aos empregados das pessoas jurídicas que exercessem atividades rurais e um adicional de 0,3% sobre a contribuição devida por todos os empregadores aos institutos e caixas de aposentadoria e pensão, que deveria ser recolhido pelos referidos órgãos e repassado ao SSR.

Passaram a contribuir com 3% as indústrias do açúcar, do mate, de laticínios, de fibras vegetais e descaroçamento de algodão, de beneficiamento de café e de cereais, charqueadas, extração de sal e de madeira, resina e lenha, matadouros, frigoríficos rurais, curtumes rurais e olaria. Ao iniciarem o pagamento dessa contribuição, as indústrias relacionadas ficaram isentas do recolhimento para o serviço social e de aprendizagem do comércio (SESC e SENAC).

As empresas de atividades rurais não enquadradas nas condições anteriores ficaram sujeitas à contribuição de 1% do montante da remuneração mensal paga a seus empregados, facultado o direito de não recolherem mais para o SESC e o SENAC.

A programação da aplicação dos recursos do SSR ficou a cargo de seu Conselho Nacional, respeitando a meta de que fossem empregados em cada município no mínimo 60% da arrecadação ali efetuada.

As modificações introduzidas pelo regime militar no encaminhamento da questão agrária, através do Estatuto da Terra (Lei n. 4.504/64), redefiniram uma nova estrutura administrativa para a coordenação e o planejamento da ação política do Estado na área rural. A extinção do SSR deu origem a vários órgãos com atribuições específicas para a condução da política agrária governamental, mantidos financeiramente com recursos provenientes das contribuições rurais e do Imposto Territorial Rural (ITR), criado em 1964. A contribuição com alíquota de 1% foi alterada e as empresas contribuintes, a partir do exercício financeiro de 1967, passaram a estar sujeitas a uma contribuição à base de 1% calculada sobre o salário mínimo regional anual, para cada módulo atribuído ao respectivo imóvel rural, estando os módulos definidos no Estatuto da Terra. O recolhimento dessa contribuição feito agora pelo Instituto Brasileiro de Reforma Agrária (IBRA), juntamente com o ITR, deveria ser repassado, em até 80%, para o Instituto Nacional de Desenvolvimento Agrário (INDA).

A fusão dos institutos e caixas de aposentadoria e pensão dando origem à nova configuração institucional da Previdência Social trouxe como mudança a unificação das contribuições arrecadadas pelos órgãos extintos, calculadas sobre a mesma base utilizada para o cálculo das contribuições da Previdência. Com isso, o adicional anteriormente cobrado das empresas contribuintes para os antigos institutos passou a ser devido ao INDA, elevando-se sua alíquota para 0,4%.

A criação do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), pelo Decreto-lei n. 1.110/70, foi um marco na reestruturação da organização administrativa responsável pela condução da política agrária do governo federal, objetivando uma recentralização de órgãos e funções. Foram extintos nessa mesma época o Instituto Brasileiro de Reforma Agrária (IBRA), o Instituto Nacional de Desenvolvimento Agrário – INDA e o Grupo Executivo de Reforma Agrária (GERA).

Para financiar as atividades do INCRA, foram destinados os seguintes recursos:

- a contribuição paga pelas pessoas jurídicas que exercessem atividades rurais relacionadas na legislação, cobrada sobre a folha mensal de salários de contribuição previdenciária dos seus empregados, com alíquota reduzida para 2,5% (a alíquota anterior era de 3%). As empresas contribuintes ficaram dispensadas das contribuições para o SENAI/SESI e SENAC/SESC;

- adicional de 0,4% incidente sobre a contribuição previdenciária das empresas em geral, que servia ao provimento de recursos distribuídos entre o IBRA, INDA e Funrural;

- a contribuição de 1% do salário mínimo regional anual para cada módulo fiscal atribuído ao imóvel rural, estabelecido originariamente pelo Decreto-lei n. 58/66.

A arrecadação das duas primeiras fontes de receita ficou a cargo do extinto INPS, enquanto a terceira esteve sob responsabilidade do próprio INCRA, juntamente com o recolhimento do Imposto Territorial Rural (ITR).

Novas alterações voltaram a ser promovidas no início dos anos 80, quando a contribuição cobrada à alíquota de 1% do salário mínimo regional foi modificada, sendo fixada em 21% do valor de referência regional para cada módulo fiscal atribuído ao respectivo imóvel, de acordo com a Lei 4.504/64. Essa contribuição passou a fazer parte do conjunto das receitas do Serviço Nacional de Aprendizagem Rural (SENAR).

Atualmente, competem ao INCRA a contribuição de 2,5%, incidente sobre a folha de pagamento mensal de contribuição previdenciária dos empregados das empresas jurídicas com atividades rurais, e o adicional de 0,4% incidente sobre a contribuição previdenciária das empresas em geral. Esses recursos são recolhidos pelo INSS.

1.1.7 - Contribuição para o Fundo de Garantia de Tempo de Serviço (FGTS)

O diploma legal de criação do FGTS (Lei n. 5.107/66) atribuía a esse novo fundo uma dupla função social. Por um lado, tinha como principal objetivo garantir ao trabalhador um patrimônio acumulado em seu nome, em função do tempo de serviço e oriundo da contribuição mensal das empresas cobrada sobre a folha de pagamento. Por outro lado, esses

foi definida uma capitalização trimestral a taxas crescentes obedecendo às seguintes regras: 3% ao ano sobre os saldos corrigidos das contas de empregados com até 2 anos de serviço na mesma empresa; 4% ao ano para aqueles com permanência no mesmo emprego entre 3 e 5 anos; 5% ao ano para os empregados com tempo de serviço entre 6 e 10 anos; e 6% ao ano para os trabalhadores com mais de 10 anos de serviços prestados à mesma firma. Em 1971, com a intenção de reduzir os custos do BNH, a capitalização passou a obedecer a uma taxa única de 3% ao ano. No ano seguinte, nova modificação definiu que a capitalização e a correção monetária seriam feitas apenas anualmente, sistema que vigorou até janeiro de 1976. A partir desse ano, o lançamento dos juros mais correção monetária voltou a ser trimestral, mantendo-se a taxa de juros de 3% ao ano, recentemente elevada para 6% ao ano.

Com a regulamentação instituída pela Lei n. 7.839/89 e a nova redação dada pela Lei n. 8.036, de 11 de maio de 1990, o FGTS passou a ser gerido por um Conselho Curador a quem compete prioritariamente estabelecer as diretrizes e os programas de alocação de todos os recursos do fundo. Foi mantida a contribuição de 8% sobre a remuneração paga ou devida no mês pelos empregadores em geral a todos os que lhes prestem serviços, com exceção de trabalhador eventual, doméstico ou de servidor público civil e militar (sujeito a regime jurídico próprio).

Foi designada ao Ministério da Ação Social (posteriormente extinto) a gestão da aplicação dos recursos do FGTS e à Caixa Econômica Federal (CEF), o papel de agente operador, sendo de sua responsabilidade a arrecadação da contribuição, como já vem ocorrendo desde 1986 após a extinção do BNH. A alocação dos recursos restringe-se a programas de habitação, saneamento e infra-estrutura, destinando-se 60%, obrigatoriamente, à habitação popular.

Ao ser instituído em 1966, as regras do fundo para utilização dos recursos depositados nas contas vinculadas eram mais flexíveis. Com a nova regulamentação, as hipóteses para movimentação dessas contas ficaram restritas às seguintes condições: rescisão do contrato de trabalho, sem justa causa, ou em função do falecimento do empregador individual e de falência/extinção da empresa; aposentadoria pela previdência própria ou pagamento de parcela da prestação junto ao Sistema Financeiro da Habitação (SFH); extinção do contrato a termo; suspensão do trabalho avulso por período igual ou superior a 90 dias; rescisão de contrato de trabalho de empregado aposentado e o uso para tratamento de AIDS.

1.2 - Base de cálculo: faturamento, receita operacional ou lucro

1.2.1 - Contribuição para o Finsocial/Cofins

O Fundo de Investimento Social (Decreto-lei n. 1.940, de 25 de maio de 1982) foi criado para custear investimento de caráter assistencial em alimentação, habitação popular, saúde, educação e amparo ao pequeno produtor, sob a administração do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES). Apesar de violar o paradigma da moderna técnica tributária, representou significativo avanço ao destinar recursos de origem fiscal para o financiamento das políticas públicas, principalmente se considerados os distúrbios sociais provocados pela estagnação do início dos anos 80.

vendas de mercadorias, exclusive aquelas negociadas com o exterior, bem como das instituições financeiras e sociedades seguradoras. Para as empresas prestadoras de serviços foi definida uma alíquota de 5% cobrada sobre o Imposto de Renda devido, ou como se devido fosse.

Com o Decreto-lei n. 2.397/87, foi redefinida a base de incidência dessa contribuição. As empresas públicas e privadas com vendas de mercadorias/bens e serviços continuaram contribuindo com base na receita bruta das vendas de mercadorias e de mercadorias e serviços, com a possibilidade de excluïrem de sua base de cálculo as receitas correspondentes às vendas de materiais, equipamentos e serviços para a Itaipu Binacional; crédito financeiro devido às exportações de manufaturados; receitas decorrentes de ato cooperativo, no caso de sociedades cooperativas, e receitas decorrentes da exportação de mercadorias e serviços.

As instituições financeiras tiveram a base de tributação alterada substituindo a receita bruta pelas rendas e receitas operacionais e não operacionais, com direito de exclusão dos encargos com obrigações por refinanciamentos e repasses de recursos provenientes de órgãos oficiais e do exterior; das despesas com captação de títulos de renda fixa no mercado aberto, em valor limitado ao das rendas obtidas nessas operações; do juro e correção monetária passiva decorrentes de empréstimos efetuados ao SFH; da variação monetária passiva dos recursos captados do público e das despesas com recursos, em moeda estrangeira, de debêntures e de arrendamentos. Duas novas cláusulas, introduzidas pela Lei n. 7.691/88, permitiram ainda a dedução da base de cálculo do resultado positivo da avaliação de investimentos pelo valor do patrimônio líquido e dos lucros ou dividendos derivados de investimentos avaliados pelo custo de aquisição e computados como receita.

As sociedades seguradoras e entidades a elas equiparadas passaram a ser tributadas com base nas receitas operacionais e patrimoniais e os fabricantes de cigarro, na condição de contribuintes e de substitutos dos varejistas, teriam que calcular a sua contribuição multiplicando o preço de venda do cigarro no varejo por 117,94%.

Além da mudança na base de cálculo dos contribuintes, o Decreto-lei n. 2.397/87 criou um adicional de 0,1% sobre a alíquota básica, destinando o acréscimo de receita a um fundo especial com o objetivo de fornecer recursos para o financiamento do programa de reforma agrária. Em agosto de 1988, o repasse para essa finalidade foi suprimido, mantendo-se, no entanto, a alíquota em 0,6% (Decreto-lei n. 2.463/88).

Até a regulamentação da Lei Complementar n. 70, de 30 de dezembro de 1991, que instituiu a Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade (Cofins) – em vigor a partir de abril de 1992 em lugar do Finsocial – o que se viu em termos desse tributo foi uma constante elevação de sua alíquota. Aumentada inicialmente para 1% (Lei n. 7.787/89), modificada para 1,2%, com validade para o exercício financeiro de 1990 (Lei n. 7.894/89) e, finalmente, para 2%, com relação ao exercício de 1991 (Lei n. 8.147/90).

A nova Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins) é devida pelas pessoas jurídicas ou a elas equiparadas pela legislação do Imposto de Renda. Tem alíquota de 2% incidente sobre o faturamento mensal – assim considerada a receita bruta mensal das vendas de mercadorias, de mercadorias e serviços e de serviços de qualquer natureza –, destinando-se exclusivamente às despesas com atividades-fins nas

fixados para a venda no varejo, sem prejuízo da contribuição incidente sobre as suas próprias vendas.

Estão isentas da contribuição as sociedades cooperativas que observarem o disposto da legislação específica, quanto aos atos cooperativos próprios de suas finalidades; as sociedades civis de que trata o Artigo 1º do Decreto-lei n. 2.397/87; as entidades beneficentes de assistência social que atendam as exigências estabelecidas em lei e a venda de mercadorias ou serviços destinados ao exterior. Cabe destacar também que as instituições financeiras ficaram isentas da Cofins, sendo oneradas por uma alíquota maior na contribuição sobre o lucro.

1.2.2 - Contribuição para o PIS-PASEP

O Programa de Integração Social – PIS (Lei Complementar n. 7, de 7 de julho de 1970) e o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público – PASEP (Lei Complementar n. 8, de 3 de dezembro de 1970) surgiram em momentos distintos, mas foram unificados em um único fundo pela Lei Complementar n. 26/75. Essa lei instituiu também a concessão de um salário mínimo regional/nacional aos participantes cadastrados há pelo menos cinco anos e que recebessem salário mensal igual ou inferior a cinco vezes o respectivo salário mínimo. Esse pagamento ficou conhecido como abono salarial ou 14º salário.

A implementação desses programas no início dos anos 70 – que tinha como justificativa propiciar ao empregado o direito de participar da vida e do desenvolvimento das empresas mediante formação de patrimônio individual – representou, principalmente, a criação de um mecanismo de formação de poupança compulsória para o financiamento do processo de industrialização em curso. A alocação dos recursos do Fundo PIS-PASEP no BNDES fortaleceu a programação dos recursos para o desenvolvimento econômico durante a década dos 70. Na época em que as receitas foram vinculadas ao BNDES foi criado o Fundo de Participação Social (FPS), formado por no máximo 10% das novas aplicações, destinadas à realização de investimentos sob a forma de ações ou debêntures conversíveis.

Foram enquadradas como contribuintes do PIS as empresas privadas, que teriam de recolher a contribuição com base no faturamento e no Imposto de Renda devido. A base do faturamento, para o caso de empresas que realizavam operações de vendas de mercadorias, instituições financeiras e sociedades seguradoras, foi estabelecida a partir de uma escala de reajuste gradual. Desse modo, as empresas contribuiriam com uma alíquota de 0,15% no exercício financeiro de 1971; 0,25% em 1972; 0,40% em 1973 e 0,50% a partir do exercício de 1974.

Com relação à incidência sobre o Imposto de Renda devido, foi estabelecido critério semelhante ao anterior com a parcela de dedução fixada em 2% para o exercício de 1971, 3% para 1972 e 5% a partir de 1973 e anos subseqüentes.

Para o PASEP foi assegurada a participação da União, dos estados, dos municípios, dos territórios e das respectivas administrações descentralizadas como principais contribuintes. Ressalte-se que não foram firmados critérios homogêneos para a contribuição, sendo estabelecidas bases de cálculo e alíquotas diferenciadas para cada uma das entidades públicas, conforme apresentado a seguir:

- para a União foi estabelecida alíquota de 1% sobre as receitas correntes efetivamente arrecadadas em 1971; 1,5% para 1972 e 2% para 1973 e anos subsequentes;
- os estados, o Distrito Federal, os municípios e os territórios contribuiriam com 1% das receitas correntes próprias em 1971, 1,5% em 1972 e 2% em 1973 e anos subsequentes. Além disso, deveriam creditar à conta do fundo 2% das transferências recebidas do governo federal através dos Fundos de Participação dos estados e municípios;
- as empresas públicas, autarquias, sociedades de economia mista e fundações da União, dos estados, do Distrito Federal, dos municípios e dos territórios contribuiriam para o programa com 0,4% da receita orçamentária em 1971 – inclusive transferências e receita operacional – 0,6% em 1972 e 0,8% em 1973.

A lei estabeleceu também que, ao final de cada exercício financeiro, os recursos arrecadados pelo Fundo PIS-PASEP deveriam ser distribuídos aos participantes, mediante crédito nas respectivas contas individuais, segundo os seguintes critérios de rateio: 50% em função dos salários recebidos pelos participantes no ano civil anterior e 50% em função do tempo de serviço. As contas individuais seriam acrescidas ainda do correspondente à correção monetária anual do saldo anterior e dos juros mínimos de 3% ao ano, calculados sobre o saldo corrigido.

A cada trabalhador foi autorizada a retirada, ao término de cada exercício financeiro, das parcelas correspondentes aos rendimentos reais creditados nas respectivas contas. Em caso de casamento (condição posteriormente abolida), aposentadoria, invalidez, morte, transferência para a reserva remunerada e reforma, foi permitido o saque integral do patrimônio.

Mudanças bastante significativas foram trazidas pela Lei n. 2.445/88, depois modificada pela Lei n. 2.449/88. Esse diploma dispôs sobre as alíquotas e bases de cálculo, em vigor, para a contribuição mensal do PIS-PASEP, introduzindo as seguintes alterações:

- a União, os estados, o Distrito Federal, os territórios e os municípios passariam a contribuir com 1% das receitas correntes efetivamente arrecadadas e das transferências correntes e de capital recebidas de outras entidades da administração pública;
- as autarquias, inclusive aquelas em regime especial, e entidades criadas por lei federal com atribuições de fiscalização do exercício de profissões liberais, bem como as de que trata o Decreto-lei n. 968/69 contribuiriam com 0,65% das receitas orçamentárias, deduzidos os encargos com obrigação por refinanciamento e repasse de recursos de órgãos e instituições oficiais no exterior;
- as empresas públicas, sociedades de economia mista e respectivas subsidiárias e quaisquer outras sociedades controladas direta ou indiretamente pelo poder público seriam tributadas em 0,65% da receita operacional bruta e das transferências correntes e de capital recebidas;
- as sociedades cooperativas, em relação às operações praticadas com cooperados, fundações públicas e privadas, condomínios e demais entidades sem fins lucrativos, inclusive as entidades fechadas de previdência privada e as instituições de assistência social que não realizem habitualmente venda de bens e serviços contribuiriam com 1% sobre o

Atualmente, o PIS-PASEP integra as receitas do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) que são utilizadas para o custeio do programa de seguro-desemprego e do abono salarial. Da arrecadação da contribuição para o PIS-PASEP, 40%, no mínimo, foram reservados pela Constituição para financiar os programas de desenvolvimento econômico geridos pelo BNDES.

A Lei n. 8.398/92 estabeleceu que a pessoa jurídica tributada pelo Imposto de Renda das Pessoas Jurídicas (IRPJ) pode reduzir da base de cálculo da contribuição devida ao PIS-PASEP o ganho financeiro obtido com títulos públicos que permaneçam sob a sua titularidade por mais de 28 dias.

Às instituições financeiras, por seu turno, foi facultada a possibilidade de excluir da base de cálculo da contribuição supracitada as receitas produzidas em operações vinculadas ao crédito rural e aquelas geradas em operações de empréstimo e de financiamento realizados com pessoas jurídicas, com prazo não inferior a 30 dias.

1.2.3 - Contribuição Social sobre o Lucro Líquido das Empresas (CSLL)

A extensão da base de financiamento da seguridade social definida por dispositivo constitucional (Artigo 195), tornando tributáveis o faturamento, o lucro e a receita bruta do empregador para o custeio dos programas sociais, permitiu instituir a contribuição social sobre o lucro das pessoas jurídicas domiciliadas no país e as que lhe são equiparadas pela legislação tributária (Lei n. 7.689, de 15 de dezembro de 1988).

Definiu-se como base de cálculo da contribuição o valor do resultado do exercício, encerrado em 31 de dezembro de cada ano, antes da provisão do Imposto de Renda, ajustado para isentar os investimentos em bens de capital e as exportações. Esse ajuste é dado por:

- adição dos seguintes valores:

(a) o resultado negativo da avaliação de investimentos pelo valor do patrimônio líquido;

(b) a reserva de reavaliação, baixada durante o período-base, cuja contrapartida não tenha sido computada no resultado do exercício;

(c) o valor das provisões não dedutíveis na determinação do lucro real, exceto provisão para o Imposto de Renda.

- Exclusão dos seguintes valores:

(a) o resultado positivo da avaliação de investimentos pelo valor do patrimônio líquido;

(b) o lucro decorrente de exportações derivadas;

(c) os lucros e dividendos derivados de investimentos avaliados pelo custo de aquisição;

(d) o valor corrigido monetariamente das provisões adicionais na forma do item "a" que tenham sido baixadas no curso do período-base.

Em consonância com a legislação do IRPJ, é permitido também que sejam deduzidos da apuração do resultado do exercício, sob a forma de incentivos fiscais, os gastos feitos em pesquisa e desenvolvimento de programas de computador desenvolvidos por empresas nacionais, as doações e patrocínios de caráter cultural, bem como ao esporte amador e os dispêndios efetuados com alimentação e transporte de empregados.

A alíquota de contribuição para as pessoas jurídicas sujeitas à escrituração contábil foi fixada em 8% (as empresas desobrigadas da escrituração têm como base de cálculo 10% da receita bruta) e para as instituições financeiras em 12%, referente ao exercício contábil de 1989.

Com a Lei n. 7.856/89, as alíquotas de contribuição das pessoas jurídicas e das instituições financeiras foram majoradas para 10% e 14%, respectivamente. Em relação ao ano-base de 1991, as instituições financeiras tiveram novo aumento de alíquota, agora para 15% (Lei n. 8.114/90) e, ao final desse ano, com a Lei Complementar n. 70/91, acréscimo de oito pontos percentuais, o que a jogou para 23%. Esse salto na alíquota incidente sobre as instituições financeiras representou a contrapartida de sua isenção no pagamento da Cofins.

Cabe observar, finalmente, que a administração e a fiscalização dessa contribuição são guardadas pela Secretaria da Receita Federal, com transferência do produto da arrecadação ao Tesouro Nacional. As dúvidas relativas à sua jurisprudência estão sob a égide da legislação do IRPJ, no que se refere a administração, lançamento, consulta, cobrança, penalidades, garantias e processo administrativo.

1.3 - Base de cálculo: operações financeiras

1.3.1 - Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF)

Após o bom resultado vivido com a experiência do Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira (IPMF), em 1994, a campanha deflagrada pelo primeiro ministro da Saúde do governo Fernando Henrique Cardoso, Adib Jatene, trouxe de volta a tributação sobre a circulação financeira, na forma de uma contribuição provisória (CPMF), com o exclusivo intuito de financiar o sistema de saúde no país.

A Lei n. 9.311, de 24 de outubro de 1996, instituiu o novo tributo, à alíquota de 0,20%, considerando como movimentação ou transmissão de valores e de créditos de natureza financeira "qualquer operação liquidada ou lançamento realizado pelas entidades referidas no Artigo 2º, que representem circulação escritural ou física de moeda, e de que resulte ou não transferência da titularidade dos mesmos valores, créditos e direitos".

Estabeleceu também, através de seu Artigo 2º, que o fato gerador da contribuição seria registrado mediante:

"I - o lançamento a débito, por instituição financeira, em contas correntes de depósito, em contas correntes de empréstimo, em contas de depósito de poupança, de depósito judicial e de depósitos em consignação de pagamento de que tratam os parágrafos do artigo 890 da Lei n. 5.869, de 11 janeiro de 1973, introduzidos pelo Artigo 1º da Lei n. 8.951, de 13 de dezembro de 1994, junto a ela mantidas:

IV – o lançamento, e qualquer outra forma de movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira, não relacionados nos incisos anteriores efetuados pelos bancos comerciais, bancos múltiplos com carteira comercial e caixas econômicas;

V – a liquidação de operação contratada nos mercados organizados de liquidação futura;

VI – qualquer outra movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira que, por sua finalidade, reunindo características que permitam presumir a existência de sistema organizado para efetivá-la, produza os mesmos efeitos previstos nos incisos anteriores, independentemente da pessoa que efetue, da denominação que possa ter e da forma jurídica ou dos instrumentos utilizados para realizá-la.”

Além disso, definiu como base de cálculo da contribuição e como contribuintes os respectivos elementos:

A) Quanto à base de cálculo:

“I – na hipótese dos incisos I, II e IV, do artigo 2º, o valor do lançamento e de qualquer outra forma de movimentação ou transmissão;

II – na hipótese do inciso III do artigo 2º, o valor da liquidação ou do pagamento;

III – na hipótese do inciso V do artigo 2º, o resultado, se negativo, da soma algébrica dos ajustes diários ocorridos no período compreendido entre a contratação inicial e a liquidação do contrato;

IV – na hipótese do inciso VI do artigo 2º, o valor da movimentação ou da transmissão.”

B) Quanto aos contribuintes:

“I – os titulares das contas referidas nos incisos I e II do artigo 2º, ainda que movimentadas por terceiros;

II – o beneficiário referido no inciso III do artigo 2º;

III – as instituições referidas no inciso IV do artigo 2º;

IV – os comitentes das operações referidas no inciso V do artigo 2º;

V – aqueles que realizarem a movimentação ou transmissão referida no inciso IV do artigo 2º.”

1.4 - Base de cálculo: bases diversas

1.4.1 - Cota de Previdência

A cota de Previdência teve sua origem com a Lei n. 3.807/60 e visava atender basicamente ao financiamento da assistência social prestada pelos institutos de aposentadoria e pensão e, quando de sua fusão, pelo Sistema Unificado de Previdência Social.

A base de cálculo foi bastante diversificada até a regulamentação do Decreto-lei n. 1.505/76, que excluiu as tarifas públicas, o transporte aéreo e marítimo de pessoas e bens, os juros bancários, as mercadorias e utilidades depositadas em armazéns e os produtos

industrializados da pesca procedente do estrangeiro. Desse modo, limitou-se a incidência da contribuição às loterias diversas, às competições hípcas e aos combustíveis automotivos, com alíquotas diferenciadas, conforme está apresentado a seguir:

- bilhetes da loteria federal e *sweepstake*: 15%
- loteria esportiva: 10%
- loteria de sorteio de números: 5%
- competições hípcas: 3%
- combustíveis automotivos: até 6%

Essa situação esteve vigente até a regulamentação da Lei n. 8.212/91 que revogou a cota de Previdência, subexistindo ainda a contribuição no caso dos combustíveis automotivos – paga pela PETROBRÁS e empresas refinadoras/distribuidoras – quando não se destinam à exportação ou ao abastecimento de navios estrangeiros e brasileiros em viagem de longo curso. O recolhimento é feito através do Documento de Arrecadação das receitas Federais (DARF) à conta do Tesouro Nacional.

1.3.2 - Contribuição sobre a receita de concursos de prognósticos

Criada pelo Decreto-lei n. 204/67, essa contribuição recaía sobre a receita bruta dos concursos de prognósticos existentes para servir ao financiamento dos programas de caráter social.

A implementação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) (Lei n. 6.168/74) deslocou a receita dessa contribuição para o seu custeio, definindo os seguintes percentuais de recursos:

- 2,5% sobre a receita bruta de cada concurso de prognóstico realizado pela loteria esportiva federal;
- 8,125% sobre a receita bruta de cada extração realizada pela loteria federal.

O FAS foi criado para dar apoio financeiro a programação e projetos de caráter social, canalizando seus recursos para os programas desenvolvidos pelos ministérios da área social e aplicações da CEF, preferencialmente nas áreas de saúde e saneamento, educação, trabalho e previdência e assistência social.

Pela Constituição de 1988, o orçamento da seguridade social absorveu as receitas dos concursos de prognósticos, salvo a parcela destinada ao custeio do Programa de Crédito Educativo, conforme decisão recente da Lei n. 8.436/92. Do total das rendas líquidas dos concursos, optou-se pela manutenção de 40% para provimento do FAS. A renda líquida das diferentes modalidades de concurso é gerida pela CEF e repassada ao Tesouro Nacional até o décimo dia seguinte à semana de realização efetiva dos sorteios.

2 - As contribuições sociais de caráter privado

contribuição, fixada inicialmente em valor da moeda corrente e arrecadada pelo Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários, que transferia os recursos ao SENAI. Instituiu-se ainda um adicional de 20% sobre a contribuição básica para os estabelecimentos que dispusessem de mais de 500 operários.

No mesmo ano, as empresas de transporte, de comunicações e de pesca foram incorporadas à base de cálculo da contribuição para o SENAI (Decreto-lei n. 4.936/42) e submetidas ao seu pagamento a partir do exercício financeiro de 1943. Com a ampliação de sua base de arrecadação, o SENAI ficou sujeito a administrar e coordenar a implantação de escolas de aprendizagem não somente para os trabalhadores industriais, mas também para os trabalhadores dos novos setores incorporados.

A entrada em vigor do Decreto-lei n. 6.246/44 modificou substancialmente a forma de contribuição para esse órgão. A redefinição dos seus contribuintes obrigou a diferenciação em sua nova base de cálculo, apesar de ser instituída uma alíquota uniforme de 1%. As empresas industriais, de transporte, de comunicações e de pesca continuaram contribuindo, à alíquota de 1%, sobre o montante total da remuneração paga a todos os seus empregados. Já os estabelecimentos comerciais de outra natureza, que explorassem atividades próprias das empresas citadas anteriormente, tinham como base de cálculo a remuneração dos empregados utilizados nas seções ou dependências acessórias ou concorrentes. Ficou estabelecido ainda que o adicional de 20% deveria incidir sobre a importância da contribuição geral devida pelas empresas ao SENAI.

Com a unificação do sistema previdenciário, em meados dos anos 60, o recolhimento feito pelos institutos de aposentadoria e pensões das empresas contribuintes passou para a esfera da Previdência Social. Como reflexo direto da unificação, a contribuição mensal devida ao SENAI foi uniformizada para todas as empresas, estabelecendo-se a folha de pagamento como a sua base de cálculo e eliminado-se o adicional anteriormente cobrado.

Contribuem à alíquota de 1%, aplicada sobre o total da remuneração paga ou creditada aos seus empregados, com o produto recolhido pelo INSS, as indústrias, as empresas de transportes ferroviários, rodoviários e de carros urbanos; as oficinas gráficas de empresas jornalísticas; os escritórios e depósitos de empresas industriais; as empresas de industrialização da pesca; a indústria de construção civil e armazéns gerais.

2.2 - Contribuição para o Serviço Social da Indústria (SESI)

O SESI foi criado pelo Decreto-lei n. 9.403/46, estando subordinado à Confederação Nacional da Indústria (CNI) da mesma forma que o SENAI. Foram definidas como principais atribuições planejar, estudar e executar, direta ou indiretamente, medidas que pudessem contribuir para o bem-estar social dos trabalhadores da indústria e atividades assemelhadas.

Para o financiamento de suas atividades foi estabelecida uma contribuição mensal com alíquota inicial de 2% sobre o montante da remuneração paga aos empregados das indústrias, das empresas de transportes, de comunicações e de pesca, posteriormente reduzida para 1,5% e que permanece até hoje.

A arrecadação dessa contribuição ficou sob responsabilidade do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários até a unificação do sistema previdenciário, passando a partir daí à órbita da Previdência Social e, atualmente, do INSS.

Cabe observar, finalmente, que o estatuto do SESI determina que o produto da arrecadação seja aplicado, em proporção nunca inferior a 75%, na região em que foi recolhida a contribuição.

2.3 - Contribuição para o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC)

Administrado e organizado pela Confederação Nacional do Comércio (CNC), são objetivos do SENAC realizar a aprendizagem comercial em escolas ou centros instalados e mantidos por ele; organizar e manter cursos práticos ou de qualificação para os trabalhadores do comércio; promover a divulgação de novos métodos e técnicas de comercialização e colaborar para a difusão e o aperfeiçoamento do ensino comercial de formação e ensino superior imediato que com ele se relacionar diretamente.

Para atender às suas finalidades foi instituída, juntamente com a sua criação (Decreto-lei n. 8.621/46), contribuição de 1% sobre a remuneração paga pelos empregadores aos trabalhadores do comércio e atividades assemelhadas. O recolhimento da contribuição foi feito pelo Instituto dos Comerciantes até a sua extinção, e encontra-se atualmente sob a responsabilidade do INSS.

2.4 - Contribuição para o Serviço Social do Comércio (SESC)

O SESC segue diretrizes e atribuições semelhantes às do SESI, buscando o bem-estar social para os trabalhadores do comércio. Está subordinado à CNC e conta com uma contribuição de 1,5% (a alíquota inicial era de 2%) – instituída pelo Decreto-lei n. 9.853/46 – cobrada sobre o montante da remuneração paga aos empregados dos estabelecimentos comerciais. É recolhida atualmente pelo INSS, sendo o produto de sua arrecadação aplicado, em proporção nunca inferior a 75%, na mesma região em que foi recolhido.

2.5 - Contribuição para o Serviço Brasileiro de Apoio às Micros e Pequenas Empresas (SEBRAE)

Através da Lei n. 8.029/90, o governo federal desvinculou da administração pública federal a entidade que realizava as políticas de apoio às pequenas e médias empresas, denominada até então de Centro Brasileiro de Apoio à Micro e Pequena Empresa (CEBRAE), com nova designação para Serviço Brasileiro de Apoio às Micros e Pequenas Empresas (SEBRAE).

Ao SEBRAE e aos seus organismos estaduais foram atribuídas as funções de planejar, coordenar e orientar programas técnicos, projetos e atividades de apoio à micros e pequenas empresas em consonância com as políticas nacionais de desenvolvimento – visando ao aperfeiçoamento técnico, racionalização e modernização e capacitação gerencial das pequenas empresas –, particularmente as políticas relativas às áreas industrial, comercial e tecnológica.

Para seu financiamento foi estabelecido um adicional de até 0,3% sobre as contribuições devidas ao SENAI, SENAC, SESI e SESC (Lei n. 8.029/90), a ser recolhido

desses recursos deve destinar-se à modernização das empresas, em especial as que disponham de dinamismo tecnológico;

- 40% para serem aplicados nos estados e Distrito Federal, sendo metade proporcionalmente ao ICMS e o restante proporcionalmente ao número de habitantes. Da mesma forma que no caso anterior, metade desses recursos deve atender à modernização das empresas. Os créditos são liberados pelo SEBRAE mediante apresentação, pelos organismos estaduais, dos projetos a serem realizados com indicação do montante de recursos necessários;

- até 5% para despesas de custeio do SEBRAE;
- 5% para despesas de custeio dos organismos estaduais do SEBRAE.

2.6 - Contribuição para o Serviço Nacional de Aprendizagem Rural (SENAR)

O SENAR foi instituído pela Lei n. 8.315/91, visando à organização, administração e execução do ensino de formação profissional rural, sob a supervisão da Confederação Nacional da Agricultura – CNA. Propõe-se também estabelecer centros próprios ou conveniados (sob a forma de cooperação) para a promoção social do trabalhador rural.

Constituem fontes para o financiamento do SENAR as doações e legados, as subvenções da União, estados e municípios, as multas arrecadadas, as receitas operacionais e as rendas oriundas de prestação de serviços e da alienação ou locação de seus bens. Fazem parte ainda de suas receitas três formas de contribuição:

- a contribuição mensal compulsória de 2,5% sobre o montante da remuneração paga a todos os empregados pelas pessoas jurídicas de direito privado ou a elas equiparadas que exercem atividades agroindustriais (produção primária de origem animal ou vegetal), agropecuárias, extrativistas vegetais e animais, cooperativas rurais e sindicatos patronais rurais. Essa contribuição é recolhida diretamente à Previdência Social, na figura do INSS, e não pode ser cobrada cumulativamente com as contribuições para o SENAI e o SENAC.

- a contribuição fixada em 21% do valor de referência regional para cada módulo fiscal atribuído ao respectivo imóvel rural, recolhida pelo INCRA.

- a contribuição de pessoa física, proprietária ou não, que explore atividade agropecuária, pesqueira ou de extração de minerais, em caráter permanente ou temporário, diretamente ou através de prepostos e com auxílio de empregados, com alíquota fixada em 0,1% sobre a receita bruta proveniente da comercialização e da sua produção (Lei n. 8.540/92).

A distribuição regional e a forma de utilização dos recursos do SENAR ficaram para ser definidas pelo regimento interno, observada a proporcionalidade em relação à arrecadação por unidade da federação.

Parte 3
A reforma do setor saúde:
o Brasil e as tendências
internacionais

1

Inovações organizacionais e de financiamento: experiências a partir do cenário institucional

Nilson do Rosário Costa
Pedro Luiz Barros Silva
José Mendes Ribeiro

Introdução

A expressão reforma do setor saúde tem sido utilizada para designar as iniciativas de inovação no modelo organizacional da atenção à saúde das economias centrais desde os anos 70. A reforma tem sido definida como um processo de mudança contínuo e sistemático em um ou mais segmentos do sistema de saúde.

Essa conceituação sintética das reformas, embora precisa em termos gerais, tem dificultado a definição do aspecto mais importante do processo: a diferença de natureza entre as reformas dos anos 70 e 80 e a nova agenda da década de 90, inspirada na flexibilização da administração pública e na contratualização.

Na primeira onda, as reformas do setor foram impulsionadas pelo imperativo macroeconômico de controle das despesas nacionais com a função saúde. Nos anos recentes, as inovações têm sido definidas pelos incentivos à criação de um ambiente institucional favorável à melhoria da eficiência dos provedores de atenção, sejam públicos, sejam privados. Na segunda onda, as reformas têm desenhado novos papéis e relações para as agências e organizações públicas, estimulando a provisão de serviços por mecanismos de contratualização e pelo *quasi*-mercado. A contratualização define em bases formais a separação entre financiamento e a provisão direta dos serviços.

Um segundo aspecto a ser ressaltado nas experiências de reforma é o processo de difusão supranacional das inovações gerais ou pontuais. A busca por inovação e competência em políticas tem feito com que soluções organizacionais criadas em contextos institucionais específicos sejam adaptadas por elites técnicas setoriais preocupadas com o **desempenho da gestão pública** ou com o desenho de novas funções para as agências estatais.

No setor saúde é verificável o mecanismo de *policy bandwagoning* – que poderia ser traduzido por “efeito ênibus” em políticas – processo de emulação, pelos governos

executivos as preocupações com “o bom governo” e com as temáticas de “performance” setorial.

Com isso, pode-se considerar que a larga difusão das pautas de reforma no setor saúde serve como campo privilegiado para a avaliação dos efeitos não antecipados ou não-esperados das mudanças do modelo de gestão pública. Ademais, a falta de estudos e diagnósticos abrangentes e sistemáticos permite que variáveis não virtuosas interfiram na dinâmica do processo de reforma, abrindo possibilidade para o *rent-seeking*.

Embora a análise da agenda da reforma deva considerar a especificidade intrínseca do setor saúde, não podendo os vários desenhos setoriais serem subsumidos a uma tese única da reforma do Estado, considera-se também como necessária a articulação entre as mudanças em curso no setor saúde e a crise do modelo administrativo burocrático para trazer maior rigor analítico na análise das mudanças implementadas.

Um terceiro aspecto considerado por esse capítulo é a distinção conceitual das três alternativas organizacionais disponíveis para o setor a partir dos anos 50:

- modelo de Beveridge – baseado no financiamento fiscal, universalidade de acesso e gratuidade da atenção em todos os níveis de complexidade;
- modelo de Bismarck – fundado no seguro social, na estrutura corporativa e no acesso condicionado pela situação de emprego;
- modelo de mercado – organizado a partir da capacidade de compra de seguro-saúde pelos indivíduos e empresas, acesso dependente da capacidade de consumo do cidadão/consumidor.

O modelo de Beveridge, criado no ambiente após a Segunda Guerra Mundial a partir do informe Beveridge de 1942, estabeleceu um padrão organizacional de Sistema Nacional de Saúde orientado para universalidade, baseado no financiamento em um fundo tributário público, com forte presença do Estado como empregador e proprietário de serviços de saúde, especialmente de hospitais. A gestão e a provisão eram predominantemente públicas e a dotação orçamentária global baseada nas médias históricas. Os médicos eram empregados públicos ou remunerados por capitação (ver Quadro 1).

O modelo de Bismarck foi adotado com frequência pelos Estados nacionais que buscavam soluções corporativas para a organização dos seus Sistemas Nacionais de Saúde. Trata-se do modelo baseado na legislação do seguro social alemão. O financiamento é realizado mediante cotas obrigatórias pagas pelas empresas e pelos trabalhadores aos fundos públicos. Os cidadãos que não estão cobertos por esses fundos são estimulados a contratar um seguro privado. A oferta da atenção médica individual se faz através de médicos autônomos (profissionais liberais) pagos por ato médico, enquanto os hospitais recebem orçamentos globais baseados na dotação retrospectiva.

Os modelos organizacionais de Beveridge e Bismarck exigiram para o seu desenvolvimento uma forte intervenção do Estado na definição da cesta de serviços e na

negociação das condições do trabalho médico. A solução de mercado que é aplicada de modo específico nos Estados Unidos apresentou até os anos 80 um desenvolvimento residual da ação do Estado na organização da oferta e na regulação do trabalho médico.

Quadro 1. Principais características dos dois modelos originais de organização dos Sistemas Nacionais de Saúde na Europa

	Modelo Beveridge	Modelo Bismarck
Financiamento	Predominantemente por impostos	Predominantemente por cotas de empregados e empregadores para seguro social
Gestão Orçamentária	Governamental	Não-governamental
Trabalho Médico	Assalariados ou remuneração por capitação	Contratados pelos fundos de seguro social e médicos liberais pagos por honorários
Modelo de Propriedade	Estatal	Não estatal
Países	Escandinávia, Inglaterra, Espanha, Itália, Portugal e Grécia	Alemanha, Áustria, Bélgica, França, Países Baixos
Forma de Regulação da Oferta	Direta	Indireta

Exemplos de comportamento adaptativo de modelo organizacional para setor saúde são os casos das reformas do setor saúde tardias ocorridas nos anos 70 – as reformas italiana (1978/1979) e espanhola (1986) – motivadas pela transição de um modelo de seguro social para uma matriz baseada em fundo tributário, com gestão pública e universalização de acesso. Essas duas reformas nacionais tardias significaram a adoção pelas elites nacionais de um desenho de acesso universalista para o setor saúde com a introdução da igualdade de acesso e expansão do trabalho médico.

Na Itália, com a aprovação da Lei n. 833 de dezembro de 1978 do Sistema Nacional de Saúde, foi estabelecida a proteção à saúde como “interesse da sociedade” assegurada por “serviços estritamente públicos que cabiam ao Estado prover” (Borgovoni, 1993).

Na Espanha, a Lei 14/1986, que cria o Sistema Nacional de Saúde, define a extensão da cobertura sanitária para toda a população pela universalização dos serviços sanitários para “todos os cidadãos em condições de igualdade”, independentemente das circunstâncias pessoais ou sociais.

Esses processos singulares de atualização dos Sistemas Nacionais de Saúde da Itália e Espanha tiveram também que responder aos desafios postos ao setor pela pressão da demanda por atenção individualizada que afetou os sistemas nacionais, legitimando a primeira onda de reforma nos anos 80.

1.1 A orientação macroeconômica das reformas dos anos 80

As características do desenho institucional predominante nos Sistemas Nacionais de Saúde até a primeira metade da década de 80 eram a universalidade de acesso às diferentes modalidades de cuidado de forma não segmentada; a existência de fundo público de financiamento, através de recursos fiscais ou ampliação do seguro social; gratuidade de uso e inexistência de mecanismos de co-pagamento (contribuição compulsória dos pacientes na compra de medicamentos ou na utilização dos serviços); abrangência de serviços dentro de equilíbrio geográfico; integralidade da atenção e utilização de procedimentos de acordo com a necessidade do paciente; acesso gratuito ou altamente subsidiado a medicamentos.

Esses mecanismos organizacionais geraram um padrão dominante de oferta pública unificada. A autoridade sanitária pública ou o seguro social tornaram-se ou financiadores ou compradores principais de serviços (*single payers*). Os hospitais e serviços básicos eram freqüentemente de propriedade estatal ou contratados. Predominavam relações assalariadas com os médicos ou a compra de honorários e eram escassos os incentivos à gestão voltada para a qualidade e para o direito do usuário. O Quadro 2 resume algumas das características dos Sistemas Nacionais de Saúde segundo a forma de provisão e remuneração de pessoal médico.

Quadro 2. Características dos Sistemas Nacionais de Saúde

País	Direto (empregados do estado)	Indireto (contratos)	Mecanismo de pagamento dos médicos da atenção primária (map)
Bélgica		Todos os serviços	Honorários
Alemanha		Todos os serviços	Predominantemente honorários
Espanha	Especialistas, hospitais e 60% dos map	Farmácias, dentistas e hospitais privados	Map: 60% salário + 40% capitação
França		Todos os serviços	Honorários
Grécia	Médicos, dentistas, hospitais	Farmácia e poucos hospitais privados	Assalariados
Irlanda	Hospitais públicos e especialistas	Hospitais privados não lucrativos, map e farmácias	Capitação
Itália	Hospitais públicos e map	Hospitais privados, map e especialistas privados	Capitação
Luxemburgo		Todos os serviços	Honorários
Holanda		Todos os serviços	Honorários
Portugal	Map, alguns especialistas, hospitais públicos	Hospitais privados, médicos nas áreas rurais, farmácias, laboratórios de exames clínicos	Assalariados
Reino Unido	Hospitais públicos, serviços comunitários	Map, hospitais privados e maioria dos dentistas	Capitação
Dinamarca	Hospitais	Médicos da atenção primária, especialistas fora do hospital, dentistas e fisioterapeutas	28% por capitação

Esse padrão institucional teve a legitimidade afetada ao longo das décadas de 70 e 80 pelo impacto negativo que gerou sobre as contas nacionais ao “medicalizar” os orçamentos públicos (crescimento excessivo do item saúde no conjunto das despesas públicas); pelas mudanças na percepção de necessidade do usuário/cidadão/consumidor, com a crescente demanda por atenção customizada (atenta aos direitos e às escolhas do paciente), e pelo excessivo custo do tratamento intra-hospitalar.

O primeiro processo de reforma do setor saúde na Europa se desenvolveu pela implementação de uma série de diretivas macroeconômicas visando essencialmente à redução das despesas setoriais. Algumas medidas de curto prazo foram implementadas pelos governos, tais como o controle de preços no setor saúde, introdução do copagamento no consumo de medicamentos, a redução do escopo do seguro social, a limitação do emprego no setor, etc.

Outras iniciativas de impacto de médio prazo foram as alterações no pagamento aos provedores pelas modificações nos valores relativos dos honorários médicos e nos métodos de remuneração dos profissionais de saúde. Particularmente importantes foram os limites de caixa aos orçamentos para a saúde ou a imposição de metas orçamentárias para partes dos Sistemas Nacionais de Saúde.

As medidas de longo prazo mais importantes foram a redução na produção de médicos e outros profissionais e da disponibilidade de leitos hospitalares, além do estímulo às medidas de prevenção na esperança de reduzir a longo prazo as demandas por atenção à saúde.

Essas iniciativas produziram impactos importantes na estabilização das despesas públicas e da mudança do modelo assistencial pela redução da atenção hospitalar e pelo incentivo às modalidades assistenciais de atenção primária. Porém, foram relativamente inócuas sobre o crescimento do setor e do emprego da saúde nesse período. O Quadro 3 resume o impacto desse ajuste macroeconômico em alguns dos indicadores do Sistema Nacional de Saúde da Inglaterra.

Quadro 3. Sistema Nacional de Saúde da Inglaterra entre os anos 50 e meados da década de 90

Indicadores do Sistema Nacional de Saúde Inglês	1951/59	1995
Disponibilidade de leitos por médico e dentista	37	5
Leitos por enfermeira e auxiliar de enfermagem	2,9	0,6
Total de leitos disponíveis	542.000	285.000
Leitos disponíveis por 1.000 habitantes	10,8	4,9
Disponibilidade média de leitos de agudos (1959)	183.000	130.000
Disponibilidade média de leitos para saúde mental (1959)	178.000	40.000
Disponibilidade média de leitos para idosos (1959)	62.000	52.000
Pessoal médico e dentista em hospital por 100.000 hab.	29	98
Pessoal de enfermagem por 100.000 hab.	375	794
Total de pessoal em hospitais	410.154	970.101
Médicos de atenção primária por 100.000 hab.	40,1	56,1
	2.400	1.782

Alemanha	6,3	8,7	8,6	8,8	8,3	8,3	8,5
Espanha	4,1	5,8	5,6	6,0	6,3	6,6	6,7
França	6,0	7,9	8,5	8,6	8,7	8,8	9,1
Grécia	4,0	4,5	5,4	5,0	5,4	5,4	5,2
Irlanda	6,6	8,8	8,1	7,3	6,9	7,0	7,3
Itália	5,5	6,7	6,9	7,6	7,6	8,1	8,3
Luxemburgo	4,6	7,1	6,7	7,2	6,9	7,2	7,2
Holanda	6,4	8,2	8,2	8,1	8,2	8,2	8,3
Portugal	n.d.	6,4	6,6	7,1	7,2	6,7	6,8
Reino Unido	4,6	6,1	6,1	6,1	6,1	6,2	6,6

Fonte: Abel-Smith & Mossialos (1994: 90).

Esse conjunto de mudanças, sustentadas por uma preocupação macroeconômica, pôs na agenda da gestão pública que o setor saúde deve consumir uma parcela apropriada do Produto Interno Bruto. Os empreendedores da reforma procuraram argumentar que o motivo principal para o descontrole dos gastos com o setor estava nas falhas das agências estatais e do mercado no controle do excesso de oferta ou demanda pelos serviços de saúde. Com isso, a reforma do setor saúde deveria seguir um passo adiante, visando à reestruturação dos processos decisórios e da dinâmica organizacional do setor.

A partir da segunda metade dos anos 80 e início dos anos 90 as reformas do setor saúde focalizaram efetivamente as variáveis de eficiência microeconômica para gerar, ao menor custo, incentivos à qualidade da atenção e à satisfação dos usuários. As considerações sobre a melhoria da eficiência microeconômica incluíram a busca por tecnologias organizacionais que favorecessem os resultados globais dos sistemas nacionais. Os governos procuraram estimular a eficiência sistêmica canalizando recursos dos serviços e programas ineficientes e inefetivos para outros menos custosos e mais responsáveis.

1.2 Institucionalismo e reforma da saúde nos anos 90

A adoção da matriz teórica do institucionalismo econômico converge para produzir o que Klein (1996) denomina como as reformas *big-bang*: estratégia bem-sucedida de implementação de reforma abrangente e sistêmica, adotada com sucesso, inicialmente, pela Inglaterra e depois difundida ou adaptada por uma segunda onda de reformas nos países europeus ao longo da década de 90.

A principal questão assinalada por essa matriz teórica são as falhas de mercado na provisão de atenção à saúde. Na ausência de uma política regulatória, o mercado de saúde conduz a um excesso de oferta em razão da *assimetria de informação* e do *risco moral*.

A *assimetria de informação* refere-se à questão assinalada por Arrow (1963) sobre a impropriedade do mercado como mecanismo para a provisão de atenção à saúde principalmente pela geração inerente de distribuição injusta dos serviços. A maioria dos pacientes não detém a informação necessária para informar as escolhas como

consumidor. Nesse sentido, o pressuposto do modelo clássico da troca perfeita em um ambiente de competição entre provedores – que ofereceria aos indivíduos/consumidores a melhor escolha associada ao seu melhor interesse – não funcionaria na demanda por saúde. Na relação médico-paciente, os indivíduos são compelidos a delegar ao profissional médico a decisão sobre tratamento. Cabe a ele também decidir sobre a provisão dos serviços demandados, originando potencial conflito de interesses.

O problema do *risco moral* (*moral hazard*) aparece, no lado da demanda, refletido no crescimento da cobertura da atenção à saúde quando os pacientes não arcam com o total dos custos marginais do excesso de utilização. No lado da oferta, aparece no incentivo ao excesso de oferta de serviços médicos quando um terceiro agente é responsável pelo pagamento da maioria dos serviços que os médicos escolhem para o paciente. Esses efeitos são, segundo, Oxley & MacFarlan (1994), hipertrofiados nos sistemas que remuneram por honorários médicos.

Um segundo ponto da agenda da segunda geração de reformas refere-se ao programa de reengenharia da gestão pública pela operacionalização de algumas das propostas da *public choice* como a implementação de decisões por instituições descentralizadas e mercado e/ou por instituições híbridas “a serem inventadas”. (Ordeshook, 1994: 15).

Os instrumentos desenhados pela proposta da *new public management* respondem à exigência de integração entre a nova perspectiva microeconômica para o setor saúde e a agenda da reforma da administração pública. A *new public management* assinala a importância normativa, para a gestão, da avaliação das despesas dos sistemas e organizações públicas (*value for money*) para tornar viáveis (e legítimas) as suas atividades e objetivos.

Essa nova perspectiva da gestão esteve na origem da separação entre as funções de financiamento e provisão de serviços sociais pelo pressuposto que a superposição de funções nas agências estatais aumentava a ineficiência e levava a falhas de responsabilização. Esse ambiente teórico trouxe para a agenda da administração pública a hipótese de que as falhas de governo poderiam ser identificadas como as causas gerais, e teoricamente comprováveis, das falhas de mercado (Ordeshook, 1994).

Walsh et al. (1997) descrevem as principais mudanças que a nova gestão pública introduziu na reforma do setor público inglês, com importantes repercussões no setor saúde na década de 80: imposição dos instrumentos da nova gestão pública no nível central de governo por iniciativas de gestão financeira; transferência de funções executivas do governo central para agências autônomas; privatização de algumas funções e ameaça de privatização de outras; reestruturação das agências que permaneceram no setor público através da incorporação de gestores contratados no setor privado; introdução de nova linguagem pela qual os objetivos das agências passam ser traduzidos em termos de mercado: criação de novos instrumentos para

As mudanças no Sistema Nacional de Saúde inglês foram condicionadas pela iniciativa de criação do *internal market* ou *quasi*-mercado para a provisão dos serviços de saúde. Esse foco na reorganização do padrão de oferta decorreu da desistência inicial do governo Thatcher, nos primeiros anos da década de 80, em alterar o sistema de comprador único (*single payer*).

Walsh et al. (1997) assinalam as iniciativas da proposta de *internal market* implementadas no Sistema Nacional de Saúde a partir de fins dos anos 80:

- separação de funções entre o nível central e o nível operacional para desenvolvimento no executivo de capacidade de formulação política;
- transformação das autoridades sanitárias em compradores de atenção à saúde e ampliação das atividades dos médicos da atenção primária pelo incentivo à sua transformação em gestores de fundos públicos para compra de serviços;
- no nível da provisão, incentivo à transformação dos hospitais públicos em empresas autônomas (*trusts*) habilitadas a competir no mercado, inclusive com os hospitais privados, pelos recursos disponíveis para atenção aos clientes do setor.

Ham (1998) assinala que a introdução de incentivos à competição deu-se sob forte regulação, sendo para ele mais adequado denominar os efeitos da reforma nesse plano como geradores de “mercado gerenciado” da atenção à saúde do que a um *internal market*.

Os implementadores da reforma buscavam responder, com a flexibilização e a incerteza, ao “problema da captura” pelos provedores – hospitais e médicos da atenção primária – ao configurar novas modalidades de compra de serviços que permitiam a responsabilização e a avaliação de desempenho.

Na reforma, a superposição de gestão e a provisão de serviços das autoridades sanitárias distritais foram substituídas gradualmente pela separação de papéis possibilitados pela emergência das novas entidades de provisão autônoma de serviço. Em 1996, quase todos os hospitais e serviços comunitários de saúde eram dirigidos por empresas autônomas.

A existência dessas novas instâncias de gestão permitiu que as autoridades sanitárias desenvolvessem mecanismos de compra de serviços a serem destinados às populações residentes nas áreas em que atuavam. Foi definida, com isso, nova forma de financiamento para os distritos sanitários, que tomou como critério de destinação orçamentária a medida da população servida, ponderada por variáveis de sexo, idade e outros fatores.

Foram também introduzidas mudanças no âmbito da atenção primária pela indução dos médicos primários ao consorciamento em cooperativas (*fundholding*) para a gerência de um orçamento para compra progressiva de serviços hospitalares, compra de medicamentos e gratificação de funcionários. Os recursos crescentemente deslocados para a gestão dos *fundholders* foram deduzidos dos recursos controlados pelas autoridades sanitárias distritais.

Ham (1997) assinala que essas mudanças deslocaram o sistema nacional integrado em direção a um modelo contratual para estabelecer o vínculo entre compradores e provedores. O objetivo dos contratos era a especificação dos custos, qualidade e quantidade de atenção que deve ser apresentada, embora na reforma inglesa o contrato não tenha se tornado um instrumento legal, mas sim um instrumento gerencial para codificar os acordos entre compradores e provedores.

O impacto dessas medidas foi a mudança no equilíbrio de poder entre os diferentes interesses no Sistema Nacional de Saúde inglês, de um velho sistema integrado e hierarquizado para um modelo mais diversificado por um conjunto de arranjos contratuais. Esse arranjo enfraqueceu o tradicional poder dos provedores, especialmente daqueles localizados no hospital para casos agudos. Na nova posição de compradores, as autoridades locais são estimuladas a trabalhar próximo aos médicos da atenção primária para decidir que serviços comprar e onde contratar. Isso refletiu a posição fortalecida dos médicos da atenção primária como referenciadores (*gate-keepers*) para os serviços hospitalares.

A perspectiva dos reformadores era que a cisão das funções geraria um aumento de produtividade com ganho para os pacientes. Os estudos divergem sobre o real significado da melhora do desempenho registrada após a reforma, pela possibilidade de uma inflação artificial dos indicadores, pela melhor informação e sobreorçamentação ao setor ao longo da reforma.

De qualquer modo, as escolhas dos pacientes não foram afetadas pelas reformas e mesmo foram fortalecidas pela exigência de divulgação da “cesta de serviços” feita aos médicos da atenção primária, prática até então inexistente no sistema de saúde inglês (Klein, 1996: 232). Outro indicador de responsabilização, como lista de espera para tratamento hospitalar, registrou melhorias localizadas. O nível de insatisfação com o Sistema Nacional de Saúde declinou, embora não se possa afirmar que a reforma *per se* tenha sido responsável pelos progressos nesse ponto.

Ao analisar a perspectiva comparativa entre o passado e o futuro do Sistema Nacional de Saúde inglês, Klein (1996: 235) afirma que “não há razão para pensar que a dinâmica do novo modelo irá necessariamente ser discriminatória contra a equidade; ao contrário, potencialmente, ao menos, ela oferece uma oportunidade para fortalecer a equidade. O paradoxo pode estar no fato de que um governante dedicado a atingir a equidade pode achar na reforma pós-1991 mais instrumentos e mecanismos para essa vontade do que o sistema pré-1991.”¹

1.4 Microeficiência na gestão hospitalar e descentralização da oferta

A segunda onda de reformas trouxe importantes inovações em relação à agenda de reforma anterior ao focalizar setores específicos e não a indústria da saúde; ao voltar-se para a regulação de custos e volume de produção e não apenas para a

para conter a autonomia decisória médica que gere despesas e custos. No ambiente hospitalar essas decisões são tomadas sem parâmetro gerencial e sem a informação sobre os custos das diferentes opções disponíveis. Nas situações em que essas opções estão disponíveis, ocorre considerável resistência em adotá-las em razão da cultura técnica da autonomia decisória da profissão.

Uma outra fonte de ineficiência na gestão hospitalar estava relacionada à baixa qualidade do controle do trabalho e da infra-estrutura. Na maioria dos casos, serviços que poderiam ser produzidos de modo mais efetivo por *out-sourcing* (por terceiros) permaneciam com a produção internalizada no hospital.

Outro ponto de inovação foi a flexibilização na divisão de trabalho: muitas tarefas que podem ser resolvidas por profissionais de menor qualificação eram de acesso restrito aos médicos.

Na reengenharia da administração dos hospitais procurou-se introduzir novos métodos de controle de materiais e insumos e regular a incorporação de tecnologias através da focalização da gerência baseada em metas contratualizadas.

Mudanças foram também implementadas nas condições de remuneração dos honorários e rendas médicas, particularmente distorcidas nos arranjos baseados em honorários: com frequência os valores cobrados aos sistemas nacionais variavam de maneira muito ampla e pouca referência tinham com qualquer relação de custo-efetividade da atenção prestada.

Outra inovação no âmbito microeconômico foi o fortalecimento dos pagadores vis-à-vis os hospitais, seja autoridade sanitária, sejam seguradores privados, sejam negociadores de seguro social. Foi estimulada a adoção por esses fundos de condutas mais responsáveis em relação à qualidade da provisão de serviços que contratavam e com respeito à eficiência na destinação de recursos. Essa reorientação visou aos provedores – especialmente os hospitais – habituados a uma lógica perdulária de gasto e formação de preços.

Novos papéis foram determinados para os compradores na definição de relações contratuais com os provedores, com incentivos e sanções, para que os orçamentos ficassem dentro de limites ou tetos acordados. Os compradores de serviços deixaram de financiar as organizações hospitalares deficitárias, que podem inclusive ser expostas ao risco de falência e fechamento.

Nesse processo de mudança, os compradores foram incentivados a que se tornassem agentes mais eficientes de compra de atenção, isto é, gestores de orçamento mais permeáveis à consideração de mérito e custo-efetividade através do aumento da responsabilidade sobre a qualidade e a quantidade da atenção que adquirem.

Os sistemas nacionais onde prevalece o desenho do comprador único (*single payer*) tiraram grandes vantagens do poder monopsonico para obter informações sobre os provedores, quebrar o monopólio de competência e introduzir competição. Essa condição de negociação permitiu ao financiador adotar estratégias compreensivas e de

longa duração que afetaram a oferta no nível da atenção primária, secundária e comunitária. Os financiadores obtiveram também alguns progressos na capacidade de limitar as intervenções médicas desnecessárias, apesar da dificuldade de defini-las em razão da resistência da profissão médica sob o argumento da confidencialidade do ato médico.

A competição tem difundido a contratualização para o financiamento dos serviços hospitalares. Ao contrário da orçamentação por série histórica ou o reembolso da conta apresentada por um provedor, os contratos oferecem o escopo para a busca competitiva de um determinado serviço entre diferentes provedores. Os contratos também abrem a possibilidade de manutenção dos preços alinhados aos custos nos casos em que haja grandes divergências entre ambos. Sobretudo, os contratos possibilitam os mecanismos formais para especificar e monitorar indicadores de desempenho (qualidade, quantidade e custos dos serviços).

A reforma pela contratualização competitiva permitiu aos provedores maior autonomia gerencial e o desenvolvimento de instrumentos de responsabilização organizacional (definição de objetivos, metas e sistema de informação para a avaliação). Isso tem sido acompanhado, na maioria dos casos, de maior flexibilidade administrativa pois as organizações quando públicas adquirem a autonomia de contratação, demissão, gratificação e remuneração de pessoal.

Um outro desenvolvimento de regulação microeconômica nas reformas dos anos 90 foi o fortalecimento dos médicos da atenção primária nas funções de primeiro contato com o sistema de saúde e no controle de custos e promoção de efetividade.

No primeiro caso, os médicos de famílias podem tanto zelar para a melhor continuidade da atenção ao paciente, como atuar como barreira ao risco moral: as múltiplas visitas ao médico pelo mesmo episódio de doença ou o excesso de procedimentos onde há muita oferta de médicos. O uso do médico da atenção primária como *gate-keeper* (responsável pela referência compulsória para o nível secundário ou especialista quando não for o caso de emergência) reduziria esses riscos e permitiria, adicionalmente, o seguimento da trajetória do paciente de modo mais coerente.

No segundo caso, como implementado na Inglaterra, os médicos da atenção primária que optaram pela condição de compradores (*fundholders*) tornaram-se responsáveis por um orçamento com o qual provêm atenção primária e adquirem medicamentos e serviços secundários. Essa opção buscou incentivar a eficiência e a efetividade dos provedores e também a assimilação pelos médicos da atenção primária do papel de negociadores dos pacientes na relação com os provedores de nível secundário.

1.5 Quasi-mercado e contrato na gestão da saúde

Le Grand & Bartlett (1993) sugerem que a principal característica dos *quasi-*

financiadores e provedores, também hospitais e serviços em competição por clientes. No entanto, essas organizações não estão necessariamente em busca da maximização de lucro nem são de propriedade privada. São empresas sem fins lucrativos, com objetivos públicos e regidos por legislação especial, ainda que de baixa precisão jurídica em relação à administração pública.

Já no âmbito da demanda, o *quasi*-mercado difere dos mercados tradicionais porque a capacidade de consumo do comprador não é definida em termos monetários. Apresenta, ao contrário, a forma de orçamentação vinculada à compra de um serviço ou ao uso do *voucher*, ou então efetiva-se pela centralização em uma agência de compra estatal. Na maioria dos casos, não é o usuário que faz a escolha direta em relação às decisões de compra de serviços. Essa função é delegada a uma terceira parte, como no caso inglês, à cooperativa de médicos da atenção primária ou à autoridade da saúde.

Em resumo, o *quasi*-mercado para a provisão de serviços de proteção social é diferente dos mercados convencionais em três sentidos: pela presença de organizações não lucrativas em competição; pela centralização do poder de compra em uma agência pública ou pela alocação da decisão do consumo na forma de *voucher* em vez de dinheiro; e, em muitos casos, pela representação dos consumidores ser realizada por agentes, evitando que os beneficiários atuem diretamente no mercado (Le Grand & Bartlett, 1993).

Considera-se que a criação do *internal market* ou do *quasi*-mercado nos Sistemas Nacionais de Saúde tem sido a mais importante mudança organizacional e cultural desde a criação do modelo inglês em fins da década de 40. Nesse ambiente, os contratos tornaram-se o principal instrumento de coordenação das mudanças, gerando um complexo sistema de credenciamento e contratualização. A prática de contratualização tem criado um novo conjunto de valores e a mudança de cultura organizacional na gestão pública – a cultura da competição, da negociação contratual, do planejamento de negócio e do *marketing* (Flynn & Williams, 1997).

O enfoque principal-agente teve grande influência nas motivações e nas estratégias utilizadas pelos empreendedores das reformas para formalizar a situação em que o Estado (principal) contrata um terceiro (agente) para realizar uma tarefa de relevância pública em troca de um pagamento. Assume-se que os atores em situação contratual são auto-interessados e que o agente pode não cumprir o acerto contratual, principalmente porque principais e agentes podem não ter os mesmos objetivos ou congruência de metas. O principal deve, então, procurar minimizar esse risco pelo monitoramento do desempenho, ainda que permaneça o problema da assimetria de informação e da confiança contratual das situações de delegação de funções (North, 1996). De qualquer modo, a teoria principal-agente enfatiza o significado do controle sobre a performance e a centralidade da informação nas relações contratuais (Flynn & Williams, 1997), tendo sido utilizada como base de fundamentação cognitiva para a nova forma do Estado.

Uma outra matriz de fundamentação teórica tem sido a análise dos “custos de transação econômica” das empresas (e organizações) em ambiente de incerteza sobre

qual melhor escolha sobre o modo de produção de bens. Em certas condições, as organizações têm duas opções: a verticalização integrada e hierarquizada de toda produção ou a compra de componentes ou serviços de fornecedores especializados pela contratação no mercado competitivo.

Williamson argumenta que a verticalização e o mercado são mecanismos alternativos para lidar com transações. Onde os contratos são difíceis de ser especificados, em razão da complexidade, incerteza e informação inadequada e insuficiente, as firmas recorrem a métodos mais burocráticos para organizar a produção, por serem mais eficientes. As organizações sempre procuram minimizar os custos de transação ao mesmo tempo que buscam reduzir o risco do oportunismo.

Flynn & Williams (1997: 8) assinalam a utilidade da teoria do custo de transação por chamar atenção para os processos de contratualização e para as estruturas de *governance* que orientam as escolhas estratégicas das organizações.

No núcleo da discussão, na realidade, já apareciam as considerações sobre os elevados custos de transação que envolviam a compra e a venda de serviços que motivarão as retificações no ano de 1999 da reforma ocorrida no início da década. Como assinalam Appleby & Smith, ratificando as idéias de Williamson, a contratualização no campo da saúde parece exigir altos custos de transação por serem os contratos caros para redigir, complicados para executar e difíceis para implementar. Essa contratualização exigiria melhorar o ambiente para a cooperação entre provedores e compradores, levando principalmente ao alongamento do período de validade dos contratos. Esses tenderiam a perder a lógica da negociação anual e ganhar a forma de acordo de longo prazo, como aparece na proposta do gabinete Blair para correção dos rumos da reforma inglesa da década de 90.

Conclusões provisórias

Ham (1998) assinala que o deslocamento do sistema integrado para o modelo contratual foi um estímulo complementar às políticas de controle de despesas de nível macroeconômico, gerando iniciativas de fortalecimento da eficiência e da capacidade de resposta aos usuários no nível microeconômico. Os principais instrumentos dessas políticas foram:

- a introdução de mecanismos semelhantes ao mercado em muitos Sistemas Nacionais de Saúde. A orientação para o mercado levou à separação de responsabilidades entre compradores e provedores do sistema integrado e criou a base para um modelo contratual;
- o fortalecimento da gerência dos serviços de saúde objetivando reduzir as variações de desempenho e introduzir uma forte orientação para o cliente. Essa última proposta visou oferecer ao paciente maior poder de escolha, melhorar acesso, reduzir as listas de espera e incrementar a qualidade da atenção. Motivados pelo ideário dos

incentivos para que os hospitais sejam eficientes ou ofereçam serviços que sejam atrativos para os usuários. As reformas nacionais exploraram as possibilidades de combinar controle de custo com sistemas de pagamento que premiem as melhorias desejadas de performance.

De modo mais abrangente, Saltman & Figueras (1998) afirmam que quatro grandes temas orientaram as escolhas das elites políticas na formulação da reforma na Europa: o papel do Estado e do mercado; a descentralização; os direitos do paciente; as novas funções para a saúde pública.

✓ *Estado e mercado*

As reformas europeias consideram que não há um conceito de mercado que possa ser útil para o sistema de saúde ainda que alguns mecanismos da gestão privada venham sendo introduzidos na gerência financeira, na decisão alocativa ou no estímulo à produtividade do sistema, como a livre escolha do usuário/consumidor, a contratualização negociada (contrato de gestão) e a concorrência pública. Estas iniciativas refizeram as relações entre Estado e mercado para um modelo híbrido denominado como mercado interno (*internal market*), competição pública ou *quasi*-mercado.

✓ *Descentralização*

Outra importante iniciativa de reforma foi a descentralização política e administrativa de certo nível de autoridade para níveis subnacionais e para o setor privado. A descentralização tem sido tomada como uma resposta às limitações das instituições públicas centralizadas, com baixa capacidade de inovação e baixa responsabilização.

O êxito da descentralização, contudo, parece estar condicionado à existência de um ambiente de sustentação para o desenvolvimento da capacidade administrativa e da presteza na implementação das decisões. Quando essas condições não são satisfeitas, a descentralização gera resultados negativos pela fragmentação dos serviços, perda de equidade, manipulação de interesses e fragilização das funções regulatórias do setor público.

✓ *Direitos do paciente*

Nesse aspecto duas inovações têm ordenado fortemente os Sistemas Nacionais de Saúde:

(i) a possibilidade dos pacientes escolherem o médico generalista ou especialista, hospital e o próprio médico no hospital, ainda que estas iniciativas não sejam totalmente consensuais entre os países, pois muitos preservaram a função do médico generalista *gate-keeper*;

(ii) a proteção aos direitos dos pacientes principalmente referidos à responsabilização dos provedores e a proteção de informações confidenciais. Essa emergência do direito do paciente tem favorecido novas jurisprudências em direitos civis associados às relações entre médicos e pacientes e entre organizações de saúde e seus usuários.

✓ *Novas funções da saúde pública*

As funções revitalizadas da saúde pública advêm do reconhecimento de que os serviços médicos têm um impacto muito limitado em determinadas situações de saúde da população. Os determinantes de saúde dependem de políticas públicas intersetoriais específicas como educação, habitação, geração de empregos e agricultura. Essa inovada saúde pública foi fortalecida pela difusão internacional em fins da década de 80 da agenda da promoção à saúde e da prevenção de doenças.

A saúde pública tem sido também colocada no centro das reformas em função da mudança do papel do Estado para as tarefas de financiamento, delegando para outros agentes no contexto da descentralização – municípios; organizações públicas, quasi-públicas e empresas privadas – as tarefas diretas de provisão de serviços.

A saúde pública tem assumido um importante papel nas atividades regulatórias através do desenvolvimento, criação e implemento de instrumentos de avaliação e de indicadores de eficiência, efetividade e qualidade dos programas, superando o papel de simples agente de coerção derivado das vigilâncias epidemiológica e sanitária.



2

A descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectiva

Nilson do Rosário Costa

Introdução

Os indicadores sociais apresentaram importantes progressos no Brasil ao longo das décadas de 80 e 90 em razão da queda da mortalidade infantil, da expansão do consumo de água potável e da ampliação do acesso à atenção à saúde (PNUD, 1996).

Ainda assim, a situação social brasileira é bastante crítica se comparada a países com renda per capita semelhante (World Bank, 1998), exigindo sustentabilidade dos gastos públicos, ganhos de eficiência do sistema de proteção social e melhor padrão de distribuição da renda interna.

A agenda da descentralização da atenção à saúde no Brasil tem uma relação direta com a percepção generalizada sobre o déficit de eficiência e de responsabilização da política social, agravado pela baixa definição dos papéis para os níveis de governo que atuam no setor (União, estados e municípios).

A descentralização tem como meta a definição precisa desses papéis pressupondo, ademais, que a provisão direta e exclusiva, no nível da gestão municipal, permite maior controle de qualidade pelo cidadão/cliente dos serviços prestados e/ou contratados pelo setor público.

Os temas associados à qualidade e à responsabilização da atenção à saúde confrontam as características dual e segmentada do sistema de saúde brasileiro. Dois grandes subsistemas foram configurados ao longo dos anos 80:

- subsistema privado baseado no seguro-saúde, ao qual está referida uma população de 41 milhões de habitantes, principalmente os empregados das grandes e médias empresas e as classes médias urbanas;
- o subsistema público universalista – Sistema Único de Saúde (SUS) – que tem uma população de referência de 115 milhões de habitantes por ser teoricamente

atenção à saúde.

A rapidez da descentralização da política de saúde foi um resultado bem-sucedido das demandas dos gestores locais e regionais por autonomia decisória e responsabilidade pela provisão direta de serviços sociais, originadas pelo processo de redemocratização das décadas de 70 e 80. Entre os pontos críticos do desenho institucional do regime autoritário brasileiro (1964/85) na área social foram assinalados:

- a centralização decisória em nível federal, mediante a desapropriação dos instrumentos de ação social de estados e municípios;
- o bloqueio à participação social e política no processo decisório, com a supressão das formas de controle social;
- a fragmentação institucional que impossibilitava a constituição de uma política social integrada;
- o fechamento dos canais de acesso da população aos bens e serviços sociais.

A agenda da redemocratização buscou, na ampliação das responsabilidades da gestão local, uma alternativa para o desenvolvimento de mecanismos de controle sobre o gasto público e de ampliação do acesso às políticas sociais. A Constituição Federal de 1988 expressou a tendência ao fortalecimento das demandas federativas acolhendo a lógica de repartição do bolo fiscal favorável aos interesses locais e regionais em detrimento da União. Como mostra a Tabela 1, entre 1980 e 1993, os municípios e os estados passaram de 31% para 42% de participação nas receitas disponíveis pela federação. No mesmo período, os municípios registraram um crescimento específico de participação de 9% para 16% das receitas públicas.

Tabela 1. Brasil: evolução percentual de receita disponível por esfera de governo

Ano	União	Estados	Municípios
1980	69	22	9
1988	62	27	11
1993	58	26	16

Fonte: Afonso & Silva (1995).

Esse desempenho aparece associado ao crescimento relativo da importância da gestão municipal na administração pública nacional tanto em relação ao crescimento do emprego público, como em relação à execução dos maiores programas sociais. Essa elevação da importância municipal na gestão pública é comprovada também pelo esforço de arrecadação tributária própria dos municípios que apresenta um crescimento médio anual duas vezes mais rápido que os tributos estaduais e cerca de três vezes que os federais, como mostra a Tabela 2.

Tabela 2. Desempenho da arrecadação tributária por nível de governo – 1988/97

Ano	União	Estados	Municípios
1988	100	100	100
1989	106	119	102
1990	121	130	130
1991	101	128	189
1992	101	117	162
1993	110	108	144
1994	122	133	155
1995	129	148	215
1996	137	163	284
1997	144	165	290

Crescimento 1997/1988 não computadas as transferências recebidas. Ano-base 1988 = 100.

Fonte: Afonso et al. (1999: 6).

2.1 A descentralização da saúde na Constituição de 1988 e a responsabilidade municipal na provisão dos serviços

A Constituição Federal de 1988 foi um momento inaugural da orientação descentralizadora para o setor saúde como uma alternativa aceitável para a reversão da baixa qualidade da gestão pública na área social; para a redefinição das prioridades das ações estatais destinadas ao atendimento das necessidades da população; e para a ampliação da autonomia de gestão das autoridades públicas locais. O Capítulo da Saúde da Constituição promulgada em 1988 consolidou uma tendência na gestão pública setorial:

- de reconhecimento da saúde como direito social, assegurado pelo acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e prevenção da saúde (Artigo 196);
- de estabelecimento de um novo paradigma para a ação estatal na área, ao determinar o atendimento integral, a descentralização político-administrativa e a participação comunitária (Artigo 198, I, III);
- de comprometimento financeiro pela criação de um orçamento público da seguridade social que sustenta um conjunto integrado de ações capaz de “assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (Artigo 194);
- de unificação da ação pública pela definição do Sistema Único de Saúde (SUS) como instância única da gestão pública responsável pela provisão universal, gratuita e integral de ações e serviços de saúde para a promoção, proteção e recuperação da saúde (Artigo 196 e Artigo 198).

A tendência à descentralização setorial através do processo de redistribuição de capacidade decisória e de recursos entre esferas de governo foi traduzida pela definição do município como o único ente federativo ao qual foi atribuída a missão constitucional de prestar serviço de atendimento à saúde da população. À União e aos estados caberia

(Artigo 18, I e II).

Essas mudanças de titularidade da gestão municipal induziram o crescimento do papel dos governos locais na provisão da atenção, reduzindo ao longo da década de 80 as funções da União na oferta *direta* de serviços de atenção à saúde e ampliando as suas atividades de negociação na alocação de recursos e regulação de desempenho. Essa redefinição de funções indica que o Sistema Único de Saúde tem implementado de modo acelerado a separação entre financiamento e provisão pelo menos nas relações entre os níveis de governo (World Bank, 1998).

Os dados da Tabela 3 sugerem que o incentivo a maior autonomia na gestão administrativa e financeira local resultou em expressivo crescimento de estabelecimentos sob gestão municipal. Esta evoluiu, entre os anos 1981 e 1992, de 22% para 69%, enquanto os estabelecimentos sob gestão federal regrediram de 28% para apenas 5% e sob gestão estadual de 50% para 26%.

Tabela 3. Evolução do número de estabelecimentos do setor público de saúde por esfera administrativa

Ano	Federal	Estadual	Municipal	Total
1981	3.764 (28%)	6.890 (50%)	2.961 (22%)	13.615 (100%)
1988	1.978 (9%)	10.643 (50%)	8.851 (41%)	21.472 (100%)
1992	1.387 (5%)	7.043 (26%)	18.662 (69%)	27.092 (100%)

Fonte: IBGE/AMS-1981/88/92.

O aumento da responsabilidade municipal na provisão de serviços de saúde é também comprovado segundo os critérios regionais, como indica a Tabela 4. A evolução da responsabilidade municipal é especialmente evidente nas Regiões Sul e Sudeste, comprovável pela proporção de 82,7% e 84,9% do total de estabelecimentos públicos, enquanto a gestão federal (2,2% e 2,5%) e a gestão estadual (15,7% e 12,7%), respectivamente, tornaram-se quase residuais.

Tabela 4. Brasil: distribuição percentual dos estabelecimentos do setor público de saúde por grandes regiões, 1992

Brasil e grandes regiões	Federal	Estadual	Municipal	Total
Norte	11,5	35,5	53,0	100,0
Nordeste	7,4	41,5	51,1	100,0
Sudeste	2,5	12,7	84,8	100,0
Sul	2,2	15,1	82,7	100,0
Centro-Oeste	4,8	32,2	63,0	100,0
Brasil	5,1	26,0	68,9	100,0

Fonte: IBGE-AMS (1992).

A mesma tendência ao fortalecimento municipal é ratificada pela evolução do emprego no setor público da saúde no período 1980/92, que registrou a inversão de papéis entre o níveis federal e municipal – o município oferece, em 1992, 43,7% dos empregos na saúde, apesar de possuir apenas 14,9% em 1988. O nível federal decresce de 42,6% em 1988 para 14,9% em 1992 (Tabela 5).

Tabela 5. Brasil: evolução e participação relativa no emprego no setor público no setor saúde por esfera administrativa – 1981/92

Ano	Federal	Estadual	Municipal	Total
1981	113.297 (43%)	109.373 (41%)	43.086 (16%)	265.956 (100%)
1992	80.298 (15%)	222.139 (41%)	235.321 (44%)	537.688 (100%)
Participação relativa (%)	- 2,6	6	13,9	5,6

P% = taxa média de crescimento geométrico anual.

Fonte: IBGE-AMS (1981/92).

Os dados comparativos da distribuição de estabelecimentos de saúde entre prestadores – federal, estadual, privado e municipal – indicam que o crescimento do setor público (SUS) vis-à-vis o dinamismo do setor privado de seguro-saúde e contratado pelo setor público na década de 80, deveu-se ao crescimento do papel do município nacionalmente e do nível estadual no Norte, Nordeste e Centro-Oeste (IBGE, 1993).

Como mostra a Tabela 6, enquanto a participação de estados e da União diminuiu, os municípios fortaleceram a participação na gestão direta de estabelecimentos de saúde de 32% em 1988 para 38% em 1992, acompanhando, em parte, a impressionante evolução do setor privado, que aumentou a participação de 22% para 45% entre esses anos.

Tabela 6. Brasil: evolução dos estabelecimentos de saúde por natureza jurídica – 1988/92

	1988	1992
Públicos	77,7	54,6
Federal	7,2	2,8
Estadual	38,5	14,2
Municipal	32,0	37,6
Privados	22,3	45,5
Totais	100,0	100,0

Fonte: IBGE-AMS (1988/92).

2.2 As Normas Operacionais Básicas e a nova estrutura da gestão pública na saúde

A descentralização na década de 90 foi impulsionada e regulamentada através das Normas Operacionais Básicas (NOBs), que são orientações específicas e pactuadas, emanadas pelo Ministério da Saúde e aceitas pelas representações nacionais dos secretários municipais e estaduais de saúde, que visam à repartição orçamentária entre níveis de governo, à atribuição de titularidade para a gestão e à organização do modelo assistencial. A primeira norma vigorou em 1991, estabelecendo regras de transferências de recursos da União, a habilitação para a provisão direta dos serviços de saúde e as competências entre os três níveis de governo da federação brasileira (União, estados e Distrito Federal, e municípios).

Além disso, esta norma introduziu um ranqueamento entre estados e municípios habilitados – municípios com condição de gestão incipiente, parcial ou simplena – segundo níveis de comprometimento e de estrutura administrativa, que repercutiram no modo como as transferências dos recursos da União ocorreram nos anos 1993/95 para os municípios qualificados.

A NOB-1/93 produziu uma modulação institucional do processo de descentralização e de responsabilização das instâncias de governo em relação à saúde, representando um divisor de águas na política social brasileira dos anos 90 por formatar um processo de normalização das relações intragovernamentais, por criar regras de transferências de recursos, mecanismos de controle e avaliação, e por definir etapas não sequenciais de transferência para a gestão local de serviços.

Para ter condições de assumir um dos status na gestão setorial, os governos locais deveriam atingir uma “capacidade estatal” associada a variáveis de responsabilização e controle externo das decisões dos governos locais. Por exemplo, na situação transacional de gestão simplena, foram demandados compromissos inusitados nas relações intergovernamentais, historicamente orientadas por relações de baixa responsabilização e déficit de auditoria. Para obter a situação de gestão simplena na saúde, os municípios assumiram o compromisso:

- de ampliar a capacidade gerencial de planejamento, avaliação e controle dos serviços de saúde;
- de instituir Conselho de Saúde;
- de criar um Fundo de Saúde;
- de desenvolver um Plano de Saúde;
- de elaborar Relatório de Gestão para efeito de auditoria que contenha os balancetes do Fundo de Saúde, as atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde, os dados sobre os gastos fiscais próprios destinados à saúde;
- de informar sobre os recursos organizacionais locais para auditar os gastos com serviços ambulatoriais e hospitalares contratados.

O prêmio para a capacidade de responder a esses requisitos foi a obtenção de autonomia governativa municipal sobre ações e serviços de saúde. As Secretarias Municipais de Saúde ganharam:

- a titularidade sobre autorização de credenciamento, descredenciamento, controle e avaliação dos serviços ambulatoriais e hospitalares privados e filantrópicos;
- a gestão da totalidade das cotas de Autorização de Internação Hospitalar (AIH);
- gerenciamento da rede ambulatorial;
- a incorporação das ações de vigilância epidemiológica e sanitária à rede de serviços, etc.

Esse aumento de responsabilidade incentivado pela NOB-1/93 serviu como mecanismo de aceleração da adesão municipal às novas funções propostas do Sistema Único de Saúde:

- de um total de 4.973 municípios existentes em 1996 no país, 65,09% enquadravam-se em uma das modalidades de gestão propostas pelo Sistema Único de Saúde: na gestão incipiente estavam 49,38% dos municípios; na gestão parcial 12,85%; na gestão semiplena encontravam-se 2,86% dos municípios;

- para os municípios que assumiram a condição de gestão semiplena transferiram-se, direta e automaticamente, aproximadamente 25% dos recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde para a assistência ambulatorial e hospitalar;

- onze capitais exerciam a gestão semiplena da assistência à saúde: Região Norte – Belém; Região Nordeste – Natal, São Luís, João Pessoa, Recife, Teresina; Região Centro-Oeste – Campo Grande, Cuiabá; Região Sudeste – Belo Horizonte; Região Sul: Curitiba e Porto Alegre;

- Nos estados onde os municípios-capitais estavam na condição de gestão semiplena ocorreu um substancial deslocamento no controle dos recursos da saúde transferidos pela União à esfera municipal. Nos estados com capitais habilitadas, os gestores municipais em semiplena executaram em torno de 40% das transferências globais para os estados, excluindo-se os 25% do fator de reajuste repassados sobre os tetos globais (Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas, 1997).

O processo de descentralização através da NOB-1/93 foi interrompido pela proposta da Norma Operacional Básica 1/96 que tem como horizonte estratégico ampliar a responsabilidade do gestor municipal e estadual e induzir um conjunto de mudanças no modelo assistencial pelo fortalecimento da atenção básica e primária e das ações de saúde coletiva.

A NOB-1/96 simplificou o processo de responsabilização municipal proposto pela NOB-1/93, reduzindo as condições de habilitação a duas modalidades – Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal. Os principais objetivos na NOB-1/96 eram:

- promover e consolidar a função municipal na gestão do poder público na atenção à saúde e redefinir as responsabilidades de estados, Distrito Federal e União;

- estabelecer um novo pacto federativo em relação à responsabilidade sanitária;

- reorganizar o modelo assistencial, dando ao município a responsabilidade pela gestão e execução direta da atenção básica de saúde;

- assegurar que as transferências intragovernamentais sejam fundo a fundo, reduzindo as transferências para remuneração de serviços produzidos;

- fortalecer a gestão compartilhada entre os três níveis de governo através das

Em relação às transferências intergovernamentais, a NOB-1/96 criou um conjunto de instrumentos indutores de modelo assistencial,¹ destacando-se:

- O Piso Ambulatorial Básico (PAB), é o montante de recursos financeiros destinados ao custeio dos procedimentos da atenção básica de responsabilidade tipicamente municipal: vacinação, consultas médicas, pré-natal e atendimento ambulatorial. O valor das transferências é calculado pela multiplicação da população do município por um valor per capita nacional. Em março de 1999, o PAB garantia um mínimo de R\$ 10,00 e um máximo de R\$ 18,00 per capita/ano para os municípios que investiam em ações de atendimento básico em saúde. O PAB é transferido diretamente, de forma regular e automática, ao município habilitado. Quando o município não está habilitado, o PAB é transferido diretamente ao respectivo estado. Para aqueles municípios que já apresentavam gastos per capita superiores ao “PAB per capita nacional” a NOB/96 previa um fator diferenciado de ajuste à sua implementação.

- O incentivo à adoção do Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) é um adicional de transferência intergovernamental por grupo de população efetivamente coberto pelo PSF e PACS. O PSF assegura um recurso extra por equipe de profissionais da área médica implantada pelo município. As equipes são responsáveis pelo atendimento permanente de 3,5 mil pessoas;

- Fração Assistencial Especializada (FAE), montante de recursos definidos pela PPI, aprovada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), referente a procedimentos ambulatoriais de média complexidade, medicamentos excepcionais, órteses e próteses ambulatoriais e tratamento fora do domicílio. A FAE é transferida diretamente aos municípios habilitados e fundo a fundo aos estados habilitados na Gestão Plena do Sistema Estadual;

- Índice de Valorização de Resultados sobre as condições de saúde da população, transferido para os estados;

- Piso Básico de Vigilância Sanitária e Índice de Valorização do Impacto em Vigilância para remunerar serviços produzidos para as ações de média e alta complexidade em vigilância sanitária e o Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária.

Quando enquadrado na Gestão Plena da Atenção Básica, o município passa a ser responsável pela atenção primária, vale dizer, pela provisão, por intermédio de suas próprias unidades e/ou contratando serviços com o setor privado, de uma lista de atividades que inclui ações de alcance coletivo (como execução das ações básicas de vigilância sanitária) e procedimentos individuais de caráter ambulatorial nas especialidades básicas já referidas: clínica médica, ginecologia e obstetrícia e pediatria, e pequenas cirurgias ambulatoriais.

1 Mantendo os demais instrumentos de pagamento para os prestadores de atenção hospitalar – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS); e de transferência para os municípios e estados de recursos para pagamento de cuidado ambulatorial – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

Como exigência para atingir essa condição de gestão, o município deve comprovar, entre outras exigências formais:

- funcionamento do Conselho Municipal de Saúde;
- operação do Fundo Municipal de Saúde;
- existência do Plano Municipal de Saúde, capacidade administrativa para contratação, pagamento, controle e auditoria dos serviços sob sua gestão;
- comprometimento orçamentário com as contrapartidas previstas em lei;
- capacidade de desenvolvimento de ações de vigilância sanitária e epidemiológica.

Para o município demandar a condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, além dos requisitos anteriores para a habilitação na Gestão Plena da Atenção Básica, deve apresentar Plano Municipal de Saúde e Relatório de Gestão do ano anterior, aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde.

Quando enquadrado na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, o gestor municipal tem autonomia para editar normas sobre o pagamento de serviços em seu território, inclusive alterando os valores de procedimentos médicos, tendo, contudo, a tabela nacional como referência mínima. O município torna-se responsável pela programação, controle e remuneração dos serviços produzidos localmente, seja qual for o provedor.

A meta NOB-1/96 para o final de 1998 era a transferência para 3.300 municípios da responsabilidade pela assistência básica, além de habilitar 700 outros na gestão plena dos respectivos sistemas locais de saúde. No primeiro caso a meta foi ultrapassada em 41% no fim do segundo semestre de 1998. No segundo caso, o grau de comprometimento da meta alcançava 67% em novembro desse ano, o que significa que 93% (5.136) dos municípios brasileiros passaram a exercer o comando de seus serviços de saúde, principalmente os de atenção primária (Tabela 7).

Tabela 7. Brasil: municípios habilitados segundo a condição de gestão por região, 1998 ⁽¹⁾

Estados	Total de municípios	Pleitos aprovados por condição de gestão			%
		GPAB ⁽²⁾	GPMS ⁽³⁾	Total	
Norte	449	341	46	387	86,2
Nordeste	1.787	1.548	97	1.645	92,1
Sudeste	1.666	1.304	267	1.571	94,3
Centro-Oeste	446	425	19	444	99,8
Sul	1.159	1.047	42	1.085	94,0
Brasil	5.506	4.665	471	5.136	93,3

⁽¹⁾ Posição em 31 de dezembro de 1998.

⁽²⁾ Gestão Plena da Assistência Básica.

⁽³⁾ Gestão Plena do Sistema Municipal.

Fonte: MS (Secretaria de Políticas de Saúde/Coordenação de Implementação da Descentralização).

Modalidades de gestão	Em R\$ 1.000,00	%
Gestão Plena da Assist. Básica	328.263	32,3
Gestão Plena do Sistema de Saúde	690.335	67,7
Total	1.018.598	100,0

Posição em 22 de junho.

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde/Coordenação de Implementação da Descentralização (Vianna & Piola, 1999).

Esse processo acelerado de adesão é explicável pela natureza distributiva da NOB-1/96. Ao propor a média do PAB/per capita de R\$ 1,00, a nova dinâmica de habilitação produziu a seguinte situação:

- 66% dos municípios (3.243) tinham o PAB/per capita menor que R\$ 1,00 e, portanto, ganharam recursos financeiros com o PAB de R\$ 1,00;
- 22% dos municípios (1.078) tinham um PAB/per capita entre R\$ 1,00 e R\$1,50, portanto, não perderam nem ganharam recursos financeiros porque se habilitavam a receber o "fator diferenciado de ajuste à implementação do PAB" no valor máximo de até R\$ 0,50 por habitante;
- 12% dos municípios (573) tinham PAB/per capita acima de R\$ 1,50 e, portanto, tiveram perdas no valor que excedia a essa quantia.

Inicialmente, os gestores dos estados mais ricos, especialmente São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, vetaram a proposta distributiva da NOB-1/96 porque favorecia os estados e municipalidades do Norte/Nordeste. Este veto explica porque houve demora na implementação da NOB-1/96 e paralisação do processo de descentralização ao longo do ano de 1997 (Ministério da Saúde, 1997a).

A proposta de distribuição pura e simples dos recursos do PAB por critérios per capita alterou a lógica de distribuição territorial vigente de financiamento de internação hospitalar e assistência ambulatorial que disponibilizava pela capacidade de oferta. Essa mudança no critério distributivo para um critério populacional colocou recursos do Sistema Único de Saúde em municípios sem oferta ou rede estruturada. Esse esforço distributivo pode tanto resultar em uma política pulverizadora de recursos, como também em um efeito indutivo e virtuoso de maior responsabilização das municipalidades beneficiadas.

A NOB-1/96 introduziu, como inovação relevante, uma lista de estímulos financeiros à adoção de Programas de Atenção Básica municipal e incentivos aos Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, buscando mudar o enfoque clínico da atenção à saúde, centrado na doença e no indivíduo, para um enfoque centrado no ambiente social e familiar, recolocando a estratégia da promoção à saúde. Além de que, a NOB-1/96 ofereceu o PAB como oferta mínima homogênea ou cesta básica para todo o país.

Ao contrário do que se tem verificado para os municípios, ainda é pouco significativa a adesão dos estados ao novo papel que lhes foi reservado no SUS. O papel dos governos estaduais foi revisto pela NOB-1/96, que prevê, para essas instâncias, duas modalidades de gestão:

- Avançada do Sistema Estadual;
- Plena do Sistema Estadual.

Para a habilitação das secretarias de saúde a essas duas condições de gestão são demandados, entre outras exigências:

- Plano estadual de saúde;
- Programação pactuada integrada;
- Plano estadual de prioridade de investimentos;
- Plano de gerência de unidades estatais de hemorrede e de laboratório de referência para controle de qualidade, para vigilância sanitária e vigilância epidemiológica;
- Proposta de organização de sistemas de referência e de câmara de compensação de autorizações de internação hospitalar, procedimentos especializados e de alto custo ou alta complexidade.

Para o estado obter a condição inicial de Gestão Avançada do Sistema Estadual exige-se que disponha de 80% dos municípios em condições de habilitação em uma das duas das condições da NOB-1/96. Em dezembro de 1998 apenas os estados do Acre, Amazônia, Amapá e Roraima não preenchiam esse requisito (Tabela 9).

Tabela 9. Brasil: distribuição dos municípios habilitados por estado segundo a NOB-1/96

Estado	Total de municípios	% Gestão Plena da Atenção Básica	% Gestão Plena da Atenção Municipal	% de municípios habilitados pela NOB-1/96
AC	22	68,18	4,55	72,73
AL	101	90,10	9,90	100,00
AM	62	62,90	1,61	64,52
AP	16	43,75	0,00	43,75
BA	415	87,23	1,93	89,16
CE	184	78,80	14,67	93,48
ES	77	36,36	55,84	92,21
GO	242	95,45	4,13	99,59
MA	217	75,58	15,21	90,78
MG	853	88,86	5,74	94,61
MS	77	89,61	10,39	100,00
MT	126	99,21	0,79	100,00
PA	143	67,83	19,58	87,41
PB	223	87,89	0,90	88,79
PE	185	96,22	3,78	100,00
PI	221	83,26	0,45	83,71
PR	399	96,74	3,26	100,00
RJ	91	80,22	19,78	100,00
RN	166	92,77	5,42	98,19
RO	52	76,92	23,08	100,00
RR	15	60,00	0,00	60,00
RS	467	85,22	1,50	86,72

Gestão Plena do Sistema Estadual os Estados de Minas Gerais, Paraná e Santa Catarina. Os Estados da Bahia, Rio Grande do Sul e São Paulo apresentaram pleito para obter a condição de Gestão Avançada do Sistema Estadual de Saúde.

Esse processo retardatário e desigual sinaliza as dificuldades dos estados definirem um papel claro na estrutura do sistema público de saúde brasileiro na década de 90, hegemônica pelas demandas e orientações localistas. Essa situação tem sido comprovada por conclusões de pesquisa empírica. O gestor estadual foi o que sofreu o maior impacto do processo de descentralização ao ter seu papel original de executor de ações voltadas para o atendimento da população e de contratante de serviços privados e filantrópicos substituído por uma função de coordenação, apoio e regulação do sistema estadual de saúde. A prerrogativa das Secretarias Estaduais de Saúde de coordenação, articulação e estruturação do Sistema de Saúde Intermunicipal ou Regional apresenta uma baixa institucionalidade (Ministério da Saúde, 1997b). Da mesma forma, a ausência de parceria entre gestores municipais e as Secretarias Estaduais de Saúde para o desenvolvimento de ações de cooperação técnica tem levado as secretarias municipais à contratação de cooperação técnica nas universidades e organizações não-governamentais para suprir necessidades de treinamento e de desenvolvimento de novos métodos de gestão (Instituto de Saúde, 1998: 64).

O Banco Mundial sugere um conjunto de ações para o âmbito da esfera estadual que pode fortalecer as suas funções regionais:

- Desenvolver um modelo equitativo de distribuição entre municipalidades, ajustando os modelos de distribuição per capita e o baseado na capacidade de produção de serviço;

- Fortalecer a utilização compartilhada de serviços e especializações de referências entre municípios para promover economia de escala e estimular as oportunidades de especialização municipal. As iniciativas dos Consórcios Intermunicipais de Saúde seriam exemplos desse esforço regional;

- Estimular a definição de prioridades nas intervenções de saúde;

- Estabelecer combinação de preços, orçamento global e outros instrumentos para a definição de prioridades pelos gestores locais, considerando que as transferências intergovernamentais tendem a ser de fundo a fundo;

- Estudar a ineficiência alocativa devido à ausência de estratégias de tratamento preventivo;

- Planejar os investimentos futuros em incorporação tecnológica e equipamentos de acordo com as novas funções na gestão custos do governo federal e estadual;

- Estimular que as organizações e serviços públicos sejam mais autônomos e responsabilizáveis (*accountable*), introduzindo mecanismos de flexibilidade nas relações de trabalho, contratos de gestão e competição para a prestação de serviços específicos demandados pelo gestor.

2 O Distrito Federal, por razões peculiares, obteve a habilitação na Gestão Avançada do Sistema Estadual ainda no ano de 1998.

O Ministério da Saúde sinalizou nos primeiros meses de 1999 que, em decorrência do aumento da autonomia de gestão municipal, cobraria resultados baseados em metas da atenção básica à saúde. Pela proposta aprovada pela Comissão Tripartite todos os 5.136 municípios habilitados pela NOB-1/96 deveriam apresentar resultados em dezessete itens de desempenho associados à provisão de atenção básica, que incluem cobertura vacinal, mortalidade infantil, número de hospitalizações por tétano, sarampo, difteria, etc.

Os estados e municípios teriam de definir as metas a serem atingidas em cada atividade. Os resultados deveriam ser atingidos até dezembro de 1999. O Ministério da Saúde desenvolverá mecanismos para recompensar aqueles que melhorarem seus índices e punir aqueles que não conseguirem cumprir os objetivos estabelecidos. Por esse instrumento, o Ministério da Saúde reconhece que a descentralização foi implementada com deficiência na fiscalização e no controle da aplicação dos recursos. O governo não teve sucesso na elaboração de um sistema preciso de informações estatísticas sobre saúde associado ao desempenho da gestão pública (*Gazeta Mercantil*, 5 mar. 1999).

Conclusões: balanço e perspectivas da descentralização da provisão da atenção à saúde no Brasil

São poucas as evidências de que a descentralização setorial tenha afetado de modo negativo a qualidade dos serviços de saúde, negligenciado no desenvolvimento de mecanismos de responsabilização dos governos locais, gerado um processo descoordenado e caótico e/ou produzido uma crise de legitimidade do sistema público de saúde.

Como também são poucas as evidências de que a crescente responsabilização pública local pela gestão da política de saúde seja apenas um resultado direto da "barganha federativa", segundo a definição de Arretche (1998: 36). Ou seja, dadas as dimensões da pobreza brasileira e, portanto, da população-alvo dos programas sociais, a gestão de políticas sociais tenderia a ser simultaneamente cara e inefetiva, à medida que consumiria um elevado volume de recursos com baixos níveis de proteção efetiva. Nesse caso, nas situações em que os custos políticos e/ou financeiros da gestão de uma dada política forem avaliados como muito elevados, a barganha federativa consiste em buscar atribuí-los ou imputá-los a um outro nível de governo.

Os primeiros balanços sobre o impacto da implementação da NOB-1/93, especialmente nos municípios habilitados na condição de semiplena, indicaram que essa condição de gestão:

- projetou as Secretarias Municipais de Saúde na esfera dos governos municipais;
- ampliou a capacidade de gestão em função das novas responsabilidades;

população adulta (18 anos ou mais), residentes em área urbana de 42 municípios discriminados em “com” e “sem” gestão semiplena. As respostas de usuários dos serviços de saúde favoreceram os municípios em situação de gestão semiplena em comparação aos demais:

- pela maior satisfação pela melhoria nos serviços;
- pela maior percepção de solução dos problemas;
- pela maior aprovação da qualidade dos serviços;
- pela atribuição de notas mais elevadas aos serviços;
- pela maior presteza no atendimento;
- pela menor falta de médicos e equipamentos;
- pela melhor imagem pública dos serviços.

Esses resultados parciais favoráveis ao processo de descentralização também foram ratificados pela pesquisa geral em amostra domiciliar do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde/Fundação Nacional de Saúde/Ibope em 1998 que inquiriu sobre a satisfação dos brasileiros com os serviços públicos de saúde:

- 76% dos usuários de estabelecimento público de saúde afirmaram que foram bem atendidos;
- 75% consideraram o atendimento médico satisfatório na rede pública;
- 59% consideraram satisfatória a rede pública em geral (Conass/FNS/Ibope, 1998).

Não deixa de ser um assunto relevante para o processo de descentralização a criação de mecanismos de avaliação autônomos e sistemáticos dessa reforma do setor saúde em função de um conjunto de questões assinaladas em estudo do Banco Mundial:

- a falta de capacidade dos governos municipais de administrar os serviços de saúde;
- o risco do uso das transferências do SUS como simples reforço para o orçamento municipal ou para outros fins que não a saúde;
- a “atomização” e a “pulverização” dos serviços de saúde decorrentes da tendência de os municípios procurarem ter seu próprio hospital ou serviços;
- a ausência de cultura de gestão orientada para a economia de escala ou pela utilização de sistema de referência apropriado (World Bank, 1999: 51).

Vianna & Piola (1999) sugerem, numa perspectiva otimista sobre o impacto da descentralização, que um dos efeitos relevantes introduzidos pela NOB-1/96 foi a ampliação da responsabilidade dos gestores estaduais e locais em relação aos recursos federais que lhe são transferidos. As antigas modalidades *incipiente* e *parcial* da NOB-1/93, embora incentivassem o aumento da produção de serviços, criavam expectativas e pressões por mais recursos federais ao fortalecerem, nas instâncias subnacionais, a cultura do provedor privado remunerado segundo a quantidade e densidade

tecnológica de procedimentos. Ao contrário, quando enquadrados em qualquer das duas modalidades de gestão pela NOB-1/96 ficam bem evidentes os limites dos repasses federais em face das necessidades de financiamento do sistema local o que gera "um incentivo natural à contenção de custos, ao uso de recursos próprios e uma maior responsabilidade pela gestão dos serviços" (Vianna & Piola, 1999: 12).

Muitas das interrogações e incertezas sobre os efeitos da descentralização valem para um projeto abrangente de reforma do setor saúde e das funções do Estado brasileiro. As incertezas sobre eficiência e efetividade da descentralização estão associadas à reduzida capacidade de controle dos cidadãos/usuários sobre as decisões dos administradores públicos.

Além do que, o formalismo e a baixa autonomia administrativa das organizações públicas têm contribuído para a estagnação da administração pública que não incorpora novas formas de gestão; é voltada para controle de procedimentos e não de resultados; e inibe o julgamento dos usuários sobre a qualidade dos bens e serviços públicos.

Isso se combina em muitos ambientes, de maneira perversa, com as condutas oportunistas (*rent-seeking*) dos dirigentes públicos, dada a ausência de mecanismos de responsabilização (*accountability*) sobre suas decisões e escolhas. A agenda orientada para a qualidade e responsabilidade na gestão pública, no contexto da descentralização, terá como desafio responder por um novo desenho institucional baseado na contratualização e na autonomia de gestão no plano organizacional.

Caso falhe nessa tarefa, os avanços verificados na ampliação do federalismo sanitário serão zerados pelos custos de transação decorrentes da inflação de exigências e requisitos presentes na descentralização que não asseguram de modo sustentável que o cidadão/usuário seja o real beneficiário dessas mudanças nas relações intergovernamentais.

Parte 4
O sistema de saúde suplementar
(O sistema privado de atenção à saúde)

1

O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação

Ligia Bahia

Introdução

A ampliação das demandas e reorganização da oferta de serviços de saúde da denominada assistência médica suplementar¹ a partir dos anos 80 marcou a (re)entrada do tema na agenda governamental. Em face da constatação do crescimento das clientela de planos e seguros-saúde privados e da omissão da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde de 1990 que "ignoraram" a existência e a necessidade de regulação do setor, emergiram várias iniciativas do Legislativo federal, das Assembléias e Executivos estaduais, de entidades profissionais e de órgãos governamentais voltadas à elaboração de um ordenamento jurídico-legal para a assistência médica suplementar. O tema adquiriu maior visibilidade com a divulgação na imprensa de problemas de restrição de cobertura e com a intervenção do Judiciário, das entidades de defesa do consumidor e dos médicos em casos de negação de atendimento de clientes de planos e seguros. As medidas regulatórias, elaboradas após a Lei n. 9.656 de agosto de 1998, conferiram à questão da assistência suplementar o caráter de prioridade governamental.

O debate sobre a privatização da assistência à saúde e, mais recentemente, a elaboração dos instrumentos operacionais da regulamentação suscitaram uma intensificação dos esforços dirigidos à compreensão das várias dimensões do segmento de planos e seguros privados de saúde. Como se sabe, a precariedade das informações sobre este subsetor é um obstáculo para todos os que buscam interpretá-lo. Ainda assim, os trabalhos que se referem ao mercado de planos e seguros-saúde enfocam distintas dimensões envolvidas com o crescimento da assistência médica suplementar. As análises das relações entre clientes, operadoras de planos e seguros-saúde, provedores de serviços e as políticas sociais se diferenciam, sobretudo, pelas abordagens teórico-conceituais utilizadas e ênfase em possíveis relações causais. Entretanto, todo esse empenho tem uma base empírica comum que é constituída pela

1 A expressão assistência médica suplementar provém da seguinte classificação, fartamente utilizada pelas seguradoras:

mercado” mais sensíveis às necessidades da pesquisa impedem a subscrição das tentativas de interpretação do segmento e impõem a estes trabalhos uma reiteração do uso de dados, que de certa maneira são compartilhados pelo senso comum, em função de sua divulgação pelas empresas e *mídia*. Dispõe-se, portanto, de um conjunto de investigações sobre o mercado de planos e seguros-saúde diversificado quanto aos referenciais e ângulos de análise priorizados, porém limitado pela qualidade e abrangência das informações disponíveis.

Ainda não foi possível, mesmo após a promulgação de medidas legais, produzir e divulgar informações mais confiáveis e abrangentes sobre o mercado de planos e seguros. Os cadastros (registro) das operadoras e de clientes, junto ao Ministério da Saúde, por enquanto, ainda estão incompletos. Contudo, se amplia o saber sobre o segmento adquirido no dia-a-dia das polêmicas sobre a regulamentação governamental. A realização de inúmeros fóruns de debate sobre a regulamentação, bem como o interesse de técnicos e pesquisadores no tema, acrescentaram às questões ainda não respondidas novas interrogações. E as perspectivas de aprofundamento da compreensão sobre o mercado de planos e seguros-saúde através de informações específicas coletadas por pesquisas de base populacional como o *Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizada em 1998, embora ainda não disponíveis, são promissoras. Por enquanto, as informações de algumas pesquisas de base populacional mais restritas, como a do Ibope de 1998 e a *Pesquisa sobre Padrões de Vida* 1996/97 e da Fundação Seade de 1998, que incluem quesitos sobre a cobertura de planos e seguros privados, cujos resultados já foram divulgados, contribuem para o delineamento de algumas características dos clientes dos planos e seguros-saúde.

Pode-se afirmar que a regulamentação da assistência suplementar avançou mais rapidamente na vertente política do que na operacional. Muitos dos mecanismos e instrumentos de registro e análise das informações, bem como as normas para controle e fiscalização das operadoras de planos e seguros-saúde ainda estão por ser construídos. Mas, isso não paralisou o conhecimento sobre as relações entre empresas, clientes e provedores de serviços. Ao contrário, o desafio de compreender e relacionar interesses e atores envolvidos no mercado de planos e seguros estimulou a sistematização das informações existentes, as tentativas de apreender a dinâmica do segmento e o delineamento de tendências para orientar a ação governamental.

Este trabalho, ao lado de outros, se ressentiu de uma base empírica mais consistente. Porém, representa uma tentativa para delinear um panorama do subsetor de assistência médica suplementar, enfatizando uma abordagem pragmática. Pressupõe-se que as interpretações anteriores sobre a expansão do segmento e a tipologia de empresas estabelecida pela legislação são consideradas suficientes para a passagem das perguntas sobre a magnitude do mercado àquelas mais afetas a sua dinâmica interna. São acentuadas duas características operacionais do segmento: as relações entre as empresas e os provedores de serviços e os tipos de planos e seguros-saúde, por considerá-las como importantes elementos para a definição dos padrões empresariais e da própria configuração do mercado de assistência médica suplementar.

Emergência e consolidação da assistência médica suplementar: das mútuas às empresas de planos e seguros-saúde

O sistema de saúde brasileiro constituiu-se historicamente por instituições públicas e privadas que se complementaram para a cobertura de ações de cunho mais preventivo/coletivo e as referentes à assistência médico-hospitalar individualizada. Uma alternativa híbrida, coletivo/privada, estabeleceu-se desde o início do século, no âmbito das empresas/entidades mútuas que, diante dos riscos do trabalho para o processo de industrialização, criaram sistemas fechados de proteção social, em face das concepções liberais de não-intervenção estatal nas relações entre empresários e trabalhadores então predominantes.

Ao longo do tempo, as mediações/intervenções governamentais erigiram a Previdência Social, tornando-a responsável pela assistência médica de determinadas categorias dos trabalhadores urbanos. A compra de serviços de estabelecimentos hospitalares e de médicos foi o principal mecanismo de organização da oferta da denominada medicina previdenciária. Simultaneamente, aos Institutos de Aposentadorias e Pensões surgiram caixas de assistência para os empregados de determinadas empresas que passaram a dispor de um cardápio de benefícios diferenciados, como empréstimos ou reembolso de utilização de serviços de saúde cumulativos aos da Previdência oficial. A organização de alternativas assistenciais restritas ao âmbito de algumas empresas, no período antecedendo a unificação da Previdência, se difundiu desde os anos 40 com a criação de Caixas de Assistência dos Funcionários, como a do Banco do Brasil (Cassi). Posteriormente, durante a década de 50, a instalação de empresas estatais e multinacionais foi acompanhada por sistemas assistenciais próprios. Nessa mesma época, os servidores públicos das mais importantes administrações municipais e estaduais constituíram Institutos de Aposentadorias e Pensões à parte da Previdência Social. Os funcionários do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários estruturaram a Assistência Patronal (atual Grupo Executivo de Assistência Patronal – GEAP).

Como se sabe, as políticas previdenciárias, após a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), representaram um ponto de ruptura com as iniciativas de organização de esquemas assistenciais de cunho mutualista. Incitou-se o empresariamento da medicina, quer através do estímulo à construção e credenciamento de provedores privados para o atendimento das demandas mais universalizadas, quer por meio do financiamento para a transformação de grupos médicos, até então incipientes, em empresas médicas.

Os conflitos entre os próprios médicos a respeito da mercantilização *versus* preservação da autonomia da prática profissional originaram duas modalidades de empresas médicas:² as medicinas de grupo e as cooperativas médicas. Essas alternativas, inclusive por força das regras dos convênios com a Previdência, adotaram

por ampliar o credenciamento de serviços para atender à expansão das demandas por atendimento diferenciado daquele prestado pela Previdência unificada.

Portanto, os sistemas de assistência médico-hospitalar passaram a se caracterizar pelo credenciamento de provedores de serviços, que conformaram a base da oferta, tanto dos sistemas fechados de assistência médico-hospitalar, quanto das empresas médicas e os da Previdência Social. Essa última organizou seus serviços próprios e credenciados em dois subsistemas: o urbano e o rural. Aos trabalhadores urbanos se dispensava atendimento diferenciado para os que estavam vinculados às empresas que estabeleceram convênios com empresas médicas mediados pela Previdência Social. Assim, nos anos 70 existiam quatro alternativas assistenciais contratadas coletivamente: as empresas com planos próprios; a rede de serviços próprios e credenciados pelo INPS; os serviços próprios e credenciados das empresas médicas e os credenciados para atender os trabalhadores rurais, que compartilhavam a compra de serviços médicos e hospitalares com maior ou menor intensidade.

Fica fácil depreender o estabelecimento de relações multiconveniais desses provedores de serviços com os financiadores governamentais, empresas empregadoras e empresas médicas. As distinções entre “qualidade”, “presteza” e “conforto” para o atendimento dos estratos cobertos se operacionalizaram através da “especialização” dos provedores de serviços para este ou aquele segmento sócio-ocupacional. A “especialização” sócio-ocupacional da rede de serviços de saúde privada foi mais radical nas grandes cidades. Nessas, parte dos hospitais se voltou prioritariamente à demanda dos clientes da Previdência Social, cujas empresas não acionaram nenhuma alternativa assistencial suplementar. Outros estabelecimentos de saúde se vincularam ao atendimento de trabalhadores de empresas que organizaram planos próprios ou estabeleceram convênios com empresas médicas. Nos municípios de menor porte, a diferenciação da oferta de serviços de saúde aos vários segmentos de trabalhadores e seus dependentes se concretizou pela organização da oferta de distintos padrões de acomodação no mesmo estabelecimento hospitalar.

Contudo, o movimento de adequação da oferta de serviços à segmentação da assistência médico-hospitalar aos trabalhadores não ocorreu linearmente. A relativa autonomia entre o processo de conformação da oferta de provedores de serviços de saúde e a constituição das demandas é sobejamente conhecida. Basta lembrar que a lógica de especialização das práticas assistenciais dos estabelecimentos de saúde se contrapõe, em termos genéricos, à idéia de uma estratificação social das clientela, já que a determinação de necessidades por especialistas se assenta em critérios diagnósticos e terapêuticos universais. Paralelamente, a montagem de serviços de maior complexidade e alto custo, pelo Estado, implicou uma complementaridade público-privado na área da saúde estrutural.

Costuma-se aludir às características da oferta de serviços o *modus operandi* entre os estabelecimentos públicos e as empresas de assistência suplementar. Ou seja, uma complementaridade público-privado calcada no atendimento pelos serviços estatais dos casos mais graves, complexos e de alto custo. Sob a ótica das características da

demanda, o fluxo de clientes no sistema de saúde brasileiro vem se alterando. Durante os anos 70 e 80 muitos dos hospitais vinculados às empresas médicas tinham, simultaneamente, convênios para atendimento dos trabalhadores exclusivamente vinculados à Previdência Social e com as empresas médicas. O que significa dizer que, nessa época, os segmentos da demanda relacionados com os esquemas suplementares eram insuficientes para uma “especialização” mais radical. Adicionalmente, competia exclusivamente ao Estado o atendimento a problemas como os relacionados à saúde mental. “Especialização” decorrente antes de concepções e práticas de exclusão permanente dos classificados como doentes mentais do mercado de trabalho, do que dos custos e tecnologia envolvidos com a assistência à saúde mental.

Essa “especialização” dos serviços a diversos segmentos da demanda se efetivou através de uma base comum à Previdência Social e aos sistemas suplementares: a utilização da compra de serviços e a constituição de sub-redes relacionadas ao status das demandas no mercado de trabalho. À “especialização” dos provedores correspondeu uma variação dos valores pagos para um mesmo procedimento para os diversos segmentos de clientes. O atendimento dos trabalhadores rurais era realizado por hospitais conveniados que dispunham de acomodações separadas ou não, cuja remuneração valia menos do que a prevista para os trabalhadores urbanos. Nos esquemas suplementares, a segmentação dos serviços adequou-se à posição hierárquica do trabalhador na empresa.

Posteriormente, a uniformização do acesso aos provedores da Previdência, consubstanciada através de políticas de eliminação das diferenças dos padrões assistenciais para trabalhadores urbanos e rurais e nas tentativas de tornar acessíveis os serviços previdenciários próprios às clientela vinculadas ao mercado informal de trabalho, não foi acompanhada da expansão dos recursos compatíveis para a absorção das novas demandas. As reformas constitucionais de 1988, preconizando a saúde como direito universal, esbarraram, após a eleição presidencial de 1990, em problemas político-institucionais que questionaram os princípios da seguridade social.

Na prática, o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi postergado, sendo atribuído a ele um caráter de mera utopia/formalidade. A partir do final dos anos 80, as seguradoras, especialmente as vinculadas a instituições financeiras, iniciam a comercialização de produtos no mercado de saúde, sinalizando um processo integrado de empresariamento da assistência médico-hospitalar no país. O ano de 1989 marcou definitivamente a entrada das seguradoras no ramo saúde após a autorização da Superintendência de Seguros Privados³ (Susep) para que as mesmas pudessem referenciar serviços para o atendimento de seus clientes. Por sua vez, as empresas médicas adquiriram maior autonomia do governo, negociando seus planos diretamente com as empresas ou compradores individuais. O início dos anos 90 tem como uma de suas marcas a deterioração dos serviços públicos de saúde, incluindo os credenciados ao SUS e a expansão das demandas à assistência médica suplementar.

O processo de ampliação do mercado de planos e seguros privados aprofundou

no atendimento de clientes de nível executivo, gerencial e operacional. Os hospitais, vinculados à assistência suplementar, se “multiconveniam” tendo por referência um mesmo tipo de plano comercializado/ofertado por diversas operadoras. Essa regra vale para algumas unidades de apoio de diagnóstico e terapia e não se aplica, de modo geral, aos médicos, que quando credenciados se obrigam ao atendimento de todos os clientes de uma ou mais empresas de assistência suplementar.

Médicos não credenciados são acessíveis apenas para quem está vinculado a um plano tipo executivo, no qual os valores de reembolso são compatíveis com esta forma de cobertura. Esses profissionais vinculam-se aos hospitais considerados de excelente padrão, integrando de forma ad hoc uma das sub-redes de provedores financiadas pelas empresas de assistência médica suplementar. Daí se infere que o processo de empresariamento da assistência médico-hospitalar condiciona mudanças na oferta de serviços de saúde mas é, por sua vez, afetado pela preservação de uma certa autonomia⁴ dos provedores, particularmente dos médicos.

Assim, as relações entre provedores de serviços e as empresas de planos e seguros-saúde são extremamente complexas. O amplo credenciamento e a segmentação dessa oferta derivam de pressões dos médicos e hospitais, seguindo padrões de qualidade/prestígio dos provedores de serviços, estabelecidos por critérios, predominantemente externos, às empresas de assistência médica suplementar. Essa segmentação é acompanhada por modelos de remuneração dos provedores de serviços diferenciados, que admitem desde uma vinculação assalariada do médico e a propriedade de hospitais, centros ambulatoriais e laboratórios até a remuneração indireta do profissional, através do reembolso e/ou do pagamento “por fora”. Embora, em todos os casos de internação, o pagamento das despesas hospitalares seja realizado pelas empresas de planos e seguros-saúde.

No final da década de 90, algumas modalidades empresariais de assistência médica suplementar estão investindo mais em serviços próprios, o que aponta, se não à reversão da forma de relação entre as empresas e os provedores de serviços, à possibilidade do desenvolvimento de compromissos assistenciais diferenciados àquelas que associem a prestação direta de serviços à comercialização de planos de saúde. Em contrapartida, há uma ampliação dos sistemas fechados das empresas empregadoras, a partir da constituição de entidades paralelas (sindicatos, associações de empregados, entidades de previdência complementar) e maior penetração das seguradoras, modalidades que se utilizam quase que exclusivamente do credenciamento para o atendimento de suas clientelas.

⁴ O conceito é de Campos (1988: 29-35), que admite uma heterogeneidade estrutural no mercado de trabalho médico e na forma de organização da produção de serviços de saúde no Brasil. Para esse autor, a compra de serviços a um produtor autônomo que envolve o controle parcial dos meios de trabalho e da clientela não é uma categoria residual ou transacional entre o assalariamento e o trabalho liberal. A autonomia constitui uma forma estável de inserção no mercado de trabalho e reflete o caráter tendencialmente residual do trabalho liberal do médico.

As empresas de assistência médica suplementar e os provedores de serviços de saúde

O desenvolvimento dos planos próprios de empresas empregadoras, empresas médicas e seguradoras no Brasil é entrecruzado por três movimentos, com lógicas próprias. O primeiro é a não-adesão das empresas/entidades médicas a modalidades consideradas lucrativas de empresariamento da medicina e a viabilização da prática médica autônoma por intermédio das cooperativas, que por sua vez influencia a adoção do credenciamento pelas medicinas de grupo. O segundo é a dependência dos hospitais privados do financiamento estatal, impondo-lhes um padrão multiconvenial que os vincula em maior ou menor proporção às empresas de assistência suplementar e ao atendimento de clientes do SUS. O terceiro é a utilização de credenciamento de provedores de serviços autônomos, inclusive por modalidades empresariais que por definição deveriam adotar o reembolso de provedores livremente escolhidos por seus clientes.

A maior quantidade de credenciados e a possibilidade de livre escolha, por meio do reembolso, é que conferem qualidade máxima aos planos das empresas de assistência suplementar. As empresas/planos que utilizam prioritariamente serviços próprios, como é o caso de algumas empresas de medicina de grupo, estão fortemente associadas ao atendimento de clientes de menor status. O acesso a hospitais como o Einstein, Oswaldo Cruz em São Paulo, Samaritano e São Vicente da Gávea, no Rio de Janeiro e um reembolso compatível com os preços das consultas de médicos que não são credenciados correspondem ao atendimento dos níveis hierárquicos mais elevados. Daí o credenciamento de provedores para o atendimento das expectativas dos segmentos que associam a possibilidade de escolha à qualidade e um uso indiscriminado do reembolso pelas diversas modalidades empresariais, mesmo pelas que possuem serviços próprios. Dessa maneira, é possível associar, esquematicamente, os segmentos de clientes de planos e seguros de saúde às redes de assistência médico-hospitalar sob um gradiente de maior ou menor possibilidade de escolha dos provedores de serviços e uso de acomodações hospitalares individualizadas (Quadro 1).

Quadro 1

Tipo de Cliente/Tipo de Plano	Acesso aos Provedores de Serviços de Saúde
Níveis Operacionais/"Planos Básicos"	Rede Própria da Empresa (hospitais, centros ambulatoriais e centros de diagnóstico) e/ou Provedores Credenciados que dispõem de instalações mais simples e coletivizadas (clínicas ambulatoriais e hospitais com acomodação em quartos coletivos)
Níveis Gerenciais/"Planos Especiais"	Provedores Credenciados (lista de médicos e hospitais com quartos particulares)
Níveis Executivos/"Planos Vips"	Reembolso compatível com o acesso a médicos não credenciados e hospitais credenciados exclusivamente para o atendimento deste segmento

serviços nos grandes centros urbanos está mais associada aos tipos de planos do que a um ou outro tipo de modalidade empresarial. Existem algumas exceções constituídas a partir de articulações mais estreitas entre determinados hospitais e médicos que se conveniam exclusivamente com as empresas de assistência suplementar consideradas não lucrativas, as denominadas autogestões e as cooperativas médicas. Nos municípios do interior, a forte presença das Unimed impõe, por vezes, restrições às relações convenientes dos médicos e hospitais privados com outras modalidades empresariais.

Um enfoque mais detalhado destas características, considerando o âmbito de atuação mais localizada/regionalizada ou de maior abrangência geográfica das empresas de assistência médica suplementar mostra formatos assistenciais diferenciados. Particularmente, contribui para ressaltar as diferenças entre grandes empresas de medicina de grupo sediadas em São Paulo e no Rio de Janeiro. As medicinas de grupo de São Paulo utilizam predominantemente, desde sua origem, serviços próprios para a cobertura de seus clientes e concentram sua atuação na capital e na região metropolitana, o que não impede a montagem de redes credenciadas em outras regiões para o atendimento de trabalhadores de empresas clientes que possuam subsedes em outros estados. O Rio de Janeiro apresenta um outro padrão resultante do caráter "nacional" de suas grandes medicinas de grupo, Amil e Golden Cross, que atuam fundamentalmente através do credenciamento de serviços. Já as Unimed reforçam modelos assistenciais que variam de acordo com a afinidade/conflitos de interesses entre os médicos cooperados e os proprietários de hospitais. As formas de organização do acesso à rede de provedores das Unimed se diversificam desde a combinação de assistência ambulatorial através de médicos cooperados e internações remuneradas pelo SUS, passando pela utilização de serviços próprios e credenciados até os convênios com os hospitais requisitados pelos clientes dos planos *vips* que também incluem o reembolso. Nas grandes metrópoles convivem todas as modalidades empresariais enquanto nas cidades menores há um predomínio das Unimed. Mas, em alguns importantes municípios de médio porte, como por exemplo Campinas e Uberlândia, a presença das Unimed é inequívoca; em outros, as medicinas de grupo localizadas são as principais responsáveis pelas demandas por planos de saúde.

Tais diferenciações decorrem não apenas das características das empresas mas, fundamentalmente, das relacionadas com a origem das clientelas. A cidade de São Paulo parece mais próxima ao padrão americano não apenas pela presença de empresas de medicina de grupo, mais assemelhadas às *Health Maintenance Organizations* (HMOs), como também pela contratação coletiva dos planos (através das empresas). Já no Rio de Janeiro e também nas cidades pequenas, os planos/seguros de saúde individuais são provavelmente mais importantes, embora uma significativa parte dos clientes também seja proveniente dos contratos com empresas empregadoras. A diferença entre o Rio de Janeiro e São Paulo parece ter se atenuado em meados da década de 90. Segundo a Fundação Seade, há uma expansão proporcional dos planos individuais sobre os empresariais em São Paulo. Em 1994, 67,6% dos clientes de planos de saúde estavam vinculados a contratos empresariais e em 1998 esta proporção diminuiu para 47,3%.

Todavia, as inevitáveis comparações da organização das empresas de planos e seguros-saúde no Brasil com as americanas devem considerar padrões de relações entre

as empresas e os provedores de serviços, especialmente com os médicos, bastante distintos. Nos Estados Unidos, a atuação conjugada das seguradoras com as associações médicas e o *ethos* liberal da sociedade concorreram para a difusão do seguro-saúde típico, ou seja, o reembolso de despesas médico-hospitalares contraídas por segurados a provedores de serviços escolhidos livremente. Seguro que se estendeu, inclusive, aos segmentos que não integram ativamente o mercado de trabalho através de programas governamentais como o *Medicare* e *Medicaid*. As sucessivas ações regulatórias governamentais, ao lado das iniciativas de “terceiros pagadores” privados voltadas à ampliação de cobertura e redução de custos, estimularam o surgimento das HMOs que, sob variados formatos institucionais determinados, sobretudo, pela forma de contratação de grupos médicos, se caracterizam pela superposição das funções de seguros (avaliação e ressarcimento de riscos) às de prestação de serviços. Entre nós, o reembolso é residual e o credenciamento de serviços constitui uma base comum para todas as modalidades empresariais da assistência médica supletiva. Os convênios entre operadoras e provedores de serviços são realizados, geralmente, através do credenciamento caso a caso de médicos, hospitais e laboratórios.

Nesse sentido, é possível afirmar que no Brasil a semelhança entre os tipos de planos sobrepõe a natureza institucional das empresas que os comercializam/administram. A organização de sub-redes compartilhadas pelas operadoras de planos e seguros relacionadas aos estratos das clientela de cada tipo de plano padroniza os produtos. Ou seja, os torna homogêneos quanto ao acesso a determinados provedores de serviços, particularmente hospitais. Essa padronização, contudo, tem como gênese um mosaico institucional bastante intrincado, que vem se modificando com a incorporação de novas demandas às operadoras de planos e seguros-saúde. A análise das mudanças na configuração das modalidades empresariais a partir da expansão das clientela de planos e seguros que se inicia no final dos anos 80 permite detalhar relações entre as novas demandas e mudanças nas empresas de assistência supletiva.

Expansão do mercado de planos e seguros: novos demandantes e reconfiguração das empresas de assistência suplementar

Desde os anos 60, os trabalhadores de alguns ramos da indústria de transformação, especialmente os de São Paulo, bancários, trabalhadores de estatais e de algumas instituições do Executivo federal já estavam cobertos por planos de saúde através dos convênios-empresa com a Previdência, por meio de caixas de assistência, entidades patronais ou por planos diretamente administrados pelos departamentos de recursos humanos/benefícios das empresas. Tais planos, mais ou menos abrangentes quanto a cobertura assistencial e inclusão de dependentes, eram contratados coletivamente para os trabalhadores (titulares) de uma mesma empresa. Em geral, os planos próprios das empresas asseguravam o mesmo padrão assistencial para todos os níveis hierárquicos e os contratados às empresas médicas (cooperativas e medicina de grupo) possibilitavam a adequação das coberturas aos níveis hierárquicos⁵ da empresa

Durante os anos 80 se consolidaram as atuais características do mercado de planos e seguros de saúde, a partir do surgimento de demandas provenientes principalmente de trabalhadores autônomos/vinculados com empresas sem assistência médica suplementar que dispunham de renda para pagar um plano/seguro-saúde, e de funcionários públicos que possuíam esquemas assistenciais pouco especializados e com baixa concentração de tecnologia como os ambulatórios médicos nos locais de trabalho. Aqueles que já estavam associados a algum plano de saúde pressionaram pela intensificação do credenciamento de provedores para obter padrões assistenciais semelhantes aos de outras empresas.

Essa ampliação da disponibilidade de serviços privados alterou a utilização complementar de serviços de saúde públicos no cotidiano das camadas médias. O consumo de serviços de saúde de clientes de planos, em particular daqueles mais abrangentes, tornou-se pautado quase que exclusivamente pela oferta mediada pelas empresas de assistência médica suplementar.

Na primeira metade dos anos 90, o Plano Real propiciou um aumento das demandas para os planos e seguros-saúde provenientes de trabalhadores de pequenas empresas, trabalhadores autônomos de segmentos com menor renda. Mas apesar da inclusão de novos segmentos, o mercado de planos e seguros não se mostrou imune à recessão. Na segunda metade da década, se observam tentativas de preservação de cobertura relacionadas com as mudanças estruturais no mercado de trabalho. São acionados mecanismos de inclusão de agregados⁶ (dependentes não diretos) e desempregados⁷ em algumas empresas com planos próprios, o que, por um lado, amplia e, por outro, mantém inalterada a massa de clientes de algumas empresas. O que não parece impedir uma certa retração no volume total de clientes de planos e seguros. Os próprios executivos das operadoras de planos e seguros⁸ e consultores⁹ admitem uma descontinuidade no crescimento de clientes de planos e seguros.

6 O plano de agregados da Caixa de Assistência do Banco do Brasil, que inicia a inclusão de novos clientes a partir de fevereiro de 1997, possui cerca de 200.000 pessoas. Ao denominado plano de associados, que se refere aos empregados ativos, aposentados, pensionistas e seus dependentes do banco se vinculam 300.000 pessoas.

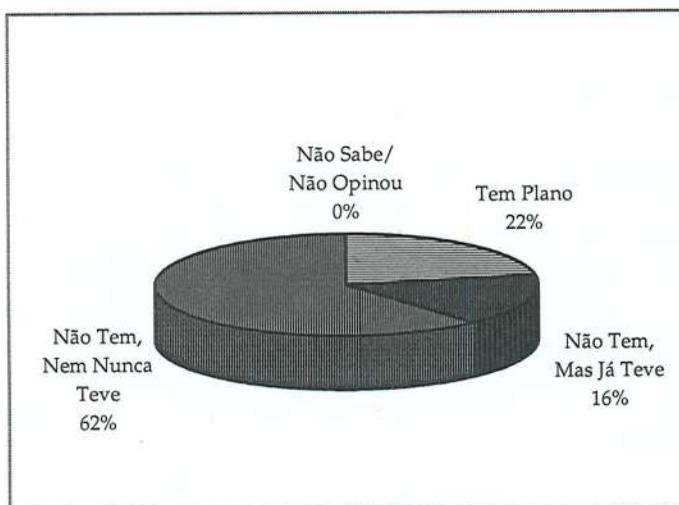
7 A Caberj, que foi mantida após a privatização do Banerj, criou um plano de agregados em 1996 para prestar cobertura aos ex-funcionários.

8 "O ano de 1997 foi o ano de menor crescimento na história da Amil, as seguradoras tiveram resultados operacionais negativos". Antonio Jorge Kropf (diretor técnico da Amil), durante conferência no seminário *O Impacto da Regulamentação nas Operações de Seguros*, realizado pela Fundação Nacional Escola de Seguros (anotações pessoais, Rio de Janeiro, 20 de maio de 1998).

9 "A recessão já existe entre nós e vamos viver um processo econômico de proporções alarmantes. Essa história que o setor [de empresas de planos e seguros-saúde] cresce é balela. Se existe uma redução do número de trabalhadores das grandes e médias empresas, o setor decresce. A indústria que era a grande contratante de empresas [de planos de saúde] está diminuindo. É comum que uma indústria com 5.000 trabalhadores antigamente agora tenha 2.000. Há uma mudança no perfil de empregos em direção à prestação de serviços que não é contratante de planos de saúde. Essa mudança pode não impactar a proporção empregados/desempregados, mas impacta a quantidade de contratantes das operadoras de planos. Os números que têm por aí são de 40 milhões [de pessoas cobertas por planos de saúde]. Eu não acredito nesse número. Eu acredito que existam no máximo 30 a 35 milhões com planos de saúde". Cláudio da Rocha Miranda (consultor), durante palestra na *I Jornada de Saúde*, realizada pela Fundação Getúlio Vargas (anotações pessoais, Rio Janeiro, 20 de novembro de 1997).

A pesquisa do Ibope¹⁰ apreende, com precisão discutível, em função do tamanho da amostra e dos critérios de seleção dos entrevistados com conhecimento sobre vinculação a planos e seguros-saúde, que uma grande proporção (cerca de 16%) das pessoas deixou de dispor deste tipo de cobertura, como se observa no Gráfico 1. O principal motivo alegado por 48% dos entrevistados pelo Ibope para a perda do plano/seguro é a saída da empresa e a segunda causa é o aumento de preços (31% dos que já tiveram planos).

Gráfico 1. Proporção de clientes de planos e seguros-saúde – Brasil, 1998



Fonte: Ibope (1998).

Ao movimento de inclusão de novas demandas corresponderam mudanças na configuração das empresas de assistência supletiva, a começar pelo ingresso das seguradoras na comercialização no ramo saúde. Outras importantes transformações ocorreram, especialmente, a partir dos anos 80, tais como:

(1) diversificação de atuação das grandes empresas e da Unimed do Brasil, inclusive no que tange a aquisição e distribuição de medicamentos;

(2) associações entre empresas de assistência médica suplementar de distinta natureza jurídico-institucional;

(3) criação de empresas de medicina de grupo de pequeno porte e comercialização de planos por hospitais filantrópicos;

(4) criação de empresas/produtos das grandes empresas dirigidos a clientes de menor renda.

(2) a associação entre a Intermédica (empresa de medicina de grupo de grande porte) e a seguradora Notre Dame em 1989;

(3) as empresas de medicina de grupo de pequeno porte sediadas em grandes cidades como a SMB, no Rio de Janeiro, que se apóia na comercialização de planos individuais para clientes de baixa renda e a comercialização de planos de saúde por cerca de 350 hospitais de cidades do interior;

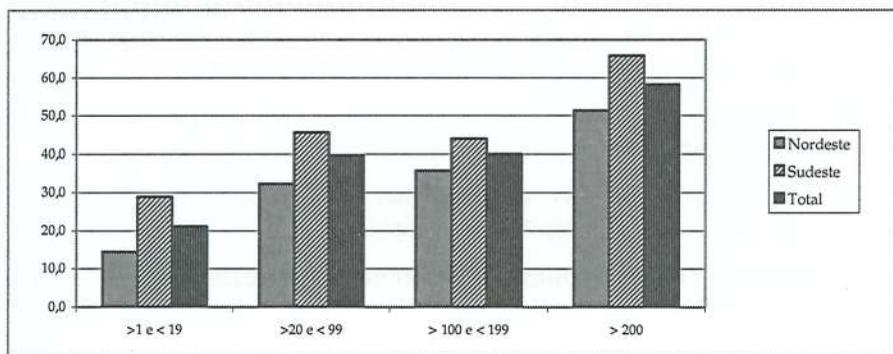
(4) a criação do plano Dix em 1994 pela Amil voltado para o segmento individual de menor poder aquisitivo.

Essas mudanças mostram um processo acelerado de constituição de um importante segmento econômico que ultrapassa muito a motivação inicial de prestação de assistência diferenciada para os trabalhadores de algumas empresas. O detalhamento de algumas dimensões do mercado de planos e seguros elucida melhor parte das relações entre as demandas e as empresas de assistência suplementar.

Cientes de planos e seguros-saúde

O perfil sócio-ocupacional de parte dos clientes de planos e seguros, traçado a partir de pesquisas de base populacional, confirma que a cobertura de planos e seguros privados está fortemente associada às formas de inserção no mercado de trabalho. Porém, diferenças regionais e as relações de dependência com o chefe da família interferem na cobertura ou não da assistência médica supletiva. As características dos clientes de planos e seguros aqui consideradas procuram mensurá-las.

Gráfico 2. Proporção de pessoas cobertas por planos e seguros-saúde segundo porte da empresa em que trabalham – Regiões Nordeste e Sudeste, 1996/97



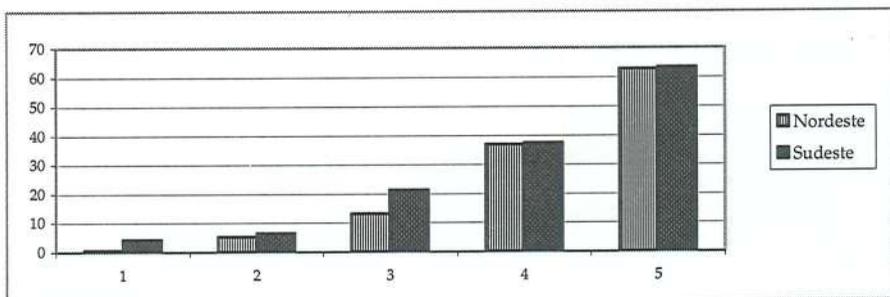
Fonte: PPV/IBGE (1996/97) – Dados recalculados por Viacava (1998).

É notória a integração da assistência médico-hospitalar na estrutura de benefícios das grandes empresas e na maior parte dos estabelecimentos de médio porte. O atributo – ser vinculado formalmente a uma grande empresa – está fortemente

associado com a cobertura de planos e seguros privados de saúde. O Gráfico 2 mostra que enquanto quase 60% dos trabalhadores das empresas de grande porte das Regiões Nordeste e Sudeste estão cobertos por planos e seguros, nas de pequeno porte esta proporção é de aproximadamente 20%. Entre o Sudeste e o Nordeste existem diferenças importantes para os que trabalham em empresas de porte semelhante, principalmente para aqueles vinculados às pequenas e médias, evidenciando um padrão de cobertura regionalizado que se superpõe à lógica exclusiva do benefício empresarial.

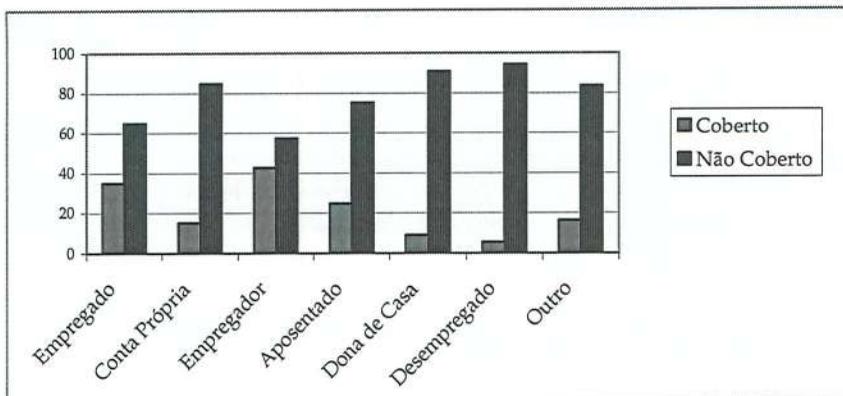
Associações entre renda familiar e cobertura de planos e seguros são bastante significativas, mas também sujeitas às variações regionais. Na faixa de renda intermediária, terceiro quintil, a proporção de pessoas cobertas por planos e seguros (21,5%) no Sudeste é bastante superior à de 13,2% das pessoas no Nordeste com rendimentos semelhantes (Gráfico 3).

Gráfico 3. Cobertura de planos e seguros-saúde segundo quintis de renda Regiões Nordeste e Sudeste 1996/1997



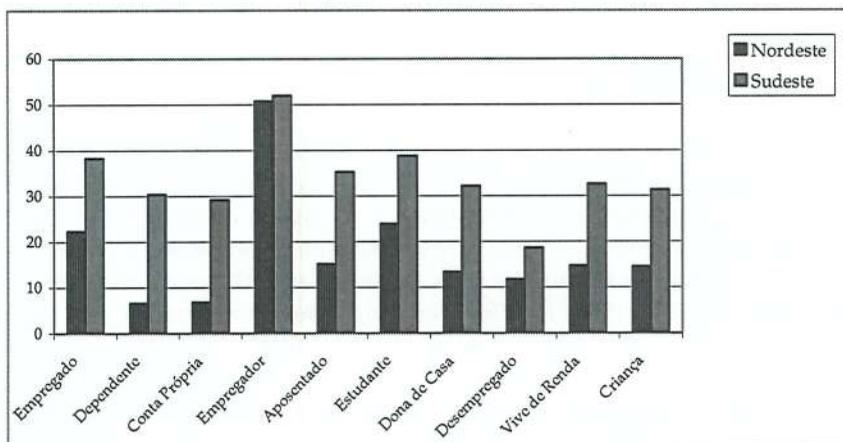
Fonte: PPV/IBGE (1996/97).

A condição da ocupação do chefe do domicílio e a posição das pessoas na família influenciam a cobertura de planos e seguros, em função da preservação ou não de assistência suplementar aos aposentados e da maior ou menor flexibilidade dos critérios das empresas empregadoras para inclusão de dependentes. O Gráfico 4 mostra um gradiente de maior cobertura para os que estão vinculados ao mercado formal de trabalho. Entre os chefes de domicílio os empregadores, empregados e os aposentados são os que possuem as maiores coberturas de planos e seguros-saúde e os que trabalham por conta própria, as donas-de-casa e os desempregados, as menores. No Gráfico 5, sobre a cobertura de todos os moradores dos domicílios entrevistados consideradas as Regiões Nordeste e Sudeste, em ambas as regiões os empregadores são os que apresentam as maiores e proporções semelhantes de cobertura (50,8% no Nordeste e 51,9% no Sudeste). Os empregados e os estudantes estão proporcionalmente mais cobertos no Sudeste (38,3% e 38,8%) do que no Nordeste (22,3% e 23,8%). As diferenças de cobertura entre as regiões também se expressam para os dependentes, os que trabalham por conta própria, os que vivem de renda e os aposentados. Já para os



Fonte: PPV/IBGE (1996/97) – Dados recalculados por Viacava (1998).

Gráfico 5. Cobertura de planos e seguros-saúde segundo posição das pessoas no mercado de trabalho
Regiões Nordeste e Sudeste, 1996/97

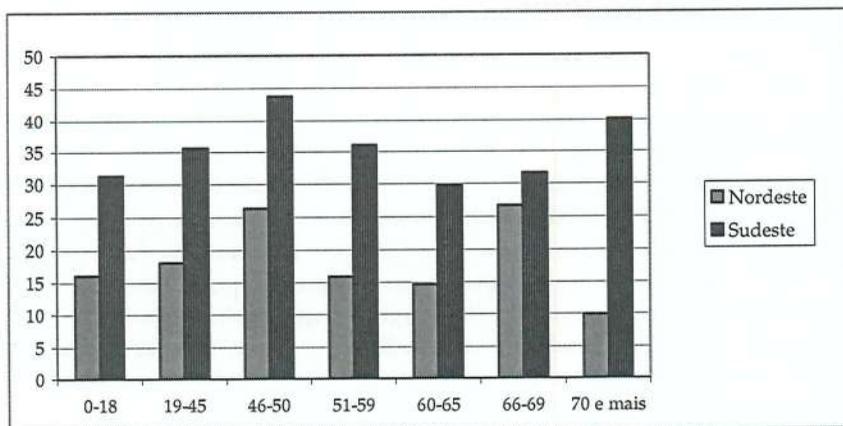


Fonte: PPV/IBGE (1996/97) – Dados recalculados por Viacava (1998).

As diferenças de cobertura de planos e seguros considerando faixas etárias, segundo critério de algumas operadoras, refletem a lógica de priorizar a vinculação às empresas de assistência supletiva os integrantes ativos do mercado formal de trabalho. Como exposto no Gráfico 6, no Sudeste há uma concentração de cobertura de planos e seguros-saúde para os “adultos jovens”, os que têm entre 19 e 59 anos. No Nordeste, onde as coberturas são menores do que as do Sudeste para todas as faixas etárias, as proporções de cobertura mais elevadas estão relacionadas aos grupos etários de 19 a 50 anos e 66 a 69 anos. O efeito de seleção adversa (procura de cobertura para os que já têm

ou possuem maior probabilidade de necessitar de serviços de saúde, como é o caso das pessoas idosas) se faz visível apenas no Sudeste, para os que têm mais de 70 anos.

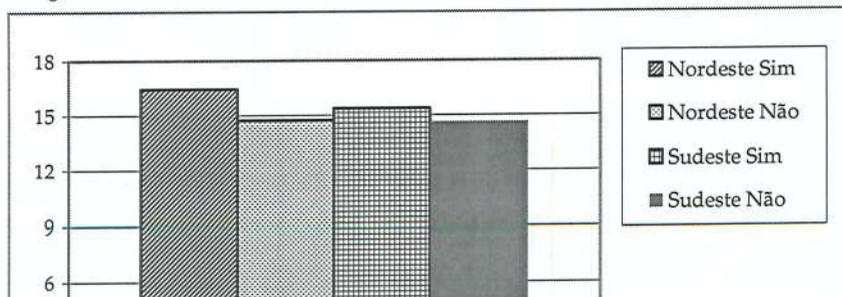
Gráfico 6. Cobertura de planos e seguros-saúde segundo faixas etárias
Regiões Sudeste e Nordeste, 1996/97



Fonte: PPV/IBGE (1996/97) – Dados recalculados por Viacava (1998).

Paralelamente, a seleção adversa, associada com a cobertura de planos e seguros-saúde, não é comprovada quando se examina a relação entre as pessoas que declaram sintomas associados a problemas crônicos de saúde. O Gráfico 7 mostra que não existem diferenças significativas entre os que estão vinculados a planos e seguros e os que não possuem este tipo de cobertura. Embora, segundo dados da mesma fonte, a utilização de serviços de saúde para os que têm planos/seguros (17,6%) seja maior do que a de 12,4% atribuída às pessoas que só têm acesso aos serviços públicos (estatais e privados conveniados).

Gráfico 7. Cobertura de planos e seguros-saúde e condição de saúde (doença crônica)
Regiões Nordeste e Sudeste, 1996/97



Suplementar, apenas 188 têm mais que 30.000 clientes. Existem pequenas medicinas de grupo com aproximadamente 3.000 clientes, cooperativas médicas com 300 e algumas empresas com mais de um milhão de usuários (considerando as Unimed isoladamente). O número das empresas de assistência suplementar vem se ampliando. A Tabela 1 mostra que as medicinas de grupos mais que triplicaram por referência ao ano de 1977, enquanto que as cooperativas se multiplicaram por 5,4 vezes. O crescimento dos planos próprios das empresas é difícil de ser apreendido por estes dados. De toda maneira é plausível supor um menor incremento do número de empresas com planos próprios nos períodos mais recentes em virtude de suas características não lucrativas e de sua implantação, em grandes empresas, ser anterior (anos 40 aos 70) ao *boom* das empresas de assistência suplementar lucrativas. Isso não significa dizer que os planos próprios das empresas permaneceram imunes às transformações do setor nos anos 80 e 90 – as mudanças desta modalidade empresarial são profundas, como será detalhado mais adiante – e sim que, aparentemente, não existe uma expansão considerável do número destas operadoras. O número de seguradoras no ramo saúde duplicou entre 1994/95 e 1997/98.

Tabela 1. Número de empresas segundo modalidade empresarial – Brasil

Modalidade empresarial	1977 ⁽¹⁾	1987 ⁽²⁾	1994/95 ⁽³⁾	1997/98 ⁽⁴⁾
Medicina de grupo	200	300	555	730
Cooperativas médicas	60	128	332	326
Planos próprios das empresas (autogestão)	Sem informação	50 ⁽¹⁾	150 ⁽¹⁾	300
Seguradoras	1	5	20	40
Total		483	1.057	1.396

⁽¹⁾ Refere-se ao número de empresas, com planos próprios, filiadas à Associação Brasileira de Serviços Assistenciais de Saúde Próprios das Empresas que estima representar apenas 1/3 das empresas desta modalidade empresarial. O número de empresas de autogestão de 1994/5 parece também não representar o universo de empresas com planos próprios e sim o de filiadas. Já a informação relativa a 1997 parece estar relacionada a uma projeção de empresas com planos próprios já que em 1999 estavam filiadas 52 empresas à Abraspe e 104 ao Ciefas.

Fontes: ⁽¹⁾ 1º Congresso de Medicina de Grupo, 1978 (Unimed do Brasil, 1998 e Susep, 1998); ⁽²⁾ Abramge (1989), Unimed do Brasil (1998), Associação Brasileira de Serviços Assistenciais Próprios das Empresas (Abraspe) apud Medici (1991) e Susep; ⁽³⁾ Arthur Andersen (1996) e ⁽⁴⁾ Abramge (1999); Unimed do Brasil (1999); Ciefas (1998) e Susep (1999).

A expansão do número de clientes de planos/seguros-saúde por modalidade empresarial (Tabela 2) é relativamente menor que a do número de operadoras (a variação percentual do número de operadoras entre 1987 e 1997/8 é de 189% e a do total de planos e seguros, no mesmo período, 70%), sugerindo uma velocidade maior na criação/decisão das empresas voltadas à comercialização de planos/seguros-saúde do que no aumento das clientelas no período examinado. Supõe-se, portanto, uma “redistribuição interna” dos clientes entre as operadoras e um acirramento da competitividade entre as empresas de assistência suplementar. Isso não impediu a consolidação e expansão de grandes empresas no mercado de planos e seguros. A partir

do final dos anos 80 verificam-se dois movimentos: a consolidação das grandes empresas de assistência suplementar de abrangência nacional e a expansão de pequenas empresas, especialmente medicinas de grupo e cooperativas médicas, em cidades interioranas. Vale lembrar que a presença de pequenas empresas não é regra no mercado americano de planos e seguros. Em 1996, 628 HMOs eram responsáveis pela cobertura de 52,3 milhões de pessoas (US Department of Health and Human Services, 1997: 271).

Tabela 2. Número de clientes segundo modalidades empresariais – Brasil

Modalidade empresarial	1977 ⁽¹⁾	1987 ⁽²⁾	1989 ⁽²⁾	1994/95 ⁽³⁾	1997/98 ⁽⁴⁾
Medicina de grupo	7.000.000	13.000.000	15.000.000	16.800.000	17.800.000
Cooperativas médicas		3.500.000	7.300.000	8.500.000	10.671.000
Planos próprios das empresas (autogestão)	S/I	5.100.000	7.900.000	8.000.000	8.000.000
Seguradoras	S/I	800.000	940.000	5.000.000	5.000.000
Total		24.400.000	31.140.000	38.300.000	41.471.000

Fontes: ⁽¹⁾ 1º Congresso de Medicina de Grupo (1978); ⁽²⁾ TPF&C do Grupo Towers Perrin (1989); ⁽³⁾ Arthur Andersen (1996) e ⁽⁴⁾ Abramge (1999); Unimed do Brasil (1999); Ciefas (1998) e Susep (1999).

Não se observa uma correlação entre porte, abrangência e modalidades empresariais. Entre as seguradoras encontram-se grandes operadoras, como a Sul America Aetna, a Bradesco Seguros, e parte da Golden Cross e também outras, como por exemplo a Marítima, com importante atuação no ramo saúde, que possuem aproximadamente 200.000 clientes de seguro-saúde concentrados em São Paulo. Da mesma forma existem grandes medicinas de grupo e estabelecimentos hospitalares de pequeno porte que diversificam suas fontes de financiamento com a venda de planos, geralmente individuais. Encontram-se também empresas com planos próprios com mais de um milhão de clientes como a GEAP e pequenas empresas como a Feniprev do grupo Fenícia com 1.100 usuários. O número de clientes das cooperativas singulares varia entre menos de 300 e 450.000. Também não se verifica uma associação imediata entre tipos de empresas clientes e determinadas modalidades empresariais da assistência médica suplementar. Empresas públicas são clientes de seguradoras, bem como outras possuem planos próprios e há ainda as que são conveniadas com cooperativas ou medicinas de grupo, bem como se encontram empresas privadas que contratam diversos tipos de empresas de assistência médica suplementar e as que têm planos próprios. Checchia (1996: 92-96) estudou os critérios adotados pelos decisores das empresas clientes para a escolha de planos/seguros-saúde e verificou que, mesmo entre os profissionais de recursos humanos, existe uma patente confusão entre modalidades empresariais e modelos assistenciais (tipos de planos).

Associações entre renda/status e modalidade empresarial de assistência médica suplementar, tais como altos salários/cargos executivos e seguros-saúde e baixos salários e nível operacional com medicinas de grupo ou cooperativas, são questionáveis em função da grande diversidade no interior de cada modalidade

As autogestões originam-se da mais tradicional forma de proteção social aos trabalhadores, qual seja, a assistência direta das empresas. Atualmente, as empresas com planos próprios podem ser classificadas em duas modalidades que concernem à natureza jurídico-institucional da responsabilidade pela gestão do plano: as entidades paralelas (caixas de assistência, entidades de previdência fechada, sindicatos e associações) e aquelas cujos planos são gerenciados pelos departamentos de benefícios ou de recursos humanos das empresas patrocinadoras. Essas formas de gestão se diferenciam, sobretudo, pela iniciativa e participação dos trabalhadores nas entidades paralelas por contraste com o caráter de benefício dos planos geridos diretamente pelas empresas. No entanto, essa distinção não repercute na cobertura (critérios de elegibilidade para a inclusão de dependentes, manutenção de assistência para aposentados e acesso a provedores de serviços credenciados e procedimentos de alto custo bem como acomodação hospitalar em quarto particular) que, em geral, é bastante ampla e característica dos planos de autogestão. Poder-se ia, inclusive, supor uma maior padronização dos planos de autogestão por referência à segmentação por nível hierárquico, mais freqüente nos convênios das empresas com modalidades comerciais (medicinas de grupo, cooperativas médicas e seguradoras).

Outra característica dos planos próprios das empresas é a contribuição da empresa para o financiamento do plano que, além de ser na maioria dos casos obrigatória (existem exceções como sindicatos e associações profissionais que possuem planos exclusivamente financiados pelos associados), é mais flexível do que a envolvida com o pré-pagamento per capita das modalidades comerciais. Isso implica assumir o risco da variabilidade dos gastos com o consumo de serviços de saúde, ou, em outras palavras, reter o risco. Os custos mensais dos planos de autogestão (R\$ 47,81 em 1998 e R\$ 65,98 em 1999, segundo pesquisa realizada pelo Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde – Ciefas em 1999) são, em média, mais altos do que os das medicinas de grupo e cooperativas médicas e mais baixos do que os das seguradoras (Tabela 3).

Tabela 3. Estimativa dos preços médios dos planos e seguros com base no faturamento declarado pelas entidades de representação das empresas de assistência médica suplementar – Brasil 1997/98

Modalidade empresarial	Faturamento/Prêmio (em bilhão)	Número de Clientes (em milhão)	Preço dos Planos	
			Anual	Mensal
Medicina de grupo	3,94	18,3	215,30	17,94
Unimed	3,50	10,7	327,99	27,33
Autogestão	4,59	8,0	573,75	47,81
Seguradora	4,00	5,0	800,00	66,67
Total	16,03	41,9		

Fontes: Abramge (1999) e Susep (1998).

Através da análise do setor de atividade e das atividades profissionais das empresas/clientes dos planos de autogestão, elaborada a partir de dados de uma pesquisa realizada pelo Ciefas,¹² se nota uma “especialização” desta modalidade

¹² Pesquisa Nacional sobre Assistência à Saúde nas Empresas realizada pelo Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde (Ciefas) através do envio de questionários para 185 empresas/entidades com planos próprios em outubro/dezembro de 1997. O número de respondentes – 122 – representa 65,9% do universo pesquisado. Os gráficos foram construídos a partir de uma readequação dos resultados da pesquisa.

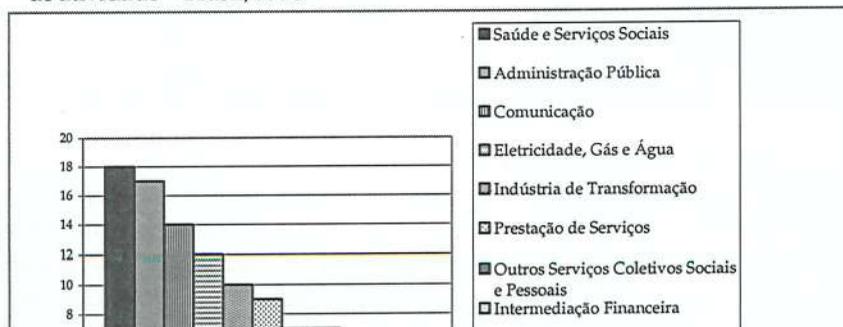
empresarial para o setor serviços, especialmente estabelecimentos de saúde e serviços sociais, administração pública, comunicação, eletricidade, gás e água. A indústria de transformação aparece em quinto lugar entre as empresas pesquisadas. Embora essas informações não demonstrem, é notória a adoção de planos próprios pelas montadoras e empresas estatais e multinacionais de grande porte (Gráfico 8). As empresas com planos próprios propiciam cobertura particularmente para os empregados das companhias de telecomunicação, energia e petróleo, água, luz e saneamento, bancos (estatais, estaduais e alguns privados), indústria de transformação e os fazendários e magistrados/advogados e outras categorias/empresas vinculadas à esfera pública (Tabela 4).

Tabela 4. Empresas com planos próprios segundo atividade/categoria profissional – Brasil 1997

Atividade/Categoria Profissional	Número absoluto	%
Cias. de Telecomunicação	17	13,93
Bancos	15	12,30
Energia e Petróleo	14	11,48
Água, Luz, Saneamento	11	9,02
Indústria de Transformação	10	8,20
Fazendários/Fiscais	9	7,38
Magistrados, Advogados, Judiciário	5	4,10
Servidores do Executivo Municipal	3	2,46
Instituições de Pesquisa	3	2,46
Servidores do Executivo Estadual	2	1,64
Servidores do Executivo Federal	2	1,64
Comunicação	2	1,64
Transporte	2	1,64
Agricultura	2	1,64
Processamento de Dados	2	1,64
Servidores dos Legislativos Estaduais	1	0,82
Professores Universitários	1	0,82
Outros	2	1,64
Não Identificados	19	15,57
Total	122	100,00

Fonte: Ciefas (1998). Pesquisa Nacional sobre Assistência à Saúde nas Empresas realizada pelo Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde (Ciefas) em 1997.

Gráfico 8. Proporção de empresas/entidades com planos próprios de saúde por tipo de atividade – Brasil, 1998



concentram as atividades/categorias profissionais assinaladas e está mais distribuída pelo território nacional do que as medicinas de grupo. A proporção de clientes de planos próprios no Distrito Federal, que é maior do que a das demais modalidades empresariais, expressa bem a associação entre a autogestão e a inserção sócio-ocupacional de suas clientelas (Tabela 5).

Tabela 5. Distribuição percentual de clientes de medicinas de grupo, cooperativas médicas e planos próprios das empresas segundo estados da federação – Brasil 1998/99

UF	Medicinas de Grupo	Cooperativas Médicas	Planos Próprios (Ciefas)	População/1996
Rondônia	0,24	0,26	0,80	0,78
Acre	0,1	0,15	0,40	0,31
Amazonas	0,52	1,27	0,90	1,52
Roraima	0,02	0,10	0,20	0,16
Pará	0,51	0,92	2,00	3,51
Amapá	0,03	0,12	0,30	0,24
Tocantins	0,06	0,14	0,40	0,67
Maranhão	0,37	0,31	1,80	3,32
Piauí	0,38	0,23	1,30	1,70
Ceará	0,55	2,37	3,00	4,34
Rio Grande do Norte	0,32	1,20	1,20	1,63
Paraíba	0,24	1,18	2,00	2,10
Pernambuco	1,87	1,09	3,90	4,71
Alagoas	0,59	0,75	1,20	1,68
Sergipe	0,19	0,48	1,20	1,03
Bahia	3,09	1,97	5,70	7,98
Minas Gerais	2,32	15,81	12,50	10,61
Espírito Santo	0,86	2,39	2,30	1,78
Rio de Janeiro	17,03	6,14	15,00	8,54
São Paulo	57,85	34,18	17,10	21,72
Paraná	2,42	7,68	8,10	5,73
Santa Catarina	0,17	5,49	2,80	3,10
Rio Grande do Sul	9,04	10,43	4,30	6,13
Mato Grosso	0,17	1,37	3,10	1,42
Mato Grosso do Sul	0,05	1,32	1,10	1,23
Goiás	0,52	2,10	2,70	2,87
Distrito Federal	0,49	0,57	4,70	1,16
Total	100,00	100,00	100,00	100,00

Fontes: Unimed do Brasil (1998); Abramge (1999) e Ciefas (1997); IBGE. Contagem da População (1998).

Algumas transformações e as intenções de mudanças nas empresas com autogestão merecem destaque, tais como: a adoção de mecanismos heterodoxos de ampliação/manutenção de clientes como os planos de agregados e a expansão através da “venda” de planos para outras empresas; a introdução de mecanismos de racionamento do consumo de serviços de saúde e seus rebatimentos nas relações com os clientes e provedores de serviços; a crescente ampliação da participação do empregado no custeio do plano e a diversificação de planos segundo os critérios de inclusão de provedores “exclusivos” e mais “confortáveis” das modalidades comerciais.

A Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (Cassi) se expandiu através do denominado plano de agregados,¹³ que iniciou a captação de clientes em 1996. Atualmente, a Cassi possui aproximadamente 193.000 "agregados" e 400.000 associados. É importante mencionar que os planos de agregados também incluem ex-funcionários que aderiram aos programas de demissão voluntária. Já a GEAP ampliou sua clientela através dos convênios com outros órgãos governamentais para além de sua tradicional vinculação aos funcionários da Previdência. A proposição de transformar a assistência patronal em entidade fechada de previdência complementar, aprovada em 1990, foi acompanhada por uma expansão de clientes por meio de convênios com instituições federais como o Ministério da Justiça, o Departamento de Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal, Imprensa Nacional, Ministério da Saúde, Ministério das Minas e Energia, Universidade Federal de Sergipe e Ministério do Trabalho. Em 1995 foram assinados novos convênios com a Funai, as Universidades Federais de Alagoas, Paraíba e Goiás, o Instituto Nacional de Nutrição e o Ibama. Em 1997, a GEAP possuía 846.205 clientes (GEAP, 1998) e 1.311.744 em 1998, segundo a Abraspe. Todavia, a Assistência Multidisciplinar de Saúde (AMS) da Petrobrás, que contava em 1990 com 271.587 beneficiários, sendo 56.836 empregados ativos (Medici, 1992: 43) não se ampliou durante os anos 90. Em 1998, o número de empregados ativos decresceu para 39.333, repercutindo na relação titular/dependente já que o contingente total de beneficiários da AMS permaneceu em torno de 280.000 pessoas.

Além das transformações na base das clientelas de algumas empresas de autogestão, durante os anos 90 se disseminaram o aumento da participação dos empregados no custeio dos planos, a restrição dos critérios de elegibilidade de dependentes e a utilização do co-pagamento para o consumo dos denominados pequenos riscos (consultas médicas, às vezes exames) que objetivam a redução do consumo "desnecessário" de serviços médicos. Algumas empresas (como por exemplo a Shell,¹⁴ Coca-Cola¹⁵ e Fiocruz¹⁶) substituíram o plano único para todos os trabalhadores, independentemente do nível hierárquico, pela oferta de dois ou três tipos de cobertura assistencial.

Medicinas de grupo

As alterações nas relações entre grupos médicos, empresas médicas e Estado, que constituem a gênese das medicinas de grupo no Brasil, têm como pano de fundo pelo menos dois movimentos que adquirem contornos nítidos com o passar do tempo.

13 O plano de agregados da Cassi, voltado à cobertura de parentes não diretos de funcionários do Banco do Brasil, obedece à lógica dos planos individuais das modalidades comerciais. O valor do prêmio é calculado segundo faixas etárias e são adotadas carências para evitar a seleção adversa.

14 Mudanças no plano de saúde em 1995 instituem a exclusão da mãe viúva como dependente, um plano de "proteção superior" para o qual o empregado contribui de acordo com o número de dependentes que oferece reembolso e um básico com contribuição fixa cuja rede assistencial é referenciada.

15 Planos diferenciados segundo três níveis hierárquicos a partir de 1997. O plano destinado ao nível

proprietários ou sócios de estabelecimentos hospitalares, voltados ao atendimento destes segmentos populacionais. O segundo processo diz respeito à preservação da autonomia dos que resistem ao assalariamento pelas medicinas de grupo e impõem o credenciamento como padrão para os contratos entre provedores de serviços e empresas. Pode-se ainda dividir um terceiro deslocamento das medicinas de grupo mais recente: a comercialização de planos individuais.

Adequações do processo de empresariamento da medicina à realidade brasileira conformaram um modelo no qual as empresas lucrativas do segmento de assistência suplementar pioneiras – as medicinas de grupo – preencheram as necessidades da diferenciação dos planos, inclusive através da comercialização de produtos típicos das seguradoras, como os planos de livre escolha/reembolso. Atualmente, as grandes empresas de medicina de grupo de âmbito nacional, que se expandiram graças ao credenciamento de provedores de serviços e não de serviços próprios, são confundidas com seguradoras. As transações entre essas duas modalidades empresariais se efetivam com relativa facilidade. Uma parte dos clientes da Golden Cross Medicina de Grupo, aquela coberta por planos de livre escolha, foi transferida para a Bradesco Seguros em 1984. Embora em sentido contrário, o processo de transformação dos contratos de planos de livre escolha para a Golden Seguradora criada em 1989 trilhou caminhos semelhantes.

Em São Paulo, onde se concentram 57,7% dos clientes desta modalidade, as grandes medicinas de grupo mantêm uma importante estrutura de serviços próprios, complementada por provedores credenciados (Tabela 5). A face paulista da assistência suplementar está marcada, predominantemente, pelo crescimento regional de algumas das empresas criadas nos anos 60 (Quadro 2). No Rio de Janeiro, a Amil e a Golden Cross se consolidaram nos anos 80, embora a última tenha sido criada em 1971. É plausível supor que o surgimento dessas empresas em momentos distintos se relacione com o atendimento para demandas diferenciadas: as medicinas de grupo de São Paulo aos trabalhadores da indústria e as do Rio de Janeiro mais adequadas aos segmentos de classe média que adquiriram planos individuais ou através de associações de empregados. Essa hipótese se afirma pela maior proporção de clientes de planos individuais na Amil e Golden Cross do que em medicinas de grupo mais tradicionais.

Quadro 2. Cinco maiores empresas de medicina de grupo e localização da sede e abrangência – Brasil, 1999

Empresa	Ano de Início	Localização da Sede/Abrangência	Número de Clientes
Amil	1981	RJ/SP, DF, PR, PE	800.000
Intermédica	1968	SP (atende clientes de empresas fora da sede)	600.000
Interclínicas	1964	SP (atende clientes de empresas fora da sede)	600.000
Medial	1966	SP (atende clientes de empresas fora da sede)	480.000
Amico	1961	SP (atende clientes de empresas fora da sede)	400.000

Fontes: Abramge (1999) e Amil (1998), Intermédica (1999), Interclínicas (1999), Medial (1999) e Amico (1999).

Ao longo do tempo, o empreendimento capitalista restrito¹⁷ dos grupos médicos que formaram as medicinas de grupo se modificou radicalmente. As medicinas de grupo diversificaram suas atividades, sobretudo, a partir do final dos anos 80, contando com empresas específicas para cada área de atuação. As novas empresas abrangem a área de benefícios (empresas de vale-alimentação, assessoria para o cumprimento da legislação sobre saúde do trabalhador), a de ensino (vinculação a universidades privadas) e necessidades internas do processo de crescimento empresarial (empresas de marketing). Além disso, observa-se um processo de associação ou criação de seguradoras pelas grandes medicinas de grupo. A Intermédica se vinculou à Notre Dame, a Amil constituiu a Amil Seguradora e a Golden Cross modificou sua natureza jurídico-institucional.

Um outro ponto de inflexão de determinados grupos empresariais aconteceu mais recentemente com a implantação de empresas relacionadas à distribuição e comercialização de equipamentos médicos e medicamentos, cujo caso exemplar é a Farmalife da Amil, criada em 1993. Outras iniciativas, como a construção, aquisição e reforma de unidades hospitalares, ambulatoriais e laboratoriais, bem como as empresas de transporte aéreo, terrestre e de cuidados domiciliares para clientes, parecem apontar para a conformação de redes mais integradas de cuidados e assistência médica.

Ao lado das mudanças nas grandes medicinas de grupo surgiram pequenas empresas vocacionadas ao atendimento de demandas individualizadas de segmentos com menor poder aquisitivo, disponibilizando produtos com menor preço e redes credenciadas mais regionalizadas para segmentos populacionais localizados em áreas mais carentes ou municípios de pequeno porte. Nas cidades interioranas, os planos mais baratos dirigidos a clientes individuais são ofertados pelos hospitais particulares, geralmente filantrópicos.¹⁸ Medicinas de grupo como o SMB Saúde, a Assim e Semog, sediadas no Rio de Janeiro, possuem, principalmente, clientes individuais. Tal característica repercute no perfil de suas clientelas, conformadas, predominantemente, por crianças e mulheres, afetando a estrutura etária e de gênero, bem como as relações entre titularidade e dependência da clientela de planos e seguros-saúde. O SMB Saúde, com cerca de três titulares para cada dependente (entrevista com o diretor médico da empresa realizada por Soares e Bahia em julho de 1999) exemplifica bem as alterações envolvidas com as coberturas de planos e seguros-saúde de segmentos mais recentemente incorporados.

Empresas de medicina de grupo de menor porte comercializam planos, em geral, com maior restrição de cobertura (número de credenciados), autorização para a realização de procedimentos e maior co-participação nos gastos com consumo de serviços médico-hospitalares. Contudo, grandes empresas como a Amil também divisaram oportunidades de atrair clientes individuais com menor renda. O plano Dix, que se distingue dos demais da empresa pela regionalização e co-pagamento, lançado

mais ampla, inclusive em outros estados brasileiros, é praticamente o dobro do plano Dix, que só permite o acesso a provedores preferenciais localizados no Rio de Janeiro e racionaliza o consumo por meio do co-pagamento.

Tabela 6. Preço dos planos individuais da Amil, abril de 1999

Faixa etária	Medicus	Dix	Dix com co-participação ⁽¹⁾
< 17 anos	95,00	57,72	47,58
> 60 anos	570,00	346,32	285,48

⁽¹⁾ R\$ 5,00 por consulta, R\$ 15,00 em cada atendimento realizado em centros diagnósticos, por atendimento em hospitais de emergência e por internação clínica ou cirúrgica.

Fonte: Salão de vendas da Amil.

Segundo registros da Abramge, relativos aos anos de 1997 e 1998, divulgados em 2000, o preço mensal médio de um plano das medicinas de grupo, equivalente a R\$ 17,94, é bem menor do que o das demais modalidades empresariais (Tabela 3). Esta informação induz à conexão entre pouca cobertura e menores preços, e destes com os supostos serviços próprios das medicinas de grupo, que pode até ser válida no caso das pequenas empresas, mas não é compatível com os valores dos preços dos planos praticados pelas grandes, que são responsáveis por mais de 60% do total de clientes das empresas filiadas à Abramge (Tabela 7). Mesmo considerando que os preços dos planos-empresa são bem mais baixos do que os individuais (40% a 60% menos) o valor projetado é bem menor do que a realidade do mercado, sugerindo antes um erro na estimativa do faturamento destas empresas do que especulações sobre a natureza institucional e a cobertura das medicinas de grupo.

Tabela 7. Clientes de planos de medicinas de grupo (filiadas à Abramge) segundo porte da empresa – Brasil, 1998

Porte	Número de empresas	%	Número de clientes	%
> 200.000	7	2,32	3.247.688	34,87
100.000 a 200.000	6	1,99	921.062	9,89
50.000 a 100.000	17	5,63	1.552.585	16,67
10.000 a 50.000	84	27,81	2.756.316	29,59
< 10.000	188	62,25	837.010	8,99
Total	302	100,00	9.314.661	100,00

Fonte: Abramge, Comissão Mista Especial Médica e Econômica (1998).

Cooperativas médicas

A gênese das Unimeds (União de Médicos) está marcada pela vinculação com as entidades profissionais dos médicos e a oposição às medicinas de grupo. Seus fundadores pretendiam preservar a autonomia dos médicos em face da ameaça de assalariamento/dependência das medicinas de grupo. As cooperativas se constituíram no interior e com apoio de diversas entidades (sindicatos, associações médicas) agruparam profissionais que dispunham de seus consultórios como base empresarial

para a oferta de planos individuais e coletivos. Em virtude da predominância das medicinas de grupo na região metropolitana de São Paulo, as Unimed se desenvolveram, inicialmente, em cidades do interior de São Paulo e, posteriormente, em municípios de outros estados. Para ofertar planos com cobertura para assistência ambulatorial e internação, as cooperativas credenciavam hospitais e centros de diagnóstico e terapia. A alternativa Unimed se expandiu aceleradamente no final dos anos 80 e na década de 90 como pode ser observado na Tabela 8.

Tabela 8. Número de clientes das Unimed por federações (estados), 1987 e 1998

UF/Federação de Unimed	1987	1998	Variação %
Bahia	36.408	209.701	475,98
Ceará	73.763	253.025	243,02
Centro-Oeste	120.033	572.029	376,56
Minas Gerais	430.000	1.686.640	292,24
Norte/Nordeste	167.652	874.071	421,36
Paraná	261.425	819.762	213,57
Rio de Janeiro e Espírito Santo	219.487	909.873	314,55
Rio Grande do Sul	600.000	1.112.876	85,48
Santa Catarina	250.000	586.166	134,47
São Paulo	1.281.087	3.647.014	184,68
Total	3.439.855	10.671.157	210,22

Fonte: Revista Unimed (1988) e Unimed do Brasil (1999).

As Unimed são mais abrangentes territorialmente do que as medicinas de grupo, embora 34,1% dos clientes das Unimed sejam oriundos de São Paulo. As cooperativas médicas têm maior penetração em Minas Gerais (15,81%) e no Paraná (7,68%) do que as medicinas de grupo que possuem apenas 2,32% e 2,42% de seus usuários nestes estados, respectivamente. No Rio de Janeiro, as cooperativas possuem proporcionalmente menos clientes (6,14%) do que as medicinas de grupo (17,03%). (Tabela 5). Nas cidades do interior de médio e pequeno portes, onde foram adotadas estratégias para uma sólida articulação com os provedores de serviços públicos e privados, facilitando aos médicos cooperados o exercício de seus vários vínculos empregatícios, as cooperativas médicas tornaram uma modalidade empresarial extremamente disseminada. Em algumas cidades os cooperados recusam o credenciamento por outras modalidades empresariais consideradas, impedindo na prática a "entrada" dos competidores.

Em 1999, as maiores Unimed situavam-se em Campinas (SP), com 446.598 clientes, aproximadamente 50% da população da cidade, e na cidade de São Paulo, com 402.657 usuários. Em outras cidades, como Londrina e Uberlândia, a alta proporção de clientes das Unimed relativamente à população (31,05% e 34%, respectivamente) evidencia a importância da modalidade nos sistemas de saúde locais.

Assim como em outras modalidades empresariais do segmento, as

atualmente 3,6 milhões de segurados e ocupa a 35ª colocação no *ranking* geral das seguradoras do país.

Atualmente, o complexo Unimed conta com a presença de empresas nitidamente capitalistas, não moldadas pelos princípios de não-lucratividade originais do cooperativismo médico, e está fortemente orientado pelo caráter de participação proporcional ao investimento de sua holding, contrário à premissa de um voto por participante que ainda preside as deliberações nas cooperativas médicas propriamente ditas.

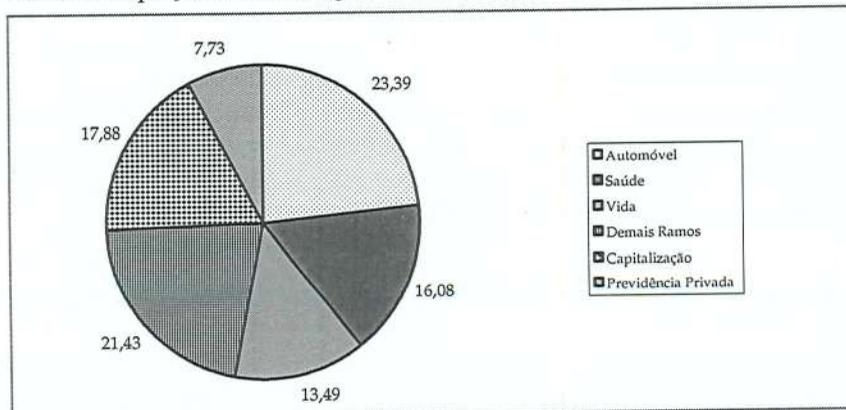
No que diz respeito às transformações na área de assistência médico-hospitalar, as Unimeds vêm investindo na aquisição de unidades hospitalares, construção de centros diagnósticos, o que vai de encontro aos cânones da livre escolha, mas permite a racionalização do consumo de serviços de saúde. A iniciativa mais recente das Unimeds é a constituição das Usimeds (cooperativas de usuários) para facilitar a aquisição de medicamentos para seus associados.

O preço médio dos planos das Unimeds (R\$ 27,33), calculado com base em um faturamento possivelmente projetado, é questionável. De todo modo existem evidências de que algumas Unimeds comercializam planos com preços menores do que as demais modalidades, inclusive medicinas de grupo, em função de seus clientes utilizarem mais intensivamente os serviços públicos, incluindo os conveniados com o SUS, em caráter complementar ao atendimento nos consultórios dos médicos cooperados.

Seguradoras

Embora as seguradoras representem a modalidade empresarial mais recente no mercado de planos e seguros e a que congrega o menor número de clientes, sua importância transcende a mera participação numérica no segmento de assistência médica suplementar. A entrada das seguradoras no ramo saúde, impulsionada por um instrumento legal, promulgado pela Superintendência de Seguros Privados (Susep) do Ministério da Fazenda, facultando-lhes a cobertura dos segurados, através do "referenciamento" dos serviços, modificou não apenas a divisão das clientelas entre as modalidades empresariais, mas trouxe a público o debate sobre a necessidade de regulamentação do segmento, transformando-o em tema da agenda governamental. A agressiva comercialização de seguros semelhantes aos planos, no que se refere aos esquemas assistenciais, pelas grandes seguradoras, acrescida a uma determinação de regular as empresas do mercado à sua feição (como instituições financeiras) tornou-as importantes interlocutoras do governo no segmento da assistência médica suplementar. Em menos de dez anos, a expansão do seguro-saúde o transformou no segundo ramo em volume de prêmios (Gráfico 9).

Gráfico 9. Proporção de receitas segundo ramo de seguro – Brasil, 1997



Fonte: Susep (1997).

As seguradoras, pioneiras na comercialização no ramo saúde, que iniciaram suas atividades no final dos anos 70, antes da alteração que permitiu o referenciamento de provedores de serviços, como o Comind e a Itaú (Andreazzi, 1991: 162), foram substituídas ou suplantadas, durante os anos 80 e 90, por outras empresas. Atualmente, quarenta seguradoras entre o total de 137 atuam no ramo saúde. Duas grandes seguradoras envolvidas com os seguros-saúde, a Sul América e a Bradesco Seguros, são, em conjunto, responsáveis por mais de 60% do volume de prêmios do ramo saúde. A Golden Cross Seguradora é a terceira do *ranking* no ramo saúde. Excetuando-se a Porto Seguro, a HSBC Bamerindus e a Marítima, as outras 34 seguradoras participam com menos de 15% do total de prêmios no ramo saúde (Tabela 9).

Tabela 9. Maiores seguradoras segundo volume do prêmio em 1.000 no ramo saúde – Brasil, 1998 (jan./nov.)

Seguradora/(Grupo)	Prêmio Saúde	% Total Prêmio Saúde	% acumulada
Sul America Aetna	1.299.368	33,40	33,40
Bradesco Seguros	1.084.367	27,87	61,27
Golden Cross Seguradora	389.270	10,00	71,27
Porto Seguro	209.397	5,38	76,65
HSBC Bamerindus	182.172	4,68	81,34
Marítima	165.753	4,26	85,60

Fonte: Susep (1998).

Assim, a concentração de clientes/prêmios em poucas empresas é mais nítida entre as seguradoras do que o observado na análise das medicinas de grupo e cooperativas médicas e, embora os dados apresentados não estejam desagregados, para o ramo saúde, por unidades da federação, infere-se uma concentração dos clientes destas empresas em São Paulo e no Rio de Janeiro, ainda que existam empresas como a

capital e de origem privada e nacional, 3 que são classificadas como privadas nacionais e estrangeiras e uma mista. A maior parte destas seguradoras (18) é vinculada a empresas independentes nacionais, 9 estão ligadas a bancos nacionais e o restante a estabelecimentos independentes estrangeiros (3), independentes estrangeiros e nacionais (2) e banco estrangeiro (1) (Quadro 3).

Tabela 10. Distribuição do prêmio total (em 1.000) de seguradoras selecionadas ⁽¹⁾ por estados da federação – Jan./Nov. 1998

Estados	AIG	Brasil Saúde	%	Centauro	Golden Cross	%	Notre Dame	Sul America Aetna	%	Total	%
SP	30.226	7.770	20,14		75.007	18,97	27.249	940.433	58,47	1.080.685	51,32
RJ		11.269	29,20		154.477	39,07		235.899	14,67	401.645	19,07
MG		247	0,64		9.563	2,42		25.782	1,60	35.592	1,69
RGS		1.035	2,68		23.912	6,05		21.738	1,35	46.685	2,22
PR		268	0,69	5.881	7.808	1,97		21.132	1,31	35.089	1,67
BA		3.225	8,36		14.782	3,74		181.471	11,28	199.478	9,47
DF		4.025	10,43		54.874	13,88		8.313	0,52	67.212	3,19
SC		17	0,04					17.605	1,09	17.622	0,84
PE		3.449	8,94		31.625	8,00		108.530	6,75	143.604	6,82
Outros		7.283	18,87		23.306	5,89		47.592	2,96	78.181	3,71
Total	30.226	38.588	100,00	5.881	395.354	100,00	27.249	1.608.495	100,00	2.105.793	100,00

⁽¹⁾ Seguradoras "mix" de carteira > 70% no ramo saúde.

Fonte: Ministério da Fazenda/Susep.

Quadro 3. Seguradoras que atuam no ramo saúde segundo origem do capital, vínculo e abrangência, 1996/98

Seguradora/(Grupo)	Origem de capital	Vínculo
Sul America Aetna	Priv. Nac. e Estrang.	Indep. Nac. e Estrang.
Bradesco Seguros	Privado Nacional	Banco Nacional
Golden Cross Seguradora	Privado Nacional	Independente Nacional
Porto Seguro	Privado Nacional	Independente Nacional
HSBC Bamerindus	Privado Nacional	Banco Nacional
Marítima	Privado Nacional	Independente Nacional
Generali do Brasil	Privado Nacional	Independente Estrangeiro
AGF	Privado Nacional	Independente Estrangeiro
Unibanco		
Itaú Seguros	Privado Nacional	Banco Nacional
Sul America Cia. Nacional de Seguros	Privado Nacional	Independente Nacional
Unimed Seguradora	Privado Nacional	Independente Nacional
Brasil Saúde (Sul America)	Privado Nacional	Independente Nacional
Cia. de Seguros Gralha Azul	Privado Nacional	Banco Nacional
AIG		
Notre Dame Seguradora	Privado Nacional	Independente Nacional

Continua...

Continuação

Interamericana		
Noroeste Seguradora	Privado Nacional	Banco Nacional
Centauro	Privado Nacional	Independente Nacional
Chubb do Brasil	Priv. Nac. e Estrang.	Banco Estrangeiro
Connap Cia. Nacional de Seguros	Privado Nacional	Independente Nacional
General Accident Cia. de Seguros		
UAP (Multiplic)	Privado Nacional	Independente Estrangeiro
Santa Cruz Seguros	Privado Nacional	Independente Nacional
Ina Seguradora (Cigna)		
Cia. de Seguros do Estado de São Paulo	Privado Nacional	Independente Nacional
Rural Seguradora	Privado Nacional	Banco Nacional
Cia. de Seguros Minas Brasil	Privado Nacional	Banco Nacional
Vera Cruz Seguradora	Priv. Nac. e Estrang.	Indep. Nac. e Estrang.
Santos.Seguradora	Privado Nacional	Banco Nacional
Soma	Privado Nacional	Independente Nacional
Sul América Seguros Gerais	Privado Nacional	Independente Nacional
Maxmed Seguradora	Privado Nacional	Independente Nacional
Amil	Privado Nacional	Independente Nacional
American Life (Blue Life)	Privado Nacional	Independente Nacional
Itatiaia Seguros (Arbi)	Privado Nacional	Independente Nacional
Sasse	Misto	Banco Nacional
Multiplic Seguradora		
MBM Seguradora	Privado Nacional	Independente Nacional
Santander Brasil Seguros		

Fontes: Susep (1998) e *Balanço do Mercado Segurador* (1996).

O preço médio mensal declarado pelas seguradoras que atuam na saúde de R\$ 66,67, em 1998, é maior do que os de outras modalidades empresariais (Tabela 3). Entre as razões para os valores mais altos dos seguros relativamente aos planos relaciona-se a obrigatoriedade contratual de coberturas mais amplas, definidas por instrumentos legais desde o final da década de 80.

Preços, gastos e financiamento dos planos e seguros-saúde

Os preços dos seguros individuais são bem mais elevados do que os coletivos; antes da regulamentação a variação dos prêmios por faixas etárias implicava aumentos de até 14,4 vezes entre a primeira e a última faixa de idade estabelecidas pelas operadoras. As diferenças entre os valores das prestações, considerando-se os tipos de planos de várias empresas comerciais de assistência médica suplementar, são muito significativas. Em meados de 1998 havia planos individuais para crianças e adolescentes cujas mensalidades eram um pouco mais que R\$ 20,00 e outros, que asseguravam coberturas mais amplas, cujos valores se situavam acima de R\$ 300,00. Observa-se

Unicor Star III	23,00	191,18	8,31	23,00	191,18	8,31
Unicor Antares Executivo	55,22	366,45	6,64	55,22	366,45	6,64
Unicor Orino Top	118,35	881,11	7,44	118,35	881,11	7,44
Sul America – AMH – Básico	63,01	461,21	7,32	63,01	331,58	5,26
Sul America – AMH – Máximo	339,05	2.818,22	8,31	339,05	2.022,81	5,97
Amico Express 3	26,00	250,49	9,63	26,00	127,93	4,92
Amico Amep 2	41,20	396,93	9,63	41,20	202,72	4,92
Porto Saúde Básico	58,71	451,14	7,68	58,71	346,87	5,91
Porto Saúde Master V	458,07	3.427,86	7,48	458,07	2.605,61	5,69
Unimed Paulista Master	76,93	741,80	9,64	76,93	352,99	4,59
Unimed São Paulo Básico	63,19	564,12	8,93	63,19	284,14	4,50
Unimed São Paulo Master	102,83	1.048,43	10,20	102,83	566,90	5,51
AMESP Saúde Bronze	39,37	357,95	9,09	39,37	357,95	9,09
AMESP Saúde Ouro II	138,43	1.258,45	9,09	138,43	1.258,45	9,09
Medial Saúde Standard	37,37	525,58	14,06	37,37	296,17	7,93
Medial Saúde LE 60	236,55	2.693,20	11,39	236,55	2.024,10	8,56
Avicena Standard	31,00	230,00	7,42	31,00	187,00	6,03
Avicena Executivo	52,40	395,00	7,54	52,40	312,00	5,95
Golden Cross AMEG – 03	37,65	451,47	11,99	37,65	230,62	6,13
Golden Cross AMEG – 02	56,47	677,21	11,99	56,47	345,94	6,13
HSBC Bamerindus Bronze	52,36	366,91	7,01	52,36	366,91	7,01
HSBC Bamerindus Ouro II	170,04	1.081,54	6,36	170,04	1.081,54	6,36
UNIBANCO Saúde 313 Básico	22,62	274,19	12,12	22,62	147,63	6,53
UNIBANCO Saúde 312 Máximo	348,07	2.893,17	8,31	348,07	2.076,61	5,97
Blue Life Especial	50,50	720,67	14,27	50,50	335,62	6,65
Blue Life Global	65,00	937,95	14,43	65,00	436,35	6,71
Marítima Saúde Básico ⁽²⁾	90,20	257,17	2,85	90,20	Não Cobre	
Marítima Saúde Execut. II ⁽²⁾	380,07	2.279,41	6,00	380,07	Não Cobre	
Bradesco Saúde e 062 ⁽²⁾	44,75	230,71	5,16	44,75	Não Cobre	
Bradesco Saúde Q 098 ⁽²⁾	273,98	1.417,22	5,17	273,98	Não Cobre	

⁽¹⁾ Idades escolhidas pelo “Suas Contas” em função do uso de faixas muito diferenciadas pelas operadoras de planos e seguros-saúde.

⁽²⁾ Planos que não permitiam a adesão de clientes com 70 anos ou mais.

Fonte: “Suas Contas” – *O Estado de São Paulo*, 10 ago. 1998 – Adaptado de CRC Consultoria.

Os preços dos planos-empresa são bem mais baixos do que os individuais e certamente são estes valores que influenciam as médias assinaladas por modalidade empresarial. Empresários do mercado de planos e seguros consideram que os planos-empresa são 60% menores do que os individuais (*I Jornada de Saúde*, FGV, 1997). Na realidade, os contratos entre as operadoras de planos e seguros e grandes empresas envolvem negociações singulares. Na comercialização de planos/seguros-saúde com pequenas e microempresas, o número de clientes (empregados e seus dependentes) é, de modo geral, um parâmetro para o valor das contribuições per capita a serem pagas¹⁹ exclusivamente pelo empregador, em parte pelo empregador e em parte pelo empregado, ou só pelos empregados. A participação de empregadores e empregados para o custeio dos planos-empresa não obedece a regras fixas. Encontram-se planos-empresa não contributários (financiados integralmente pelo empregador) para

19 Em julho de 1998, os corretores da Bradesco Seguros, por exemplo, ofereciam um desconto de 30% para apólices para microempresas com 20 clientes (titulares e dependentes) e de 40% para aquelas com 37 a 49 pessoas cobertas pelo mesmo contrato.

indústrias que concentram trabalhadores com menor renda e para grupos empresariais que ofertam cobertura de assistência médico-hospitalar através de planos não contributários a seus altos executivos. Os planos contributários parecem se tornar mais freqüentes ao longo do tempo. Todavia, essa tendência é vista com precaução por parte de dirigentes de operadoras por dois motivos. Alguns avaliam que a contribuição dos empregados desencadeia um “consumo desnecessário” de serviços de saúde (*moral hazard*), determinado pelo uso em função do pagamento, ainda que simbólico, do plano. Adicionalmente a atual legislação pode estimular um retorno às formas de financiamento não contributórias, ao facultar às empresas a cobertura de seus aposentados e desempregados que não tenham contribuído para o plano de saúde. Os planos integralmente financiados pelos empregados – planos de adesão – são formas adotadas por sindicatos/associações de empregados para obtenção de contratos com empresas comerciais de assistência médica suplementar para a redução de preços e carências.

Não existem informações precisas sobre as proporções de contribuição do empregador e dos empregados. Essa relação varia de empresa para empresa. Em algumas grandes empresas, a participação do trabalhador no custeio dos planos privados de saúde tem se ampliado. Uma projeção com base na *Pesquisa de Orçamento Familiar (POF)* do IBGE mostra que a despesa média mensal familiar com planos e seguros-saúde em 1995/96 totaliza ao longo do ano cerca de R\$ 3,8 bilhões (ver Tabela 12). A POF restringe sua abrangência às regiões metropolitanas, mas é presumível que nelas também se concentre a maioria das pessoas cobertas por planos e seguros-saúde. Esse dado, contrastado com o faturamento declarado pelas empresas de assistência médica suplementar no mesmo ano (aproximadamente R\$ 15 bilhões, segundo a Abramge), sugere fortemente que os empregadores contribuam com grande parte do custeio dos planos de saúde.

Tabela 12. Despesa anual das famílias brasileiras com planos e seguros-saúde para áreas⁽¹⁾ abrangidas pela Pesquisa de Orçamento Familiar – 1996

Faixa de Renda	Despesas com seguros e planos de saúde (em reais)	Número de famílias	Despesa domiciliar mensal com seguros e planos de saúde por classe de família (em reais)
até 2	1,75	1.228.090	2.149.158
> 2 a 3	3,73	1.020.255	3.805.551
> 3 a 5	4,33	1.821.733	7.888.104
> 5 a 6	9,36	817.139	7.648.421
> 6 a 8	11,82	1.274.646	15.066.316
> 8 a 10	20,26	897.768	18.188.780
> 10 a 15	26,37	1.529.351	40.328.986
> 15 a 20	45,35	862.184	39.100.044
> 20 a 30	51,81	853.863	44.238.642
> 30	93,32	1.272.878	118.784.975
sem declaração	26,29	966.162	25.400.399

jurídica. Mas, como assinala Medici (1991: 65), o maior incentivo para que as empresas concedam planos para seus empregados está afeto à contabilidade empresarial. Desde 1982 é facultado às empresas computar as despesas com planos de saúde como gastos operacionais. A legislação (Artigo 13 da Lei n. 9.249 e Artigo 300 do Regulamento do Imposto de Renda – Decreto n. 1.041/94) permite a dedução integral dos valores destinados ao pagamento de planos ou seguros de saúde ao considerá-los como custos operacionais das empresas. Há casos de empresas com planos contributários que classificam como custos operacionais não apenas os gastos com os planos de saúde de seus trabalhadores, mas também os descontos nos salários dos empregados (Santos, 1999: 18). O abatimento de despesas com assistência médica, odontológica e farmacêutica para empregados do Imposto de Renda de Pessoas Jurídicas foi estimado em cerca de R\$ 2,3 bilhões e R\$ 3,2 bilhões em 1996 e 1997, respectivamente, em face das suas presumidas despesas com planos e seguros-saúde (Tabela 13).

Tabela 13. Gastos com assistência médica nas declarações de imposto de renda de pessoas físicas e jurídicas

Ano	Pessoa Física		Pessoa Jurídica	
	Número de contribuintes	Valor (em 1.000)	Número de contribuintes	Valor (em 1.000)
1979		1.125,4		
1980		932,9		
1981		757		
1982		733,8		
1984		617,2		
1985		864,9		
1995	3.384.350	5.581,2		
1996	2.732.026	4.768,4	35.979	2.367,6
1997	2.477.200	5.762,5	34.667	3.232,0

Fontes: 1979/1985-Receita Federal adaptado de Medici (1991: 61); 1995/1997-Receita Federal – Ministério da Fazenda.

Despesas com planos e seguros-saúde podem ser integralmente abatidas no imposto de renda de pessoas físicas desde 1991. Os dados sobre despesas com planos de saúde e outros itens de gastos com assistência médica declaradas à Receita Federal não se encontram desagregados. A hipótese de que metade das despesas com assistência médica esteja relacionada com planos e seguros, ou seja, cerca de R\$ 2,35 bilhões em 1996, é compatível com as informações da POF sobre as despesas das famílias com este item, embora as relações entre estas bases de informações não possam ser estabelecidas sem que se observe que o número de declarantes de imposto de renda, aproximadamente 2,7 milhões, é muito menor do que o de famílias: 12,5 milhões de famílias nas regiões metropolitanas. A soma das deduções do imposto de renda de pessoas físicas e jurídicas (supondo-se que metade dos gastos com assistência médica destas e a integralidade das despesas daquelas estejam afetas ao pagamento de planos e seguros-saúde – aproximadamente R\$ 5 bilhões e R\$ 6 bilhões em 1996 e 1997) evidencia a importância dos mecanismos de incentivos fiscais para o mercado de planos e seguros. Além das deduções fiscais, várias empresas de assistência médica suplementar, cujo exemplo notável é a Golden Cross, se declararam filantrópicas se beneficiando com a isenção de contribuições, como a previdenciária. Como afirma Reis (1998), o segmento de assistência supletiva é “quase autônomo” pois se as empresas de planos de saúde

cresceram a despeito do término dos incentivos estatais diretos,²⁰ isso não ocorre independentemente das políticas fiscais.²¹

Medici (1997: 119-126) acentua um outro aspecto do financiamento dos planos de saúde: o aumento da parcela gasta pelas famílias (0,6% em 1987 para 1,9% em 1995/6). E destaca a tendência de ampliação da proporção de gastos com saúde pelos mais pobres. Em 1987, os gastos com assistência à saúde para aqueles com renda familiar até 2 salários mínimos representaram 6,3% e, para os que tinham renda superior a 30 salários mínimos, 5%. Nove anos mais tarde, em 1995/6, o gasto das famílias de menor renda com saúde passou para 9,3% do total, enquanto para aqueles com maior renda (5,7%) cresceu bem menos.

As entidades empresariais têm formulado proposições de alteração nas bases do financiamento para a assistência à saúde. O *Fórum Empresarial Gazeta Mercantil*, em 1997, apresentou uma proposta de descentralização de programas sociais (saúde, educação e regularização fundiária) baseada na extensão da participação das empresas e criação de incentivos fiscais para a criação de consórcios intermunicipais de saúde, nos quais o consumo de serviços de saúde, segmentado por dois tipos de planos de saúde, tipo A para trabalhadores do mercado formal (contribuinte – empresa e empregado) e tipo B para trabalhadores do mercado informal e desempregados, seria financiado direta e indiretamente pelas empresas empregadoras. Uma variação mais difundida da proposição de vinculação do financiamento da saúde às empresas, já experimentada durante o convênio-empresa com a Previdência Social, retorna: a redução da contribuição previdenciária/alocação direta a empresas de assistência médica supletiva. Outro enfoque preconiza o fortalecimento do segmento de assistência médica supletiva através do estímulo à competição entre operadoras na disputa por clientes individuais subsidiados por recursos governamentais.

Tais propostas, embora carentes de viabilidade perante os desafios da implementação do SUS, expressam noções bastante difundidas sobre as potencialidades da decisão no âmbito privado sobre o sistema de brasileiro e, conseqüentemente, da exoneração do Estado dos gastos com saúde. O ocultamento da base social de financiamento dos planos e seguros privados contribui para reforçar a idéia, divulgada pela maior parte dos gestores de empresas de planos de saúde, que a assistência médica suplementar, ao retirar uma parte da demanda aos serviços públicos, “economiza” recursos do SUS.

Regulamentação e tendências de reordenamento do mercado de planos e seguros-saúde

O Decreto-lei n. 73 de 1966 referente à conformação do sistema nacional de seguro foi o primeiro instrumento legal sobre a comercialização de planos e seguros-

“não lucrativas” e cooperativas médicas operaram no mercado sem nenhuma regulamentação específica.

O híbrido filantrópico-lucrativo foi denunciado mais veementemente no final dos anos 80, especialmente após a entrada de grandes seguradoras no mercado de planos/seguros-saúde, marcada por uma reinterpretação do Decreto n. 73/66 pela Susep, autorizando a operação do seguro grupal (seguro-empresa), e, especialmente, o referenciamento de provedores de serviços médico-hospitalares. A expansão das clientelas de planos e seguros privados foi acompanhada por uma maior visibilidade das queixas de interrupção de atendimento, aumento de preços e negativas de cobertura para determinados procedimentos. O *Código de Defesa do Consumidor* de 1990 permitiu a ação da justiça no sentido da concessão de liminares favoráveis ao atendimento de clientes de planos e seguros. Simultaneamente, entidades de defesa do consumidor e entidades médicas se aliaram em torno de interesses como a livre escolha de procedimentos (pelos profissionais e pelos clientes). A mídia passou a divulgar casos de recusa de atendimento, inclusive de pacientes HIV positivos, por parte das operadoras de planos e seguros. Um outro fator que concorreu para conferir visibilidade à atuação das empresas médicas e seguradoras foi o abusivo aumento de preços, especialmente, de planos individuais para idosos.

Em 1993, começam a tramitar no Senado e na Câmara Federal projetos pontuais de regulamentação de planos e seguros-saúde. Esses projetos se concentraram em dois aspectos: ampliação de cobertura (procedimentos e faixas etárias) e ressarcimento monetário do atendimento de clientes em instituições públicas. Em 1997, foi constituída uma comissão especial para tratar da regulamentação e em 1998 a Câmara aprovou a Lei n. 9.656. Essa lei, regulamentada por um conjunto de resoluções do Conselho de Saúde Suplementar, institui resumidamente:

(1) a exigência de atendimento para todas as doenças/problemas de saúde relacionados no *Código Internacional de Doenças*, inclusive atendimento para doenças mentais, urgências e emergências e realização de transplantes de rins e córneas, através de planos que admitem uma segmentação por regime de atenção: ambulatorial, hospitalar e hospitalar com obstetrícia;

(2) a fixação de limites para a cobrança de prêmios por variação de faixa etária, sendo vedada a não-aceitação de clientes pelas operadoras em função da idade;

(3) a proibição de negação de cobertura em função de doenças ou lesões preexistentes;

(4) o ressarcimento pelas operadoras dos atendimentos prestados a seus clientes por hospitais vinculados ao SUS;

(5) a autorização para a atuação de empresas estrangeiras no segmento de planos e seguros-saúde;

(6) as atribuições do Ministério da Saúde e da Superintendência de Seguros Privados relativas a avaliação, controle e fiscalização do segmento.

Esse arcabouço legal, alicerçado na ampliação e padronização das coberturas, estimula mudanças nas relações entre provedores de serviços e empresas de planos e seguros-saúde, na medida da intensificação da indiferenciação de produtos prevista pela lei. A legislação supõe que a competição entre as operadoras será baseada apenas nos preços e nos modelos de regulação do acesso de clientes e médicos à utilização de procedimentos e não em padrões diferenciados de cobertura. Adicionalmente, a discussão a respeito das transformações nas relações entre operadoras e provedores de serviços foi estimulada pela expectativa da entrada de empresas estrangeiras no mercado, já que as necessidades de mudanças no modelo de credenciamento de provedores através da adoção de critérios de quantidade/especialidade e qualidade/exclusividade implicariam a importação de preceitos do *managed care*. Além disso, a entrada do capital estrangeiro no segmento da assistência médica suplementar prenunciava a derrocada das pequenas empresas de planos de saúde.

Ambos os efeitos ainda não se confirmaram. As proposições de alteração de relações independentes financiadores/provedores, nas quais o risco é suportado apenas pelos pagadores de serviços, para a adoção de modelos de compartilhamento do risco passaram a integrar o discurso dos dirigentes das operadoras de planos e seguros-saúde. Mas, simultaneamente, as entidades médicas se organizaram e instituíram mecanismos de contratação mais universais, como as centrais de convênios, e uniram os profissionais em torno da unificação das tabelas de remuneração de procedimentos e diárias hospitalares, que dificultam o estabelecimento de parcerias preferenciais entre financiadores e prestadores de serviços. Assim, o conflito potencial e iminente decorrente da introdução do *managed care* no Brasil e da pressão sobre as pequenas empresas de planos de saúde não eclodiu, pelo menos por enquanto. Entre os motivos para a preservação da atual configuração do mercado de planos e seguros-saúde podem ser relacionados: a não-entrada expressiva de empresas estrangeiras no mercado de planos e seguros-saúde e os sucessivos adiamentos da promulgação das regras financeiras para a autorização de funcionamento das operadoras.

As supostas modificações nas relações de complementaridade público-privado em função da instituição do ressarcimento ao SUS – ou seja, de uma alteração na oferta das empresas de assistência médica suplementar para evitar o atendimento de seus clientes por provedores fora de suas redes assistenciais, bem como mudanças significativas na estruturação da assistência aos problemas de saúde mental – também não foram confirmadas, até o momento. Tampouco se verifica um aumento da receita para os provedores de serviços públicos (especialmente hospitais de emergência) nem uma alteração do fluxo de pacientes que necessitam utilizar procedimentos de alto custo em direção aos estabelecimentos privados. Nesse caso, os motivos de manutenção de uma seleção adversa para os serviços públicos se prendem: à duvidosa eficácia da remuneração de serviços para solucionar o problema; às dificuldades políticas e operacionais para a implementação da legislação e, sobretudo; à inerente seleção dos “melhores riscos”²² pelas empresas comerciais de planos e seguros-saúde.

ampliação das atribuições do ministério à Saúde relativamente às da Susep, modificou substancialmente as previsões sobre os desdobramentos da regulamentação do segmento. A regulamentação dos planos e seguros, operacionalizada pelo Ministério da Saúde, ultrapassou os limites da elaboração e implementação de políticas voltadas exclusivamente ao estabelecimento de regras econômico-financeiras. A par de traduzir a ampliação de coberturas em uma relação de procedimentos acessíveis aos clientes considerando uma segmentação de planos por regime de atendimento – ambulatorial, hospitalar, hospitalar com obstetrícia e plano referência –, definiram-se alguns protocolos assistenciais, como no caso do detalhamento das regras de cobertura para clientes de planos e seguros com problemas mentais. Além disso, foi possível padronizar alguns elementos atuariais, mais inclusivos, como a determinação de faixas etárias e parâmetros para o cálculo dos valores dos prêmios e a obrigatoriedade de cobertura de doenças e lesões preexistentes. Porém, essa legislação vem sendo contestada, sistematicamente, pelas entidades de representação das operadoras de planos e seguros. Questiona-se desde a inconstitucionalidade da revisão de contratos anteriores, considerados como atos jurídicos perfeitos, passando pela propriedade das normas legais, consideradas desmedidas, para a regulamentação da livre iniciativa, até o pagamento das taxas de fiscalização.

A criação da Agência de Saúde Suplementar (ANS) – anunciada como uma solução definitiva para as disputas interburocráticas entre a área econômica e a saúde – representa um desfecho favorável ao Ministério da Saúde, em um contexto no qual a imagem tradicional da área de ministério combalido, “pedinte” de recursos, se transmuta, perante os meios de comunicação e a opinião pública, em algo capaz de enfrentar as poderosas empresas de planos e seguros-saúde. A ANS, tal como a Agência de Vigilância Sanitária e suas congêneres, instituídas para regular monopólios estatais privatizados, possui autonomia orçamentária e decisória.²³ No âmbito da saúde, as agências reguladoras se assemelham, no que diz respeito à estrutura organizacional, às dos setores de telecomunicações, energia elétrica e petróleo. Diferem, contudo, em relação à natureza das ações regulatórias. As agências dos setores de comunicações e energia voltaram-se à formação e diversificação dos mercados, enquanto que as da saúde surgiram a partir da expectativa de constituição de mecanismos estatais de fiscalização e controle de preços mais potentes.

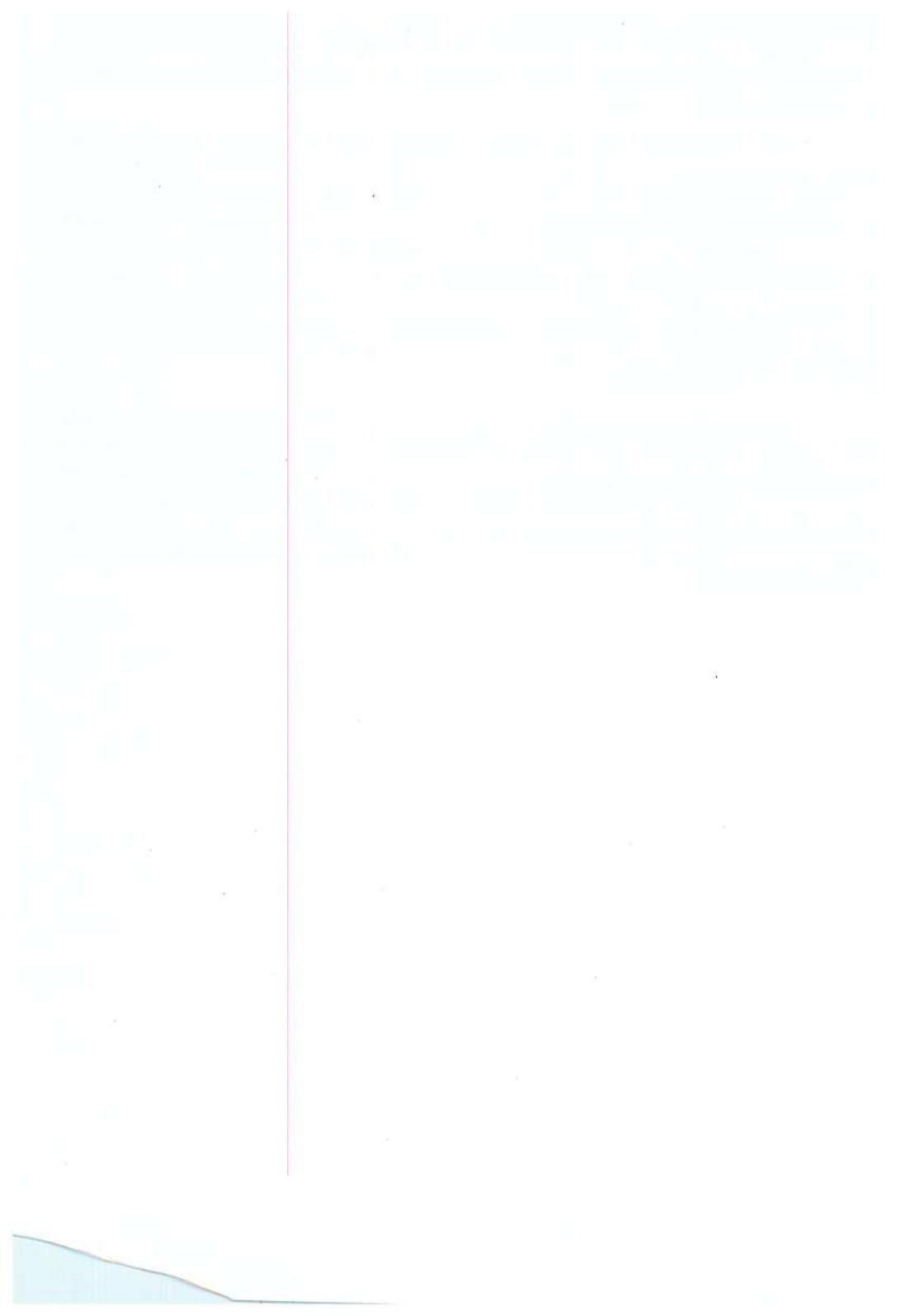
Uma avaliação sobre a institucionalização da regulamentação dos planos e seguros-saúde requer, certamente, avaliações mais aprofundadas. No entanto, cabe adiantar algumas interrogações sobre determinados pressupostos que orientaram a constituição da ANS. Sua própria denominação – saúde suplementar – expressa no mínimo uma confusa apropriação do conceito de saúde para designar a assistência médico-hospitalar intermediada pelas empresas de planos e seguros-saúde. A conjugação do termo saúde ao suplementar resulta em uma expressão bizarra, já que considerar-se-ia a saúde como algo opcional, ou pelo menos a possibilidade de obtenção de **mais** saúde para aqueles vinculados aos planos e seguros. Sob essa confusão

²³ Tal como previsto pelo Plano Diretor da Reforma do Estado, publicado em 1995, as agências reguladoras são *autarquias sob regime especial. Caracterizam-se por possuírem independência administrativa, estabilidade de seus dirigentes, autonomia financeira e ausência de subordinação hierárquica.*

conceitual se abrigam concepções sobre uma certa divisão de competências: à saúde pública caberia o atendimento básico aos pobres e ao sistema privado de planos e seguros-saúde o atendimento dos que “podem pagar”. Essa desordem conceitual não dificultou a criação da ANS, pelo contrário, a impulsionou, e, parece se corporificar na nova instituição, que surge com a missão difusa de regular: a assistência à saúde dos consumidores de serviços privados; a assistência dos associados aos planos e seguros-saúde; as operadoras de planos e seguros-saúde.

Não é por menos que os maiores desafios para transformar a regulação do mercado de planos em um processo relacionado com as proposições de melhoria das condições de saúde estão ainda intocados. Os instrumentos legais, à feição dos grupos de interesses que os formularam, têm como vetores explicitados a garantia da liberdade do exercício profissional dos médicos (não-intervenção das operadoras na solicitação de procedimentos) e proteção aos consumidores (garantia e ampliação de acesso aos procedimentos médico-hospitalares). Temas como a base social do financiamento dos planos e seguros-saúde, bem como o mosaico público-privado estruturante do setor saúde no Brasil, ainda não se constituíram como pontos da agenda da regulação do mercado de planos de saúde.

A ampliação dessa agenda de debates, em torno do convite à responsabilidade pela garantia da saúde, não implica a subversão da natureza das atividades das operadoras de planos e seguros, mas uma mudança de rumos, sinérgica ao alargamento da área de atuação do Ministério da Saúde. A regulação pública dos planos de saúde requer a construção de novas relações em torno do compartilhamento de riscos à saúde entre Estado e sociedade às quais devem ser convocadas as empresas de assistência médica suplementar.



2

A assistência médica suplementar no Brasil: história e características da cooperativa de trabalho médico Unimed

Cristina Maria Rabelais Duarte

Introdução

A assistência médica supletiva abrange parte significativa do mercado de serviços privados de saúde, cobrindo, segundo estimativas do próprio setor, cerca de 40 milhões de brasileiros.¹ A primeira tentativa de regulamentação de planos privados de saúde ocorreu em 1966, com o Decreto-lei n. 73, sobre seguros privados. Essa tentativa, no entanto, não teve êxito porque o Decreto n. 60.459/67 (regulamento do decreto anterior) não estabeleceu qualquer norma de fiscalização desses planos (Ramos, 1997). Apesar de várias tentativas ocorridas desde então, somente mais de trinta anos depois temos regimentadas na Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998 (Brasil, 1998), as normas que regulam a oferta dos planos de saúde pelo setor privado “autônomo”.

Em que pese o avanço representado pela aprovação da nova legislação, para que sua implementação seja plena, é necessário que se estabeleçam no país sistemas de monitoramento e regulação, constituídos a partir de um sólido diagnóstico das características desse setor. Contudo, a produção acadêmica sobre essa temática ainda é escassa, especialmente considerando os segmentos que compõem o setor privado puro. Empresas de medicina de grupo, cooperativas, planos próprios de empresas e seguradoras permanecem relativamente pouco diferenciados, sobretudo, nos aspectos que se relacionam às suas características e dinâmica organizacional.

Nesse contexto, o objetivo do presente capítulo é analisar as características de um desses segmentos: a cooperativa de trabalho médico Unimed no Brasil, que responde pela quase totalidade das cooperativas que oferecem planos de saúde no território nacional. As informações utilizadas foram obtidas em fontes documentais e entrevistas. No primeiro caso, foram utilizados documentos oficiais fornecidos pela Confederação Unimed: *Estatuto da Confederação Unimed do Brasil, Constituição Unimed*,

¹ Estas estimativas vêm sendo fortemente questionadas pelos registros da recém criada Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e por outras fontes de dados oficiais. Embora seja difícil uma revisão dos números

Castilho. O período de coleta de dados, análise documental e realização de entrevistas transcorreu durante o segundo semestre de 1998 e início de 1999, ocasião em que a Unimed se adaptava às exigências da Lei n. 9.656/98.

Para compreender as peculiaridades do que atualmente é denominado Complexo Multicooperativo Empresarial Unimed, e, mesmo, entrever alguns de seus dilemas, é importante resgatar a história do cooperativismo e os princípios que o norteiam. Na primeira parte do texto, realiza-se esse resgate. Na segunda parte, avalia-se o perfil da organização, mediante dois aspectos:

- (1) A evolução histórica e a estrutura organizacional, descrita no sentido de apresentar um “instantâneo” da cooperativa no momento imediatamente posterior à promulgação da Lei n. 9.656/98. São apresentados também alguns indicadores de cobertura populacional e disponibilidade – ou grau de adesão – de médicos no território nacional;
- (2) Algumas características econômico-financeiras, em que sobressaem o regime de pagamento a médicos e prestadores, a fórmula utilizada para o cálculo do valor a ser pago ao cooperado, comum a todas as cooperativas do sistema e, o valor final praticado por algumas cooperativas locais. São também abordados os tipos de contratos comercializados e alguns indicadores econômico-financeiros referentes à Confederação Unimed.

2.1 As raízes históricas do cooperativismo

Cooperativas são definidas como associações de pessoas que se unem, voluntariamente, para satisfazer aspirações e necessidades econômicas, sociais e culturais comuns, através de uma empresa de propriedade comum e democraticamente gerida (Aliança Cooperativa Internacional, 2000). Entende-se como cooperativismo a doutrina que preconiza a cooperação como forma de organização e ação econômicas, pela qual as pessoas ou grupos que têm o mesmo interesse se associam, a fim de obter vantagens comuns em suas atividades econômicas.

Foi na primeira metade do século XIX, no contexto das mais variadas oposições às conseqüências do liberalismo econômico, que as idéias cooperativistas começaram a tomar corpo, sob influência da corrente liberal dos socialistas utópicos franceses e ingleses e das experiências associativistas que marcaram a primeira metade desse século. Entre os personagens de maior influência sobre o cooperativismo, destacam-se Robert Owen, François Fourier, Philippe Buchez e Luis Blanc que, por suas idéias ou iniciativas, são considerados os precursores do cooperativismo (Pinho, 1987).

Foram dois os "tipos" de cooperativas surgidas à época.² O primeiro, caracterizava as comunidades cooperativas, formadas por pessoas que desejavam estabelecer modelos alternativos de vida em comunidade. Essas experiências comunitárias coletivistas eram freqüentemente vivenciadas por grupos de classe média, que dependiam de contribuições filantrópicas para se estabelecer e, amiúde, também para subsistir.

O segundo, constituía as cooperativas de trabalhadores surgidas para fazer frente às empresas capitalistas. Diferente das cooperativas comunitárias, representavam uma tentativa de reação dos trabalhadores aos efeitos deletérios do capitalismo industrial. Estavam ligadas às lutas sindicais, sendo provavelmente um desdobramento das atividades dos *trade clubs*, enquanto sociedades mutualistas. Vale observar que, tal qual os sindicatos, as cooperativas foram sempre iniciativas de trabalhadores qualificados.³

A primeira cooperativa de que se tem registro foi fundada em 1760. Especialmente entre 1826 e 1835, foi grande a proliferação das associações ligadas a sindicatos de trabalhadores de ofício. Em 1844, instituiu-se a iniciativa que representa o marco do cooperativismo moderno e a matriz das cooperativas atuais. Num centro têxtil próximo a Manchester, 28 trabalhadores fundaram uma cooperativa de consumo denominada *Society of Equitable Pioneers* (Sociedade dos Pioneiros Equitativos) de Rochdale (Pinho, 1982, 1987).

Entre seus objetivos imediatos estavam constituir um armazém para abastecer os sócios, construir casas para eles, manufaturar artigos para dar ocupação aos sócios desempregados ou complementar salários reduzidos e comprar ou arrendar terras com a finalidade de criar uma comunidade auto-sustentada pelo trabalho de seus membros. Aparentemente, mantinham-se fiéis aos ideais que inspiraram várias iniciativas da época. A inovação observada na Sociedade de Rochdale parece ter sido a adoção de oito regras ou princípios que, embora não constituíssem novidade quando considerados isoladamente, ainda não haviam sido adotados em conjunto por cooperativa alguma.

As regras a serem respeitadas pela Sociedade de Rochdale eram:

- (1) A sociedade seria governada democraticamente, cada sócio tinha o direito a um voto, independentemente do capital investido. Esse princípio distinguiria o cooperativismo do capitalismo, pois, neste último, o poder de decisão se originaria do capital aplicado e, em cooperativas, todos os sócios deveriam ter o mesmo poder de decisão;
- (2) A sociedade seria aberta a qualquer pessoa que quisesse se associar, desde que integrando uma quota de capital mínima e igual para todos. Esse

admissão de novos sócios em condições inferiores às dos fundadores;

- (3) O capital investido seria remunerado a uma taxa fixa de juros, evitando que todo o excedente fosse apropriado pelos investidores;
- (4) O excedente após a remuneração do capital deveria ser distribuído entre os sócios, conforme o valor de suas compras. Assim, buscava-se estimular os cooperados a usarem os serviços da sociedade, premiando os que lhe dessem preferência. A terceira e quarta regras estimulavam tanto a inversão de poupança como as compras na cooperativa;
- (5) A sociedade só venderia à vista, procurando evitar a falência em tempos de crise;
- (6) A sociedade poderia vender apenas produtos puros e de boa qualidade. Essa era uma regra fundamental em tempos em que se usava a adulteração de alimentos e outros bens de consumo para barateá-los. Essa regra, junto com a quinta, acabou por excluir da sociedade os trabalhadores mais pobres.
- (7) Os sócios deveriam ser educados nos princípios do cooperativismo;
- (8) A sociedade deveria ser neutra política e religiosamente.

Os estatutos da Sociedade dos Pioneiros Equitativos de Rochdale e suas emendas iniciais deram origem às idéias inspiradoras do movimento mundial cooperativo, que foram resumidas por Lauschner (1998), como: solidariedade, democracia, economia, liberdade, equidade, altruísmo e progresso social.

Os princípios cooperativos atuais,⁴ inspirados em Rochdale, são:

- Livre acesso e adesão voluntária;
- Controle democrático;
- Juro limitado ao capital;
- Devolução de excedentes (ou sobras) aos membros;
- Educação cooperativa;
- Cooperação entre cooperativas.

Em 1895 foi fundada a Aliança Cooperativa Internacional (ACI), por iniciativa de líderes cooperativistas ingleses, franceses e alemães, com o objetivo de criar um órgão representativo mundial que intensificasse o intercâmbio entre as cooperativas dos diversos países no campo doutrinário, educativo e técnico. Os princípios de Rochdale foram recomendados como critérios para filiação à ACI a partir de 1921 e foram reformulados em três ocasiões desde então. As “idéias inspiradoras” e os “princípios cooperativos”, continuam norteando a conformação das cooperativas atuais.

⁴ Segundo Lauschner (1998), a Aliança Cooperativa Internacional está coordenando uma revisão desses princípios.

Em relação à produção teórica, a literatura cooperativista procura enfatizar as diferenças existentes nas relações entre capital e trabalho no interior das cooperativas e das empresas de cunho capitalista, o que pode ser exemplificado pelo quadro abaixo reproduzido de Lauschner (1998: 46).

Quadro 1. Relação trabalho/capital na cooperativa e na empresa de capital

Indicadores da relação trabalho/capital	Relação trabalho / capital	
	Cooperativa	Empresa capitalista
Quem detém o poder decisório e econômico?	Trabalho (cada trabalhador um voto)	Capital (cada ação um voto)
Quem recebe o excedente gerado no exercício financeiro, depois de cobertos os valores de insumos e pagos os fatores trabalho e capital, segundo os preços de mercado?	Trabalho (proporcional ao trabalho)	Capital (proporcional às ações)
Qual é o fator subordinado e qual a remuneração fixa, segundo preços de mercado, que é paga pelo fator subordinado?	Capital (pelo qual paga juro)	Trabalho (pelo qual paga salário)
Qual é o fator de produção que é arrendado e qual a forma de pagamento (fixo) pelo fator de produção arrendado?	(parte do capital, remunerado)	(parte do trabalho assalariado)
De que forma é pago o excedente gerado?	Retorno Quotas-parte /Reservas	Dividendos Novas ações
Quem assume o risco da empresa?	Trabalho	Capital
Qual o fator que recebe remuneração variável?	Trabalho	Capital
Qual a finalidade da empresa? Para que desenvolver atividade produtiva?	Beneficiar o trabalho	Beneficiar o capital

Fonte: Lauschner (1998: 46).

A origem histórica imprime um forte viés doutrinário, que ainda hoje marca o cooperativismo moderno. Em alguns trabalhos, como "A Utopia Militante" de Singer (1998: 122), o cooperativismo chegou a ser apontado como um "implante socialista no sistema capitalista" ou como uma semente para a conformação de um novo modo de produção, capaz de competir com o modo de produção capitalista. Segundo ele:

"Está comprovado que cooperativas de espécies complementares podem formar conglomerados economicamente dinâmicos, capazes de competir com conglomerados capitalistas. Mas, cooperativas carecem de capital. É o seu calcanhar-de-aquiles. Se o cooperativista quiser alavancar o seu poder estatal com o capital, quiser alavancar o

de uma história longa e rica, ainda não se dispõe de um corpo teórico para explicar porque determinadas cooperativas puderam se desenvolver, enquanto outras enfrentam grandes dificuldades” (p. 125).

Apesar disso, as formas de associação cooperativistas têm demonstrado vigor. De acordo com dados da Aliança Cooperativa Internacional (2000), mais de 760 milhões de pessoas são membros de cooperativas no mundo. Segundo Nicácio (1997), em muitos países esse número ultrapassa a metade da população adulta. Dados da OCB – Organização das Cooperativas Brasileiras (2000) – dão conta de que, no país, cerca de 5,5 milhões de pessoas são filiadas a este tipo de organização. Em 1999, foram registradas 5.652 cooperativas, o que representou um crescimento de 10,78%, em relação a 1998, explicado especialmente pelos ramos de trabalho e saúde. Ainda de acordo com a OCB, as cooperativas brasileiras são responsáveis por um volume de transações econômicas equivalente a 5% do PIB e pela geração de mais de 167 mil empregos diretos. A Tabela 1 mostra a distribuição de cooperativas por ramos de atuação, segundo a OCB. O ramo da saúde inclui cooperativas de médicos, odontólogos, psicólogos e usuários. As cooperativas médicas representam 74% desse universo.

Tabela 1. Cooperativas, Cooperados e empregados por ramo

Ramo	Cooperativas	Cooperados	Empregados
Agropecuário	1.437	856.202	106.753
Consumo	191	1.473.038	7.952
Crédito	920	1.407.089	16.908
Educacional	210	48.403	2.505
Energia e telecomunicação	184	551.799	5.355
Especial	4	25.484	14
Habitacional	216	53.011	2.063
Mineração	21	1.899	28
Outros	2	40	0
Produção	107	6.011	38
Saúde	698	297.521	19.340
Serviço	1	20	0
Trabalho	1.661	293.499	6.422
Total	5.652	5.014.016	167.378

Fonte: Organização das Cooperativas Brasileiras (2000).

Enquanto segmento do setor de saúde suplementar, as cooperativas são formalmente definidas como sociedades que se constituem para prestar serviços a seus associados, com vistas ao interesse comum e sem o objetivo de lucro. Podem ser formadas por vinte participantes no mínimo, denominados cooperados, que, ao ingressar, integralizam um capital em quotas.

As cooperativas da Unimed são constituídas por médicos cooperados *responsáveis pelo atendimento* aos usuários em seus próprios consultórios e em

hospitais, laboratórios ou clínicas das cooperativas ou credenciados. Em geral, comercializam planos de saúde em regime de pré-pagamento, ou, eventualmente, de pagamento por custo operacional (despesas por atendimentos efetivamente realizados, acrescidas de taxa de administração). Não há alternativa para o sistema de livre escolha com reembolso.

A página oficial da Aliança Cooperativa Internacional, na Internet, apresenta a Unimed como a “Maior rede de assistência médica privada do Brasil e um marco do cooperativismo do trabalho médico no Brasil e no mundo” (Aliança Cooperativa Internacional, 2000). Em trinta anos, a empresa apresentou um crescimento expressivo no país, movimentando uma receita que, segundo estimativa do diretor financeiro da Unimed do Brasil, pode chegar a R\$ 5 bilhões (Silva, 1998). Há seis anos consecutivos, a pesquisa *Top of Mind*, realizada pelo jornal Folha de São Paulo,⁵ vem apontando a Unimed na liderança dos planos de saúde (Unimed..., 1999).

São mais de trezentas cooperativas locais, comercializando planos de saúde para aproximadamente 10 milhões de usuários. Entre aqueles cadastrados na Unimed do Brasil, cerca de 70% representam planos de pessoas jurídicas e o restante de pessoas físicas, incluindo planos individuais ou familiares.

Apesar da carência de esquemas analíticos mais ricos, o resgate da história e princípios do cooperativismo ajuda a entender as peculiaridades da estrutura e dinâmica organizacional da Unimed, apresentadas a seguir. A constituição do Complexo Multicooperativo Empresarial Unimed demonstra como, ao longo do tempo, um grupo específico de uma categoria profissional definiu estratégias de ampliação de poder, criando uma organização de dimensões consideráveis, revestida das idéias e princípios cooperativistas, à qual estão submetidas inclusive empresas regidas sob os princípios do capitalismo clássico.

2.2 A Organização Unimed: história, estrutura organizacional e características econômico-financeiras

2.2.1 História e estrutura organizacional

No final da década de 60 e início da década seguinte, foram criadas as condições propícias para o surgimento do setor privado de saúde no Brasil, tanto do segmento que se tornou hegemônico na década de 70 – o contratado e conveniado –, como para o setor privado “puro” ou “autônomo”, da medicina suplementar.

Vale destacar, entre os principais acontecimentos que marcaram o cenário daquela época:

• A instituição do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), em 1974, destinado a financiar o investimento fixo de setores sociais;

• A implementação do Plano de Pronta Ação (PPA), também em 1974, que, entre outras coisas, estabeleceu normas para convênios com empresas para prestação de assistência médica e reorganizou as relações da Previdência Social, através da definição de formas de pagamento distintas para diferentes prestadores: contratos e credenciamentos por serviços prestados e convênios por subsídio fixo.

Mendes (1993) ressaltou que a ação combinada do PPA e do FAS representou um mecanismo de alavancagem do setor privado de serviços ligados ao sistema público através de contratos e convênios, o primeiro garantindo a demanda e o segundo garantindo uma expansão física adicional. Esse "subsistema" tornou-se hegemônico na década de 70, apresentando como características o capital fixo subsidiado, a reserva de mercado e, por conseqüência, baixíssimo risco empresarial e nenhuma competitividade.

Foi também a partir do PPA que foram criadas as condições para o crescimento de uma nova modalidade assistencial que surgia no final da década de 60 – a medicina de grupo – viabilizada a partir do convênio-empresa. Através do contrato homologado, as empresas podiam optar entre oferecer assistência médica pública ou privada, subsidiada. No caso da segunda opção, uma empresa de assistência médica era contratada e as empresas contratantes recebiam, como subsídio do governo, um percentual do salário mínimo por trabalhador. Essa modalidade destinava-se a uma clientela específica, atingindo um operariado mais qualificado e com melhor padrão organizativo.

O sistema de atenção médica suplementar cresceu a passos largos durante a década de 80, de tal modo que, em 1989, cobria 22% da população total do país. Somente no período 1987/89 incorporaram-se a esse subsistema 7.200.000 beneficiários. Atualmente, o sistema está conformado por quatro modalidades assistenciais principais: a medicina de grupo, as cooperativas médicas, os planos próprios das empresas e o seguro-saúde. Cada uma dessas modalidades – cujas características gerais foram descritas por Almeida (1997) e Mendes (1993) – apresenta racionalidades de estruturação, clientelas e formas de financiamento diversas.

As primeiras empresas de medicina de grupo foram criadas por advogados, empresários ou grupos de médicos não vinculados aos movimentos da categoria. Já a fundação da primeira cooperativa Unimed ocorreu em Santos/SP, a partir da mobilização de dirigentes do sindicato da categoria, como uma reação à ameaça de controle do trabalho médico por terceiros.

Segundo o presidente da Confederação Nacional das Unimeds, presidente do Sindicato dos Médicos de Santos à época e também fundador da *primeira singular*:

“Em 1967, em Santos, nós criamos a primeira Unimed, a primeira Cooperativa, pois nós não queríamos a mercantilização, nós queríamos a ética, o respeito aos usuários. E, definimos o atendimento em consultório, a livre escolha, a personalização do ato médico, socializando meios e mantendo as características liberais” (Castilho, 1998).

Na defesa do exercício da medicina “liberal” estava implícita uma qualidade melhor da assistência prestada:

“A filosofia cooperativista que norteia o estabelecimento e o funcionamento da Unimed resume-se na busca incessante e incansável de exercício ético e liberal da medicina. Mantendo o controle de sua profissão em mãos, os médicos receberão a justa remuneração que merecem, propiciando à sociedade assistência médica ética, de boa qualidade e a um custo compatível” (Akamine, 1997: 20).

Após quase dois anos de funcionamento precário, a Unimed de Santos obteve o reconhecimento no Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), órgão que, na época, era responsável pela regulamentação das cooperativas. A partir da experiência de Santos, várias Unimeds foram criadas. Em 1969, eram trinta no Estado de São Paulo e, em 1977, sessenta em todo o país. A confederação foi fundada, em 1972, em meio a mais uma disputa: segundo retrospectiva do diretor financeiro da Unimed do Brasil, a Associação Médica Brasileira (AMB) pretendia fundar uma confederação e assumir seu comando. Informados dessa intenção, os dirigentes das federações de São Paulo, Rio Grande do Sul e do Rio de Janeiro anteciparam-se e criaram-na mediante um protocolo de intenções.

Com o passar do tempo, foram sendo constituídos outros organismos, destinados a prestar serviços complementares à atividade fim da cooperativa médica. Suas atividades foram diversificadas e sua estrutura organizacional complexificada com a finalidade de viabilizar o desempenho de tarefas e funções que, de acordo com a legislação, não poderiam ser desenvolvidas por uma cooperativa.

Atualmente, a organização Unimed é composta por um “complexo” que reúne diferentes entidades jurídicas interligadas. O Complexo Multicooperativo e Empresarial Unimed é definido como: “a reunião, numa instituição de caráter virtual, de três tipos diferentes de cooperativas,..., juntamente com instituições não-cooperativas, tanto com espírito não lucrativo, como outras com objetivos de lucro” (Irion, 1998: 99). Reúne diferentes “sistemas”, ou segmentos de diferentes atividades e naturezas jurídicas. São eles:

A - O Sistema Multicooperativo que congrega:

- O Sistema Unimed – cooperativas de trabalho médico;
- O Sistema Unicred – cooperativas de economia e crédito mútuo;

- A Unimed Participações;
- A Unimed Seguradora;
- A Unimed Corretora de Seguros;
- A Unimed Administração e Serviços;
- A Fundação Centro de Estudos Unimed;
- A Unimed Sistemas;
- A Unimed Produtos e Serviços Hospitalares; e
- A Unimed Tecnologia, Comércio, Indústria e Serviços Ltda. (Unintel).

Irion (1998) utiliza um organograma sem linhas de comando para descrever os componentes da organização, segundo suas atividades (Figura 1).

A cooperativa médica desempenha as atividades-fim e meio. As **atividades-fim** caracterizam os serviços prestados diretamente aos cooperados pelas singulares, sendo a principal delas “a abertura de novas oportunidades de trabalho para o quadro social das cooperativas”. Basicamente, resumem-se à comercialização de planos de saúde das cooperativas por empresas ou pessoas físicas. É interessante sublinhar que a atividade-fim é definida tendo como referencial o médico cooperado e não o cliente usuário, como seria o caso, por exemplo, se fosse caracterizada como “a oferta ou comercialização de planos de saúde para pessoas físicas ou jurídicas”.

As **atividades-meio** são desempenhadas pelas cooperativas médicas de maior grau de associação – regionais e nacional – e, em geral, representam economia de escala. São exemplos de atividades-meio: a representação política e comercial, a cobertura jurídica para defesa do sistema, a coordenação de operações como o intercâmbio, a normatização de procedimentos e práticas comuns, o fornecimento de serviços especializados, como auditoria, atuária e a compra em comum de bens e serviços.

As **atividades complementares** são definidas como aquelas passíveis de serem executadas por intermédio de cooperativas especializadas, como a de economia e o crédito mútuo e a de consumo.

Como **atividades suplementares** são apresentadas como aquelas não executáveis por cooperativas e cujos resultados teriam, no futuro, o papel de gerar recursos, suprimindo as necessidades de investimento do complexo. São desempenhadas por empresas de capital, prestadoras de serviços e uma empresa holding.

O caráter *virtual* apontado na definição do complexo, é explicado pelo fato de não existir “direção formal, sede, patrimônio, capital e outras características de uma instituição real” (Akamine, 1997: 104). Essa característica garantiria a autonomia das cooperativas que o constituem e a liberdade de organização nas políticas e negócios.

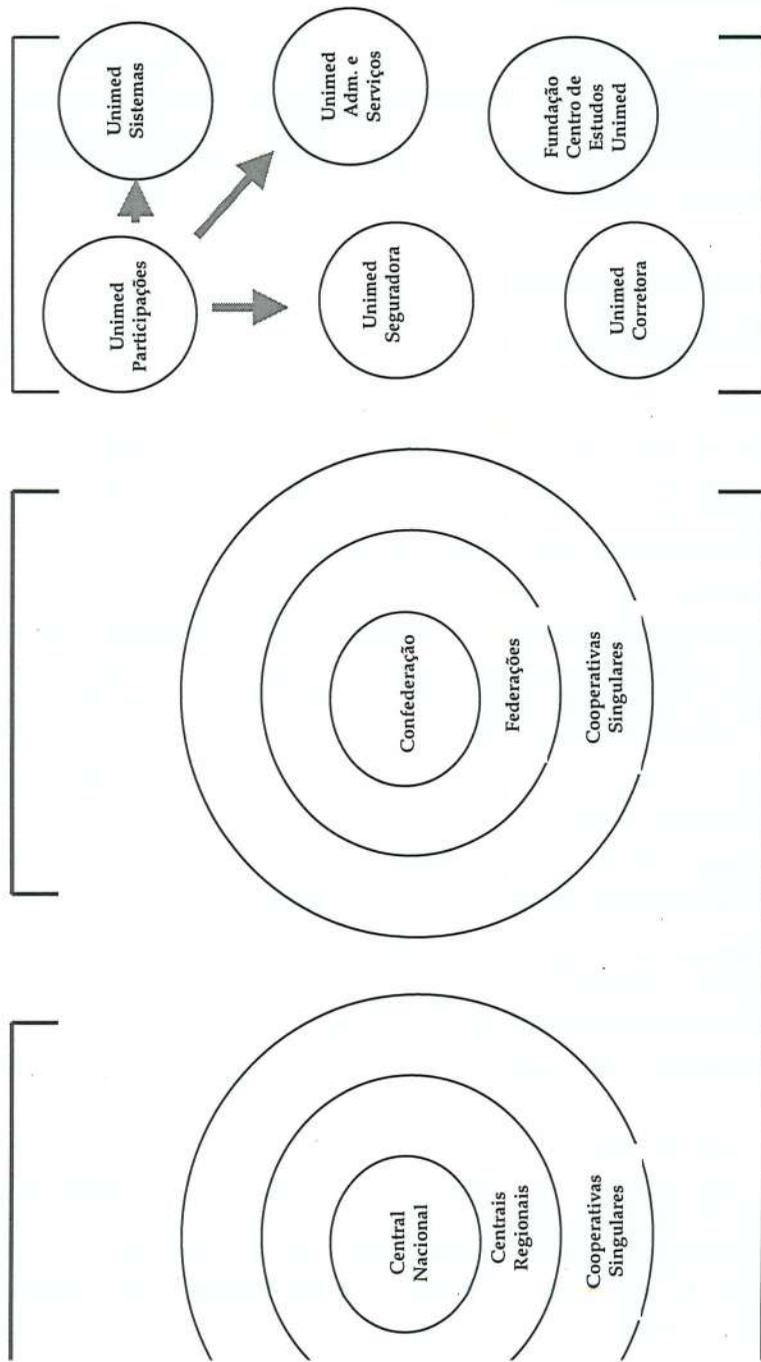
6 As três últimas estruturas são integradas ao Sistema Empresarial por Akamine (1997).

plexo Empresarial Unimed

Atividade Complementar

Atividade-fim – 1º grau

Atividade-meio – 2º e 3º graus



Sistema Multicooperativo

Sistema Empresarial

cooperativa de trabalho médico é a estrutura que agrega as demais, tendo como lógica organizadora área geográfica ou mercado de atuação. O complexo é descrito em seus conceitos, princípios e operações, na *Constituição Unimed*, revisada em outubro de 1994 (Unimed do Brasil, 1997a).

A - O Sistema Multicooperativo

• Sistema Cooperativo Unimed

Como cooperativa, a Unimed negocia, em nome dos profissionais, contratos de prestação de serviços. Trata-se de uma empresa cujo produto final é um conjunto de serviços de assistência médica e hospitalar e cujos clientes podem ser tanto pessoas jurídicas, que oferecem assistência médica a seus funcionários, como pessoas físicas, que compram planos de saúde individuais ou familiares.

Apresenta, como missão, “o objetivo de agregar profissionais médicos para defesa do exercício liberal, ético e qualitativo de sua profissão, com adequadas condições de trabalho e remuneração justa, além de propiciar, à maior parcela possível da população, um serviço médico de boa qualidade, personalizado e a custo compatível” (Unimed do Brasil, 1994).

Sua estrutura está organizada em “cooperativas de diferentes graus”, constituídas como se segue:

- **Cooperativas de primeiro grau**, ou basilares, denominadas “singulares”, com áreas de atuação exclusivas (um ou mais municípios);
- **Cooperativas de segundo grau**, ou federações, que dependendo de sua área de atuação, podem ser intrafederativas – estaduais ou regionais – e interfederativas, todas com o mesmo *status* no organograma do sistema;
- **Cooperativa de terceiro grau**, constituída pela confederação de âmbito nacional.

Os médicos filiam-se às cooperativas de primeiro grau, que se vinculam às federações que, por sua vez, ligam-se à confederação. A função expressa das cooperativas em todos os graus é prestar serviços aos seus associados. Não existe, formal ou informalmente, sistema decisório hierárquico estabelecido entre os diferentes graus, sendo as singulares autônomas e independentes, nos aspectos jurídico, econômico e administrativo.

Duas singulares não podem apresentar coincidência na área de ação e, apenas às federações, é permitido coincidência parcial. As Unimeds de segundo e terceiro graus podem negociar contratos respectivamente com empresas de âmbito de atuação regional ou nacional, enquanto as singulares apenas na esfera local. Os atendimentos são realizados na rede de Unimeds locais, a partir do repasse de pagamento. Esse

mesmo mecanismo possibilita o intercâmbio de atendimento entre as singulares, o que amplia fortemente a rede de serviços em âmbito nacional.

As interfederativas são em número de seis, representando os pólos geoeconômico-políticos em que foi dividido o mapa do Brasil:

- A Região Norte/Nordeste;
- A Região Centro-Oeste;
- A Região Sul, transformada em Mercosul;
- A Região Sudeste, politicamente mais importante, foi subdividida em três interfederativas: Minas Gerais, São Paulo e Rio de Janeiro/Espírito Santo.

Em 1997, a Federação Norte/Nordeste decretou-se um grupo dissidente do complexo, fundando a "Aliança Unimed". Desde então, tem havido uma disputa interna pela adesão das singulares e federações e pelo direito de uso da marca Unimed. Em termos formais, até o momento, o sistema permanece unificado, congregando 364 cooperativas, 90.000 médicos cooperados e 11 milhões de usuários (Unimed do Brasil, 2000). Em 1996, a Unimed estava presente em 3.951 municípios (Confederação Nacional das Cooperativas Médicas, 1996), aproximadamente 80% dos existentes no país, neste mesmo ano (IBGE, 2000).

A Tabela 2, entre outras informações, traz o percentual de médicos cooperados e a população coberta pelo Sistema Unimed, de acordo com as regiões e estados de abrangências das federações, em 1998. Esse mesmo dado é ilustrado no Gráfico 1, para as grandes regiões brasileiras. Nota-se que o sistema tem a adesão de 41% dos médicos e cobre cerca de 7% da população total do país.

Quando se observa a distribuição por regiões, esse padrão sofre variações. Nota-se que, na Região Sul, o grau de adesão dos médicos ao cooperativismo é maior do que 70% em todos os estados. A cobertura populacional tende a ser maior do que a média nacional nos Estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina. A Região Sudeste apresenta os menores percentuais de adesão, com exceção do Estado do Espírito Santo. Porém, a cobertura populacional ultrapassa os 10% em Minas Gerais e São Paulo. As demais regiões apresentam padrões semelhantes entre si, com destaque para o grau de adesão dos médicos nos Estados do Ceará, Rio Grande do Norte, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul.

A Tabela 2 traz também a comparação entre o número estimado de cooperados por 1.000 usuários e de médicos por 1.000 habitantes. Em todas as regiões, a disponibilidade de profissionais para o atendimento à população de usuários é significativamente maior do que o número de médicos disponíveis para a população total, como ilustra o Gráfico 2. Os Estados de Pernambuco e Piauí apresentam os maiores *gaps*. A disponibilidade de cooperados em Pernambuco, por exemplo, é mais do que 50 vezes maior para os usuários de cooperativa do que para a população em

Federação	Número de			Percentual de		Cooperados por 1.000 usuários	Médicos por 1.000 hab. (4)
	Singulares (1)	Usuários (1)	Cooperados (1)	Médicos cooperados no local (2)	População coberta (3)		
Norte	11	299.330	2.528	43	3	8,45	0,57
Amazônia Ocidental (Amazonas, Acre, Rondônia e Roraima)	7	188.438	1.248	57	4	6,62	0,51
Amazônia Oriental (Amapá e Pará)	4	110.892	1.280	35	2	11,54	0,62
Nordeste	63	1.005.643	15.957	48	2	15,87	0,74
Alagippe (Alagoas e Sergipe)	6	131.678	1.915	49	3	14,54	0,92
Bahia	17	201.037	2.690	31	2	13,38	0,70
Ceará	12	246.002	3.879	85	4	15,77	0,67
Paraíba	5	126.044	1.685	56	4	13,37	0,91
Pernambuco	9	116.713	2.667	36	2	22,85	1,00
Piauí	4	24.185	652	46	1	26,96	0,53
Rio Grande do Norte	7	27.198	1.940	86	5	15,25	0,88
Maranhão	3	32.786	529	28	1	16,13	0,36
Centro-Oeste	31	593.011	6.329	49	5	10,67	1,12
Goias/Tocantins	20	306.136	3.536	37	4	11,55	1,30
Mato Grosso	6	146.193	1.069	71	7	7,31	0,67
Mato Grosso do Sul	5	140.682	1.724	95	7	12,25	0,94
Sudeste	159	6.225.842	36.253	31	9	5,82	1,75
Minas Gerais	64	1.730.962	6.107	32	10	3,53	1,15
Rio de Janeiro	21	654.270	9.132	25	5	13,96	2,75
Espírito Santo	5	234.705	2.107	65	8	8,98	1,16
São Paulo	69	3.605.905	18.907	33	11	5,24	1,70
Sul	69	2.389.397	20.481	73	10	8,57	1,20
Paraná	24	758.718	6.771	76	8	8,92	0,99
Rio Grande do Sul	30	1.125.265	10.483	71	12	9,32	1,54
Santa Catarina	15	505.414	3.227	72	10	6,38	0,92
Brasil	333	10.513.223	81.548	41	7	7,76	1,26

Obs.: Os dados sobre a Unimed abrangem 90,7% das singulares (333 do universo de 367 existentes em 1998). As quatro últimas colunas correspondem a estimativas.

Fontes: (1) Confederação Nacional das Cooperativas Médicas (1998); (2) Denominador: Machado (1997: 38); (3) Denominador: Fundação IBGE (2000); (4) Numerador: Machado (1997: 38) e denominador: Fundação IBGE (2000).

Gráfico 1. Cobertura populacional (%) do sistema Unimed e Médicos Cooperados no local (%), segundo grandes regiões, em 1998 (Dados estimados)

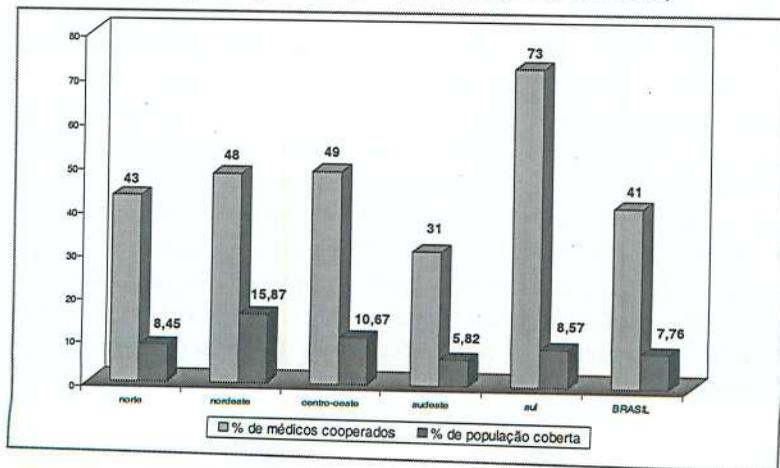
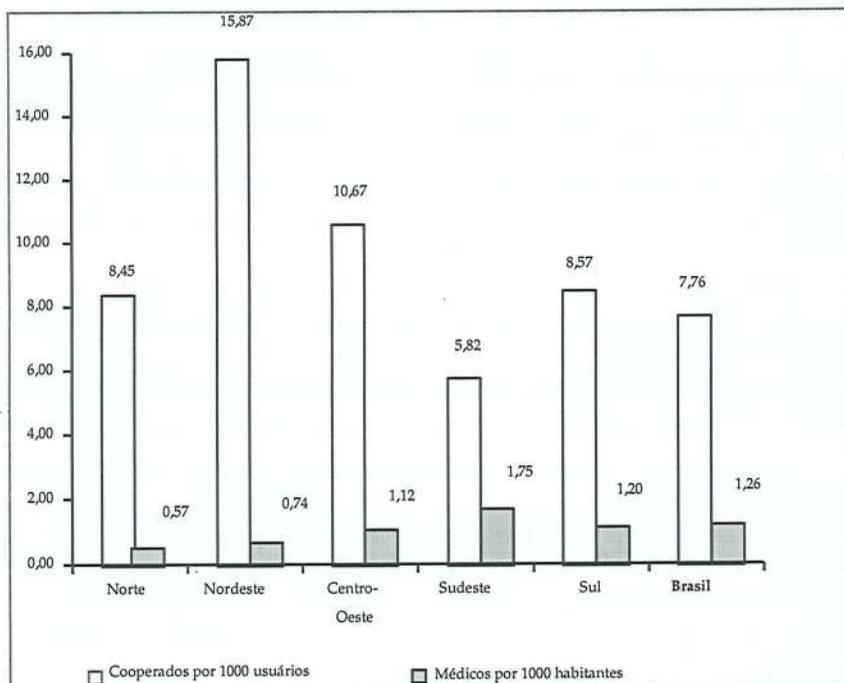


Gráfico 2. Número de cooperados por usuários do Sistema Unimed e número de médicos por habitantes, segundo grandes regiões do Brasil, em 1998 (Dados estimados)



Sendo a cooperativa uma organização voltada para a prestação de serviços de saúde e de assistência médica, é interessante observar o desenho proposto por Mintzberg (1989) para as organizações profissionais – *professional organization*. Essa abordagem tem sido utilizada por outros autores (Azevedo, 1993 e Dussault, 1992), que a consideram útil para compreender o funcionamento de organizações da área de saúde.⁷

Dentre os elementos que caracterizam as organizações profissionais tipificadas por Mintzberg, os mais importantes são, sem dúvida, os que abordam o papel desempenhado pelo núcleo operacional. Além de paradigmático, é responsável pelos problemas que, em geral, estão associados à dinâmica de organizações desse tipo.

O núcleo operacional da Unimed é constituído por médicos, sendo sua atuação marcada por um alto grau de especialização, típico de profissionais treinados no domínio de conhecimentos e de habilidades indispensáveis ao desempenho de ações

7 Nesse tipo de configuração de Mintzberg prevalece, como principal mecanismo de coordenação, a

O fato de ser uma organização do tipo cooperativa – de estrutura, por definição, descentralizada – intensifica certas características da organização profissional. No Sistema Unimed, as singulares dispõem de expressiva autonomia e os profissionais que nelas atuam detêm um grande controle sobre seu processo de trabalho. A concentração do poder nas mãos do médico é potencializada, crescendo-se à autoridade própria da natureza profissional, aquela decorrente da qualidade de cooperado.

Nesse contexto, torna-se difícil a implementação de modelos de planejamento ou controle de desempenho, que abranjam todo o sistema. Mesmo em relação a procedimentos de controle de custo e inflação médica, observa-se grande variabilidade entre as singulares, tanto nos mecanismos implementados, como nos resultados obtidos, sem que se realize qualquer tipo de monitoramento sistemático destas experiências.

Embora, como tipificado por Mintzberg, o tamanho das unidades para as organizações profissionais seja grande no núcleo operacional e pequeno nos demais componentes; na Unimed, diferentemente, as instâncias principais da cúpula estratégica são formadas por um número expressivo de cooperados. O sistema decisório, em todos os graus de cooperativas, estrutura-se a partir de assembléias gerais – instâncias decisórias máximas – e de colegiados eleitos: conselhos fiscais, conselhos administrativos e diretorias executivas, estes dois últimos órgãos executores.

Nesse aspecto, também, a estrutura cooperativa potencializa os elementos definidores da organização profissional, pois deliberações das diretorias executivas – tanto do complexo como das singulares – necessitam ser legitimadas, sendo, muitas vezes, negociadas nos conselhos e assembléias ou mesmo em grupos de especialistas. Os médicos, além de controlar seu próprio trabalho, utilizam o sistema decisório existente para controlar as decisões que os afetam, interferindo de forma significativa nos rumos tomados pela organização.

No universo de configurações de Mintzberg, as organizações profissionais apresentam duas fontes principais de problemas, ambas se aplicando claramente à estrutura da Unimed: as dificuldades de coordenação, já que, virtualmente, há pouco controle do trabalho além daquele próprio da profissão, e a dificuldade no lidar com profissionais incompetentes ou inescrupulosos, que podem ocultar seus erros, ou atuar de forma a privilegiar os próprios interesses, em detrimento daqueles dos clientes e da organização.

Os demais componentes do Complexo Multicooperativo e Empresarial Unimed surgiram como decorrência da demanda da cooperativa médica.

• Sistema Cooperativo Unicred

Em 1989 foi criada a primeira Unicred, em Vale das Antas, RS, com o propósito de manter na corporação os recursos financeiros gerados pelo trabalho médico.

Segundo o Diretor Financeiro da Unimed Brasil, “assim, nosso dinheiro, não vai para o banco dos outros e sim para o nosso banco” (Silva, 1998). Em 1997, congregava 86 cooperativas e 26 mil cooperados (Unimed, 1997b: 15). Embora seja um contingente expressivo, representa, apenas, 30% dos médicos cooperados, o que evidencia um grau de adesão ainda bastante modesto para os quase dez anos de existência da Unicred.

O Sistema Unicred é constituído de:

- **Cooperativas de primeiro grau** – destinadas à prestação de serviços às singulares médicas, seus cooperados e demais funcionários; excepcionalmente, pessoas jurídicas que sejam micro e pequenas empresas com objetivos iguais aos de pessoas físicas; e a pessoas jurídicas sem fins lucrativos, cujos sócios integrem as singulares;
- **Cooperativas de segundo grau**, ou centrais, constituídas pela associação de três ou mais singulares, para prestação de serviços a elas e seus cooperados;
- **Cooperativa de terceiro grau**, constituída pela Central Nacional, com área de ação em todo o território nacional.

• As Cooperativas Usimed

As cooperativas de consumo Usimed foram instituídas com o objetivo de promover o acesso dos usuários a preços mais vantajosos de medicamentos, materiais e equipamentos, remoção programada de pacientes e assistência prestada por profissionais não-médicos (como enfermagem, psicologia, odontologia, fonoaudiologia).

Iniciada em 1993, teve como objetivo principal a formação de uma rede de farmácias, atualmente gerenciadas por vinte cooperativas e sessenta mil usuários (Unimed do Brasil, 1997b: 15). O argumento apresentado foi o “compromisso social” do profissional médico de viabilizar o tratamento para o usuário da Unimed, ensejando a aquisição de medicamentos a preços menores que os praticados pelo restante do mercado.

Outra vantagem apontada pelo diretor-financeiro da Confederação Unimed (Silva, 1998) foi a qualidade dos medicamentos comercializados e a garantia de que não se pratica “empurroterapia”, prática que consiste na indução do usuário a consumir determinados medicamentos que, em geral, implicam ganhos (comissão) para os balconistas das farmácias.

Tendo em vista que o *Código de Ética Médica*, em seu Artigo 98, proíbe o exercício da profissão “com interação ou dependência de farmácia”, os médicos foram transformados juridicamente em “consumidores” e, em conjunto com os usuários da Unimed, tornaram-se cooperados da Usimed.

(i) O Sistema Unimed deve ter a maioria do capital votante para assegurar o controle das empresas;

(ii) No caso de instituição organizada sob a forma de sociedade anônima, é admissível a participação acionária de médicos cooperados ou de outras instituições fora do complexo, desde que subscrevam ações preferenciais (sem direito a voto);

(iii) Toda empresa criada deve estar a serviço do complexo, constituindo-se em instituição-meio e não em instituição-fim por si mesma;

(iv) A direção de cada empresa será exercida pelo diretor da Unimed do Brasil à qual se vincula a atividade principal da instituição;

(v) Nenhum diretor da Unimed do Brasil pode acumular, com sua função na diretoria da Confederação, mais de um cargo remunerado no Sistema Empresarial;

(vi) O processo decisório nas empresas, sempre que a legislação permitir, obedecerá ao princípio cooperativista da singularidade do voto.

Vale lembrar que a regra vigente é que o controle das empresas deve ser exercido, sempre que não houver impedimento legal, por médicos.

• A Unimed Seguradora S.A.

A seguradora surgiu em 1989, a partir da aquisição, pela Unimed, do Montepio Cooperativista (Montecooper), transformado inicialmente em Unimed Previdência Privada e, posteriormente, com o aporte de capital das singulares, na Unimed Seguradora S.A.

Como a legislação brasileira não permite seguradoras cooperativas, a seguradora Unimed foi constituída como uma sociedade anônima para atuar no ramo dos seguros de vida, previdência e seguro-saúde. Além disso, segundo Irion (1998), a Unimed Seguradora fornece instrumentos importantes ao complexo, no campo da tecnologia, recursos humanos e capital, para enfrentar a concorrência apoiada em conglomerados financeiros e em setores em que tais recursos representam as principais características.

A Unimed Seguradora trabalha com clientelas específicas para cada produto, como mostra o Quadro 2. A especificação de clientelas visa suplementar e não concorrer com os planos de saúde comercializados pela cooperativa de trabalho médico. Os seguros-saúde são disponíveis apenas para médicos cooperados e para dirigentes das empresas contratantes do Sistema Unimed.

8 Cf. Irion (1998: 110).

Quadro 2. Produtos e público-alvo da Unimed Seguradora

Tipos de Seguro	Público-alvo
Seguro de vida em grupo	Médicos cooperados Usuários dos planos de saúde Funcionários de empresas contratantes do sistema Funcionários das cooperativas do sistema Associados e funcionários de outras cooperativas
Seguro de renda temporária	Médicos cooperados Funcionários do sistema Associados de outras cooperativas Empresas contratantes do sistema
Seguro prestamista	Cooperados do Sistema Unimed Cooperados do Sistema Unimed, organizados em consórcios de aquisição de bens
Seguro-franquia	Cooperativas do Sistema Unimed Cooperativas do Sistema Usimed Empresas contratantes (por custo operacional) do Sistema Unimed
Seguro-saúde	Médicos cooperados Dirigentes das empresas contratantes do Sistema Unimed

Fonte: Irion (1998: 112).

• Unimed Participações Ltda.

Para evitar que a Unimed Cooperativa fosse a controladora da Unimed Seguros, criou-se a Unimed Participações. É a empresa holding do Sistema Empresarial, com a função de investir e controlar as demais empresas de capital do sistema. É uma sociedade por cotas, sendo seus cotistas as cooperativas médicas e de crédito. Controla a Unimed Seguradora e a Unimed Administração e Serviços, ditando as políticas administrativas e negociais e, preenchendo os cargos diretivos de ambas.

Segue os princípios cooperativistas da livre adesão, permanecendo aberta ao ingresso das cooperativas que ainda não a integram ou que venham a ser fundadas no futuro e da singularidade do voto, isto é, cada cooperativa cotista tem direito a um voto, independente do capital aplicado na empresa. Sendo, no entanto, uma empresa de capital, seu lucro é distribuído entre as cotistas na proporção do capital que cada uma empregou na Unimed Participações, diferente do que rege o princípio cooperativista da distribuição das sobras conforme o trabalho e não o capital.

• A Unimed Corretora de Seguros

A missão da corretora é colocar no mercado os produtos da seguradora, não tendo, no entanto, exclusividade, uma vez que esta função pode ser transferida para outras corretoras locais. Pode atuar também como intermediária em outros seguros não operados pela seguradora do complexo.

Noventa e nove por cento do capital da corretora é de propriedade da Unimed

eliminando estruturas de mesma natureza existentes nas diversas unidades do complexo. Atualmente, unifica os sistemas de apoio – contabilidade, controladoria, recursos humanos, compras, administração de patrimônio, etc. – da Confederação Unimed, da seguradora, da corretora e da Unimed Participações, tendo pouca expressão nas singulares.

- **A Fundação Centro de Estudos Unimed (CEU)**

É a expressão de um dos princípios cooperativistas: o doutrinamento. Não tem fins lucrativos e sua missão é divulgar o cooperativismo em geral e aquele praticado no Complexo Unimed. Visa também “servir como ponto de apoio para os Comitês Educativos das Cooperativas, centralizar acervos e talentos, realizar pesquisas, formar educadores e treinar dirigentes e funcionários do complexo” (Irion, 1998: 113).

Seu patrimônio origina-se de doações públicas ou privadas e, principalmente, de contribuições das entidades do complexo. Além dessas fontes de receita, o CEU conta com o resultado de suas próprias atividades.

- **A Unimed Tecnologia, Comércio, Indústria e Serviços Ltda. (Unintel) e a Unimed Sistemas**

O Complexo Unimed possui também empresas voltadas ao desenvolvimento de tecnologias de informação. A Unimed Tecnologia, Comércio, Indústria e Serviços Ltda (Unintel) foi criada recentemente com o objetivo de produzir internamente o sistema de transmissão de dados que será utilizado por federações e singulares. Inclui a produção de máquina leitora de cartões de usuários e a implantação e gerência de um sistema de transmissão de informações via satélite.

Já a Unimed Sistemas tem como objetivo a pesquisa e o desenvolvimento de produtos e serviços relacionados à organização e tecnologia da informação. Estão entre suas atribuições o treinamento gerencial e operacional e a implantação de sistemas/aplicativos. Apesar de descrita como parte do Sistema Empresarial por Akamine (1997), atualmente, não possui o *status* de empresa isolada, constituindo-se no Departamento de Telemática da Unimed do Brasil.

- **A Unimed Produtos e Serviços Hospitalares**

Até o final da década de 80, o Sistema Unimed não possuía hospitais próprios, terceirizando serviços e trabalhando com o pagamento por serviços prestados. Os hospitais próprios surgiram a partir do gradativo endurecimento das negociações entre singulares e prestadores, em relação aos valores dos serviços, que acabavam por favorecer os hospitais que se cartelizavam e, muitas vezes, recebiam valores maiores

que a própria singular. Atualmente, apesar de ainda manter uma rede credenciada, a Unimed vem expandindo sua rede própria.

O primeiro hospital próprio surgiu no fim da década de 80, em Brasília. Em 1992, o complexo contava com oito hospitais próprios. Atualmente são 48. Em torno de 73 singulares possuem serviços de pronto-atendimento, 19 possuem laboratórios próprios e 8 contam com centros de diagnoses (Unimed do Brasil, 2000). A Unimed Produtos e Serviços Hospitalares, conhecida como Unimed Hospitais, foi criada para possibilitar economia de escala e dar subsídios e sustentação tecnológica para seu conjunto hospitalar. Apesar de sugerir a existência de uma rede integrada e administrada por uma empresa do complexo, a criação de novos hospitais e o seu gerenciamento são iniciativas e responsabilidades locais. A empresa congrega poucos hospitais e sua atuação está restrita à área de compras.

2.2.2 Algumas características econômico-financeiras

O alto grau de descentralização administrativa/gerencial da organização e a inexistência de um sistema de informações gerenciais para a cooperativa fazem com que a confederação não disponha de dados confiáveis sobre o conjunto das Unimed. Na maioria das vezes, os dados globais advêm de estimativas ou representam o resultado de enquetes realizadas pela confederação junto ao sistema. Esse modelo guarda concordância, tanto com as leis que regulamentam o cooperativismo, como com a *Constituição e Estatutos da Unimed*, nos quais não se estabelece princípio de hierarquia gerencial entre as cooperativas de diferentes níveis. Ao contrário, a função atribuída àquelas de níveis mais elevados é “prestar serviços” às de níveis inferiores, sendo permitido às primeiras comercializar os planos de saúde que não possam ser oferecidos pelas cooperativas de menor grau, devido ao seu caráter local ou regional.

Dessa maneira, serão apresentados nessa seção: a forma de cálculo da remuneração do trabalho médico, que é comum a todas as cooperativas e, na impossibilidade de dispor de dados confiáveis sobre todo o sistema, os contratos comercializados e alguns indicadores econômicos referentes à Confederação Unimed do Brasil, sediada no município de São Paulo. Os últimos não podem ser generalizados para todo o sistema.

Regime de pagamento a médicos cooperados e prestadores

Como foi apresentado, a cooperativa é uma modalidade de organização em que os médicos são, simultaneamente, sócios e prestadores de serviços. Em alguns casos, podem ser funcionários de cooperativas, percebendo salários, como auditores ou plantonistas de hospitais próprios, mas, em sua maioria, são cooperados, recebendo pagamento proporcional à sua produção (isto é, quantidade e tipo de procedimento).

A produção do cooperado é calculada em termos de unidades de trabalho

O valor da UT é determinado por cada cooperativa, utilizando a fórmula que se segue:

Unidade de Trabalho Médico:

$$\frac{\text{Receita líquida (+/-) margem de segurança}}{\text{produtividade total (em número de CHs)}}$$

Onde:

Receita líquida é igual à *Receita Operacional Direta* da cooperativa (que advém, principalmente, do faturamento com a comercialização de planos de saúde) menos as *Despesas Operacionais Diretas* (gastos com serviços de diagnóstico e terapia e no intercâmbio com outras Unimed), e *Indiretas* (de expediente, conservação e pessoal). A receita líquida é chamada de "Resultado Distribuível aos Donos" (Irion, 1998);

Margem de segurança é o valor retirado da receita líquida em meses de alta produtividade ou adicionado em meses de baixa produtividade para manter o valor da UT estável. Na prática, o profissional recebe com base em uma UT constante durante o exercício contábil e, ao final deste, há um rateio dos resultados alcançados, sejam positivos ou negativos;

Produtividade total é a quantidade total de procedimentos realizados pelo conjunto de médicos da cooperativa.

O valor da UT e, em última análise, a remuneração do cooperado, pode variar no tempo e apresenta diferenças entre as cooperativas, como mostram alguns exemplos na Tabela 3. Em 1998, o menor valor pago foi R\$ 0,18 e o maior R\$ 0,33, sendo a média R\$ 0,26. No mesmo ano, a maioria das singulares estipulou em R\$ 0,25 o valor da UT. Considerando a correspondência à tabela da AMB de 1992 (uma consulta igual a 100 CHs), a maioria das singulares pagou R\$ 25,00 a consulta, sem incluir outros procedimentos realizados durante o atendimento.

Tabela 3. Valores de UTs praticados por algumas Unimed Singulares em 1998

Unimed	Valor da UT (em R\$)	Unimed	Valor da UT (em R\$)
Santos	0,18	Itaperuna	0,27
Oeste do Paraná	0,20	Joinville	0,27
Campina Grande	0,22	Litoral Sul	0,27
Poços de Caldas	0,22	Lorena	0,27
Vale Urucuia	0,22	Norte Pioneiro	0,27
Três Rios	0,24	Ponta Grossa	0,27
Vitória	0,24	Santa Bárbara	0,27
Araçatuba	0,25	Santa Rosa	0,27
Araras	0,25	Volta Redonda	0,27
Caico	0,25	Batatais	0,28
Caruaru	0,25	Niterói - São Gonçalo	0,28
Guarulhos	0,25	Nova Iguaçu	0,28
Juiz de Fora	0,25	Teresópolis	0,28
Muriae	0,25	Bauru	0,29

Continua...

Continuação

Patos	0,25	Itapena	0,29
Patos de Minas	0,25	Itapetinga	0,29
Patrocínio	0,25	Ourinhos	0,29
Pedro Leopoldo	0,25	Rio Claro	0,30
Pelotas	0,25	Apucarana	0,30
Petrópolis	0,25	Birigui	0,30
Piracicaba	0,25	Brasília	0,30
Ribeirão Preto	0,25	Livramento	0,30
S. J. Campos	0,25	Rio de Janeiro	0,30
São José do Rio Pardo	0,25	Tjuí	0,30
Costa Verde	0,26	RG Norte	0,33
Bagé	0,27		
Média	0,26		
Moda	0,25		

Fonte: Pesquisa realizada pela Gerência Médica da Unimed – Petrópolis/RJ.

Quanto maior a receita líquida, denominada “sobra”, maior o valor recebido pelo profissional. Tal mecanismo de cálculo além de depender da capacidade da cooperativa em otimizar a relação entre receitas e despesas indiretas, tem forte correspondência com o grau de utilização dos serviços pelos usuários. Num contexto de pouca utilização dos serviços, os médicos trabalhariam menos, recebendo um valor maior por cada ato ou procedimento.

Entretanto, na percepção imediata do médico, a remuneração é fruto direto de sua produtividade, fato que, na prática, pode levá-lo a estimular uma maior utilização por parte dos usuários. Quando presente, esta distorção aumenta as despesas e diminui a receita líquida. A Tabela 4 mostra que os índices anuais praticados pelo Sistema Cooperativo Unimed, estimados com base em dados coletados em 1999, foram de 6,82 exames e 3,82 consultas per capita. Cada médico gerou, em média, 872 exames e para cada consulta ou internação foram realizados 1,74 exames complementares.

Tabela 4. Alguns indicadores estimados para o Sistema Cooperativo Unimed

Usuários	Médicos cooperados	Número anual de			Per capita anual de			Exames (consultas + internações)
		Internações	Exames	Consultas	Internações	Exames	Consultas	
11.000.000	86.000	1.200.000	75.000.000	42.000.000	0,11	6,82	3,82	1,74

Fonte: Unimed (1999).

A remuneração dos prestadores dos serviços (como hospitais e laboratórios) é baseada na Unidade de Serviços (US), com valor fixo e reajustes previamente acordados. Os prestadores de serviços não participam dos resultados da cooperativa.

especialmente até a implementação da Lei n. 9.656/98, uma grande variabilidade no interior do Sistema Cooperativo. Os contratos estabelecidos pelas singulares, em geral, dão direito a atendimento nos serviços locais, existindo variação em todos os demais aspectos: desde carências, grau de cobertura e exclusão de cuidados até o valor de remuneração dos profissionais. Quanto a este último, pode ocorrer que uma singular estipule que os mesmos procedimentos serão remunerados de forma diferenciada para cada plano. Utilizando o mesmo exemplo anterior, uma consulta médica poderia, por hipótese, ser remunerada em 100 UTs em um plano básico (1 vez o referencial da tabela da AMB) e 150 UTs em um plano especial (1,5 vez o mesmo referencial).

Na impossibilidade de examinar a totalidade dos contratos existentes, para o escopo deste trabalho, serão descritas as características do Novo Uniplan, lançado antes da Lei n. 9.656/98 pela Confederação Unimed, com vigência em todo o território nacional. O Novo Uniplan Empresarial atende a 70% dos usuários da Unimed do Brasil, a um valor médio per capita de R\$52,90 (em 1997). Suas características estão resumidas no Quadro 3.

Vale chamar a atenção para os aspectos mais relevantes, que deverão ser atualizados por discordarem da Lei n. 9.656/98. Em relação aos prazos de carências:

- A existência de carências para urgência e emergência (pela lei: permite apenas 24 horas);
- A carência de 360 dias para o tratamento de patologias diferenciadas (pela lei: no máximo 180 dias);
- E a carência de 180 dias para acidentes pessoais (pela lei: apenas três dias).

Em relação às internações:

- Limitação de diárias de enfermaria a sessenta dias prorrogáveis por mais trinta dias (a lei veda qualquer limitação);
- Limitação de permanência em UTI a quinze dias (a lei veda qualquer limitação);
- Limitação de quantidade de exames e serviços auxiliares (a lei veda limitação).

Quanto à exclusão de serviços:

- Não-cobertura para doenças psíquicas (pela lei: os portadores de problemas mentais têm direito a atendimento); Restrição ao tratamento de moléstias infecto-contagiosas e de notificação compulsória, inclusive AIDS (pela lei: restrição apenas às patologias pré-existentes).

nário das características do Uniplan – Plano básico

Atendimento	Consultas:	Atendimentos clínicos ambulatoriais:	Atendimentos clínicos cirúrgicos ou	Exames complementares e serviços auxiliares:
	Consultórios de cooperados e cooperativas que integram o Sistema Unimed	Consultórios, clínicas ou serviços próprios ou contratados. No módulo básico está excluído o acesso a hospitais "de categoria diferenciada"	Consultórios, clínicas ou serviços próprios ou contratados	Serviços próprios ou contratados
especiais	Seguro por morte acidental ou natural	Plano de Extensão Assistencial – PEA Ocorrendo o falecimento do usuário titular, inscrito há mais de seis meses, os dependentes inscritos terão direito aos serviços contratados, pelo prazo de até cinco anos, contados da data do óbito, sem o pagamento das mensalidades, respeitadas as carências contratuais.		
usuário	Preço médio	Reajustes por idade:		
	R\$ 52,90 (outubro de 1998)	Após 60 anos as mensalidades são cobradas em dobro		
urgência e	Consultas e serviços de diagnóstico e terapia	Parto normal e cesárea	Tratamento de patologias diferenciadas (1)	Morte acidental e pessoal
	30 dias	180 dias	360 dias	180 dias
	Atendimento nas seguintes especialidades clínicas ou cirúrgicas: Alergologia e imunologia; anestesiologia; angiologia; cardiologia (excluídas as cirurgias); citopatologia; clínica médica ou medicina interna; dermatologia; endocrinologia e metabologia; fisioterapia; gastroenterologia; geriatria; genética clínica; ginecologia e obstetrícia; hematologia homeopatia (somente consultas); infectologia; nefrologia; neurofisiologia clínica; neurologia; oftalmologia; oncologia; ortopedia; otorrinolaringologia; pediatria; pneumologia; proctologia; psiquiatria (somente consultas); reumatologia; traumatologia; urologia.			
	Cirurgia plástica reparadora somente para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidos em virtude de acidentes pessoais ocorridos na vigência do contrato Patologias diferenciadas (1) respeitada a carência contratual			

Continua...

Continuação

	<p>Durante a internação estão garantidos: Assistência médica através de médicos cooperados; medicamentos prescritos; alimentação, inclusive dietética, parenteral e enteral; serviço de enfermagem; diárias em quarto coletivo, taxas de internação e salas; material de sala; exames complementares, exceto os não cobertos pelo contrato; anestésicos, oxigênio e hemoterapia.</p>	<p>Diárias de enfermaria: Limitadas a 60 dias prorrogáveis por mais 30 dias, desde que justificado.</p>	<p>Permanência em UTI: Limitada a 15 dias por usu- ano, não acumuláveis de ar- e não intercambiáveis com de enfermaria</p>	
<p>Serviços auxiliares</p>	<p>Serviços assegurados, quando solicitados por médico cooperado: Analgésia de parto; análises clínicas; cintilografia de tireóide^(a), densitometria óssea^(a), ecocardiograma uni e bidimen- doppler convencional, não colorido^(a); eletrocardiograma convencional; eletroencefalograma convencional; eletro- endoscopia; espirometria; exames anatomo-patológicos e citológicos, exceto necropsia; exames radiológicos, exceto intervencionista; exames e testes alergológicos; exames e testes oftalmológicos; exames e testes otorrinolari- fisioterapia^(c); hemodiálise e diálise peritoneal^(d); holter^(b), litotripsia^(e); potencial evocado^(a); prova de função F quimioterapia e radioterapia; teste ergonômétrico; tococardiografia (durante o trabalho de parto); tomografia computa- ultra-sonografia^(b), ultra-sonografia obstétrica^(f).</p> <p>Limitações: (a) limitado a um por usuário/ano; (b) limitada a uma por ano, por patologia; (c) limitada a 20 sessões por ano, por pa- tologia; (d) limitadas a seis sessões por usuário/ano, cada uma, não estando cobertos os casos crônicos, mesmo em fase limitada a um tratamento ou prova completos por usuário/ano; (e) limitadas a duas por gestação.</p>			
<p>Módulos opcionais</p>	<p>1 - acomodação diferenciada (quarto privativo com acompanhante)</p>	<p>2 - procedimentos especiais de diagnóstico e terapia</p>	<p>3 - procedimentos especiais em cardiologia</p>	<p>4 - hospitais de c diferenciada</p>

Tratamentos, cirurgias, exames e medicamentos experimentais, cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, vacinas, medicamentos importados, exceto os sem similar nacional ou cujos custos sejam inferiores ou iguais aos nacionais;

Atendimento nos casos de epidemias, calamidade pública, conflitos sociais, guerras, caráter coletivo ou outras perturbações da ordem pública; tratamentos e cirurgias decorrentes de danos físicos ou lesões causados por radiações ou emanações nucleares ou ionizantes.

Cirurgias para mudança de sexo e inseminação artificial; tratamento odontológico ou ortodontológico; tratamentos e cirurgias para controle de natalidade, infertilidade, esterilidade e suas seqüências, tratamentos e exames laboratoriais diagnósticos para impotência sexual; cirurgias para miopia, hipermetropia e astigmatismo; tratamentos para patologias congênitas, exceto para os nascidos durante a vigência do contrato, desde que o parto esteja coberto pelo contrato; transplantes e implantes; tratamentos fonoaudiológicos e com psicólogos; enfermagem em caráter particular; cirurgias plásticas, exceto as descritas no contrato, tratamentos cirúrgicos por motivo de senilidade, para rejuvenescimento, prevenção de envelhecimento, emagrecimento ou ganho de peso, tratamentos com finalidade estética, cosmética ou para alterações somáticas, inclusive a mamoplastia, mesmo com repercussões sobre a coluna vertebral; "check-up", investigação diagnóstica eletiva, em regime de internação hospitalar, necropsias, radiologia intervencionista e monitoragem fetal (exceto tococardiografia), medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo, exames para piscina e ginástica; marcapasso, lente intra-ocular, aparelhos ortopédicos, válvulas, próteses e órteses de qualquer natureza; tratamento esclerosante, laserterapia e microcirurgia de varizes;

Acidentes, lesões ou qualquer entidade mórbida provocados por embriaguez ou uso de drogas de qualquer espécie; qualquer ato ilícito devidamente comprovado, inclusive suicídio; betaterapia, imunoterapia, diálise e hemodiálise, para pacientes crônicos, mesmo em fase aguda; acidentes de trabalho e suas seqüências, doenças profissionais, exceto primeiros socorros; exames admissionais, demissionais e periódicos;

Doenças psíquicas que exijam internação, psicanálise e psicoterapia, exceto o primeiro atendimento;

Tratamento clínico ou cirúrgico de moléstias infecto-contagiosas e de notificação compulsória, inclusive AIDS;

Consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;

Remoção ou transporte de pacientes.

radas patologias diferenciadas: adenoidectomia; amidalectomia; tireoidectomia; oroplastia; ooforectomia; criptorquia; septoplastia; herniorrafia; isterectomia e miomectomia uterina; postectomia; exeresse de tumores da pele; turbinectomia; prostatectomia; safenectomia; *hulux valgus* e tratamentos a: aderências e bridas, cálculos renais e de vesícula biliar, otite média crônica e tumores mamários.

ções
o segurados

ser comercializado pelas Unimed locais, isto não vem ocorrendo, também devido a necessidade de adaptações à nova legislação.

Indicadores econômico-financeiros da Unimed do Brasil

As principais receitas da Unimed do Brasil são:

(1) **Contratos de âmbito nacional para prestação de assistência médica** – em geral realizados com empresas que têm sede em São Paulo e filiais em vários pontos do país. O produto comercializado é o Novo Uniplan, nas versões pessoa física e empresarial. A confederação não possui médicos cooperados filiados diretamente a seus quadros. Os contratos são comercializados pela Unimed do Brasil e o atendimento realizado nas singulares do complexo. O pagamento às singulares é repassado pela confederação, segundo as regras vigentes para o intercâmbio nacional;

(2) **Plano de Extensão Assistencial (PEA)** – garante a cobertura da família, por cinco anos, em caso de falecimento do titular. É mantido por uma contribuição per capita de R\$ 0,40 por usuário da singular. Nesse caso, o valor recebido pelas singulares é repassado para a Unimed do Brasil.

Essas duas fontes representam mais de 90% das receitas da Unimed do Brasil. O restante é obtido por:

(1) **Contribuição social das singulares** – irregular. Algumas singulares contribuem apenas parcialmente;

(2) **Prestação de serviços e comercialização de produtos para o sistema** – como auditoria, sistema informatizado, entre outros.

As principais despesas foram àquelas relacionadas ao pagamento dos serviços assistenciais prestados através do Uniplan (custos operacionais) e os sinistros e repasses realizados por conta do PEA. Essas despesas totalizam mais de 70% do total de gastos.

Segundo informações fornecidas pelo diretor-financeiro (Silva, 1998), a Unimed do Brasil lida com significativa perda de receitas, especialmente devido às dificuldades de repasse de recursos pelas singulares ou federações. Algumas delas, por exemplo, têm lançado seus próprios planos de apoio assistencial, nos mesmos moldes do PEA, deixando de enviar esta contribuição para a Unimed do Brasil. Essa informação é confirmada pelos dados ilustrados na Tabela 5, na qual constam as receitas e despesas da Unimed do Brasil para os anos de 1996 e 1997. No último ano, as despesas ultrapassaram as receitas em mais de R\$ 4,5 milhões.⁹ Da mesma maneira que ocorre

9 Segundo o relatório financeiro de 1998 da Unimed do Brasil, esta perda é “operacional” e não “financeira” e é explicada por: (a) aumento dos custos com assistência médica; (b) maior utilização por parte dos usuários; (c) pela rescisão de contrato de uma empresa contratante em dezembro de 1996, quando sua receita se encerrou mas os custos operacionais correspondentes continuaram sendo apresentados durante o primeiro quadrimestre de 1997; (d) pela contabilização, no exercício de 1997, de rescisões trabalhistas advindas do enxugamento do quadro da Unimed do Brasil, realizado na segunda metade de 1996.

quando existem sobras, as perdas são repassadas às federações no ano posterior ao do exercício contabilizado.

Tabela 5. Receitas e despesas principais e gasto anual per capita da Confederação Unimed do Brasil

Especificação	1996		1997	
	Valor absoluto	%	Valor absoluto	%
⇒ Receita bruta total (em reais)	83.274.000,00	100,0	99.076.000,00	100,0
⇒ Despesas totais (em reais)	78.167.000,00	100,0	103.924.000,00	100,0
⇒ Principais produtos:				
Uniplan/nacionais:				
• Receita (em reais)	54.611.000,00	65,6	65.112.000,00	65,7
• Custo operacional (em reais) (a)	42.542.000,00	54,4	55.391.000,00	53,3
• Usuários (b)	154.682	---	153.177	---
PEA				
• Receitas (em reais)	22.817.000,00	27,4	28.250.000,00	28,5
• Sinistros/repasses/pdd (em reais)	12.729.000,00	16,3	19.587.000,00	18,8
• Usuários	4.828.231	---	5.245.441	---
⇒ Gasto anual per capita do Uniplan (em reais) (a)/(b)	275,03	---	361,61	---

Despesas familiares com saúde.

Fonte: Unimed do Brasil (1998).

O gasto anual para custear a assistência médica totalizou 54% das despesas totais de 1997, e o gasto anual per capita aumentou em aproximadamente 30% de 1996 para 1997, somando um total de R\$ 361,61 no último ano.

Conclusões

A descrição do complexo e o histórico de sua constituição permitem uma noção da engenharia institucional que caracteriza a Unimed. A intenção de seus líderes e fundadores tem sido de manter sob controle dos médicos um amplo conjunto de atividades relacionadas a uma prática definida por eles como liberal, desenvolvida no interior de uma organização complexa, caracterizada por um *mix* de cooperativas e empresas de capital. Sua história revela uma trajetória marcada por negociações, disputas e pela intenção de mobilizar a categoria para, através de uma organização corporativa, garantir a autonomia na prática profissional e competir no mercado de trabalho.

O modelo organizacional de bases cooperativistas, com instâncias decisórias colegiadas e divisão dos ganhos segundo a produção, revelou-se bastante atrativo para a categoria médica. Aliado à relativa facilidade com que uma singular é constituída pode explicar as expressivas taxas de adesão dos médicos e cobertura populacional alcançadas no país.

piano original), sendo, porém, vedado a ele figurar nas listas de credenciados dos planos concorrentes.

Em tese, o fato dos médicos serem sócios da cooperativa deveria constrangê-los a trabalhar para a concorrência. Entretanto, muitos consideram a unimilitância uma camisa de força impingida pela Unimed e a adesão ao princípio não se constitui regra geral nas singulares. Outras estratégias utilizadas pela empresa incluem a diversificação de produtos e a definição de mercado por área geográfica.

São traços importantes na estrutura da Unimed: a expressiva autonomia dos médicos, típica de uma organização profissional, e o alto grau de descentralização das singulares, que caracteriza uma organização do tipo cooperativa. Tais características acentuam fortemente a principal dificuldade das organizações cuja força de trabalho é constituída por profissionais especializados: as funções de coordenação e de gerência.¹¹

A autonomia das singulares faz com que a Unimed se constitua em um conglomerado de pequenas empresas sem estrutura hierárquica. Todo o sistema gerencial e de planejamento é independente, podendo ser, ou não, desenvolvido de forma articulada com as federações e confederação – condição muitas vezes determinada pela afinidade política dos dirigentes. Até o momento, a organização não conta com um sistema de informações gerenciais implementado no sistema cooperativo e, como conseqüência, não dispõe de dados sistemáticos e confiáveis sobre as atividades desenvolvidas pelas singulares. A Unimed é uma exceção a esta regra, pois, por exigência do Banco Central, os balanços das cooperativas locais são sistematicamente enviados para a central e disponibilizados para publicação.

O desenho e a dinâmica organizacional favorecem, também, a conformação de uma arena de conflitos e disputas entre grupos, que vão desde aqueles restritos ao cotidiano das singulares até os de grandes proporção. A cisão ocorrida no complexo em 1998 é um claro exemplo desse ambiente, pois o grupo dissidente, perdedor nas últimas eleições para a confederação, não buscou criar uma nova estrutura nem propôs mudanças significativas no sistema.

Como os cargos diretivos são temporários, eletivos e exercidos por médicos, o grau de profissionalização da gerência é pouco desenvolvido. É através da participação nos conselhos e diretorias que os profissionais buscam o controle sobre as decisões administrativas que os afetam, sendo tendência defenderem seus interesses individuais ou de grupos específicos (os especialistas, por exemplo), mesmo quando contrários aos da organização. O sistema de pagamento por produtividade gera, também, condições favoráveis à manipulação no trato das necessidades dos clientes. Isto pode ocorrer, por exemplo, quando um profissional incrementa, desnecessariamente, o número de consultas ou de exames indicados para a solução de um determinado problema.

10 Cf. § 4º do Art. 29 da Lei n. 5.764/71 (Organização das Cooperativas Brasileiras/Ministério da Agricultura, 1987).

11 A esse respeito ver as considerações de Mintzberg (1989) sobre as “organizações profissionais”.

Uma dualidade permanente é identificada no interior do Sistema Unimed, marcado pela competição entre os objetivos da organização, quando explicitados – diminuir o grau de utilização dos serviços, para otimizar a relação receita/despesa – e os objetivos dos profissionais – aumentar seus ganhos, através do aumento da produtividade. Tal situação permeia, de maneira clara, os interesses e as demandas dos usuários.

Finalmente, vale lembrar que a Unimed atravessa uma conjuntura de mudanças decorrentes da adaptação à nova lei. Alterações importantes vêm ocorrendo, como a recente estruturação de uma Operadora Central de Planos de Saúde, à qual as singulares se filiarão. Poderá ocorrer também uma redução na quantidade de pequenas cooperativas locais ou sua agregação em prestadoras de operadoras regionais. Como os órgãos fiscalizadores exigem o envio sistemático de um conjunto mínimo de informações, torna-se provável a implementação - não sem um alto grau de dificuldade – de um sistema de gerenciamento ou monitoramento vertical mais efetivo, aumentando o grau de coesão do sistema e diminuindo a autonomia administrativa das Singulares.

Neste cenário, as informações apresentadas no presente trabalho são passíveis de sofrerem alterações em médio ou longo prazo, até que, não apenas a Unimed, mas também as demais empresas que competem no mercado privado de oferta de serviços de saúde, demonstrem sua capacidade de adaptação às novas regras estabelecidas pela legislação em vigor.

ário das características do Uniplan – Plano básico

	Consultas:	Atendimentos clínicos cirúrgicos ou ambulatoriais:	Exames complementares e serviços auxiliares:
dimento	Consultórios de cooperados e cooperativas que integram o Sistema Unimed	Consultórios, clínicas ou serviços próprios ou contratados. No módulo básico está excluído o acesso a hospitais “de categoria diferenciada”	Serviços próprios ou contratados
eciais	Seguro por morte acidental ou natural	Plano de Extensão Assistencial – PEA Ocorrendo o falecimento do usuário titular, inscrito há mais de seis meses, os dependentes inscritos terão direito aos serviços contratados; pelo prazo de até cinco anos, contados da data do óbito, sem o pagamento das mensalidades, respeitadas as carências contratuais.	
	Preço médio	Reajustes por idade:	
usuário	R\$ 52,90 (outubro de 1998)	Após 60 anos as mensalidades são cobradas em dobro	
a urgência e	Consultas e serviços de diagnóstico e terapia 30 dias	Parto normal e cesárea 300 dias	Acidentes pessoais 180 dias
	Internações e cirurgias ambulatoriais 180 dias	Tratamento de patologias diferenciadas (1) 360 dias	Morte acidental e natural 180 dias
	PEA 365 dias		
	Atendimento nas seguintes especialidades clínicas ou cirúrgicas: Alergologia e imunologia; anestesiologia; angiologia; cardiologia (excluídas as cirurgias); citopatologia; clínica médica ou medicina interna; dermatologia; endocrinologia e metabologia; fisioterapia; gastroenterologia; geriatria; genética clínica; ginecologia e obstetrícia; hematologia homeopatia (somente consultas); infectologia; nefrologia; neurofisiologia clínica; neurologia; oftalmologia; oncologia; ortopedia; otorrinolaringologia; pediatria; pneumologia; proctologia; psiquiatria (somente consultas); reumatologia; traumatologia; urologia.		
	Cirurgia plástica reparadora somente para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidos em virtude de acidentes pessoais ocorridos na vigência do contrato Patologias diferenciadas (1) respeitada a carência contratual		

Continua...

Continuação

<p>Internação</p>	<p>Durante a internação estão garantidos: Assistência médica através de médicos cooperados; medicamentos prescritos; alimentação, inclusive dietética, parenteral e enteral; serviço de enfermagem; diárias em quarto coletivo, taxas de internação e salas; material de sala; exames complementares, exceto os não cobertos pelo contrato; anestésicos, oxigênio e hemoterapia.</p>	<p>Diárias de enfermaria: Limitadas a 60 dias prorrogáveis por mais 30 dias, desde que justificado.</p>	<p>Permanência em UTI: Limitada a 15 dias por usuário/ano, não acumuláveis de ano e não intercambiáveis com a de enfermaria</p>	
<p>Serviços auxiliares</p>	<p>Serviços assegurados, quando solicitados por médico cooperado: Analgésia de parto; análises clínicas; cintilografia de tireóide^(a), densitometria óssea^(a), ecocardiograma uni e bidimens doppler convencional, não colorido^(a); electrocardiograma convencional; electroencefalograma convencional; eletroon endoscopia; espirometria; exames anatomo-patológicos e citológicos, exceto necropsia; exames radiológicos, exceto intervencionista; exames e testes alergológicos; exames e testes oftalmológicos; holter^(a); litotripsia^(a); potencial evocado^(a); prova de função p fisioterapia^(c); hemodiálise e diálise peritoneal^(d); hollter^(a); litotripsia^(a); potencial evocado^(a); prova de função p quimioterapia e radioterapia; teste ergonômico; tococardiografia (durante o trabalho de parto); tomografia computa ultra-sonografia^(b), ultra-sonografia obstétrica^(f).</p> <p>Limitações: (a) limitado a um por usuário/ano; (b) limitada a uma por ano, por patologia; (c) limitada a 20 sessões por ano, por mc patologia; (d) limitadas a seis sessões por usuário/ano, cada uma, não estando cobertos os casos crônicos, mesmo em fase limitada a um tratamento ou prova completos por usuário/ano; (f) limitadas a duas por gestação.</p>			
<p>Módulos opcionais</p>	<p>1 – acomodação diferenciada (quarto privativo com acompanhante)</p>	<p>2 – procedimentos especiais de diagnóstico e terapia</p>	<p>3 – procedimentos especiais em cardiologia</p>	<p>4 – hospitais de c diferenciada</p>

Tratamentos, cirurgias, exames e medicamentos experimentais, cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, vacinas, medicamentos importados, exceto os sem similar nacional ou cujos custos sejam inferiores ou iguais aos nacionais;

Atendimento nos casos de epidemias, calamidade pública, conflitos sociais, guerras, caráter coletivo ou outras perturbações da ordem pública; tratamentos e cirurgias decorrentes de danos físicos ou lesões causados por radiações ou emanções nucleares ou ionizantes.

Cirurgias para mudança de sexo e inseminação artificial; tratamento odontológico ou ortodontológico; tratamentos e cirurgias para controle de natalidade, infertilidade, esterilidade e suas seqüências, tratamentos e exames laboratoriais diagnósticos para impotência sexual; cirurgias para miopia, hipermetropia e astigmatismo; tratamentos para patologias congênitas, exceto para os nascidos durante a vigência do contrato, desde que o parto esteja coberto pelo contrato; transplantes e implantes; tratamentos fonoaudiológicos e com psicólogos; enfermagem em caráter particular; cirurgias plásticas, exceto as descritas no contrato, tratamentos cirúrgicos por motivo de senilidade, para rejuvenescimento, prevenção de envelhecimento, emagrecimento ou ganho de peso, tratamentos com finalidade estética, cosmética ou para alterações somáticas, inclusive a mamoplastia, mesmo com repercussões sobre a coluna vertebral; "check-up", investigação diagnóstica eletiva, em regime de internação hospitalar, necropsias, radiologia intervencionista e monitoragem fetal (exceto tococardiografia), medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo, exames para piscina e ginástica; marcapasso, lente intra-ocular, aparelhos ortopédicos, válvulas, próteses e órteses de qualquer natureza; tratamento esclerosante, laserterapia e microcirurgia de varizes;

Acidentes, lesões ou qualquer entidade mórbida provocados por embriaguez ou uso de drogas de qualquer espécie; qualquer ato ilícito devidamente comprovado, inclusive suicídio; betaterapia, imunoterapia, diálise e hemodiálise, para pacientes crônicos, mesmo em fase aguda; acidentes de trabalho e suas seqüências, doenças profissionais, exceto primeiros socorros; exames admissionais, demissionais e periódicos;

Doenças psíquicas que exijam internação, psicanálise e psicoterapia, exceto o primeiro atendimento;

Tratamento clínico ou cirúrgico de moléstias infecto-contagiosas e de notificação compulsória, inclusive AIDS;

Consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;

Remoção ou transporte de pacientes.

Doenças diferenciadas: adenoidectomia; amidalectomia; tireoidectomia; oroplastia; ooforectomia; criptorquia; septoplastia; herniorrafia; histerectomia e miomectomia uterina; postectomia; exereses de tumores da pele; turbinectomia; prosiatactomia; safenectomia; *hialux valgus* e tratamentos ra: aderências e bridas, cálculos renais e de vesícula biliar, otite média crônica e tumores mamários.

ções

o segurados

ser comercializado pelas Unimed locais, isto não vem ocorrendo, também devido à necessidade de adaptações à nova legislação.

Indicadores econômico-financeiros da Unimed do Brasil

As principais receitas da Unimed do Brasil são:

(1) **Contratos de âmbito nacional para prestação de assistência médica** – em geral realizados com empresas que têm sede em São Paulo e filiais em vários pontos do país. O produto comercializado é o Novo Uniplan, nas versões pessoa física e empresarial. A confederação não possui médicos cooperados filiados diretamente a seus quadros. Os contratos são comercializados pela Unimed do Brasil e o atendimento realizado nas singulares do complexo. O pagamento às singulares é repassado pela confederação, segundo as regras vigentes para o intercâmbio nacional;

(2) **Plano de Extensão Assistencial (PEA)** – garante a cobertura da família, por cinco anos, em caso de falecimento do titular. É mantido por uma contribuição per capita de R\$ 0,40 por usuário da singular. Nesse caso, o valor recebido pelas singulares é repassado para a Unimed do Brasil.

Essas duas fontes representam mais de 90% das receitas da Unimed do Brasil. O restante é obtido por:

(1) **Contribuição social das singulares** – irregular. Algumas singulares contribuem apenas parcialmente;

(2) **Prestação de serviços e comercialização de produtos para o sistema** – como auditoria, sistema informatizado, entre outros.

As principais despesas foram àquelas relacionadas ao pagamento dos serviços assistenciais prestados através do Uniplan (custos operacionais) e os sinistros e repasses realizados por conta do PEA. Essas despesas totalizam mais de 70% do total de gastos.

Segundo informações fornecidas pelo diretor-financeiro (Silva, 1998), a Unimed do Brasil lida com significativa perda de receitas, especialmente devido às dificuldades de repasse de recursos pelas singulares ou federações. Algumas delas, por exemplo, têm lançado seus próprios planos de apoio assistencial, nos mesmos moldes do PEA, deixando de enviar esta contribuição para a Unimed do Brasil. Essa informação é confirmada pelos dados ilustrados na Tabela 5, na qual constam as receitas e despesas da Unimed do Brasil para os anos de 1996 e 1997. No último ano, as despesas ultrapassaram as receitas em mais de R\$ 4,5 milhões.⁹ Da mesma maneira que ocorre

⁹ Segundo o relatório financeiro de 1998 da Unimed do Brasil, esta perda é “operacional” e não “financeira” e é explicada por: (a) aumento dos custos com assistência médica; (b) maior utilização por parte dos usuários; (c) pela rescisão de contrato de uma empresa contratante em dezembro de 1996, quando sua receita se encerrou mas os custos operacionais correspondentes continuaram sendo apresentados durante o primeiro quadrimestre de 1997; (d) pela contabilização, no exercício de 1997, de rescisões trabalhistas advindas de enxugamento do quadro da Unimed do Brasil, realizado na segunda metade de 1996.

quando existem sobras, as perdas são repassadas às federações no ano posterior ao do exercício contabilizado.

Tabela 5. Receitas e despesas principais e gasto anual per capita da Confederação Unimed do Brasil

Especificação	1996		1997	
	Valor absoluto	%	Valor absoluto	%
⇒ Receita bruta total (em reais)	83.274.000,00	100,0	99.076.000,00	100,0
⇒ Despesas totais (em reais)	78.167.000,00	100,0	103.924.000,00	100,0
⇒ Principais produtos:				
Uniplan/nacionais:				
• Receita (em reais)	54.611.000,00	65,6	65.112.000,00	65,7
• Custo operacional (em reais) (a)	42.542.000,00	54,4	55.391.000,00	53,3
• Usuários (b)	154.682	---	153.177	---
PEA				
• Receitas (em reais)	22.817.000,00	27,4	28.250.000,00	28,5
• Sinistros/repasses/pdd (em reais)	12.729.000,00	16,3	19.587.000,00	18,8
• Usuários	4.828.231	---	5.245.441	---
⇒ Gasto anual per capita do Uniplan (em reais) (a)/(b)	275,03	---	361,61	---

Despesas familiares com saúde.

Fonte: Unimed do Brasil (1998).

O gasto anual para custear a assistência médica totalizou 54% das despesas totais de 1997, e o gasto anual per capita aumentou em aproximadamente 30% de 1996 para 1997, somando um total de R\$ 361,61 no último ano.

Conclusões

A descrição do complexo e o histórico de sua constituição permitem uma noção da engenharia institucional que caracteriza a Unimed. A intenção de seus líderes e fundadores tem sido de manter sob controle dos médicos um amplo conjunto de atividades relacionadas a uma prática definida por eles como liberal, desenvolvida no interior de uma organização complexa, caracterizada por um *mix* de cooperativas e empresas de capital. Sua história revela uma trajetória marcada por negociações, disputas e pela intenção de mobilizar a categoria para, através de uma organização corporativa, garantir a autonomia na prática profissional e competir no mercado de trabalho.

O modelo organizacional de bases cooperativistas, com instâncias decisórias colegiadas e divisão dos ganhos segundo a produção, revelou-se bastante atrativo para a categoria médica. Aliado à relativa facilidade com que uma singular é constituída pode explicar as expressivas taxas de adesão dos médicos e cobertura populacional alcançadas no país.

plano original), sendo, porém, vedado a ele figurar nas listas de credenciados dos planos concorrentes.

Em tese, o fato dos médicos serem sócios da cooperativa deveria constrangê-los a trabalhar para a concorrência. Entretanto, muitos consideram a unimilitância uma camisa de força impingida pela Unimed e a adesão ao princípio não se constitui regra geral nas singulares. Outras estratégias utilizadas pela empresa incluem a diversificação de produtos e a definição de mercado por área geográfica.

São traços importantes na estrutura da Unimed: a expressiva autonomia dos médicos, típica de uma organização profissional, e o alto grau de descentralização das singulares, que caracteriza uma organização do tipo cooperativa. Tais características acentuam fortemente a principal dificuldade das organizações cuja força de trabalho é constituída por profissionais especializados: as funções de coordenação e de gerência.¹¹

A autonomia das singulares faz com que a Unimed se constitua em um conglomerado de pequenas empresas sem estrutura hierárquica. Todo o sistema gerencial e de planejamento é independente, podendo ser, ou não, desenvolvido de forma articulada com as federações e confederação – condição muitas vezes determinada pela afinidade política dos dirigentes. Até o momento, a organização não conta com um sistema de informações gerenciais implementado no sistema cooperativo e, como consequência, não dispõe de dados sistemáticos e confiáveis sobre as atividades desenvolvidas pelas singulares. A Unicred é uma exceção a esta regra, pois, por exigência do Banco Central, os balanços das cooperativas locais são sistematicamente enviados para a central e disponibilizados para publicação.

O desenho e a dinâmica organizacional favorecem, também, a conformação de uma arena de conflitos e disputas entre grupos, que vão desde aqueles restritos ao cotidiano das singulares até os de grandes proporção. A cisão ocorrida no complexo em 1998 é um claro exemplo desse ambiente, pois o grupo dissidente, perdedor nas últimas eleições para a confederação, não buscou criar uma nova estrutura nem propôs mudanças significativas no sistema.

Como os cargos diretivos são temporários, eletivos e exercidos por médicos, o grau de profissionalização da gerência é pouco desenvolvido. É através da participação nos conselhos e diretorias que os profissionais buscam o controle sobre as decisões administrativas que os afetam, sendo tendência defenderem seus interesses individuais ou de grupos específicos (os especialistas, por exemplo), mesmo quando contrários aos da organização. O sistema de pagamento por produtividade gera, também, condições favoráveis à manipulação no trato das necessidades dos clientes. Isto pode ocorrer, por exemplo, quando um profissional incrementa, desnecessariamente, o número de consultas ou de exames indicados para a solução de um determinado problema.

10 Cf. § 4º do Art. 29 da Lei n. 5.764/71 (Organização das Cooperativas Brasileiras/Ministério da Agricultura, 1987).

11 A esse respeito ver as considerações de Mintzberg (1989) sobre as “organizações profissionais”.

Uma dualidade permanente é identificada no interior do Sistema Unimed, marcado pela competição entre os objetivos da organização, quando explicitados – diminuir o grau de utilização dos serviços, para otimizar a relação receita/despesa – e os objetivos dos profissionais – aumentar seus ganhos, através do aumento da produtividade. Tal situação permeia, de maneira clara, os interesses e as demandas dos usuários.

Finalmente, vale lembrar que a Unimed atravessa uma conjuntura de mudanças decorrentes da adaptação à nova lei. Alterações importantes vêm ocorrendo, como a recente estruturação de uma Operadora Central de Planos de Saúde, à qual as singulares se filiarão. Poderá ocorrer também uma redução na quantidade de pequenas cooperativas locais ou sua agregação em prestadoras de operadoras regionais. Como os órgãos fiscalizadores exigem o envio sistemático de um conjunto mínimo de informações, torna-se provável a implementação - não sem um alto grau de dificuldade – de um sistema de gerenciamento ou monitoramento vertical mais efetivo, aumentando o grau de coesão do sistema e diminuindo a autonomia administrativa das Singulares.

Neste cenário, as informações apresentadas no presente trabalho são passíveis de sofrerem alterações em médio ou longo prazo, até que, não apenas a Unimed, mas também as demais empresas que competem no mercado privado de oferta de serviços de saúde, demonstrem sua capacidade de adaptação às novas regras estabelecidas pela legislação em vigor.

3

Uma estimativa dos gastos das famílias em saúde

Carlos Octávio Ocké Reis

Introdução

A avaliação das *Pesquisas de Orçamentos Familiares (POFs)*¹ nos possibilita identificar a estrutura de gasto, receita e poupança das famílias. Neste capítulo, dar-se-á ênfase à avaliação descritiva dos gastos das famílias em saúde, sem a pretensão de explicar o *leit motiv* dos resultados empíricos encontrados. A preocupação central é apontar as tendências observadas e, se possível, construir algumas hipóteses explicativas.²

Em que pese ser problemático avaliar os gastos das famílias em saúde, segundo a estrutura de renda dos indivíduos – à medida que as classes de rendimentos da POF estão referidas às famílias –, deu-se prioridade à investigação das condições de consumo do segmento de menor poder aquisitivo, ou seja, da classe cuja “receita” é menor ou igual a 2 salários mínimos.

1 A POF 87 compreendeu um período de 18 meses, entre primeiro de setembro de 1986 e 28 de fevereiro de 1988. A data específica de referência foi 15 de outubro de 1987. O valor monetário do salário mínimo nessa época era de Cz\$ 2.640,00 (dois mil, seiscentos e quarenta cruzados). A POF 96 compreendeu um período de 12 meses, entre 1º de outubro de 1995 e 30 de setembro de 1996. A data específica de referência foi 15 de setembro de 1996, quando o salário mínimo apresentava um valor monetário de R\$ 112,00 (cento e doze reais). As pesquisas abrangem as regiões metropolitanas de Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba, Porto Alegre, além do município de Goiânia e Brasília (Distrito Federal).

2 São analisados os resultados da POF 87 e da POF 96. O universo amostral alcançou aproximadamente 1/3 das famílias das regiões metropolitanas mais Goiânia e Brasília: 11 milhões de famílias em 1987 e 11,5 milhões em 1996. Entre 1987 e 1996, a participação das despesas com saúde nos gastos das famílias subiu de 5,31% para 6,53% (média ponderada). Nas classes com rendimento até 2 salários mínimos o percentual foi de 6,30% em 1987 e de 9,26% em 1996. Embora as famílias estejam comprometendo um percentual maior de suas despesas com saúde, não se pode dizer que estejam comprando mais serviços em valores absolutos, uma vez que esta avaliação apresenta resultados diferentes conforme o deflator utilizado – Índice Geral de Preços (Disponibilidade Interna) – IGP/DI ou Índice Nacional de Preço ao Consumidor (INPC). Da ótica da composição percentual, no total da cesta de consumo das famílias que ganham até 2 salários mínimos, o gasto relativo a insumos, em particular a medicamentos, embora tenha se reduzido de 73,3% para 53,9% no período, predominou nos anos avaliados. Nessa mesma faixa de renda, a despesa com planos e seguros-

reistribuição de renda produzida pela sociedade. Em particular, a avaliação descritiva das POFs permite evidenciar o montante financeiro e o crescimento relativo dos gastos médios mensais das famílias em saúde, segundo as classes de rendimento³ e segundo os tipos de gasto.⁴

Inicialmente, procura-se apresentar as características quantitativas das famílias e a participação percentual dos seus gastos em saúde no desembolso global. Busca-se, principalmente, identificar uma *proxy* do gasto per capita e do gasto total das famílias. Em seguida, verifica-se o crescimento relativo do percentual de gasto das famílias, bem como sua composição. E, finalmente, aponta-se algumas considerações gerais sobre as tendências dos dados avaliados, apoiando-se inclusive na discussão de estudos já desenvolvidos.

3.1 Limites e apontamentos metodológicos

A natureza descritiva e exploratória deste trabalho não permitiu desenvolver argumentos conclusivos e abrangentes devido, por um lado, à ausência de um marco teórico-conceitual e histórico e, por outro, à necessidade de refinar a estimativa dos resultados empíricos. Essa interdição reside em parte nas opções e obstáculos metodológicos presentes na avaliação. São transcritos, as seguir, tais opções e os obstáculos, que devem ser superados caso se queira analisar os gastos das famílias em saúde para além das tendências aqui identificadas:

(a) não se trabalhou com os (micro)dados disponibilizados nem com os questionários⁵ dessas pesquisas sociais empíricas, o que inviabilizou a realização de eventuais ajustes lógicos e amostrais na base de dados;

(b) não se optou por aplicar a estrutura da POF nas Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNADs), o que inviabilizou uma estimativa mais precisa do gasto total das famílias em saúde;

(c) os dados de assistência à saúde da POF não foram correlacionados com variáveis macroeconômicas e demográficas, tampouco com variáveis médico-assistenciais. Igualmente, não foram realizados exercícios microeconômicos de elasticidade-preço e elasticidade-renda do consumo das famílias em assistência à saúde;

3 O que chamamos aqui de “classes de rendimento” corresponde nas pesquisas ao registro “classes de recebimento”.

4 Agrupamos arbitrariamente os tipos de gasto no interior do registro “assistência à saúde”: “seguro-saúde e associação de assistência” denominamos “seguro-saúde”; “tratamento dentário”, “consulta médica” e “hospitalização” denominamos “serviços med.-hosp.”. Mantivemos o registro “outros”, “remédios” e “óculos e lentes”.

5 No total são cinco “cadernetas” entregues às famílias: (i) Questionário de Domicílios; (ii) Questionário de Despesa Coletiva; (iii) Caderneta de Despesa Coletiva; (iv) Questionário de Despesa Individual e; (v) Questionário de Rendimento Individual. Elas apresentam, por exemplo, segundo grupos de produto, um período de referência diferente no que se refere à coleta de dados, que pode ser de 7, 30, 90 ou 180 dias. Por outro ângulo, a investigação das “Séries Relatórios Metodológicos da POF” (Obtenção de Informações em Campo; Tratamento das Informações; e Aspectos da Amostragem) acaba permitindo ao pesquisador conhecer a fundo como se operam os passos da pesquisa de campo e, simultaneamente, como se calculam seus resultados.

(d) a estimativa da evolução do gasto das famílias não foi comparada com a evolução do gasto público federal em assistência à saúde, o que poderia corroborar ou não o “efeito substituição” existente entre ambos;

(e) não se imputou estatisticamente a situação de não-resposta dos questionários (os não declarados) da POF 96;

(f) não se trabalhou, naturalmente, com uma série histórica. Das pesquisas, tirou-se uma “fotografia” das variáveis avaliadas e, desse modo, não se acompanhou a evolução dos gastos das famílias em saúde ao longo dos anos;

(g) não foi possível detalhar a composição do registro “outros”, que é observado dentre os tipos de gasto do agregado “assistência à saúde”.

O fator de correção utilizado na atualização dos valores monetários dos gastos das famílias foi o Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC) – Saúde e Cuidados Pessoais. Esse é um índice que capta adequadamente a variação de preços da cesta de consumo das famílias com assistência à saúde. Além do mais, a própria atualização desse sistema se dá através das POFs, cujos dados propiciam a construção de novas estruturas de pesos para o cálculo do INPC.⁶

Na tentativa de se realizar uma avaliação regional, foram feitos cálculos a partir da utilização das médias ponderadas dos gastos médios mensais e do tamanho médio das famílias das áreas metropolitanas e das cidades circunscritas às POFs em cada região da federação.⁷

3.2 Avaliação descritiva

O universo amostral das pesquisas de orçamentos familiares delimita-se a aproximadamente 1/3 da população brasileira que vive nas áreas metropolitanas, ou seja, nos centros urbanos e industriais. O número de famílias observadas nas pesquisas, assim como o seu tamanho médio e o número total de indivíduos por classes de renda, são apresentados abaixo (Tabelas 1 e 2).

Os registros tabulados da POF não separam as capitais do restante dos municípios das regiões metropolitanas (RMs)⁸ e, evidentemente, excluem a área rural.

6 Cabe esclarecer a seguinte questão: o setor saúde apresenta uma característica econômica central, qual seja, custos crescentes. Esses custos, quando refletidos nos preços relativos, configuram um índice de preços que indica uma taxa de inflação setorial maior do que a taxa média de inflação da economia. Vale dizer, portanto, que no período entre 1987 e 1999, o INPC (Saúde e Cuidados Pessoais) apresentou uma evolução maior do que o IGP-DI (Fundação Getúlio Vargas) em torno de 40 pontos percentuais. O argumento teórico adotado, na tentativa de explicar a natureza dessa característica, se fundamenta na constatação de que as possibilidades de avanço da produtividade do trabalho no setor saúde seriam no mínimo restritas em relação às demais atividades econômicas. Existiria, assim, uma relação inversa entre conhecimento médico e a produtividade do trabalho nos serviços de saúde. Nessa perspectiva, ao se observar o tratamento individual

Tabela 1. Número e tamanho médio das famílias e total de indivíduos
RMs, Brasília e Goiânia – 1987

Classes de rendimentos (S.M.)	Número de famílias (a)	Tamanho médio das famílias (b)	Número total de indivíduos (a)*(b)
Até 2	955.865	2,88	2.752.891
Mais de 2 a 3	813.036	3,50	2.845.626
Mais de 3 a 5	1.804.161	4,01	7.234.686
Mais de 5 a 6	776.777	4,20	3.262.463
Mais de 6 a 8	1.225.607	4,26	5.221.086
Mais de 8 a 10	907.609	4,28	3.884.567
Mais de 10 a 15	1.546.770	4,29	6.635.643
Mais de 15 a 20	902.051	4,33	3.905.881
Mais de 20 a 30	890.459	4,40	3.918.020
Mais de 30	1.191.753	4,29	5.112.620
Total	11.014.088	4,07	44.827.338

Fonte: IBGE. *Pesquisa de Orçamentos Familiares* (1987) – Elaboração do autor.

Tabela 2. Número e tamanho médio das famílias e total de indivíduos
RMs, Brasília e Goiânia – 1996

Classes de rendimentos (S.M.)	Número de famílias (a)	Tamanho médio das famílias (b)
Até 2	1.228.090	2,95
Mais de 2 a 3	1.020.255	3,40
Mais de 3 a 5	1.821.733	3,71
Mais de 5 a 6	817.139	3,74
Mais de 6 a 8	1.274.646	3,80
Mais de 8 a 10	897.768	3,90
Mais de 10 a 15	1.529.351	3,87
Mais de 15 a 20	862.184	3,93
Mais de 20 a 30	853.863	3,78
Mais de 30	1.272.878	3,67
Total ⁽¹⁾	11.577.907	3,67

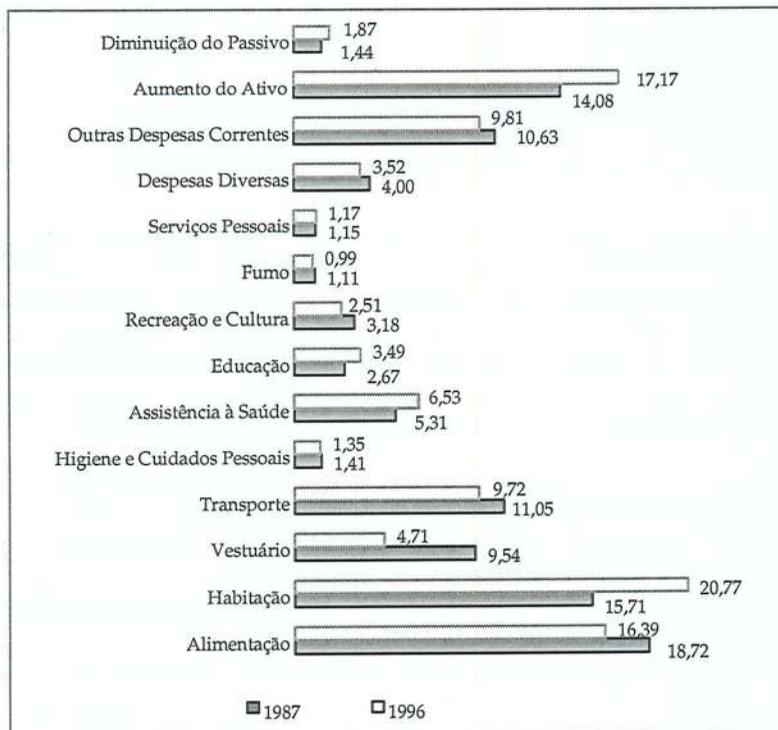
⁽¹⁾ O número total de famílias considerado exclui o número total de famílias dos registros “sem declaração”, cuja soma corresponde a 966.162 famílias. Igualmente, o tamanho médio das famílias considerado exclui da média aritmética o tamanho médio dos registros “sem declaração”.

Fonte: IBGE. *Pesquisa de Orçamentos Familiares* (1996) – Elaboração do autor.

Em termos relativos, como essas famílias se comportaram no total das suas despesas? No tocante à evolução percentual dos principais itens de despesa no total do orçamento familiar, identificou-se, comparando as duas pesquisas, uma redução das despesas alimentares e com vestuário – certamente motivada pelos processos de estabilização monetária e abertura comercial. Simultaneamente, houve um aumento dos gastos relativos com assistência à saúde, educação e, sobretudo, habitação. Finalmente, cabe assinalar que se observou um aumento da “poupança” das famílias, verificado no crescimento dos ativos e na diminuição do passivo no período (Gráfico 1).

No total das áreas da POF, observou-se que, na média (ponderada), houve um crescimento em torno de 23% dos gastos relativos das famílias com assistência à saúde. Nota-se que realmente nas classes de rendimento inferior “até 2 salários mínimos” e “mais de 2 a 3 salários mínimos”, tal crescimento foi maior, respectivamente, 47% e 37,2%. Por outro lado, na classe de rendimento superior “mais de 30”, a variação foi a menor entre as classes, alcançando cerca de 14% (Tabela 3).

Gráfico 1. Composição percentual do desembolso global médio mensal das famílias por tipos de despesas (Média ponderada – 1987 e 1996)



Fonte: IBGE. *Pesquisa de Orçamentos Familiares* (1987, 1996) – Elaboração do autor.

Tabela 3. Variação do percentual do gasto médio mensal familiar – Assistência à Saúde RMs, Brasília e Goiânia

Classes de rendimentos (S.M.)	1987	1996	Varição (%)
Até 2	6,30	9,26	47
Mais de 2 a 3	5,45	7,48	37
Mais de 3 a 5	5,21	6,52	25
Mais de 5 a 6	4,61	6,48	41
Mais de 6 a 8	5,07	6,72	33
Mais de 8 a 10	5,67	7,18	27
Mais de 10 a 15	5,36	6,97	30
Mais de 15 a 20	5,80	7,48	29
Mais de 20 a 30	5,72	6,75	18
Mais de 30	5,04	5,73	14
Média ponderada	5,31	6,53	23

Fonte: IBGE. *Pesquisa de Orçamentos Familiares* (1987, 1996) – Elaboração do autor.

Focalizando a classe de rendimento “até 2 salários mínimos”, na perspectiva da

Remédios	4,26	67,6	4,86	52,5
Seguro-Saúde	0,15	2,4	0,76	8,2
Serviços Med.-Hosp.	0,91	14,4	0,80	8,6
Óculos e Lentes	0,36	5,7	0,13	1,4
Outros	0,62	9,8	2,71	29,3
Assistência à Saúde	6,30	100,0	9,26	100,0

Fonte: IBGE. *Pesquisa de Orçamentos Familiares* (1987, 1996) – Elaboração do autor.

Igualmente, observou-se um crescimento da participação dos gastos com “seguro-saúde”.⁹ Embora não tenham alcançado 10% em 1996, tais gastos repousam sobre uma parcela de gastos muito pequena, menos de 1% do gasto médio mensal das famílias. Em contrapartida, os gastos com “serviços médico-hospitalares” caíram quase pela metade, mas da mesma forma que o “seguro-saúde”, tal redução se operou sobre uma parcela pequena. Foi, contudo, a dinâmica do registro “outros”¹⁰ que puxou o crescimento percentual dos gastos das famílias “até 2 salários mínimos”.

Daqui em diante desenvolver-se-á uma avaliação pautada na descrição da dinâmica dos gastos absolutos das famílias em “assistência à saúde”. Como viu-se anteriormente, houve um aumento relativo dos gastos das famílias com “assistência à saúde”, em especial das famílias das classes de rendimento inferior. A média ponderada apresentou uma elevação de 5,31% para 6,53%. No entanto, o gasto absoluto per capita das famílias em todas classes de rendimento diminuiu: a redução não foi tão expressiva (24%) nas classes de rendimento familiar até 3 salários mínimos, cuja capacidade de consumo per capita é dez vezes menor do que a dos indivíduos situados nas famílias da classe de rendimento superior “mais de 30 salários mínimos”, na qual a redução foi de 36% (Tabela 5).

Tabela 5. Gasto per capita ⁽¹⁾ – Assistência à Saúde
RMs, Brasília e Goiânia

(Em R\$ – dezembro/98)

Classes de rendimentos (S.M.)	1987	1996	Varição (%)
Até 2	130	99	-24
Mais de 2 a 3	150	110	-27
Mais de 3 a 5	178	116	-35
Mais de 5 a 6	192	149	-22
Mais de 6 a 8	263	190	-28
Mais de 8 a 10	344	235	-32
Mais de 10 a 15	424	308	-27
Mais de 15 a 20	665	459	-31
Mais de 20 a 30	914	573	-37
Mais de 30	1.632	1.049	-36
Média ponderada	507	326	-36

⁽¹⁾ Dividiu-se o gasto médio mensal das famílias na classe de rendimento pelo tamanho médio das famílias e multiplicou-se por doze para se obter uma *proxy* do gasto per capita anualizado.

Fator de correção: INPC – IBGE (Saúde e Cuidados Pessoais), base 100 = dezembro/93.

Fonte: IBGE. *Pesquisa de Orçamentos Familiares* (1987, 1996) – Elaboração do autor.

9 Esse registro não está captando apenas os gastos com a modalidade *stricto sensu* de seguro-saúde. À primeira vista, por meio de avaliação dos microdados, pode-se decompor tais gastos em gastos com seguro-saúde, com planos de saúde (medicina de grupo) e com as modalidades de autogestão.

10 Inclui pagamentos a profissionais de saúde para cirurgia e parto, exames e tratamentos ambulatoriais, material médico, etc.

Supõe-se que alguns fatores de mercado e institucionais podem ter contribuído para essa diminuição do valor absoluto dos dispêndios no bojo do crescimento relativo dos gastos com "assistência à saúde". Contudo, o escopo desta avaliação descritiva deixa margem tão-somente à construção de algumas hipóteses explicativas para esclarecer esse aparente dilema.

No tocante à evolução do gasto per capita das famílias que auferiam rendimentos menor ou igual a 2 salários mínimos, observou-se que em quase todas as regiões da federação, os gastos diminuem de 45% a 55% no período entre as pesquisas com exceção da Região Sudeste, onde houve um acréscimo de 2,6% (Tabela 6).

Tabela 6. Gasto per capita ⁽¹⁾ – Assistência à saúde
(Em R\$ – dezembro/98)

< ou = 2 salários mínimos

Região	1987	1996	Variação (%)
RMs N	125	62	-50,4
RMs Ne	69	38	-44,9
RMs Se	155	159	2,6
RMs Sul	173	91	-47,4
Cidades Centro-Oeste	191	84	-56,0
Tot. Áreas Brasil	130	99	-23,8

⁽¹⁾ A partir da média ponderada do gasto médio mensal em assistência à saúde das famílias das RMs e dos municípios circunscritos às POFs em cada região da federação, dividiu-se esse resultado pelo tamanho médio ponderado das famílias na classe de rendimento < ou = a 2 salários mínimos e multiplicou-se por doze para se obter uma *proxy* do gasto per capita anualizado.

Fator de correção: INPC – IBGE (Saúde e Cuidados Pessoais), base 100 = dezembro/93.

Fonte: IBGE. *Pesquisa de Orçamentos Familiares (1987, 1996)* – Elaboração do autor.

Essa inflexão da Região Sudeste – que contém em torno de 70% dos indivíduos da amostra das POFs – pode tanto apontar que: (a) o volume de gasto acaba acompanhando o nível de renda per capita das regiões, indo de encontro aos estudos clássicos da medicina social – que correlacionam positivamente aumento de renda e capacidade de acesso com aumento dos gastos em saúde –, quanto pode sugerir, em outro pólo, (b) que o Sistema Único de Saúde (SUS) foi regressivo em relação ao acesso às famílias de menor poder aquisitivo.

Nota-se, a partir da Tabela 7, que os gastos absolutos dessas famílias com "remédios" decrescem, entretanto são os mais dispendiosos. Os gastos com "seguro-saúde" aumentam e, inversamente, os gastos com os "serviços médico-hospitalares" diminuem. Supõe-se que tal diminuição decorreu do "fator SUS", ou ainda, da redução dos gastos próprios (*out of pocket*) em favor da intermediação financeira do "seguro-saúde" à provisão dos serviços.

Do ponto de vista do gasto total das famílias em saúde, estima-se que houve uma redução acentuada em termos reais (Gráfico 2). Em 1987, o gasto total correspondia a R\$ 22,7 bilhões. Esse valor decresceu R\$ 7,5 bilhões, chegando a R\$ 15,1 bilhões em 1996. Cabe lembrar que essa estimativa não captou diversas subnotificações existentes

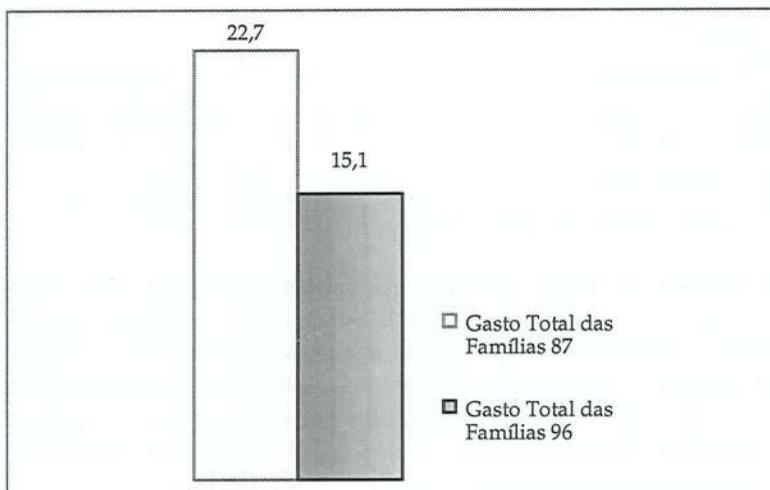
Remédios	88	52	-41
Seguro-Saúde	3	8	171
Serviços Med.-Hosp.	19	9	-54
Óculos e Lentes	8	1	-88
Outros	13	29	132
Assistência à Saúde	130	99	-24

(1) Dividiu-se o gasto médio mensal em assistência à saúde segundo os tipos de gasto na classe de rendimento < ou = a 2 salários mínimos pelo tamanho médio das famílias e multiplicou-se por doze para se obter uma *proxy* do gasto per capita anualizado.

Fator de correção: INPC – IBGE (Saúde e Cuidados Pessoais), base 100 = dezembro/93.

Fonte: IBGE. *Pesquisa de Orçamentos Familiares (1987, 1996)* – Elaboração do autor.

Gráfico 2. Estimativa do gasto total (1) das famílias
RMs, Brasília e Goiânia Em bilhões – dezembro/98



Multiplicou-se o gasto per capita pelo número total de indivíduos (tamanho médio das famílias vezes o número total de famílias) segundo as classes de rendimento. A seguir, somou-se o gasto total de cada classe de rendimento e multiplicou-se por doze para se obter uma *proxy* do gasto total anualizado.

Fonte: IBGE. *Pesquisa de Orçamentos Familiares (1987, 1996)*.

De outro ângulo, a partir dos valores correntes, construiu-se um indicador do montante dos gastos totais das famílias como proporção do Produto Interno Bruto (PIB). Verificou-se que o montante dos gastos das famílias em saúde equivalia a 2,24% em 1987 e a 1,66% em 1996¹¹ (Tabela 8).

11 A estimativa do gasto público em saúde em relação ao PIB para o ano de 1995 é de 3,2% (Vianna & Piola, 1999).

Tabela 8. Gasto total ⁽¹⁾ das famílias – Assistência à Saúde/PIB
RMs, Brasília e Goiânia

% Gastos/PIB	Em milhões correntes	
	1987	1996
Gastos Correntes	248.277,9	12.519,6
PIB Corrente ⁽²⁾	11.103.906,0	753.820,0
%	2,24	1,66

⁽¹⁾ Multiplicou-se o gasto per capita corrente pelo número total de indivíduos (tamanho médio das famílias vezes o número total de famílias) segundo as classes de rendimento. A seguir, somou-se o gasto total de cada classe e multiplicou-se por doze para se obter uma *proxy* do gasto total anualizado.

⁽²⁾ O valor do PIB de 1996 é uma estimativa produzida pelo Ipea.

Fonte: IBGE. *Pesquisa de Orçamentos Familiares (1987, 1996)*/IBGE – Diretoria de Pesquisas – Departamento de Contas Nacionais e FGV.

Nota-se, igualmente, uma tendência de queda em todas as regiões dos gastos das famílias com assistência à saúde. Destaca-se a alta concentração de gastos na Região Sudeste (quase 70%) que, por sua vez, apresentou uma redução de 39%, em valores absolutos, no período (Tabela 9).

Tabela 9. Gasto total ⁽¹⁾ das famílias
Assistência à saúde

(Em milhões R\$ – dezembro/98)

Região	1987	1996	Varição (%)
RMs Norte	443	197	-56
RMs Nordeste	2.036	1.385	-32
RMs Sudeste	15.840	9.636	-39
RMs Sul	2.826	1.825	-35
Cidades Centro-Oeste	1.610	814	-49

⁽¹⁾ A partir da média ponderada do gasto médio mensal em assistência à saúde das famílias das RMs e dos municípios circunscritos às POFs em cada região da federação, dividiu-se esse resultado pelo tamanho médio ponderado das famílias em cada classe de rendimento e chegou-se à *proxy* do gasto per capita da região. Daí, multiplicou-se o gasto per capita da região pelo número total de indivíduos (tamanho médio das famílias vezes o número total de famílias) segundo as classes de rendimento. A seguir, somou-se o gasto total de cada classe e multiplicou-se por doze para se obter uma *proxy* do gasto total anualizado.

Fonte: IBGE. *Pesquisa de Orçamentos Familiares (1987, 1996)*.

Para efeito do cálculo agregado do gasto total e do gasto total segundo os tipos de gasto nas RMs e nas cidades das regiões, excluíram-se os registros “sem declaração”. Tais dados somente foram agregados para estimar o gasto total em saúde no total das áreas da POF.

A Tabela 10 sinaliza que o conjunto das famílias optou por se associar, realizando a divisão dos riscos de adoecer: observa-se o crescimento dos gastos com “seguro-saúde”, que atinge R\$ 4 bilhões em 1996.

O gasto em “seguro-saúde” cresce em contrapartida ao decréscimo dos gastos

Remédios	7.326	4.028	-45
Seguro-Saúde	2.714	4.056	49
Serviços Med.-Hosp.	6.202	2.931	-53
Óculos e Lentes	1.239	342	-72
Outros	5.266	2.493	-53

(1) Multiplicou-se o gasto per capita segundo tipos de gasto pelo número total de indivíduos (tamanho médio das famílias vezes o número total de famílias) em cada classe de rendimento. A seguir, somou-se o gasto total de cada classe e multiplicou-se por doze para se obter uma *proxy* do gasto total anualizado.

Fonte: IBGE. *Pesquisa de Orçamentos Familiares* (1987, 1996).

Considerações finais

O gasto absoluto per capita em saúde de todas as classes de rendimento familiar diminuiu no período entre as POFs. Porém, os gastos relativos das famílias cresceram, principalmente, nas classes de rendimento inferior.

Esse aparente dilema poderá ser “decifrado” por intermédio da realização de estudos econométricos correlacionando os dados do consumo total e do consumo em “assistência à saúde” da POF com variáveis macroeconômicas e, assim, estimando, através de exercícios microeconômicos, a elasticidade-preço e a elasticidade-renda do consumo das famílias. Assinala-se que a avaliação analítica da dinâmica dos “agregados macroeconômicos”, ou seja, da renda disponível ao consumo e da poupança das famílias, é indispensável para interpretar esses resultados.

No período, houve um crescimento em torno de 4% da renda média per capita e um ligeiro aumento da concentração de renda (Castro & Magalhães, 1998), embora não se saiba rigorosamente como esse aumento impactou as classes de rendimento. Ademais, esses autores assinalaram que ocorreu um aumento da participação de itens não ligados ao consumo corrente das famílias (poupança), principalmente, com um maior comprometimento da renda familiar com a quitação de dívidas e aquisição de ativos (aumento da participação do pagamento de prestação de imóvel e com o crescimento dos gastos com compra de veículos).

Isolando a dinâmica desses “agregados macroeconômicos”, a pergunta que precisa ser respondida é: por que as famílias gastaram menos em termos absolutos em saúde? Não obstante os limites metodológicos apontados, foram construídas algumas hipóteses explicativas, que poderão abrir o caminho ao esclarecimento da redução de tais gastos.

A hipótese genérica, abstraindo a diferença de renda familiar e a “necessidade de saúde” associada a ela, é que tais gastos caíram devido ao aumento acentuado – mais do que proporcional à renda per capita das famílias – dos preços dos produtos farmacêuticos e dos serviços médico-hospitalares. Por isso o “seguro-saúde” constituiu-se em uma alternativa de financiamento à compra direta desses insumos e serviços. O gasto com seguro-saúde das famílias, vale lembrar, é socializado pelo Estado (renúncia de arrecadação fiscal) e pelas empresas em geral (Ocké Reis, 1997).

O consumo de medicamentos também é responsável por uma grande parcela dos gastos das famílias. Os medicamentos distribuídos pelo Ministério da Saúde e pelas secretarias estaduais de saúde cobrem determinadas enfermidades – hanseníase, tuberculose e AIDS –, além de antibióticos, antidiarréico, aspirinas, etc., mas não cobrem todas as necessidades da população (Cf. Bermudez, 1992).

Contudo, tendo em vista a implementação do SUS a partir de 1988, a redução dos gastos em termos reais deve, na medida do possível, levar em consideração o “lado da oferta”, pois sendo permitido o acesso universal ao SUS, esse redesenho na política de saúde possivelmente afetou o padrão de consumo de bens e serviços das famílias. Nesse sentido, o SUS deve ter permitido às famílias mais uma possibilidade de escolha, revelando-se numa “preferência dos consumidores” dado o seu caráter gratuito.

Essa hipótese supõe, portanto, que tenha havido – a despeito da magnitude de gastos das famílias com “serviços médico-hospitalares” – um efeito substituição entre o gasto privado e o gasto público, indicando o caráter progressivo do SUS no tocante ao acesso aos serviços de saúde. Se não houvesse o SUS, os gastos das famílias estariam mais elevados, bem como o acesso das classes de rendimentos inferiores seria mais inequívoco. Poder-se-ia afirmar, caso a hipótese seja confirmada, que o SUS estaria, como nos países do *welfare state*, liberando a renda domiciliar disponível para alimentar o consumo de massa e a poupança (vide POF) (Ver Oliveira, 1988).

Na linha da argumentação anterior, dados da Pesquisa de Padrões de Vida (PPV) realizada pelo IBGE em 1995/96 nas Regiões Nordeste e Sudeste, demonstram que mais de 50% da população dessas regiões (a mediana) utiliza os serviços de saúde públicos. Os hospitais e as clínicas particulares são pouco utilizados pelas faixas de menor renda (ou seja, até o terceiro quintil) (Tabela 11).

Tabela 11. Acesso aos serviços de saúde, segundo a natureza assistencial e jurídica do estabelecimento de saúde

Serviços de saúde	Quintis de renda					Média ponderada
	1	2	3	4	5	
Hospital Público	47,90	49,10	49,10	34,40	14,90	36,80
Posto – Centro de Saúde	42,90	31,80	22,40	15,40	4,10	20,20
Hospital Particular	0,80	2,00	3,00	5,90	6,70	4,20
Hospital Particular Conveniado	1,30	6,30	4,80	8,50	9,80	6,80
Clínica Particular Conveniada	3,80	4,50	8,50	19,10	31,80	15,70
Clínica Consultório Particular	2,90	4,50	10,80	15,20	30,80	14,90
Próprio Domicílio	0,40	0,60	-	0,20	0,40	0,30
Outros	-	1,10	1,40	1,30	1,40	1,20
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: IBGE. Pesquisa de Padrão de Vida – PPV (1996/97).

De qualquer forma, apenas a avaliação descritiva da POF não permite fazer

se, ademais, que os mais “pobres” tiveram a menor redução de gastos absolutos e, na Região Sudeste, eles passaram a gastar um pouco mais em termos absolutos. Isso, por si só, já indicaria a necessidade de se trabalhar no sentido de corrigir as supostas iniquidades de acesso do SUS.

Essa idéia, contudo, não pretende fazer coro às vozes da focalização pragmática, que desejam substituir o Estado pelo mercado. Pelo contrário, a idéia é contribuir no debate sobre as necessidades de dotar o SUS de uma espécie de “universalismo com focalização” (Draibe, 1998). Abrir mais espaço para o mercado de serviços de saúde – que seleciona risco e acumula lucro – no financiamento e provisão de um bem de mérito da população, poderá implicar maiores iniquidades.

Parte 5
Preços e contratos:
em busca da regulação pertinente

1

Regulação e contratualização no setor saúde

José Mendes Ribeiro

Introdução

Neste capítulo é analisada a política de regulação dos sistemas público e privado de saúde no Brasil, de caráter federal, e sua configuração no contexto da reforma do Estado em curso no país. Analisa-se também a convergência entre modelos regulatórios observados na experiência internacional e o caso brasileiro. Por fim, aponta-se tendências e recomendações para políticas regulatórias que combinem o universalismo normativo característico das instituições públicas com a necessária adequação ao rápido desenvolvimento tecnológico e diferenciação na produção de serviços.

A reforma do Estado favorece arranjos institucionais em que o Estado nacional exerce, além das funções de defesa territorial, garantia dos contratos e segurança pública, defesa da moeda, a especialização na formulação de políticas, no seu financiamento e na regulação. Essa configuração pode ser observada no setor saúde. As inovações organizacionais, a separação entre financiamento e provisão de serviços, e a criação de novas agências regulatórias demonstram a implementação da agenda reformadora pelo Ministério da Saúde.

A regulação no setor saúde envolve estruturas tradicionais e inovações recentes. O foco da regulação e a agenda política setorial enfatizam as relações entre as esferas de governo municipal, estadual e federal; as relações entre governo e prestadores privados e semipúblicos; e as relações entre governo e agentes no mercado. A regulação é tratada neste capítulo como um conjunto de políticas formuladas para obter resultados superiores do ponto de vista social nas relações internas às estruturas de governo e em sua relação com agentes no mercado. Nesse sentido, não se propõe analisar os diversos organismos e departamentos distribuídos pela burocracia pública

próprios da reforma orientada aos resultados. Os processos burocratizados, algumas das estruturas tradicionais, atualizadas ou não por legislação recente, influenciam a configuração final das funções regulatórias do Estado. São exemplos os Tribunais de Contas de estados (cujas decisões influenciam o governo federal) e da União, o Sistema Nacional de Auditoria, o Ministério Público e as Secretarias de Controle Interno dos ministérios. Estes organismos tomam decisões que afetam a formulação e implementação da política de saúde.

As relações entre níveis de governo, estabelecidas pela Constituição Federal e pelas Leis n. 8.080/90 e n. 8.142/90, se traduzem por um conjunto de portarias ministeriais, entre as quais a Norma Operacional Básica 01/1996, que consolida as Comissões Intergestores e o ranqueamento entre estados e municípios para regular transferências e investimentos do Sistema Único de Saúde (SUS).¹

Ao longo da década de 90, a legislação constitucional, a ação governamental e de grupos ativos na política pública, produziram uma vigorosa organização de Conselhos de Saúde na qualidade de organismos formuladores e reguladores pluripartites. As ações de associações civis, organizações não-governamentais, grupos religiosos, clientela organizada, entre outros, convergiram para estes organismos, assim como entidades de defesa de direitos do consumidor. O quadro complexo demonstra uma articulação das atividades regulatórias estatais com organismos societários e o próprio mercado.

Com relação à microrregulação, dois itens se destacam e apresentam convergência com a experiência internacional. Um deles diz respeito às inovações implementadas no setor público, caracterizadas por maior contratualização das ações desenvolvidas, e consolidadas na figura dos contratos de gestão estabelecidos para definir compromissos de organizações, como os hospitais públicos e contratados ao SUS, e nos programas de qualidade que definem incentivos pagos aos profissionais de saúde. Em ambas as situações, a regulação implica desdobramento de processos de trabalho de profissionais ou de organizações em unidades mensuráveis de avaliação de desempenho. O outro item diz respeito à microrregulação praticada no setor privado pelas empresas que absorvem estratégias de controle de custos e estruturação da oferta observadas no *managed care* norte-americano.

Nesse capítulo são analisados os modelos regulatórios no Brasil através das seguintes seções. Na primeira seção, discutem-se os modelos regulatórios e sua tradução ao caso brasileiro. Na segunda seção, detalha-se a reforma do Estado no Brasil, enfatizando a desestatização de monopólios e a emergência do modelo de agência

1 Pela NOB 96 são mantidos os organismos colegiados criados pela norma anterior, formados pelos governos estadual e municipais no nível regional e entre o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) no nível federal. O ranqueamento entre estados e municípios é feito por padrão de comprometimento com o SUS segundo os níveis de gestão plena da atenção básica e do sistema municipal; para os estados os níveis são de gestão avançada e plena do sistema estadual.

regulatória que acabou sendo aplicado pelo próprio Ministério da Saúde. Na terceira seção, apresentam-se de modo sucinto as características dos sistemas público e privado no Brasil. Na quarta seção, analisam-se as estratégias regulatórias do governo federal perante o setor privado, mais notadamente a nova legislação dos planos de saúde e os modelos competitivos normativo e tripartite. Na quinta seção, verifica-se a regulação federal sobre as transferências para estados e municípios, também através dos componentes normativo e tripartite. Na sexta seção, avaliam-se as estratégias de microrregulação voltadas ao controle de custos internos às empresas privadas (resumidas no conceito de *managed care*) e das relações entre níveis de governos e destes com os prestadores (resumidas nos contratos de gestão). Finalmente, encerra-se o artigo com considerações sobre as tendências e o grau de convergência dos modelos com políticas de regulação para o setor saúde no Brasil.

1.1 Modelos regulatórios

A moderna reforma regulatória começou nos Estados Unidos nos anos 70 atingindo setores como telecomunicações e linhas aéreas e expandiu-se por todo o mundo, incluindo os países do Leste Europeu e a antiga União Soviética. Na Grã-Bretanha muitas indústrias estavam organizadas como monopólios estatais. Ao longo da reforma regulatória, mercados foram liberalizados, indústrias reestruturadas e novos métodos e instituições reguladoras foram criados. Muitas iniciativas reduziram os controles burocráticos e a intervenção estatal. A desregulamentação radical fez parte das estratégias orientadas ao mercado, exaltando o seu potencial auto-regulador.

No entanto, as reformas sucessoras buscaram redirecionar as funções de Estado rumo a uma maior especialização. O conjunto de leis e normas dispersas pelas instituições públicas foi progressivamente realocado para agências regulatórias, enquanto muitas atividades foram efetivamente delegadas ao mercado ou a estruturas intermediárias, na forma de uma auto-regulação vigiada. De modo geral, as instituições públicas preservaram o monopólio coercitivo e as iniciativas políticas ao longo do processo reformador.

O modelo de regulação por agência tem sido difundido nas últimas décadas e as soluções britânicas de reforma de setores monopolísticos tornaram-se exemplares. A reforma regulatória na Grã-Bretanha enfatizou a competição e o controle tarifário através de agências, adaptando cada setor à regulação de preços empregada para a telefonia denominada RPI-X. O modelo buscou eficiência alocativa e produtiva e controle sobre as diversas formas de captura pelos agentes econômicos. A firma submetida ao RPI-X deveria assegurar que uma média ponderada de aumento de preços em um ano não excedesse o aumento percentual no índice de preços (*Retail Prices*

Essas experiências se situam como estratégias alternativas às soluções do tipo estatal universalista (sujeitas a problemas de captura² e baixa flexibilidade) ou de desregulação, *laissez-faire* ou auto-regulação (sujeitas às imperfeições de mercado). Um conjunto amplo de soluções intermediárias emerge na experiência internacional e nacional recente e influencia, em diferentes graus, as decisões em curso no caso brasileiro, e no setor saúde em especial.

De modo geral, os esquemas regulatórios mais atraentes combinam estratégias diferenciadas e individualizadas, que enfatizam a inclusão de grupos interessados no processo decisório, a indução a condutas responsáveis pelas empresas ou organizações semipúblicas e a maior especialização das agências estatais para focalizar a intervenção normativa *stricto sensu*.

Resumidamente, um mercado livre pode significar que a regulação privada organizada por cartéis impedirá a competição. Por sua vez, a regulação estatal indiscriminada pode ser facilmente contornada por realinhamentos de mercado. Evidências sugerem que uma boa política regulatória combina necessariamente aspectos da regulação estatal com a auto-regulação. A regulação é responsiva ao mercado à medida que diferentes estruturas conduzam a graus e formas diferenciadas de regulação, envolvendo a delegação consciente de certas funções regulatórias (Ayres & Braithwaite, 1992).

A estratégia das agências regulatórias deve considerar especificidades das empresas e dos ramos industriais e de serviços e promover um escalonamento do grau de intervenção estatal direta através de punições. Uma estratégia baseada exclusivamente na persuasão ou na auto-regulação será explorada por agentes puramente orientados pela racionalidade econômica; uma estratégia baseada principalmente na punição enfraquece a iniciativa inovadora de agentes socialmente responsáveis.

O modelo engenhoso e empiricamente testado de Ayres & Braithwaite (1992) focaliza dois aspectos interligados: o escalonamento e a delegação. A implementação de graus variados de intervenção estatal configura uma pirâmide com uma base ampla centrada na persuasão (onde ocorre a maior parte dos eventos) e, à medida que agentes exploram a delegação estatal (por captura, descumprimento de regras ou acordos), o regulador sobe na escala punitiva, desde advertências escritas, passando por penalidades civis, criminais, suspensão de licenciamento até a sua própria cassação, no ápice, onde ocorre a minoria dos eventos. A política implica explicitar aos agentes a

2 O termo *captura* é frequentemente utilizado na literatura relacionada a *escolha pública* para designar estratégias e atitudes de indivíduos no interior de instituições públicas que mimetizam atitudes de mercado. A captura pode estar diretamente associada à corrupção ou simplesmente se relacionar a disputas intraburocráticas em que interesses corporativos geram ineficiência na implementação de políticas governamentais. De modo geral, a literatura sobre regulação também faz uso do termo como um dos principais itens dos jogos entre reguladores e empresas reguladas.

capacidade e a intenção do regulador em escalonar sua intervenção. Quanto ao grau de autonomia conferido aos mercados, a base da pirâmide envolve a auto-regulação e a escala cresce em intervenção estatal (por camadas e número cada vez menor de casos) desde a auto-regulação controlada, regulação central com punições adaptadas ao caso e, por fim, regulação central com aplicação de normas universais e penalidades fixas pelo regulador.

Com relação à delegação, Ayres & Braithwaite (1992) apresentam uma estrutura organizacional capaz de implementar a noção de regulação responsiva. A principal estratégia é o tripartismo e visa fortalecer a cooperação no jogo regulatório e inibir a captura e a corrupção. O tripartismo³ implica delegar funções (*empowering*) a grupos de interesses públicos. São designados três pressupostos para assegurar eficiência à participação desses grupos: a) todos os seus membros devem ter acesso às mesmas informações disponíveis ao regulador; b) os grupos devem ter assento à mesa de negociações entre a empresa e a agência regulatória; c) os grupos têm o mesmo poder de denúncia que o regulador.

Os problemas decorrentes da incorporação dos grupos públicos são contornáveis na implementação da política. A captura dos grupos pela empresa ou regulador é dificultada pela escala, à medida que os grupos são competitivos entre si e não detêm monopólio de representação. O hiperativismo é parcialmente superado pela competição entre grupos e disseminação de informações aos liderados, embora problemas persistam com relação às associações que perdem adeptos por adotarem políticas cooperativas com governos e empresas.

Uma outra forma de delegação na política regulatória é a auto-regulação controlada, na qual a negociação ocorre entre cada empresa e o Estado em particular e a empresa é chamada a elaborar o seu código de condutas para evitar que o Estado proponha padrões exagerados ou tecnologicamente defasados. A vantagem se refere aos casos de alta especialização das atividades das empresas. O código escrito deve estar adequado às estratégias do Estado e, uma vez rompido, o regulador sobe na escala punitiva estatal.

Outro modelo delegativo é o da intervenção parcial no ramo industrial, em que o Estado regula apenas parte da indústria, esperando que as demais empresas do ramo acompanhem o padrão estabelecido. O foco pode estar na empresa principal, para gerar um padrão de conduta dominante, ou nas mais fracas, para melhorar seu desempenho.

No caso do setor saúde no Brasil, o modelo se aplica com variações de tripartismo e de intervenção estatal escalonada segundo o setor (pirâmide de intervenção), embora inovações como a regulação parcial de empresas por ramo industrial (medicamentos, equipamentos médicos) ou auto-regulação controlada possam gerar cooperação e redução de custos de transação na política regulatória. O

1.2 A reforma do Estado no Brasil e as novas agências regulatórias

O curso da reforma do Estado no Brasil decorreu não apenas da interação com a agenda internacional, mas de fatores internos associados à crise fiscal. Como em diversos países, a reforma seguiu-se aos ajustes macroeconômicos, combinadas a expectativa de ganhos de eficiência nas empresas públicas e a expectativa de maior responsabilização nas relações entre governo e sociedade.

De modo geral, a reforma decorre da crise do Estado desenvolvimentista, do controle direto sobre a indústria e os serviços, e da falência do modelo organizacional da burocracia pública orientada pelos procedimentos. A reforma aponta para a privatização de empresas públicas, estímulo à competitividade em setores monopolizados e, em termos de organização institucional, o Estado busca reorientar sua estrutura no sentido de ampliar sua capacidade gerencial, desenvolver estruturas regulatórias, aumentar o grau de responsabilização. As mudanças propostas levam à redefinição da burocracia estatal, passando de um perfil organizacional, para uma burocracia profissional assemelhada à norte-americana, nos moldes definidos por Silberman (1993).

O redesenho das funções de Estado e sua profissionalização influem nas políticas regulatórias, especialmente pela criação de agências. A reforma é também difundida por agências internacionais que formulam suas soluções de acordo com os resultados obtidos em experiências modelares. O enfraquecimento de soluções centradas na redução absoluta do aparelho de Estado levou à reorientação das proposições de agências influentes para estratégias de ampliação da capacidade institucional de interação do Estado com mercados e maior transparência nas decisões, enfatizando fatores como confiança e pactuação na relação entre agentes públicos e privados (Banco Mundial, 1997).

O Brasil interagiu mais diretamente com essa agenda após 1994, com o governo de Fernando H. Cardoso, e o desenho institucional foi expresso no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (Brasil, 1995), do qual o fator dominante na implementação foram as privatizações de empresas estatais.

No debate interno se fortaleceram idéias que associam o controle estatal direto de setores da economia com ineficiência; baixos investimentos em setores estratégicos (energético, siderúrgico, telefonia); e efeitos fiscais perversos. As empresas estatais e a burocracia pública foram consideradas capturadas pelos funcionários e os benefícios sociais da ação governamental como voltados ao incremento de *welfare* do pessoal interno.

A burocracia pública foi submetida a proposições de maior contratualização, mas a baixa confiança transmitida pelo governo federal aos agentes potenciais da mudança e a subordinação das reformas a objetivos fiscais, ampliaram a percepção de

riscos de enfraquecimento definitivo da capacidade de Estado. A convergência de padrões de burocracia organizacional e profissional exige abordagens mais complexas pelas próprias peculiaridades da formação do Estado no Brasil.

A administração pública brasileira apresenta um modelo de sincretismo resultante de distintos padrões de trocas, resumidos por Nunes (1997) no clientelismo, no universalismo de procedimentos, no insulamento burocrático e no corporativismo. A reforma e os regimes regulatórios emergentes devem considerar as especificidades dessa formação sincrética.

O Plano Diretor (Brasil, 1995) estabeleceu um desenho institucional coerente com processos em curso desde o início dos anos 90, especialmente com o Programa Nacional de Desestatização, de 1991, e as próprias privatizações de empresas estatais da década de 80. Pelo desenho proposto, o aparelho de Estado apresenta quatro setores diferenciados: a) o núcleo estratégico representa o governo propriamente dito e compreende os Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário; b) as atividades exclusivas do Estado, não delegáveis, envolvem regulação, segurança e arrecadação de impostos; c) os serviços não exclusivos, em que o Estado pode atuar em cooperação com organizações públicas não estatais voltadas à promoção de justiça social ou preservação de atividades essenciais não providas adequadamente pelo mercado; e d) produção de bens e serviços para o mercado, representando basicamente monopólios estatais submetidos a programas de privatização. As funções regulatórias se diferenciam quanto ao foco e às estruturas organizacionais de acordo com o setor abordado e sua posição no aparelho de Estado.

A reforma no plano institucional implica redefinir as formas de propriedade e a própria natureza jurídica das organizações públicas, o que traz conseqüências para as políticas regulatórias. Adota-se, além da propriedade estatal e privada, o conceito de propriedade pública não estatal materializada em organizações que não possuem proprietários e são orientadas ao interesse público. Tanto nas agências executivas (voltadas ao desempenho de atividades exclusivas e não delegáveis), como nas organizações sociais (para desenvolver atividades essenciais em cooperação com o Estado), as relações devem ser estabelecidas através de contrato de gestão.

A privatização das empresas estatais foi o componente da reforma de implementação mais acelerada. Contudo, a reforma do serviço civil tem sido postergada e as decisões governamentais nesta área subordinadas ao ajuste macroeconômico e à redução dos gastos públicos.

O modelo regulatório utilizado no Brasil segue a experiência internacional de intervenção governamental sobre os monopólios naturais e de busca de eficiência alocativa e controle tarifário. No Quadro 1, composto a partir da análise dos elementos principais da extensa legislação setorial, apresentam-se as características das agências regulatórias criadas nos últimos anos nos setores elétrico, energético e de

Quadro 1. Comparativo da legislação regulatória, 1996/99, Brasil

	<p>Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL) Lei n. 9.427, de 26 de dezembro de 1996.</p> <p>Autarquia sob regime especial (1)</p> <p>Regular e fiscalizar o setor de energia elétrica, conforme políticas e diretrizes do governo federal.</p> <p>Licitar; fixar parâmetros; celebrar e gerir contratos de concessão ou permissão de serviços públicos; arbitrar conflitos entre agentes e com consumidores; fixar preços de transporte destinado à geração de energia elétrica; assegurar a competição entre os agentes e evitar a concentração econômica; fixar multas.</p>	<p>Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL) Lei n. 9.472, de 16 de julho de 1997.</p> <p>Autarquia sob regime especial (1)</p> <p>Regular o setor e implementar políticas nos Termos da Lei Geral de Telecomunicações.</p> <p>Normalizar a outorga, prestação e fruição ou a extinção de direitos dos serviços no regime público; celebrar contratos de concessão e fiscalizar a prestação do serviço; proceder a revisão tarifária; administrar e editar atos de outorga e extinção de direito de uso de radiofrequência e de órbita; expedir normas de prestação de serviços no regime privado; padronizar equipamentos e produtos; dirimir conflitos entre agentes; estabelecer a estrutura tarifária para cada modalidade de serviço; intervir em concessionárias.</p>	<p>Agência Nacional de Petróleo (ANP) Lei n. 9.478, de 6 de agosto de 1997.</p> <p>Autarquia sob regime especial (1)</p> <p>Regular, contratar e fiscalizar as atividades econômicas no setor e implementar a política nacional de petróleo.</p> <p>Delimitar blocos para concessão de atividades de exploração; desenvolvimento e produção; regular e fiscalizar serviços e atividades integrantes da indústria do petróleo; licitar as concessões e celebrar contratos; tarifar o transporte dutoviário; definir áreas adequadas à implementação das políticas setoriais para desapropriação; normalizar a preservação ambiental; estimular a pesquisa e adoção de novas tecnologias; consolidar informações sobre reservas nacionais de petróleo e gás natural.</p>	<p>Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) Lei n. 9.782, de 26 de janeiro de 1999.</p> <p>Autarquia sob regime especial</p> <p>Controle sanitário da produção, comercialização de produtos e serviços além do comércio de portos, aeroportos e fronteiras</p> <p>Coordenar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária; estudar e pesquisar; estabelecer limites de contaminantes, tóxicos, desinfetantes, pesticidas e outros; intervir em entidades produtoras de produtos de consumo público; controlar a qualidade dos produtos e serviços prestados de acordo com os requisitos estabelecidos em legislação nacional; atuar em conjunto com o Ministério da Saúde e com o Ministério da Educação e Cultura para a promoção de ações de educação em saúde; aplicar as penalidades previstas em lei.</p>
Lei				
Regime				
Objetivos e Competências Gerais				
Competências Específicas				

	Diretor-Geral e quatro Diretores, sendo um na função de Ouvidor.	Conselho Diretor composto por cinco conselheiros. Ouvidor nomeado pelo Presidente da República com mandato de dois anos, permitida uma recondução.	Diretor-Geral e quatro Diretores.	Diretoria Colegiada com até cinco membros, sendo um deles Diretor-Presidente, contando com um Ouvidor, um Corregedor e um Procurador.
	Proibição de nomeação de pessoas vinculadas a agentes ou órgãos representativos do setor; mandatos não coincidentes de quatro anos; exoneração imotivada de Diretor só é permitida nos quatro meses iniciais do mandato; quarentena de 12 meses.	Mandato de cinco anos, vedada a recondução; proibida exoneração imotivada; proibição de nomeação de pessoas vinculadas a agentes ou órgãos representativos do setor, salvo a de professor universitário; quarentena de 12 meses.	Proibição de nomeação de pessoas vinculadas a agentes ou órgãos representativos do setor nos 12 meses anteriores; diretores cumprirão mandatos de quatro anos, não coincidentes, permitida a recondução; quarentena de 12 meses	Mandato de três anos, admitida uma recondução; exoneração imotivada só é permitida nos quatro primeiros meses do mandato; proibição de nomeação de pessoas vinculadas a agentes ou órgãos representativos do setor, salvo atividades em entidades públicas de ensino e pesquisa; quarentena de 12 meses.
	Presidência da República após aprovação pelo Senado Federal.	Presidência da República após aprovação pelo Senado Federal.	Presidência da República após aprovação pelo Senado Federal.	Presidência da República após aprovação pelo Senado Federal.
Gestão	Sim.	Não.	Não.	Sim.
	Taxas de fiscalização; recursos do Orçamento Geral da União; venda de publicações e taxas de inscrições em concurso público; rendimentos de operações financeiras; recursos de convênios e contratos celebrados; doações e similares; venda ou aluguel de imóveis e móveis.	Receitas destinadas ao Fundo de Fiscalização das Telecomunicações (FISTEL) administrado pela Agência; taxas de fiscalização, de concessão, permissão ou autorização para a exploração de serviços no setor; recursos do Orçamento Geral da União, rendimentos de operações financeiras, pagamentos de multas e indenizações, convênios, acordos e contratos, doações e similares, receitas de prestação de serviços técnicos.	Recursos do Orçamento Geral da União; parcelas de participações governamentais decorrentes da implementação da legislação; convênios, acordos ou contratos com agentes setoriais; doações e similares; taxas e multas decorrentes de legislação específica; venda ou locação de imóveis de sua propriedade	Taxa de fiscalização sanitária; retribuição por serviços prestados por terceiros; multas e execução de dívida ativa; recursos do Orçamento Geral da União; convênios, contratos ou acordos celebrados; doações e similares; venda ou aluguel de bens móveis e imóveis.

uia sob regime especial, parte da administração pública indireta, é caracterizada por independência administrativa, estabilidade de seus funcionários, autonomia financeira e ausência de subordinação hierárquica.

além da ANVS, foi criada pela Lei n. 9.961, de 28 de janeiro de 2000, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), voltada para a regulamentação dos planos e seguros de saúde.

A análise da legislação regulatória mostra convergência entre setores bem diferenciados. Primeiramente, a legislação é recente, cobrindo o período de dezembro de 1996 a janeiro de 1999. Um aspecto relevante está na adoção do modelo autárquico especial, e na autonomia daí decorrente, e que repercute no grau de insulamento dos diretores nomeados. Embora a duração dos mandatos varie, assim como a possibilidade de recondução, existem cláusulas de estabilidade nas funções, além de regulamentos voltados a isolar as relações entre os diretores e agentes econômicos e atores políticos no setor. Este grau de insulamento mostra-se marcante quando cotejado com as funções bastante amplas desempenhadas por essas agências. Pelo caráter recente desse ordenamento, não existem estudos sobre o seu desempenho, nem sobre a implementação do contrato de gestão estabelecido para a Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL), ANVS e ANS. De modo geral, as agências possuem competências bastante amplas para intervir no mercado, fixar parâmetros, fiscalizar o comportamento dos agentes e estabelecer normas para maior competitividade nos setores em que a privatização foi mais acelerada, como nas telecomunicações e energia elétrica.

O caso brasileiro segue, no entanto, outros países ao priorizar a busca por recursos para investimentos em infra-estrutura; isolar as empresas estatais do Tesouro Nacional; e arrecadar recursos volumosos para as contas governamentais. A eficiência econômica decorrente da mudança do controle acionário é esperada em função da orientação ao mercado das decisões internas das empresas. A despeito da literatura apontar para casos em que essas expectativas não podem ser comprovadas, de modo geral, a maior parte dos estudos realizados revela ganhos de eficiência nas empresas desestatizadas. Embora sejam menos claros os ganhos sociais advindos desses processos.

No Brasil são poucos os estudos empíricos avaliando a eficiência econômica e o incremento de *welfare* decorrente das privatizações, havendo maior dependência de dados obtidos através de relatórios de agências oficiais condutoras da privatização, como o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e social (BNDES), ou de consultorias econômico-financeiras. No entanto, dois estudos são aqui apontados no sentido de analisar os efeitos mais recentes das privatizações.

Pinheiro (1996) analisou oito variáveis (receita líquida, lucro líquido, patrimônio líquido, investimento, imobilizado, número de empregados, endividamento e liquidez corrente) e observou as empresas privatizadas em dois grupos (década de 80 e 1991/94). Os resultados, até o momento, podem sugerir que a privatização promoveu melhoria bastante significativa em termos estatísticos e econômicos no desempenho das empresas. São feitas, no entanto, algumas considerações: a) não é totalmente certo se as mudanças observadas nas empresas são devidas à privatização (e não por medidas paralelas de liberalização e desregulamentação) e se estas não ocorreriam se a empresa não fosse privatizada. No entanto, o elevado número de empresas privatizadas e a regularidade nos resultados reforça a conclusão geral; b) os efeitos sociais da privatização não são bem medidos: de um lado, a gerência privada tende a aumentar a

eficiência empresarial e, de outro, esta motivação pode levar à maior exploração dos consumidores, trabalhadores e meio ambiente.

Essas questões devem ser acompanhadas atentamente na definição de modelos regulatórios. "Se os objetivos sociais são externos à firma, a comparação entre os desempenhos de empresas estatais e privadas é uma tarefa quase impossível, pois o resultado das atividades com objetivos não comerciais é quase impossível de medir". No entanto, afirma-se que os objetivos sociais das estatais costumam ser mais internos a seus empregados e dirigentes que externos e "o abandono destes objetivos levaria a um excedente total gerado pela firma e tenderia a beneficiar a sociedade como um todo" (Pinheiro, 1996).

Com relação à crise fiscal como fator motivante das privatizações, em 1995 a estimativa de necessidades de investimento governamental em infra-estrutura era da ordem de US\$ 14,3 bilhões a US\$ 17,9 bilhões ao ano e a disponibilidade orçamentária foi de US\$ 7,3 bilhões. Firmou-se a convicção de que somente o setor privado poderia levantar tais recursos. A motivação fiscal foi fator relevante para a definição da estratégia de privatização no setor elétrico, o qual envolveu mais diretamente também os governos estaduais. Este modelo foi centrado em criar concorrência entre as empresas privadas na geração e distribuição de eletricidade, ao passo que as linhas de transmissão permaneceriam no setor público. As privatizações ocorreram em ambiente favorável ao investidor, expresso no saneamento das empresas e no alinhamento tarifário (Baer & Macdonald, 1997).

O processo em curso deverá refletir um balanço entre as falhas de mercado (tendência à concentração econômica) e as falhas de regulação. "No antigo ambiente de regulação, os preços da eletricidade eram uniformes em todo o âmbito nacional e o governo garantia um retorno sobre os ativos de 10% a 12% ao ano. As empresas (todas públicas, naturalmente) que registrassem mais de 12% tinham de transferir o excesso de lucros para aquelas incapazes de auferir um retorno de pelo menos 10%. Pela nova lei de regulação, todas as empresas são responsáveis por estabelecer suas próprias tarifas (com base em sua estrutura de custos), as quais têm de ser aprovadas pela ANEEL" (Baer & Macdonald, 1997).

Os resultados gerais das privatizações em setores monopolísticos permitem dimensionar o impacto econômico provocado e a relevância da estrutura e dos mecanismos regulatórios em maturação. O Tesouro Nacional arrecadou com privatizações no Programa Nacional de Desestatização no período de 1991/97, o montante de US\$ 18 bilhões e houve transferência de dívidas das empresas na ordem de US\$ 8,2 bilhões (Almeida, 1998). Na Tabela 1 se observa a distribuição por ramo.

Tabela 1. Desempenho do PND por setor, 1991/97

Setor	Participação percentual
Siderúrgico	31
Mineração	19
Elétrico	17
	11

1998, especialmente no setor de telefonia, que atingiu R\$ 22,06 bilhões. Os governos estaduais realizaram vendas de cerca de US\$ 11 bilhões graças especialmente às privatizações do setor elétrico. O perfil dos compradores no PND no período 1991/97 é mostrado na Tabela 2. Observa-se uma participação mais reduzida dos investidores estrangeiros, embora se deva ressaltar que estes tiveram significativa atuação nos leilões de 1998 para o setor de telecomunicações e telefonia, com 71% dos investimentos.

Tabela 2. Perfil dos compradores, PND, 1991/97

Investidores	Participação (%)
Empresas nacionais	45
Setor financeiro	14
Pessoas físicas	14
Investidores estrangeiros	13
Fundos de pensão	13
Total	100

Fonte: Almeida (1998).

1.3 Dimensões dos sistemas público e privado de saúde no Brasil

No caso brasileiro é marcante a interação entre os setores público e privado na conformação da atenção à saúde. No sistema público (Sistema Único de Saúde – SUS), uma parcela significativa de serviços é comprada junto a hospitais e clínicas privadas. Com relação ao setor privado, existe uma forte expansão de planos e seguros de saúde que envolvem subsídios indiretos.

A articulação entre os sistemas diversifica a política regulatória, em três campos principais:

- relacionados ao foco da regulação: sistema público (sobre as transferências entre governos e compra de serviços aos prestadores privados); ou sistema privado (sobre a regulação do mercado, como nos planos de saúde);
- relacionados ao desenho organizacional: agências regulatórias especializadas; controle burocrático universal (Tribunal de Contas, Ministério Público, Sistema Nacional de Auditoria); ou por conselhos pluripartites; e
- relacionados ao instrumento: contratos de gestão; programas de incentivos; guias de decisão médica.

As políticas regulatórias objetivam o controle sobre os dois sistemas e suas conexões. Grosso modo, a clientela se divide em cerca de 41 milhões de usuários do setor privado e de 118 milhões de usuários do SUS. Essa separação é meramente descritiva, na medida em que o SUS provê acesso universal e os beneficiários de planos e seguros de saúde recorrem, conforme o caso, às suas unidades. Os serviços contratados ao SUS, por sua vez, podem estabelecer relações contratuais com as empresas e cooperativas de saúde.

As relações contratuais entre estes agentes, deles com governos e entre as diferentes esferas de governo são diversificadas, mas podem ser resumidas nas seguintes situações:

- entre o governo federal, estados e municípios, afora convênios e acordos caso a caso, as transferências e os compromissos são regulados pela legislação do SUS, atualizados e detalhados por normas operacionais e portarias que a instrumentalizam. As principais são a Norma Operacional Básica NOB/96 e a Instrução Normativa 01/1998 do Ministério da Saúde;
- entre os governos e prestadores, as relações são também definidas nos termos da NOB/98 e da IN/98, seguindo padrões de credenciamento sem exclusividade ao SUS;
- entre os agentes privados e os consumidores a relação é contratual, porém a diversificação de condições contratuais foi reduzida após a recente regulação instituída pela Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998;
- entre os agentes privados e os profissionais contratados ou conveniados as relações são muito diferenciadas, mas os pagamentos envolvem de modo geral o cumprimento de tabelas e os órgãos de representação dos médicos interagem com as empresas e cooperativas no sentido de unificar os valores por procedimentos.

As relações entre níveis de governo e destes com os prestadores privados são reguladas pelos parâmetros da NOB/96 e portarias vinculadas. Os pagamentos e transferências decorrem da aplicação de tabelas e são consolidados em sistemas públicos de informação, como o SIA-SUS, SIH-SUS e diversas outras bases de dados nacionais. O Sistema Nacional de Auditoria, estruturado por nível de governo, realiza a regulação tradicional das contas e produção de serviços e os Conselhos de Saúde desenvolvem os componentes políticos da regulação. Os dados resumidos a seguir mostram as dimensões desses sistemas.

✓ Sistema privado

O dinamismo do sistema privado deve-se basicamente à medicina suplementar. A regulação estatal será discutida adiante em função da legislação recente e a microrregulação implementada se deve basicamente à aplicação pelas empresas de técnicas de *managed care*. Como pano de fundo para essas transformações está o impacto de custos de atenção e a sua repercussão para os consumidores e para os próprios custos internos às empresas e cooperativas, entre outras modalidades. Os preços dos serviços de saúde subiram 110% desde agosto de 1994 (após o Plano Real) até agosto de 1997, para apenas 63% de aumento do IPC medido pela FGV (crescimento real de 28,8%).

Fonte: FGV. *Conjuntura Econômica* (maio 1998).

De acordo com a revista *Conjuntura Econômica*, o setor que mais cresceu, o dos seguros-saúde, apresentou uma concentração para 1997 em três grandes empresas segundo prêmios auferidos, conforme dados de Demonstrações Contábeis Publicadas/FIP: Sul América (34,21%); Bradesco (26,60%); e Golden Cross (13,39%). A cobertura aumentou 6,4% entre 1992 (32 milhões de pessoas) e 1997 (41 milhões de pessoas). Em 1997 os planos coletivos respondiam por 75% da cobertura, com preço médio anual per capita de R\$ 462,50 e custo de R\$ 367,50, gerando 137 mil empregos diretos e 240 mil indiretos. O setor, que se expandiu através da medicina de grupo nos anos 60, cobra preços médios anuais de R\$ 306,00 e apresenta os menores custos médicos anuais per capita (R\$ 229,50). As seguradoras que surgiram mais tardiamente trabalharam com cálculos atuariais e reservas técnicas, tratando a doença como sinistro e o preço médio anual dos planos de seguros para 1997 foi de R\$ 755,00 para um custo médio de R\$ 566,00. A Tabela 4 resume as relações entre prêmios e custos no setor.

Tabela 4. Assistência supletiva, prêmios e custos, Brasil, 1997, em reais correntes

Modalidade	Número de operadoras	Número de Segurados/ associados	%	Preços médios anuais per capita	Custos médios anuais per capita
Medicina de grupo (Abramge) ⁽¹⁾	670	17.000.000	41,12	306,00	229,50
Seguros-saúde (Fenaseg) ⁽²⁾	40	5.300.000	12,80	755,00	566,00
Cooperativas médicas (Unimed)	350	10.000.000	24,20	420,00	315,00
Autogestão e planos administrados (Abraspe e Ciefas) ⁽³⁾	150	9.000.000	21,80	633,60	570,24

⁽¹⁾ Associação Brasileira de Medicina de Grupo.

⁽²⁾ Federação Nacional de Empresas de Seguros Privados e de Capitalização.

⁽³⁾ Associação Brasileira de Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas e Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde.

Fonte: Cata Preta, H., Golden Cross-Dicof.

Segundo essas fontes, em dezembro de 1996, os 41.300.000 de beneficiários/segurados em planos e seguros de saúde estavam distribuídos da seguinte forma: 10.530.000 (25,5%) em planos individuais e 30.770.000 em planos coletivos (74,5%).

Em comparação com o sistema SUS para 1997, que disponibilizou para 118,7 milhões de pessoas o total de 6.992 hospitais (566 mil leitos e 70 mil médicos), o sistema privado apresentou vantagens no plano da oferta de serviços ao atender a 41 milhões de pessoas (34% do SUS) ofertando 4.300 hospitais (62% do SUS), 372 mil leitos (66%) e 120 mil médicos (171%). Esses dados devem ser, entretanto, correlacionados com a sua distribuição regional, à medida que tendem a acompanhar a oferta de serviços em centros urbanos mais desenvolvidos, ao passo que o SUS possui uma distribuição bem mais eqüitativa e fatores de custo e escala para desenvolver estruturas não disponíveis em regiões menos desenvolvidas tendem a diminuir a relação de médicos e leitos por segurado.

✓ Sistema público

Com relação ao sistema público, a participação dos gastos nos três níveis de governo foi de 3,4% do PIB em 1989; 2,3% do PIB em 1993; voltando a subir para 3,5% do PIB em 1997. Observado isoladamente, o governo federal apresentou uma queda de 2,7% do PIB, ao final da década de 80, para 2,3% do PIB em 1997, mesmo com a receita da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF). Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), o gasto federal com saúde no Brasil em relação ao gasto federal total (fiscal e seguridade social) foi de 4,1% em 1996.

A Tabela 5 mostra a composição do gasto federal em saúde, devendo ser lembrado que o setor privado contratado recebe diretamente dos estados e municípios.

Tabela 5. Gasto federal em saúde em relação ao PIB, Brasil, 1996

Item	Porcentagem
Gastos diretos	1,62
Transferências a estados e DF	0,07
Transferências a municípios	0,21
Transferências a instituições privadas	0,03
Total	1,94

Fonte: Ipea.

Os números apresentados pelo sistema público são relativamente elevados, especialmente se considerar que a oferta é bastante diversificada e envolve itens de alto custo e alta complexidade, como transplante de órgãos, quimioterapia, hemodiálise, cirurgia cardiovascular, entre outros (Tabelas 6, 7 e 8).

Tabela 6. Produção ambulatorial, em reais, 1997, por região e gestão

Região	Estadual	Municipal	Total
Norte	143.249.348,83	24.826.219,89	168.075.568,72
Nordeste	750.812.750,52	132.322.750,52	883.135.501,04
Sudeste	1.458.550.733,59	399.605.515,19	1.858.156.248,78
Sul	315.079.610,08	205.650.143,53	520.729.753,61
Centro-Oeste	186.200.614,09	35.132.007,74	221.332.621,83
Total	2.853.893.057,11	797.536.636,87	3.651.429.693,98

Fonte: Datasus.

Tabela 7. Produção ambulatorial, em reais, 1997, por região e tipo de prestador

Região	Públicos ⁽¹⁾	Privados ⁽²⁾	Universitários ⁽³⁾	Total
Norte	130.292.018,41	35.959.085,18	1.824.465,13	168.075.568,72
Nordeste	496.443.783,04	355.270.704,90	31.421.013,10	883.135.501,04
Sudeste	911.560.527,35	644.067.322,58	302.528.398,85	1.858.156.248,78
Sul	249.795.832,36	221.292.639,44	49.641.281,81	520.729.753,61
Centro-Oeste	128.449.942,42	78.334.882,97	14.547.796,04	221.332.621,83
Total	1.916.542.103,58	1.334.924.635,47	399.962.954,93	3.651.429.693,98

	plena da assistência						
Norte	118,2	0,00	54,8	172,9	65,5	94,5	13,0
Nordeste	686,2	6.845,5	226,0	919,1	238,5	502,1	178,4
Sudeste	1.221,7	0,00	516,3	1.738,1	265,8	971,0	501,4
Sul	381,9	0,00	330,3	712,2	31,4	422,5	258,2
Centro-Oeste	152,3	0,00	113,4	265,7	48,9	147,0	69,7
Total	2.560,3	6.845,5	1.240,8	3.808,0	650,1	2.137,1	1.020,7

Fonte: Datasus.

1.4 A regulação dos planos e seguros de saúde no Brasil: universalismo normativo e tripartismo

O crescimento da atenção à saúde suplementar no Brasil exacerbou a assimetria entre as empresas que atuam no setor e os consumidores, especialmente quanto às regras de acesso, percepção de direitos e transferência de custos. Modalidades minoritárias, como nos planos de autogestão, voltadas para clientela organizada, mais comuns entre funcionários públicos e empregados de empresas estatais, mostram condições mais favoráveis de barganha dos associados com as operadoras. Os empregadores, de modo geral, possuem menor domínio de informações e experiência em negociar diretamente com as operadoras que vendem planos coletivos. Os consumidores individuais, por sua vez, tradicionalmente dispõem de menores recursos de ação coletiva para assegurar melhores preços e serviços. A percepção de assimetria na relação entre agentes econômicos entre si e com consumidores gerou pressão política e intervenção do governo federal, no sentido de regular o setor em âmbito nacional.

Pela complexidade do setor, as estratégias regulatórias implementadas e em formulação seguem as características básicas do modelo proposto por Ayres & Braithwaite (1992). O universalismo normativo guarda consonância com as atribuições da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, vinculada ao Ministério da Saúde, em que a aplicação de multas e o acompanhamento da produção industrial e de serviços ocupam o centro da atuação. O tripartismo se manifesta nos organismos colegiados com funções regulatórias, que incorporam representantes de empresas, profissionais de saúde e usuários, como a Câmara de Saúde Suplementar. A formação de agência regulatória segue a tendência reformadora em curso no país. O escalonamento da intervenção estatal e a seletividade na atividade regulatória dependem de interações repetidas e prolongadas entre governo, grupos públicos e empresas em um novo ambiente regulador.

A nova legislação federal para o mercado de planos e seguros de saúde no Brasil se concentrou em dois pontos básicos: padronizar parte dos serviços oferecidos e montar um sistema regulatório eficiente. Medidas adicionais, como o controle da seleção de risco praticado por diversas operadoras e a exigência de garantias financeiras, seguindo padrões da Superintendência de Seguros Privados (Susep), na comercialização dos planos, buscam melhorar a posição dos consumidores no mercado.

A Lei n. 9656, de 3 de julho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros de assistência à saúde é a de n. 9.656 de 3 de junho de 1998, alterada pela Medida Provisória n. 1.730-7, de 7 de dezembro de 1998. Após a sua publicação, o conflito de

interesses no setor envolvendo representantes governamentais, das diversas organizações privadas e de entidades médicas, resultou em sucessivos adiamentos nos seus prazos de execução e na revisão de alguns itens. Os principais componentes desta regulamentação são os seguintes:

- abertura da participação de grupos estrangeiros no mercado nacional;
- atribuição da regulamentação dos planos privados de assistência à saúde ao Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP), presidido pelo ministro da Fazenda e composto pelos ministros da Saúde, Justiça, Previdência e Assistência Social, o presidente do Banco Central, o superintendente da Superintendência de Seguros Privados (Susep) e o presidente do Instituto de Resseguros do Brasil (IRB);
- definição da Susep como ente regulatório de acordo com as disposições do CNSP, competente para autorizar a constituição ou alterações na composição acionária ou funcionamento dos planos comercializados;
- criação de um pacote mínimo na assistência à saúde e mecanismos para controlar a seleção de risco pelas operadoras. As principais medidas são: proibição da exclusão de qualquer indivíduo em função de idade e da condição de portador de deficiência física; estabelecimento de limites para a exclusão de doenças e lesões preexistentes; garantia ao trabalhador do direito de usufruir do plano de saúde após deixar o emprego, extensivo aos dependentes, por período variável entre 6 meses e 24 meses;
- vinculação dos planos e seguros a garantias securitárias e atribuição de poder interventor à Susep sempre que ocorrer insuficiência nas garantias oferecidas pelas empresas;
- estabelecimento do ressarcimento pelas operadoras de serviços prestados a seus consumidores em unidades do SUS;
- criação do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), de caráter colegiado vinculado ao Ministério da Saúde para atuar com relação aos componentes assistenciais do setor, composto pelos ministros da Saúde, Fazenda e Justiça e representantes da Susep e da equipe do Ministério da Saúde;
- criação da Câmara de Saúde Suplementar como órgão do CONSU e definição de sua composição de forma abrangente, incluindo representantes governamentais dos ministérios afins à política implementada, quais sejam, do Conselho Nacional de Saúde; do CONASEMS; do CONASS; de entidades de defesa de consumidores; de clientelas organizadas; de entidades representantes das empresas que atuam no setor; e de entidades representativas dos médicos e odontólogos.

A disputa sobre as regras de atuação e configuração regulatória final mostra forte resistência dos ofertantes de planos e seguros de saúde. A Confederação Nacional de Saúde, que representa a medicina de grupo, e a Confederação Nacional do Comércio, representante das seguradoras, argüíram no Superior Tribunal Federal duas ações de

hegemônica na regulação do mercado de saúde suplementar.

As funções do Ministério da Saúde foram definidas mais claramente pela Medida Provisória n. 1.685-3, de 27 de agosto de 1998, que alterou alguns pontos da Lei n. 9.656/98, caracterizando o Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) como um órgão integrante da estrutura do Ministério da Saúde e deliberativo quanto à prestação de serviços pelo setor de saúde suplementar. Posteriormente, a Medida Provisória n. 1.730-7, de 7 de dezembro de 1998, vinculou o organismo colegiado multipartite, a Câmara de Saúde Suplementar, ao CONSU e, dessa forma, ao Ministério da Saúde.

As sucessivas adaptações da legislação e o adiamento para dezembro de 1999 da obrigatoriedade para que as operadoras oferecessem planos que atendessem as doenças preexistentes, atestam os conflitos de interesses e fracas coalizões ao longo do processo decisório. Com relação à dinâmica intragovernamental, a regulação dos planos e seguros privados ficou dividida entre o CONSU, órgão do Ministério da Saúde, com atuação predominante sobre os componentes técnicos da assistência, e o Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP), órgão do Ministério da Fazenda, com atuação predominante sobre os componentes financeiros da atividade empresarial.

As incertezas na implementação da nova legislação aumentaram em função da esperada transferência de custos, em alguma escala, aos consumidores e possíveis reajustes na conversão aos novos contratos.

O controle de custos e a impossibilidade de plena transferência aos consumidores em função da ação de órgãos governamentais (Conselho Administrativo de Defesa Econômica – CADE federal, Órgãos de Proteção ao Consumidor (Procons estaduais, por exemplo) e da competição em mercado, levaram as empresas a buscarem mecanismos internos de controle do trabalho médico e encontraram forte oposição de entidades médicas à propalada “invasão do *managed care* norte-americano”. O Conselho Federal de Medicina (CFM), representado na Câmara de Saúde Suplementar, desenvolveu forte atividade no sentido de promover maior controle governamental sobre o sistema e encontrou forte resistência dos médicos ao ajuste financeiro das empresas. Os limites entre a defesa do predomínio do sistema público combinado à resistência com relação a possíveis perdas de médicos contratados ou conveniados a operadoras ou cooperativas levaram o próprio CFM a ter reservas com relação ao ressarcimento ao SUS pelas operadoras de planos e seguros em função do atendimento de seus segurados pela rede pública, como previsto pela Lei n. 9.656/98. A Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos Médicos (TUNEP) pratica valores de ressarcimento cerca de 1,75 a 5 vezes superiores aos da Tabela SUS, porém inferiores à Tabela da Associação Médica Brasileira (AMB), e as entidades médicas temem que o padrão de ressarcimento ao SUS seja transferido à relação das operadoras com os médicos.

A intensa atividade de grupos de interesses médicos, de clientelas organizadas e de operadoras de planos e seguros torna complexo o jogo regulatório. Com relação ao setor privado, diversas associações são ativas na esfera política e a defesa de interesses compõe um mosaico em função da própria clientela atendida. A competição no mercado, em função dos produtos oferecidos, se reproduz no plano político e a

distribuição de perdas é desigual. O perfil da atividade política está diretamente ligado ao segmento representado e à percepção de perdas ante a nova legislação. As organizações mais atuantes e a sua base constituinte segundo suas próprias informações são:

– Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde (CIEFAS) – congrega 116 instituições, entre instituições públicas, empresas estatais e associações de funcionários no sistema de autogestão. Possui cerca de 8 milhões de associados. A administração no sistema de autogestão é própria das empresas que internalizam custos administrativos objetivando ganhos por não recorrerem à intermediação e maior adaptação de estratégias ao perfil de seus associados;

– Cooperativa de Trabalho Médico (Unimed), possui cerca de 86 mil médicos cooperados para cerca de 11 milhões de usuários atendidos através de 367 cooperativas em todo o país. Possui integração com alguns setores sindicais médicos e objetiva ganhos ao propalar a não-intermediação de empresas na relação com os usuários;

– Medicina de Grupo, representada pelo sistema ABRAMGE/SINAMGE/CONAMGE. Opera planos coletivos, individuais e familiares. Atende a cerca de 18,3 milhões de beneficiários. Cerca de 80% dos planos vendidos são patrocinados por empresários para trabalhadores e dependentes (14,6 milhões) e 20% são planos individuais (3,7 milhões). O convênio-empresa representa importante fator de incorporação de clientela ao setor privado;

– Sindicato dos Hospitais, Clínicas, Casas de Saúde, Laboratórios de Pesquisas e Análises Clínicas, Instituições Beneficentes, Religiosas e Filantrópicas do Estado de São Paulo (SINHOSP), filiado à Federação Brasileira dos Hospitais (FBH), representa um segmento altamente dependente do Sistema Único de Saúde e presta serviços em diversas regiões a empresas de medicina de grupo ou cooperativas médicas;

– Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização (FENASEG) congrega as empresas do setor de seguros em oito sindicatos patronais estaduais. Opera em sistema de seguro, cobrindo despesas com assistência médico-hospitalar, pagando diretamente aos profissionais e organizações credenciadas ou por sistema de reembolso ao segurado;

– Associação Brasileira dos Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas (ABRASPE) representa empresas que mantêm programas de saúde aos seus empregados e dependentes pelo sistema de autogestão. Possui 54 empresas associadas.

1.5 A regulação das relações entre esferas de governo

As relações do governo federal com os governos estaduais e municipais e entre o Sistema Único de Saúde e os prestadores privados são reguladas por diferentes organismos e departamentos específicos. Porém, três instâncias regulatórias se apresentam como as mais relevantes e demonstram modelos diferenciados de controle

- do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais de saúde nos termos do Decreto 1.232/94;

- por serviços produzidos na forma de pagamento direto aos prestadores estatais ou privados, contratados e conveniados contra apresentação de faturas referentes aos serviços realizados e mediante prévia autorização do gestor;

- de programas federais de assistência social.

O SNA procura associar as funções típicas de auditoria, com avaliação da qualidade de gestão mediante acompanhamento dos indicadores abaixo:

- taxa de internações desnecessárias;

- taxa de desperdícios financeiros na Unidade Prestadora de Serviço (UPS);

- índice de custos em serviços auxiliares de diagnóstico e terapia (SADT);

- índice das ações e programas preventivos realizados;

- fluxo de informações no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SAI/SUS) e Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

O modelo regulatório tem caráter universalista e burocrático, embora o escalonamento nas punições vise aprimorar a qualidade dos serviços. A qualidade é auferida mediante o adequado cumprimento de normas e bom desempenho nos indicadores citados. A vulnerabilidade à captura decorre da relação direta entre auditor e empresa ou gestor. O controle sobre a captura do regulador é efetuado pela disseminação de informações, à medida que o SUS possui alta visibilidade dos dados de produção de serviços e de pagamentos efetuados e os gestores também estabelecem relações diretas com os prestadores.

As Comissões Intergestores são colegiados criados pela Norma Operacional Básica SUS/1993 e mantidos por portarias ministeriais posteriores. São órgãos colegiados compostos por gestores municipais e estaduais, nas bipartites regionais e estaduais, e por representantes do Ministério da Saúde e dos Conselhos Nacionais de Secretários Municipais e Estaduais de Saúde na tripartite, de caráter nacional. Existem em todos os estados e no âmbito federal. São organismos políticos de caráter paritário, o que induz a pactuação de interesses. A captura ou a obstrução acompanham a formação de coalizões político-partidárias ou de caráter setorial. O foco de sua intervenção está na gestão dos recursos do SUS e suas atribuições competem com a do SNA. O procedimento é menos normativo, em termos comparados, e as decisões tendem a se adaptar aos casos. A regulação resulta basicamente da competição entre os gestores pelos recursos públicos disponíveis.

Os Conselhos de Saúde previstos pela Constituição de 1988 e regulamentados pela Lei n. 8.142/90, são compostos por representantes governamentais, de profissionais de saúde e de entidades comunitárias. Esses organismos foram sendo constituídos ao longo da década de 90 e o escopo de sua intervenção se dá por nível de governo. Assim, existem o Conselho Nacional de Saúde e os conselhos estaduais e municipais. Segundo a regulamentação em vigor, possuem caráter deliberativo para questões ligadas ao setor

saúde e relacionadas a cada Executivo governamental. A dinâmica destes conselhos é bastante associada à agenda política local e o seu papel na regulação bastante variável. Nos governos locais, onde o organismo funciona como um efetivo colegiado político, o papel regulatório envolve desde o estabelecimento de normas e prioridades para a política de saúde, através de conferências anuais e o estabelecimento de um plano de intervenção, até funções de ouvidoria pública e fiscalização da qualidade dos serviços prestados pelo sistema público. Os Conselhos de Saúde estão consolidados no país e o seu funcionamento é um dos requisitos para que estados e municípios tenham acesso aos recursos da União. O Conselho Nacional de Saúde (CNS) é o mais antigo, e sua fundação precede a legislação setorial recente. Os conselhos estaduais estão implementados em todas as unidades federadas. Quanto aos municípios, o número preciso não está disponível, porém se pode afirmar que estão implantados em pelo menos 5.274 dos 5.506 municípios brasileiros, correspondendo àqueles habilitados pela Norma Operacional Básica/1996, que regula as transferências de recursos do SUS, segundo dados do Ministério da Saúde para julho de 1997.

Com relação à configuração regulatória atual do setor saúde, o CNS possui caráter especialmente relevante. A Lei n. 8.142/90 estabeleceu que os conselhos e as conferências de saúde deveriam se constituir como organismos de convergência dos interesses diversos estruturados por governos, profissionais e usuários e desenvolver funções de formulação de políticas e regulação em sentido amplo. Na verdade, o CNS possui existência legal desde 1937 como organismo colegiado de caráter consultivo e exercendo funções normativas por sistema de pareceres técnicos. As funções e composição atuais foram definidas pelo Decreto 99.438/90, devendo deliberar emitindo resoluções ao Ministério da Saúde. Ao longo da década o cumprimento de suas resoluções esteve bastante associado às coalizões políticas formadas, e o organismo representou importante papel na consolidação da agenda setorial. O CNS é formado por 32 conselheiros titulares, representando instituições governamentais, prestadores de serviços privados de saúde, profissionais de saúde e usuários. Assim, a composição atual tem caráter plural e congrega:

– Um representante dos Ministérios da Educação e Desporto; do Trabalho; da Agricultura; Abastecimento e Reforma Agrária; da Previdência e Assistência Social; do Planejamento; Orçamento; e da Saúde;

– Um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag); da Confederação Nacional da Agricultura (CNA); da Confederação Nacional do Comércio (CNC); da Confederação Nacional da Indústria (CNI); da Confederação Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC); do Conselho Nacional das Associações de Moradores (CONAM); da Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas (COBAP); da Central Única dos Trabalhadores (CUT); da Força Sindical;

Um representante escolhido dentre as seguintes entidades: Conselho Federal de

– Dois representantes das entidades nacionais de representantes de profissionais da área de saúde;

– Três representantes da comunidade científica e da sociedade civil; e

– Seis representantes das entidades constituídas para portadores de patologias e deficiências.

A composição e as atribuições diversificadas conferem ao CNS importante papel na política regulatória. O modelo é típico do tripartismo de Ayres & Braithwaite (1992) assinalado e a regulação é flexível, orientada a resultados, adaptada aos casos, centrada no cumprimento de normas universais do sistema, sem o caráter processual do sistema de auditoria. Com relação aos problemas de captura, a composição dos membros funciona como importante barreira. Os benefícios da cooperação ficam centrados no ativismo político, pelo qual algumas entidades preservam as suas identidades mediante denúncias sobre decisões governamentais inadequadas. A atuação cooperativa dos representantes governamentais, por sua vez, influencia o benefício de resultados pactuados.

Com relação aos métodos e instrumentos no jogo regulatório das relações entre esferas de governo, observa-se uma combinação e uma competição entre a parametrização burocrática, em que o controle da captura decorre do seguimento de normas e acompanhamento de indicadores, e a pactuação política em organismos próprios, em que o controle dos problemas de captura decorre da disseminação de informação, da contestabilidade dos representantes e competição entre os agentes e grupos organizados. A participação de grupos de interesses públicos serve também como mecanismo de redução da captura. Além disso, o povoamento das instâncias decisórias por esses grupos e a politização de suas relações geram problemas de baixa cooperação pela dificuldade de representantes de diversas organizações explicarem a seus associados motivos de adesão a políticas governamentais.

1.6 Técnicas de microrregulação: o *managed care* e os contratos de gestão

Embora distintas quanto ao foco da intervenção, tradições teóricas e volume de experiências consolidadas, as técnicas de microrregulação (o *managed care* e os contratos de gestão) têm em comum não apenas o impacto cotidiano na implementação de políticas, mas o uso progressivo e combinado de seus fundamentos no caso brasileiro. Os contratos de gestão, ao definirem metas orientadas a resultados, representam um estímulo à internalização de custos pela empresa ou instituição regulada que torna atrativo o controle da decisão médica.

✓ Os controles da decisão médica sob o *managed care*

Com relação às técnicas regulatórias, o controle sobre processos específicos e decisões individuais ou organizacionais envolvem estratégias bastante diversificadas. Destacam-se duas modalidades introduzidas na agenda setorial. Uma delas, comumente tratada como *managed care*, refere-se a práticas internas às empresas e

grupos privados. A outra, com desenvolvimento no setor público, refere-se aos contratos de gestão.

Os modelos de microrregulação se caracterizam pela tentativa em desdobrar os atos praticados por profissionais, de modo geral pelos médicos, ou organizações em geral, pelos hospitalares, em unidades mensuráveis, capazes de possibilitar o controle dos custos influenciados por decisões individuais ou organizacionais, orientar programas de incentivos ou cumprimento de metas.

As transformações organizacionais observadas internacionalmente no setor saúde incidem intensamente nos sistemas público e privado. Experiências originariamente antagônicas, no *National Health Service* (NHS) – Sistema Nacional de Saúde inglês – e no *managed care* norte-americano, apresentam agendas com pontos de convergência no contexto reformador.

A agenda reformadora do governo federal norte-americano, não implementada, enfatizava a formação de um sistema nacional de saúde, com regras de partilha comunitária e mais eqüitativa para a atuação das organizações de atenção à saúde, e o advento de uma legislação regulatória do sistema privado de caráter federal. Na agenda do setor privado, um maior controle sobre os médicos através de auditoria, padronização de decisões, e assemelhados, as estratégias do *managed care* conflitam com a autonomia técnica, podendo comprometer a qualidade dos serviços. Com relação às modalidades de pagamento dos médicos, muitas organizações (*Health Maintenance Organizations*) buscam reduzir a prática da remuneração negociada com os clientes (*fee-for-service*).

Especialistas, como Starr (1994), propõem redirecionar a ênfase da microrregulação para induzir os médicos à adoção de condutas responsáveis no uso de meios diagnósticos e terapêuticos.

De todo modo, a experiência norte-americana se caracteriza por alta atividade de mercado, marcada por baixa regulação governamental, se comparada ao *welfare state* europeu. A implementação de programas federais e estaduais (*Medicare; Medicaid*) se caracteriza pela separação entre financiamento e provisão, tornando os governos importantes compradores de serviços das organizações privadas.

As soluções da reforma inglesa buscaram ampliar o volume e a qualidade da oferta pública sem desencadear exagerados impactos nos custos. Na década de 90 a reforma organizacional promoveu a competição coordenada pelo orçamento público, desenvolvendo um *quasi*-mercado, em que os incentivos foram direcionados segundo a capacidade de captar clientes informados. Os benefícios aos participantes devem advir do uso adequado do orçamento (Glennerster et al., 1994). Nesse modelo, espera-se que as estratégias maximizadoras dos agentes, no sentido de reduzir o volume de referências e consumo de novas tecnologias, sejam limitadas pela decisão dos pacientes informados em escolher as organizações de maior qualidade.

O sistema de incentivos, de pagamentos e as soluções organizacionais no caso

modelo norte-americano variam do pagamento direto (com ou sem reembolso), até o assalariamento ou pagamento prospectivo por capitação (valor fixo por filiado). Subjacente a essa variedade nas formas de pagamento, os médicos buscam preservar sua relação direta com os pacientes e com as organizações intermediárias na venda de serviços. A microrregulação envolve a forma como as organizações se estruturam e as técnicas utilizadas para controlar a ação dos médicos.

No pagamento direto pelo atendimento e tratamento (*fee-for-service*) observa-se a livre escolha de médicos pelos pacientes e os médicos tomam decisões clínicas submetidos a baixa ou nenhuma auditagem. De modo geral, os médicos atuam em hospitais privados e os preços praticados não costumam ser tabelados, mas sujeitos ao acerto com os pacientes. Esses pagam pelo serviço prestado e ativam o sistema de reembolso por um terceiro pagador, que pode ser o seguro, uma grande empresa ou governos (*Medicaid; Medicare*). Os associados pagam prêmios mensais ou anuais aos seguros e observa-se alguma forma de co-pagamento associado ao padrão de utilização de serviços. O co-pagamento pode funcionar como capitalizador do sistema ou simplesmente como moderador do consumo. Essa modalidade é vulnerável aos custos incrementais e *moral hazards*. Além disso, facilita o acesso aos serviços mediados por organizações públicas ou privadas e reduz os custos administrativos. A combinação entre controle de custos e acesso facilitado é o resultado almejado das inovações organizacionais no mercado.

O *managed care* representa, portanto, um conjunto de estratégias diferenciadas para superar ou reduzir a prática do *fee-for-service*, embora seus efeitos atravessem o conjunto da atenção à saúde nos Estados Unidos. Na forma típica, uma organização administra a relação dos pacientes com os médicos, atuando como seguradora e compradora de serviços, podendo atender os associados através de *staff* próprio. Os indivíduos associam-se diretamente a estas organizações (ou grupos) e as empresas filiam-se para permitir o acesso de seus membros ou empregados. Os programas federais e estaduais também recorrem a essas organizações. Várias formas de organização se desenvolveram e o microgerenciamento tornou-se amplamente diversificado e complexo.

As *Health Maintenance Organizations* (HMOs) representam uma inovação do mercado como resposta à pressão de custos dos serviços médicos. Os associados aderem ao plano sob contrato para o provimento de um conjunto de serviços. Os provedores recebem mensalidades ou anuidades fixas, independentemente da utilização dos serviços. A organização, por sua vez, compra serviços e negocia preços com os médicos. Os pacientes têm sua escolha limitada pelo plano contratado. O contrato com os médicos pode envolver alguma forma de *risk-sharing* e os usuários podem estar sujeitos ao *cost-sharing*, segundo o perfil de utilização dos serviços.

Em alguns casos, as HMOs provêem diretamente serviços através de médicos do *staff*, sem *risk-sharing*, embora a organização possa penalizar, na qualidade de empregadora, o uso de recursos considerados excessivos. Em outros casos, a separação entre a organização e os grupos provedores é mais definida e a HMO não contrata médicos, preferindo estabelecer contratos com grupos provedores por capitação e estes

grupos regulam o trabalho médico (com ou sem *risk-sharing*). Os grupos ou médicos individuais podem ser exclusivos ou não e a exclusividade pode variar conforme o tipo de prática, embora o padrão dominante seja o contrato não exclusivo.

As HMOs envolvem uma relação mais conflituosa com os médicos e múltiplas variações de *managed care* desenvolveram-se, tais como: *Preferred Provider Organizations* (PPO), uma resposta de grupos médicos à expansão das HMOs, consistem em planos de saúde que praticam prêmios menores (anuidades ou mensalidades); *Point Of Service* (POS), com maior ênfase no *gate keeping* (ênfase no médico generalista para acesso ao especialista); *Primary Care Case Management* (PCCM), que envolve a clientela do *Medicaid* e pratica largamente o *gate keeping*. Os programas governamentais, como o *Medicare*, interagem com o mercado e ampliam a diversidade organizacional.

Certos controles são exercidos diretamente sobre as decisões médicas. As tecnologias utilizadas visam tornar mais previsível o consumo tecnológico nos planos e se observa uma ênfase crescente das operadoras no estímulo à prevenção de doenças e intervenções precoces e simplificadas para reduzir as mais custosas e tardias. As estratégias variam de incentivos financeiros até as voltadas a induzir comportamentos adequados dos pacientes ou controlar mais diretamente a decisão médica. Os incentivos financeiros praticados junto aos médicos ou organizações são distribuídos por diferentes modalidades (Robinson & Steiner, 1998):

- as organizações recebem parcelas mensais ou anuidades por capitação, em pré-pagamento por associado independentemente do volume de serviços ofertados. Esse orçamento prospectivo incentiva a organização a controlar o uso excessivo de recursos caros e conflita com o pagamento de reembolso *fee-for-service* retrospectivo (facilitador de consumo). O incentivo organizacional leva a que as organizações desenvolvam estratégias de controle individual sobre médicos e pacientes; ou

- os médicos são estimulados ao comportamento responsável pelo recebimento de pagamento prospectivo pelos clientes alistados independentemente do consumo, reproduzindo-se o tipo de incentivo organizacional. Observam-se também controles mais diretos como o não-pagamento por procedimentos fora de padrões estabelecidos de decisão médica.

Revisão detalhada dos estudos acerca do efeito das tecnologias de *managed care* sobre os custos e a qualidade dos serviços mostrou, embora com controvérsias, menor utilização de hospitais, maiores taxas de atenção preventiva e níveis comparáveis de qualidade com relação à atenção médica convencional nos Estados Unidos (Robinson & Steiner, 1998). Por sua vez, a satisfação dos pacientes revelou-se inferior em um número maior de estudos realizados. Esse grau de insatisfação está na base dos impulsos sociais em prol de maior regulação governamental.

Por um lado, a forte expansão das organizações de *managed care* tem levado nos Estados Unidos a maior demanda por intervenções regulatórias pelos governos federal e estaduais. Por outro lado, o sucesso obtido por esses modelos em desacelerar a tendência à elevação de custos na atenção à saúde estimula a confiança na capacidade

aceitável, dependendo de sua amplitude (Moran, 1997).

No equilíbrio entre as falhas de mercado e as falhas de regulação, as forças de mercado são exaltadas no sentido de promover uma regulação adequada e o *managed care* é apontado como uma resposta à espiral de custos crescentes na atenção à saúde, “mas devido às características especiais do mercado para o *managed care*, as forças de mercado por si falham em produzir uma alocação eficiente e equitativa dos recursos de atenção à saúde. A ação coletiva é necessária” (Enthoven & Singer, 1997). Os grupos e instituições capazes de imprimir estratégias regulatórias seriam os governos, como grandes compradores através de programas públicos, e as cooperativas de compra de serviços.

“A ação coletiva efetuada através de grandes cooperativas não-governamentais de compra de serviços, ou cooperativas governamentais autorizadas a agir como compradores privados, oferece importantes vantagens sobre a ação direta governamental” (Enthoven & Singer, 1997).

A regulação setorial varia quanto ao modelo (auto-regulação versus regulação governamental) ou objeto (médicos e/ou organizações privadas e públicas). Apesar da eficiência dos esquemas regulatórios no controle de custos, existe menor consenso com relação à qualidade dos serviços prestados. As evidências são insuficientes em demonstrar que a regulação tenha aprimorado a qualidade da atenção à saúde, o que favorece a associação entre auto-regulação e inovações, “desde que a agência regulatória seja capaz de punir aqueles que não participem de programas razoáveis” (Brennan, 1998).

A experiência inglesa, por sua vez, à medida que a atenção à saúde tem caráter predominantemente público, enfrenta menor veto à regulação estatal. A utilização de técnicas de *managed care* é assimilada mais facilmente pelo uso extensivo do *gate keeping*, observado no NHS. Além disso, como anteriormente observado, a reforma regulatória implementada ao longo dos anos 90 reserva às agências governamentais uma importante participação no sentido de garantir eficiência, competitividade e controle tarifário sobre monopólios naturais. A figura do regulador (autoridade sanitária ou agência) próximo da cena clínica é mais assimilável do que no caso norte-americano.

✓ A difusão dos contratos de gestão

Outro instrumento de regulação em evidência no debate brasileiro diz respeito aos contratos de gestão. Esses contratos são usualmente aplicados para definir relações entre governos e empresas públicas ou privadas. As empresas privadas sujeitas à regulação por esses contratos, geralmente, representam monopólios naturais, empresas estatais recém-privatizadas (de caráter monopolista ou não) ou concessões públicas de serviços estratégicos (como metrô, ferrovias, rodovias). No setor saúde, os contratos são utilizados mais comumente para definir relações entre o governo e hospitais públicos ou privados contratados.

Em que pese a diversidade de contratos de gestão e, em certos casos, a pequena diferença com os planos de metas gerais estabelecidos pela administração pública, o

ponto comum a esses contratos reside no estabelecimento de objetivos gerais da empresa ou organização, de indicadores de acompanhamento de desempenho e de progressividade no cumprimento de metas. O governo, por sua vez, concede autonomia à empresa pública ou funções ou serviços a serem explorados pela empresa privada. Os contratos de gestão envolvem pactuação e regulação, geralmente, desenvolvidas por agências ou departamentos especializados na administração pública.

Assim, a experiência internacional consagra os contratos de gestão para todos os ramos da indústria e serviços e a sua adoção faz parte da reforma regulatória contemporânea. A experiência inglesa do modelo RPI-X, anteriormente assinalada, exemplifica o uso flexível e vinculado a metas progressivas de contrato de gestão (Armstrong et al., 1995). Com relação ao setor saúde, a experiência internacional contempla contratos associados a maior autonomia da gestão hospitalar e contratos sistêmicos (Rollet, 1995). Em sistemas de saúde contratualizados, como o inglês e o espanhol, os contratos, combinando metas e incentivos, tratam do desempenho conjunto dos serviços ambulatoriais e hospitalares, assim como da regulação das relações entre os serviços ambulatoriais com hospitais e rede de apoio diagnóstico de alta complexidade.

No Brasil, o contrato de gestão tem sido utilizado para definir relações entre o Executivo e monopólios estatais privatizados, porém um uso específico foi associado ao componente organizacional da reforma do Estado. De acordo com o plano diretor citado (Brasil, 1995), as relações do núcleo estratégico do Estado com as agências executivas, que desempenham atividades essenciais não delegáveis, e com as organizações sociais, de caráter público não estatal, devem ser definidas por contratos de gestão. Em que pese a desaceleração na implementação da reforma organizacional pelo governo Fernando H. Cardoso, alguns desses contratos têm sido implementados e renegociados quanto a metas e indicadores de avaliação. O Quadro 2 mostra o estágio da reforma organizacional e as instituições envolvidas.

Pode-se observar que o redesenho institucional das organizações públicas tem sido bastante tímido. Até o momento, apenas o Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (INMETRO) adquiriu status de agência executiva. Com relação às organizações sociais, os dois primeiros contratos de gestão foram assinados com a Associação de Comunicação Educativa Roquette Pinto (ACERP) e com a Associação Brasileira de Tecnologia de Luz Síncrotron (ABTLuS). As experiências de implantação destas organizações por governos estaduais no setor saúde, como no caso do Estado de São Paulo, são, no entanto, mais substantivas no que se refere ao regime de gestão dos hospitais públicos. Ademais, outras agências e serviços governamentais têm estabelecido protocolos de intenção para se adequar à reforma em curso.

O Quadro 2 demonstra ainda o estágio da reforma institucional com relação ao status de agências e serviços não vinculados ao setor produtivo monopolizado, anteriormente discutido. Nota-se que as organizações que aderiram à reforma passam por intensa contratualização interna e externa. Elementos de planejamento estratégico

Quadro 2. Demonstrativo da reforma institucional, Brasil, nov. 1998

Organismo	Natureza institucional vigente ou desejada	Estágio processual	Últimos eventos
Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial – INMETRO	Agência Executiva	<ul style="list-style-type: none"> - Definição de áreas para contratação de consultoria; - Definição de itens de acompanhamento governamental. 	<ul style="list-style-type: none"> - Negociação para contratação de consultoria; - Negociação do Plano de Acompanhamento; - Avaliação do gerenciamento do processo de mudança.
Conselho Administrativo de Defesa Econômica – CADE	Agência Executiva	<ul style="list-style-type: none"> - Definida Missão Institucional; - Concluído mapeamento de pontos fortes e fracos, ameaças e oportunidades; - Macroprocessos validados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Processo de Análise Estratégica; - Reforço do Grupo de Consultores Internos; - Desenvolvimento de Plano de Comunicação Interno e Externo acerca novo modelo institucional.
Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE	Agência Executiva	<ul style="list-style-type: none"> - Conclusão da análise estratégica do Planejamento Estratégico da Instituição; - Versão preliminar do Contrato de Gestão. 	<ul style="list-style-type: none"> - Consolidação do Planejamento Estratégico; - Análise crítica das propostas de meta; Diretorias.
Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis – IBAMA	Agência Executiva	<ul style="list-style-type: none"> - Versão Preliminar do Contrato de Gestão; - Plano de Publicização; - Termo de Referência das consultorias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Definição inicial das unidades piloto incluídas no Programa de Organização Sociais.
Secretaria de Defesa Agropecuária – DAS	Agência Executiva	<ul style="list-style-type: none"> - Projeto de Lei. 	<ul style="list-style-type: none"> - Projeto de Lei.
Instituto Nacional de Propriedade Intelectual – INPI	Agência Executiva	<ul style="list-style-type: none"> - Versão Preliminar do Contrato de Gestão; - Versão Preliminar do Planejamento Estratégico; - Plano de Comunicação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Discussão da Minuta do Contrato de Gestão, do Plano de Comunicação e do Planejamento Estratégico.
Associação Brasileira de Tecnologia de Luz Síncrotron – ABTLuS	Organização Social	<ul style="list-style-type: none"> - Aditivo do Contrato de Gestão com novo Plano de Metas enviado ao Ministério de Ciência e Tecnologia para aprovação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Primeira Simulação dos sistemas integrados de gestão interna; - Criação da área de <i>marketing</i> e concepção do Plano de Negócios.

Continua

Natureza institucional vigente ou desejada	Estágio processual	Últimos eventos
de Comunicação Educativa into – ACERP	<ul style="list-style-type: none"> - Contratação de Consultoria; - Conclusão do inventário; - Acordo sobre mudanças nos sistemas de gestão das áreas de Recursos Humanos, Finanças e Controle e Serviços Gerais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Termos para a contratação de consultoria; - Avaliação dos sistemas de gestão interna.
ional de Administração Pública –	<ul style="list-style-type: none"> - Definição de Indicadores Operacionais e Estratégicos; - Conclusão do arrolamento de bens, contratos e convênios e de pessoal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conclusão do Plano de Metas para 1999; - Preparação da sistemática de avaliação; - Definição de Indicadores Operacionais e Estratégicos.
cional do Câncer – INCa	<ul style="list-style-type: none"> - Plano de Metas para 1999; - Versão Preliminar do Contrato de Gestão concluída; - Decreto de Qualificação concluído. 	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração do Plano de Metas; - Revisão dos macroprocessos; - Negociação das cláusulas do Contrato de Gestão; - Arrolamento de bens, contratos e convênios e de pessoal.
ÔNIA	<ul style="list-style-type: none"> - Versão Preliminar do Contrato de Gestão; - Sistemática de Avaliação; - Processo de Qualificação concluído no Ministério de Meio Ambiente; - Plano de Assistência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação dos macroprocessos; - Apreciação pelo Conselho de Administração do Plano de Metas; - Identificação do foco mercadológico da Bioamazônia; - Concluída modelagem de processos e sistemas de gestão do Plano de Assistência.

retaria de Gestão; Secretaria de Reforma do Estado/MPO.

Nacional do Câncer (INCa), unidade do Ministério da Saúde situada no Rio de Janeiro, ou no contexto de reformas conduzidas por governos estaduais ou municipais.

Apesar da adesão de especialistas e gestores ao modelo de gestão pública hospitalar, centrado na autonomia gerencial e na contratualização de metas, procedimentos e indicadores, dados preliminares de pesquisa realizada nos municípios do Rio de Janeiro e São Paulo⁴ mostram que os hospitais públicos não introduziram estes mecanismos, a despeito da adesão de seus dirigentes ao modelo. Por sua vez, o contrato de gestão tem sido utilizado para regular as relações entre o governo estadual de São Paulo e as unidades hospitalares recém-construídas e gerenciadas em regime de organização social. Outros estados brasileiros, como a Bahia, possuem legislação semelhante, disciplinando o modelo gerencial das novas unidades hospitalares.

Por fim, refletindo a diversidade de estratégias regulatórias e a própria competição entre modelos, o Ministério da Saúde implementou um programa de acreditação hospitalar que promove uma classificação dos hospitais brasileiros segundo sua performance. O modelo de acreditação hospitalar associa avaliação de processos com certificação de qualidade dos serviços. Os parâmetros estão fixados no *Manual de Acreditação Hospitalar* e o programa resultou de parceria do Ministério da Saúde com associações médicas, institutos de pesquisa e associações hospitalares. A elaboração do manual foi seguida pela criação da Organização Nacional de Acreditação (ONA) para acompanhar a adequação dos hospitais às normas de qualidade estipuladas.

Em dezembro de 1998, o Ministério da Saúde assinou protocolo de intenções com as entidades fundadoras da ONA. Pela composição e atribuição da organização criada, observa-se uma forma de auto-regulação induzida pela presença de representantes governamentais e do mercado. As entidades fundadoras são:

- Federação Brasileira de Hospitais (FBH); Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE); Confederação das Misericórdias do Brasil (CMB); Confederação Nacional de Saúde dos Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS);

- Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE); Associação Brasileira de Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas (ABRASPE); Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde (CIEFAS); Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização (FENASEG); Confederação Nacional das Cooperativas Médicas (UNIMED do Brasil); Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS); Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

As entidades fundadoras são associações de direito privado, porém o status público é conferido não apenas pela indução do Ministério da Saúde, mas pela presença do CONASEMS e CONASS, representando autoridades sanitárias. O sistema de acreditação em desenvolvimento consiste em mais uma estrutura microrregulatória da assistência à saúde e deve se articular aos padrões de macrorregulação observados para o setor público (que segue a estrutura das Leis n. 8.080/90 e n. 8.142/90) e o setor privado (que segue a estrutura da Lei n. 9.656/98).

⁴ "Reforma do Estado e o Setor Saúde". NEPP/UNICAMP, ENSP/FIOCRUZ e UFPE, financiada pelo CNPq/CAPES/FINEP/MARE.

Em suma, a contratualização das relações internas ao sistema público no Brasil apresenta focos distintos e complementares. Os três níveis de governo regulam a compra de serviços aos prestadores privados através de portarias do Ministério da Saúde, dentre as quais a mais destacada se refere à NOB-96. Nessas condições, o foco da regulação se direciona ao volume de serviços produzidos e ao cumprimento das normas de pagamento vigentes, apesar da ênfase em itens de qualidade na cobertura das ações e dos serviços ofertados. Os contratos de gestão elaborados para o sistema público buscam associar mais objetivamente a qualidade da atenção, a satisfação do usuário, a cesta de serviços ofertados por cada unidade regulada e introduzem incentivos à boa performance institucional. Com relação às técnicas de *managed care*, elas se traduzem no sistema público pelas estratégias de ampliação da capacidade resolutive das unidades ambulatoriais voltadas ao primeiro atendimento aos usuários, como nos Programas de Saúde da Família. Diversos componentes da atenção gerenciada, como a resolutividade das unidades locais, o referenciamento justificado aos níveis de maior complexidade e o seguimento de *guidelines* clínicos são amplamente utilizados no caso brasileiro. A microrregulação no setor público tende claramente a associar essas técnicas aos contratos de gestão que estipulam a maior autonomia organizacional.

Síntese sobre modelos regulatórios do setor saúde no Brasil

Ao longo deste Capítulo destacou-se uma abordagem da teoria regulatória e apresentou-se um conjunto de iniciativas desenvolvidas no Brasil para o setor saúde, durante os anos 90, inscritas na formação de sistemas regulatórios de caráter nacional. Como ressaltado, vários exemplos evidenciam a superposição de funções de agência com os procedimentos cotidianos de departamentos de diversos ministérios no governo federal, desencadeando superposição na fiscalização, penalização, avaliação, defesa de direitos e inúmeras práticas passíveis de enquadramento em uma política governamental de regulação setorial. Além disso, os Poderes Legislativo e Judiciário através de suas instituições expressam a coerção legal de Estado.

Neste artigo tratou-se, entretanto, a regulação na forma de uma política governamental de caráter nacional que interage com agentes privados e públicos. A ênfase no caráter político da regulação implica dois aspectos. O primeiro trata do reconhecimento de um corpo estatal regulatório mais amplo do que ações localizadas em determinada política setorial. O segundo destaca a política regulatória como componente das reformas regulatórias contemporâneas, em que as políticas públicas se especializam na formulação, financiamento e regulação.

Com relação às políticas de saúde, com o foco na política de regulação, destacam-se os casos e os modelos, segundo o impacto na agenda desenvolvida no setor. O Quadro 3, focalizado nas relações do governo federal com entes privados e com governos estaduais e municipais, combina iniciativas desenvolvidas ao longo da década de 90 com um modelo de regulação flexível, voltado aos ganhos originários da cooperação sem perda de autoridade normativa estatal. Tomou-se, como exemplo, o

Quadro 3. Resumo da política regulatória no setor saúde no Brasil: aspectos relevantes

Modelo regulatório	Planos, seguros, empresas de saúde	Indústria farmacêutica e de alimentos	Prestadores Privados do SUS	Médicos	Transferências p estados e munic
Estatal Normativo e/ou Escalonado	Departamento de Saúde Suplementar/MS; Superintendência de Seguros Privados (SUSESP)	Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVS)	Sistema Nacional de Auditoria (SNA)		Sistema Nacional d Auditoria (SNA)
	Autorizações para funcionamento; intervenção; perda de registro	Notificações, multas, suspensão, perda de licença e processos judiciais	Auditoria; processos judiciais		Auditoria; process judiciais
Tripartismo	Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU), através da Câmara de Saúde Suplementar		Conselho Nacional de Saúde (CNS); Comissão Intergestores Tripartite (CIT)		Conselho Nacional Saúde (CNS); Comissão Intergestores Tripartite (CIT)
	Resoluções		Resoluções; Norma Operacional Básica SUS-06		Norma Operaciona Básica SUS-06
Auto-regulação Contratada			Organização Nacional de Acreditação (ONA)		
			Manual de Acreditação Hospitalar		
Auto-regulação				Conselho Federal de Medicina (CFM)	
				Processos éticos; advertência e cassação de registro de profissional	

Os padrões de análise de Ayres & Braithwaite (1992), utilizados para analisar a política regulatória do setor saúde representam uma aproximação inicial. Do modelo original unificou-se a pirâmide de controle escalonado. Nessa pirâmide, o regulador parte de uma base inicial de aplicação tolerante das leis e normas, permitindo uma adaptação da empresa, e recorre à aplicação *stricto sensu* das penalidades em casos de captura ou descumprimento de compromissos assumidos, correspondente ao pico da pirâmide, no qual se situam poucos casos. No caso brasileiro, o escalonamento freqüentemente é previsto nas normas de fiscalização, embora no modelo analítico referido, o escalonamento na aplicação de penas dependa de elevada autonomia do regulador e conseqüente vulnerabilidade à captura pela empresa.

A regulação estatal normativa é aplicada às indústrias e serviços sujeitos à fiscalização sanitária e o escopo da intervenção é bastante amplo. A atuação das indústrias farmacêutica e de alimentos e todo o setor de comercialização destes produtos são alvos privilegiados da política regulatória. O governo federal criou a ANVS nos moldes utilizados para as agências regulatórias de setores recentemente privatizados com características de monopólios naturais. O regime de autarquia especial confere maior autonomia orçamentária e o mandato e estabilidade de sua diretoria visam assegurar controle da captura de seus membros. Com o desenvolvimento da agência e melhor conhecimento entre os agentes, é possível e desejável que se altere o regime normativo para formas de auto-regulação contratada, na qual o regulador permite que as indústrias redijam seus códigos de procedimentos ou combinem a sua intervenção com a regulação seletiva. Assim, o foco se dá no controle de uma ou mais indústrias na expectativa de que o padrão atingido seja seguido pelas demais, reduzindo os custos da regulação.

O modelo estatal normativo é também observado na política regulatória das relações estabelecidas pelo SUS com os prestadores privados e nas próprias transferências entre os níveis de governo. Com relação aos prestadores contratados ao SUS, o Sistema Nacional de Auditoria, formado como organismo regulador federal, possui componentes nos estados e municípios. Ao longo da implementação desse modelo, observou-se forte competição dos níveis subnacionais no sentido de preservar sua autoridade sobre os contratos firmados. Mo que se refere às relações entre os Executivos federal, estaduais e municipais, a atuação é pautada pela auditoria de procedimentos com relação ao atendimento de normas e o sistema busca ampliar o foco da regulação para o acompanhamento de indicadores de desempenho das unidades. A mesma lógica é utilizada para auditar as transferências federais para estados e municípios e, neste caso, suas funções se superpõem com as da Secretaria de Controle Interno do Ministério da Saúde. Com relação às tendências para esse modelo, pode-se esperar um predomínio da atuação das Comissões Intergestores, mais flexível e acoplada à agenda política setorial e pactuada, na regulação das relações internas ao SUS.

O setor de saúde suplementar está sujeito a dois macrorregimes regulatórios

O tripartismo aparece como solução única ou combinada para os problemas da política regulatória: saúde suplementar; prestadores privados do SUS; e as próprias relações entre níveis de governo no SUS.

Com relação à saúde suplementar, a Lei n. 9.656/98 criou organismos colegiados internos ao governo, como o CNSP e o CONSU, e organismos de caráter amplo e societário, como a Câmara de Saúde Complementar, que segue o modelo multipartite típico. A importância de cada organismo no jogo regulatório não está plenamente estabelecida em termos políticos. Porém, a câmara, onde se concretiza o padrão regulatório tripartite, vem desempenhando efetivamente funções de pactuação e competição entre os agentes e grupos de interesses ativos e tende a adquirir centralidade na implementação da política.

O tripartismo se manifesta, nesse caso de modo bastante instituído, na regulação de funções internas ao SUS, como no caso dos prestadores privados do sistema e nas transferências intergovernamentais. O Conselho Nacional de Saúde exerce funções de formulação e regulação de políticas em competição com os núcleos governamentais e sua influência varia conforme as coalizões governamentais e no próprio conselho. Uma instância competidora significativa com relação ao CNS é a Comissão Intergestores Tripartite, cuja composição envolve apenas representantes de entidades governamentais. A operação política da CIT é facilitada pela menor abrangência de sua representação governamental, porém esta economia em custos decisórios implica menor sustentabilidade de suas resoluções. A competição por centralidade no processo de formulação e regulação política entre a burocracia ministerial, o CNS e a CIT, se reproduz com intensidade variável no nível estadual e municipal através de organismos semelhantes (Comissões Intergestores Bipartite; Conselho Estadual de Saúde e Conselho Municipal de Saúde). O tripartismo representa uma inovação da política de saúde no Brasil e vem se consolidando ao longo da década de 90. Seus obstáculos mais comuns se referem ao domínio técnico especializado pelos seus membros (dependente da difusão de informações) e à dinâmica interna das organizações que afetam a disposição de seus representantes ao comportamento cooperativo (dependente da dinâmica política e da formação de coalizões).

Com relação à auto-regulação contratada, o padrão mais representativo é o da acreditação hospitalar, pelo qual o Ministério da Saúde efetuou investimentos, através do programa Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (Reforsus), no sentido de induzir organismos privados a formarem a Organização Nacional de Acreditação. Os resultados esperados estão na criação de um padrão de qualidade no mercado, reduzindo os custos da regulação burocrática em nome de maior ordenamento na competição entre os hospitais por recursos públicos e privados. Em que pese a participação do CONASS e do CONASEMS entre os fundadores da ONA, representando elementos estatais na política implementada, é esperada uma migração do modelo para uma auto-regulação *laissez-faire* mais típica.

Por fim, a auto-regulação mais tipicamente observada no setor saúde no Brasil diz respeito aos conselhos profissionais que, através de elaboração de normas e do estabelecimento de processos éticos, regulam a prática profissional individual. O

Conselho Federal de Medicina é a estrutura mais evidente da auto-regulação profissional, embora organismos semelhantes existam para os demais profissionais como enfermeiros e odontólogos, cujas entidades são ativas na política setorial. Ainda se observa um componente estatal relacionado aos conselhos profissionais como resultado da legislação corporativa brasileira, que considera estes organismos como parte integrante do aparelho de Estado. Esse aspecto é paradoxal em termos de um sistema de auto-regulação, porém a autonomia organizacional obtida após a redemocratização política do país e a autonomia profissional dos médicos e odontólogos, por exemplo, definem a sua característica na política regulatória. Além disso, está em curso a reforma da legislação que regulamenta o funcionamento desses conselhos e a tendência observada aponta para o reforço da sua autonomia perante as instituições de Estado e de seu caráter auto-regulador.

As tendências apontadas nesta seção final foram extraídas de observações preliminares, efetuadas com relação às estratégias regulatórias implementadas no setor saúde brasileiro. Dessa forma, podem representar um roteiro útil para estudos fundamentados em fontes primárias e testes de hipóteses capazes de determinar a real consistência das tendências assinaladas.

2

Padrões de regulação de preços do mercado de medicamentos: experiência brasileira dos anos 90 e novos arranjos institucionais¹

Ricardo Romano
Pedro José Baptista Bernardo

Introdução

Até o final dos anos 80, a regulação dos mercados e a política de concorrência, nas suas manifestações tradicionais, não estavam presentes na história das políticas públicas no Brasil. A elevada proteção comercial à indústria doméstica e o controle direto de preços ocupavam um espaço privilegiado como instrumentos de organização dos mercados e da orientação e articulação das estratégias empresariais.

No início dos anos 90, um conjunto de ações governamentais – em especial a reforma comercial e a desregulamentação da economia – estabeleceu as bases para a introdução da concorrência no país, processo que ganhou impulso definitivo com a estabilidade de preços obtida a partir de 1994. Assistiu-se, a partir daí, a uma revolução nas estratégias e condutas das empresas brasileiras nos mais diversos setores, derivada da eliminação das amarras governamentais e da crescente pressão concorrencial.

Se alguns mercados demonstraram resistência a esse processo, o de medicamentos, com certeza, foi um deles. A indústria farmacêutica, durante os anos 70 e 80, juntamente com grande parte da economia brasileira, teve seus preços sujeitos a regimes de controle direto estabelecidos pelo governo federal. A liberação dos preços da indústria, a partir do início dos 90, fez-se acompanhar de aumentos generalizados e significativos nos preços dos medicamentos, diante dos quais o governo pouco pôde fazer.

Neste Capítulo, após esta introdução, faz-se uma breve apresentação do mercado brasileiro, em termos de atores relevantes nas cadeias de produção e comercialização, faturamento e principais empresas. Na terceira seção, descrevem-se as principais características estruturais da indústria farmacêutica, com ênfase nos aspectos determinantes do poder de mercado neste tipo de indústria. Na quarta seção, descreve-se a política de intervenção governamental nos preços da indústria farmacêutica, desde o início dos anos 90. Na quinta seção, discute-se os instrumentos regulatórios e mecanismos de mercado desenvolvidos em países avançados e sua utilização no Brasil, situando o “estado da arte” no país.

maiores do mundo, com vendas anuais superiores a US\$ 10 bilhões. Os dados gerais de produção e comercialização do setor são apresentados a seguir:

Tabela 1. Mercado de medicamentos – Dados gerais de produção e comercialização

Discriminação	Quantidade
Laboratórios ⁽¹⁾	400
Distribuidores	600
Farmácias	50.000
Estabelecimentos Hospitalares	5.000
Produtos (marcas)	5.300
Apresentações	10.587
Formas Farmacêuticas	15
Princípios Ativos	1.400
Classes Terapêuticas	264
Classes com Receita Médico	184
Classes de Venda Livre	80

Obs.: ⁽¹⁾ Apesar do número de laboratórios ser de aproximadamente 400, apenas 200 participam das estatísticas do setor.

Fonte: GRUPEMEF/ABIFARMA.

Importante registrar que a produção no Brasil consiste apenas no processo físico de tratamento dos princípios ativos (trituração, mistura, dissolução, compactação, etc.), obtendo-se as formas normalmente comercializadas (comprimidos, drágeas, cápsulas, injetáveis, xaropes, supositórios, pomadas, etc.). As empresas não operam nos estágios da pesquisa, desenvolvimento ou produção dos princípios ativos. A Tabela 2 traz os dados de faturamento do setor no período de 1992 a 1998.

Tabela 2. Faturamento do mercado de medicamentos

Ano	Faturamento (US\$ bilhões)
1992	3,70
1993	4,84
1994	6,18
1995	8,27
1996	9,69
1997	11,20
1998	11,90

Fonte: GRUPEMEF/ABIFARMA.

As participações das maiores empresas no faturamento do setor encontram-se na Tabela 3.

Tabela 3. Participação das maiores empresas no faturamento

Número de Empresas	Participação (%) no faturamento
10 maiores	43,94
20 maiores	65,55
30 maiores	78,96
40 maiores	86,60
50 maiores	89,69
60 maiores	91,07

Fonte: GRUPEMEF/ABIFARMA.

2.2 Características estruturais da indústria farmacêutica

2.2.1 Concentração da oferta

A partir dos dados da Tabela 3 nota-se que uma análise da estrutura da indústria, considerando apenas as vendas por empresa, indicaria um baixo grau de concentração vis-à-vis outros setores da economia, pois cerca de 40 laboratórios dominam 86% do mercado.

Não obstante essa aparente fragmentação, a indústria farmacêutica apresenta características dos oligopólios e/ou monopólios, se considerados a produção de princípios ativos e as chamadas classes terapêuticas. Quando se observa que há necessidade de produtos específicos para cada tipo de doença e que o grau de substituição é praticamente inexistente, evidencia-se a existência de muitos mercados, com elevado grau de concentração.

Em virtude da dificuldade de substituição perfeita entre produtos de uma mesma classe terapêutica, pode acontecer que o mercado não seja definido dentro da própria classe terapêutica, ou nem mesmo dentro de uma família de medicamentos com o mesmo princípio ativo, uma vez que o medicamento pode ter posologias diferentes em função da forma farmacêutica, ou seja, via oral para tratamento normal ou injetável para tratamento em crise.

Isso torna a caracterização do mercado dos fabricantes de medicamentos um exercício ainda mais complexo, à medida que estes constituem um tipo de produto cuja essencialidade envolve, além dos aspectos mercadológicos, questões éticas – como receituário médico – e a dificuldade, por vezes impossibilidade, do paciente/consumidor substituir um medicamento por outro até quando existe um similar perfeito, dada a assimetria de informações.

Diversos cortes analíticos podem ser considerados para fins de análise da estrutura da indústria. Pode-se considerar, por exemplo, um corte segundo os dois seguintes segmentos básicos do mercado:

- *produtos éticos*, composto de medicamentos sujeitos à venda sob prescrição médica, cuja participação no faturamento total da indústria é de cerca de 70%;² e
- *produtos populares*, ou *over the counter* (mercado de balcão), referente aos medicamentos de venda livre no varejo.

No interior desses segmentos, cada classe terapêutica define um mercado relevante distinto, de acordo com a composição química e as propriedades terapêuticas de cada medicamento. Ou seja, a necessidade de medicamentos específicos para enfermidades determinadas, vis-à-vis a dificuldade de substituição entre os produtos, determina as linhas divisórias entre os vários mercados da indústria de medicamentos, em que antibióticos não substituem antiulcerosos, que não substituem oncológicos e,

O produto pode ser considerado como totalmente diferenciado, segundo os médicos. Mesmo os fabricados com a mesma fórmula, têm de passar pelos testes de bioequivalência e biodisponibilidade para serem considerados substitutos perfeitos – os chamados medicamentos genéricos. Observe-se que a possibilidade de substituição, ainda que exista, está totalmente fora do alcance do consumidor.

2.2.2 Características da demanda

A caracterização do poder de mercado dos produtores de medicamentos reveste-se de maior complexidade quando se consideram as especificidades da demanda. Esta se caracteriza como inelástica para a maior parte dos produtos éticos, extremamente atomizada, pois que composta de consumidores finais individuais sem qualquer poder de negociação e – talvez o mais importante – desprovida de informações sobre o grau de substituição dos produtos.

Sobre a elasticidade, considere-se que, em grande parte dos casos de prescrição de medicamentos, a essencialidade do produto faz com que o paciente corra riscos – de vida, em alguns casos – se não adquiri-lo, o que confere baixo grau de elasticidade-preço à demanda. Ou seja, o consumo de ampla gama de medicamentos éticos não diminui sensivelmente em razão de aumentos de preço. Associada à reduzida elasticidade-preço da demanda, a assimetria de informações típica desse mercado colabora no sentido de reduzir a concorrência quando existe possibilidade de substituição entre produtos. Somente o médico pode decidir sobre a escolha de um medicamento ético, que é informado ao paciente/consumidor através da receita médica, que, de forma geral, faz referência a medicamentos de marca, e não à denominação genérica do produto. Ao consumidor/paciente resta decidir entre adquirir ou não o medicamento, sem uma alternativa segura de substituição. Mesmo na hipótese de existir no mercado um produto similar perfeito ao receitado, este não é prescrito pelo médico – que desconhece os preços praticados – e o consumidor desconhece sua existência, de forma que é incapaz de substituí-lo. Quando a alternativa restringe-se ao similar terapêutico, a substituição torna-se ainda mais complexa, além de abrir a discussão sobre responsabilidade no campo médico.

Essa circunstância, em que os médicos desconhecem os preços relativos e os pacientes desconhecem a possibilidade de substituição, mesmo existindo uma opção idêntica à receitada, confere ao ofertante, especialmente no segmento de produtos éticos, um poder de mercado semelhante ao do monopolista. Isto é, uma posição dominante de fato, que cria condições para os laboratórios farmacêuticos imporem preços com inexpressiva possibilidade de contestação da concorrência ou de alternativa para o consumidor.

Esse conjunto de atributos, associado à evolução tecnológica que vem caracterizando o setor nos últimos anos, faz com que a avaliação do poder de mercado dos laboratórios transcenda uma simples análise dos *market-share*. Há elevado poder de mercado inclusive nas linhas de medicamentos em que o *market-share* por classe terapêutica não é expressivo.

2.2.3 Barreiras à entrada

As *barreiras à entrada* de novos laboratórios fabricantes de medicamentos que poderiam atenuar posições dominantes nos mercados, podem ser avaliadas, no contexto nacional, pelo paradoxo do elevado número de laboratórios (em torno de 400, em que 35 detêm, aproximadamente, 78% do faturamento do setor), contrastando com a existência de oligopólios e monopólios nos vários mercados relevantes. O acesso às matérias-primas recém-desenvolvidas (patentes) e os elevados investimentos em pesquisa, receituário médico e marcas comerciais constituem as principais barreiras que os laboratórios nacionais, ou qualquer outro entrante, enfrentam para ingressar na maioria destes mercados relevantes.

As marcas se tornaram uma fonte de poder de mercado talvez tão importante quanto as patentes, o que, associado à reputação dos laboratórios produtores, tem funcionado como um fator capaz de assegurar a lealdade da classe médica ao elaborar o receituário.

2.2.4 Estratégias de comercialização

A política de comercialização dos laboratórios chega a consumir de 20% a 30% do valor das vendas brutas. Esses elevados custos são utilizados, principalmente, para a fixação das marcas no mercado, vale dizer, junto à classe médica, através dos seguintes instrumentos:

- (i) representantes comerciais para abordar a classe médica e promover a venda de produtos;
- (ii) extensiva rede de propaganda junto à classe médica, que inclui literatura médica, conferências e brindes;
- (iii) amostras grátis que servem para fixar o nome comercial do produto junto à classe médica e criar barreiras à entrada de potenciais competidores.

2.3 Comportamento dos preços e padrões de intervenção governamental nos anos 90

A seguir faz-se uma descrição da política de intervenção governamental nos preços da indústria farmacêutica desde o início dos anos 90.

2.3.1 Breve histórico da política de intervenção de preços

Período 1990/92: fim do controle direto e início da liberdade de preços

Com exceção dos Medicamentos Fitoterápicos, Oficiniais e Homeopáticos, todos os produtos farmacêuticos tinham seus preços fixados pelo governo até o início dos anos 90, através do extinto Conselho Interministerial de Preços (CIP). O período que vai

liberação foi marcado por fortes elevações de preços pela indústria, sendo interrompido em fevereiro de 1991 por novo congelamento geral de preços (Plano Collor II). Como a maior parte dos medicamentos teve reajustes de preços considerados abusivos após a liberação, o governo congelou os preços em níveis inferiores aos vigentes.

O descongelamento de preços do Plano Collor II teve início com as chamadas *Câmaras Setoriais*. Após a primeira reunião da *Câmara Setorial da Indústria Farmacêutica*, ocorrida em 24 de maio de 1991, tiveram início os reajustes de preços do setor, com reajuste linear de 8% para todos os produtos, autorizados pela Portaria MEFP n. 418, de 29 de maio de 1991. Novo reajuste foi autorizado pela Portaria MEFP n. 430, de 3 de junho de 1991, que em seu anexo trazia os preços autorizados pela Portaria n. 418, exceção para os produtos de "uso contínuo", que foram reajustados em 10,18% e para os produtos "especiais", reajustados em 6,48%.

Na segunda reunião da Câmara Setorial, em 28 de junho de 1991, ficou acordado novo reajuste de preços sob a forma de abono (de Cr\$ 50,00 a Cr\$ 1.250,00) por faixa de preços (de Cr\$ 500,00 a Cr\$ 10.000,00) autorizado pela Portaria MEFP n. 594, de 3 de julho de 1991, publicada em 4 de julho de 1991. Nessa portaria foram liberados os produtos Homeopáticos, Fitoterápicos e Oficiais, tradicionalmente excluídos do controle de preços do governo. Novos preços foram publicados no DOU, de 11 de julho de 1991, no Anexo à Portaria n. 634, de 5 de julho de 1991.

Nas duas reuniões seguintes da Câmara Setorial, em julho e setembro de 1991, novos reajustes foram acordados com o governo, diferenciados por produtos, de acordo com as Portarias MEFP n. 156, de 19 de agosto de 1991, n. 206, de 16 de setembro de 1991 e n. 953, de 7 de outubro de 1991.

Na reunião de setembro acertou-se para outubro o reinício do processo de liberação de preços do setor, de forma gradativa. Para a liberação, os produtos foram classificados em cem classes terapêuticas, divididas em três categorias: i) *classes de venda livre*; ii) *de receituário médico*; e iii) *de doenças crônicas*. O critério adotado foi a verificação, em cada classe terapêutica, do número de produtos e de empresas, com suas respectivas participações e concentrações de mercado. Iniciou-se o processo de liberação pelas classes em que houvesse maior número de produtos e empresas e, conseqüentemente, menores concentrações de mercado, sendo a primeira etapa oficializada com a publicação, em 8 de outubro de 1991, da Portaria MEFP n. 940, que liberou 24 classes terapêuticas de *venda livre*.³

3 A lista era composta das seguintes classes terapêuticas: Analgésicos Não Narcóticos e Antipiréticos; Antiácidos, Antifiséticos e Carminativos; Antianêmicos; Antidiarréicos (Antibacterianos, Inibidores da Motilidade, Absorventes Intestinais e Microorganismos Antidiarréicos); Antiespasmódicos Puros e Associados; Antigripais, exceto Antiinfeciosos; Antiparasitários (Anti-helmínticos, Esquistossomicidas, Escabicidas e Ectoparasiticidas); Antitussígenos; Anti-reumáticos Tópicos; Coleréticos e Colecéticos; Complexo B; Descongestionantes Nasais (Descongestionantes e Antiinfeciosos Nasais Tópicos e Sistêmicos); Emolientes e Protetores Dermatológicos, Agentes Curativos-Feridas, Antipruriginosos, Anestésicos e Antipsoríase); Expectoantes; Hepatoprotetores, Lipotrópicos e Associações; Laxantes; Polivitamínicos c/ Minerais; Polivitamínicos Puros; Preparações Dermatológicas (Anti-sépticos, Desinfetantes, Curativos Medicamentosos e Antiacneicos); Preparações para Garganta; Preparados para o tratamento de Conjuntivites Não Especificadas; Produtos à base de Cálcio e Potássio; Terapia Varicosa (Tópica e Sistêmica); Tônicos.

Nessa ocasião, o setor atacadista/varejista (ABAFARMA e ABCFARMA) passou a publicar o *Caderno Geral de Preços* – vigente até os dias atuais – que trazia os preços máximos ao consumidor dos produtos liberados. A regra tradicional de formação de preços na cadeia de comercialização foi estabelecida e determinava o repasse diferencial de ICMS e frete por conta da indústria e *Preço Máximo ao Consumidor (PMC)* uniforme em todo território nacional com margem máxima no varejo fixada em 30% sobre o PMC, ou 42,85% sobre o preço de fábrica.⁴

A segunda etapa do processo de liberação deu-se em 7 de novembro de 1991, com a Portaria MEFP n. 275, que liberou outro grupo de classes terapêuticas.⁵ Nos dias subseqüentes, diversos reajustes foram autorizados através de portarias ministeriais,⁶ até o início da terceira etapa do processo de liberação, em 27 de novembro de 1991, com a Portaria MEFP n. 309, de 26 de novembro de 1991, que liberou o terceiro grupo de classes terapêuticas.⁷

Novamente, após um breve período de reajustes,⁸ veio a quarta etapa do processo de liberação, em 23 de dezembro de 1991, com a Portaria MEFP n. 363, de 20 de dezembro de 1991, que liberou o quarto grupo de classes terapêuticas, permanecendo sob controle apenas as classes de produtos para *doenças crônicas*.⁹

4 A margem compõe a receita bruta das farmácias e drogarias e é destinada a cobrir os custos e remunerar o capital desses estabelecimentos. A medida permanece válida até hoje, e representa o último instrumento de controle direto de preços do setor por parte do governo. Apesar de críticas sobre as implicações da medida, como a de que funciona como indutor de cartelização, ou que conduz à prática de margens superiores àquelas que seriam praticadas na ausência da chancela legal, o governo mantém a portaria.

5 As classes foram as seguintes: Aminoglicosídeos; Antibióticos e Anti-sépticos Urinários; Antibióticos e Antiviróticos Tópicos; Antibióticos e Antivertiginosos; Antigotosos e Enzimas Antiinflamatórias; Anti-hemorroidários Tópicos; Anti-histamínicos Sistêmicos; Antimicóticos, Antibióticos, Anti-sépticos e Preparados Ginecológicos; Antimicóticos, Dermatológicos (Tópicos e Sistêmicos); Antiinfeciosos e Corticóides Oftalmológicos; Antiinfeciosos para Gripe; Antiinflamatórios, Anti-reumáticos e Relaxantes Musculares; Antiulcerosos; Corticóides, Uso Tópico (Puros e Associados); Coricosteróides; Estimulantes do Apetite; Hormônios Sexuais; Macrolídeos e Similares e Associações de Trimetoprim e Similares; Outros Produtos Oftalmológicos (Anestésicos Locais e Lubrif. Oculares); Penicilinas de Pequeno, Médio e Amplo Espectro; Produtos Otológicos; Produtos para o Aparelho Digestivo e Metabolismo, inclusive Enzimas; Terapia Tireoideana; Tetraciclina, Fluoroquinolonas e Cefalosporinas; Tricomonicidas (Tópicos e Sistêmicos); e Xantínicos.

6 Em 8 de novembro de 1991, foi publicada a Portaria n. 277, de 5 de novembro de 1991, com os preços autorizados pela Portaria n. 978 e, ainda, para os produtos de uso contínuo das 43 empresas que não receberam os 390,8%, reajuste complementar de 29%, para os produtos importados, reajuste complementar de até 35%; esta publicação excluiu os produtos liberados pela Portaria n. 275, de 5 de novembro de 1991. Em 20 de novembro de 1991, a Portaria n. 1.108, de 19 de novembro de 1991, autorizou reajuste linear de 24% sobre preços da Portaria n. 277, de 5 de novembro de 1991.

7 Antiespasmódicos e Atarácicos; Antiarrítmicos, Simpaticomiméticos Cardíacos, Nitritos e Nitratos, Agentes Inotrópicos Positivos; Antibióticos exceto Cloranfenicol, Carbenicilina e Rifampicina/Rifamicina; Anestésicos; Psicolépticos (Hipnóticos Sedativos Não Barbitúricos Tranquilizantes); Psicoanalépticos; Amebicidas; Estomatológicos; Repositores Eletrolíticos Orais; Preparados Anoréxicos; Vitaminas "A", "B1", "B6", "B12", "C", "D", "E" e Associações; Agentes Diagnósticos, Anti-sépticos Cirúrgicos, Nutrientes em geral.

8 Em 28 de novembro de 1991, foi publicada a Portaria n. 308, de 26 de novembro de 1991, com os preços autorizados pela Portaria n. 1.108 e, ainda, para os produtos de *uso contínuo* das 43 empresas que não

terapêuticas de “doenças crônicas”.¹¹

Após novo período de reajustes dos preços remanescentes,¹² a sexta etapa do processo de liberação ocorreu em 8 de abril de 1992 com a publicação da Portaria MEFP n. 027, de 7 de abril de 1992, que liberou as classes terapêuticas *Antagonistas do Cálcio* e *Inibidores ACE*.

Seguiu-se novo período de reajustes¹³ até que, em maio de 1992, quando estavam controladas apenas dezoito classes terapêuticas dos produtos para *doenças crônicas (uso contínuo)*, ficou acordado após nova reunião da Câmara Setorial que todos os produtos farmacêuticos da linha humana estariam liberados do controle governamental de preços.

Para os produtos de “uso contínuo”, que no ano de 1990 receberam em média reajustes de 125%, quando os demais produtos receberam 390,8% e que ainda estivessem com defasagens de preços em relação aos seus custos, o Ministério da Economia opinou que seria razoável a recuperação destas defasagens na ordem máxima de 6% reais a cada mês em período não superior a 12 meses. Além disso, para esses produtos defasados e com Preço Máximo ao Consumidor inferior a Cr\$ 2.000,00, na data da liberação, a recuperação real no primeiro reajuste poderia ser de 30%.

A última etapa do processo de liberação deu-se em 12 de maio de 1992 com a publicação da Portaria n. 037, de 11 de maio de 1992, que liberou as últimas classes terapêuticas ainda controladas.¹⁴

Cabe ressaltar que as liberações de preços ocorreram para a indústria, ficando mantidas, por portarias, todas as condições tradicionais de comercialização existentes para o setor: repasse diferencial de ICMS e frete por conta da indústria e *Preço Máximo ao Consumidor (PMC)* uniforme em todo território nacional com margem máxima no varejo fixada em 30% sobre o PMC, ou 42,85% sobre o preço de fábrica.

O processo de liberação de preços, efetuado ao longo do período de 12 meses entre maio de 1991 e maio de 1992, foi seguido de forte elevação dos preços praticados

10 Em 24 de dezembro de 1991, a Portaria n. 364 autorizou reajuste linear de 25% e ainda para os produtos de *uso contínuo* das 43 empresas que não receberam os 390,8%, reajustes diferenciados de até 40%, para os produtos importados, reajuste de até 35%. Essa publicação excluiu os produtos liberados pela Portaria n. 363, 23 de dezembro de 1991. Em 23 de janeiro de 1992, foi publicada a Portaria n. 007 que autorizou reajuste linear de 24% e ainda para os produtos de *uso contínuo* das 43 empresas que não receberam os 390,8% e produtos importados reajustes diferenciados de até 32%.

11 Anti-hipertensivos; Diuréticos; Hipolipemiantes/Antiateroma; Mióticos e Preparados Antiglaucoma; Vasoterapia Cerebral e Periférica.

12 Em 4 de março de 1992, foi publicada a Portaria n. 014 que autorizou reajuste linear de 26% sobre os preços da Portaria n. 007. Essa publicação excluiu os produtos liberados pela Portaria n. 013, de 28 de fevereiro de 1992.

13 Em 8 de abril de 1992, foi publicada a Portaria n. 028 que autorizou reajuste linear de 22% sobre preços da Portaria n. 014. Essa publicação excluiu os produtos liberados pela Portaria n. 027, de 8 de abril de 1992.

14 Citostáticos; Neurolépticos; Agentes Beta-Bloqueadores; Anticoagulantes e Inibidores da Agregação Plaquetária; Antidiabéticos; Anticonvulsivantes; Broncodilatadores e Antiasmáticos; Antiparquinsonianos; todos os outros Hormônios; demais produtos para Terapia Coronariana; Glicosídeos Cardíacos e Associações; Hipnóticos Sedativos – Barbitúricos Puros e Associados; Imunossuppressores; Produtos para Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e para Hemofilia.

pela indústria. Durante o período de maio de 1992 até abril de 1994 os preços dos medicamentos permaneceram totalmente livres, sem nenhuma interferência direta do governo.

Período 1993/96: acompanhamento informal de preços

Em abril de 1994, no período pré-Plano Real, os preços foram convertidos para Unidade Real de Valor (URV) pela média dos meses de setembro a dezembro de 1993, conforme previa a MP 542, de 30 de junho de 1994, que dispôs sobre o Plano Real.

A partir do início do Plano Real e até o final de 1996, o governo manteve um entendimento informal com a indústria farmacêutica, através do qual os parâmetros de reajuste eram fixados a cada seis meses, segundo faixas de variação de preços consideradas "normais". Qualquer reajuste diferente do acordado era objeto de investigação no âmbito da Lei n. 8.884/94 (Lei de defesa da concorrência). Essa sistemática informal de acompanhamento de preços encerrou-se em fins de 1996, ensejando novo período de liberdade de preços para o setor.

O movimento de preços pode ser observado pelo comportamento do preço médio dos medicamentos, expresso pelo quociente entre o volume total das vendas e o número de unidades vendidas. O preço médio, que era de US\$ 1,86 por unidade, evoluiu para US\$ 4,85 em 1996, segundo dados da publicação Mercado Farmacêutico Brasil, da Editora IMS A.G.

Deve-se considerar que essa variação não reflete exclusivamente os reajustes praticados nos produtos vendidos, mas também sofre influência dos lançamentos das novas especialidades farmacêuticas – característica estrutural do setor –, bem como do interesse natural das empresas em direcionar o desenvolvimento das suas vendas para produtos que contribuem com maiores margens. Entretanto, verifica-se que a forte reação dos preços, após sua liberação em 1992, foi acompanhada pelos aumentos das vendas em unidades, confirmando o poder de mercado da indústria.

Convém observar que o preço médio no Brasil ainda é inferior ao dos países desenvolvidos, devido ao estágio mais avançado dos itens que compõem a cesta de medicamentos utilizados, onde já foram reduzidas as vendas dos medicamentos com sais mais antigos e menor preço e, também pela utilização de embalagens maiores para produtos de uso contínuo e dos OTC (vitaminas e analgésicos).

Período 1997/99

No período de dois anos que se seguiu à liberação, verificaram-se reajustes bastante elevados, o que levou o governo a determinar, em novembro de 1998, nova sistemática de acompanhamento de preços. Assim, em 27 de novembro de 1998, o Ministério da Fazenda publicou no *Diário Oficial* a Portaria n. 127, determinando que os laboratórios farmacêuticos passassem a comunicar e justificar os aumentos de preços

• para os produtos importados prontos acertou-se que o repasse do câmbio seria realizado em duas parcelas, projetando-se uma taxa de câmbio de R\$ 1,70 para abril como limitador do repasse, com dois movimentos a partir da taxa de R\$ 1,21 em fevereiro: R\$ 1,43 em março e R\$ 1,70 em abril;

• para os produtos produzidos a partir de matéria-prima importada acertou-se que o repasse do câmbio seria realizado em três parcelas, projetando-se também uma taxa de câmbio de R\$ 1,70 como limitador do repasse, mas para o mês de maio; as duas parcelas intermediárias consideraram uma taxa de câmbio de R\$ 1,36 em março e R\$ 1,52 em abril.

Nos meses de junho, julho e agosto de 1999 vigorou novo acordo, sendo este com o objetivo de repassar o impacto do câmbio sobre os demais insumos (basicamente embalagens), resultando em aumento médio acumulado de 8%.

A par da evolução de preços, o setor apontou rentabilidade significativamente elevada em relação a outros setores da economia. Em 1997, o setor registrou a terceira maior rentabilidade do patrimônio líquido, que foi, em média, de 24,1%, tendo atingido mais de 49% em determinadas empresas¹⁵ (Tabelas 4 e 5).

Tabela 4. Rentabilidade e margem bruta – 1996/1997

Setor	Margem Bruta (%)		Rentabilidade do patrimônio líquido (%)	
	1996	1997	1996	1997
Indústria do fumo	49,72	49,24	31,45	31,33
Ind. da borracha	22,28	26,34	22,91	26,71
Indústria de produtos farmacêuticos e veterinários	53,26	54,12	27,49	24,10
Indústria de calçados	39,38	36,09	21,71	16,49
Refino de petróleo e destilação de álcool	18,09	20,23	8,01	15,28

Fonte: FGV. *Conjuntura Econômica* (ago. 1998).

Tabela 5. Rentabilidade por laboratório – 1997

Empresa	Rentabilidade do patrimônio líquido (%)
Aché Labs. Farmacêuticos	28,80
Hoechst Marion Roussel	49,12
Bristol-Myers Squibb Brasil S.A.	43,27
Schering Plough S.A.	49,00

Fonte: *Conjuntura Econômica* (ago. 1998).

Entre 1994 e 1997, o faturamento da indústria farmacêutica registrou um aumento de 60,94%,¹⁶ enquanto o número de unidades vendidas apontou aumento de 13,33%. No período de 1992 a 1997, excluídas as vendas para hospitais, o aumento do faturamento chegou a 175%, para uma variação de 16,67% no número de unidades vendidas.

¹⁵ Cf. *Conjuntura Econômica* (p. 24 e 73, ago. 1998).

¹⁶ Este dado refere-se ao faturamento calculado em dólares. A porcentagem passa para 88,14% quando calculado em reais.

2.3.2 Tentativas de intervenção “extracontrole de preços”

Desde 1992, após a liberação do setor dos mecanismos de controle e em meio ao movimento de alta de preços, foram empreendidas pelo governo duas vertentes de ação com o objetivo de intervir no comportamento de preços. A primeira, de caráter mais estrutural, consistiu na tentativa de estabelecer uma legislação de medicamentos genéricos – aspecto que será discutido a seguir – através do Decreto 793, de 5 de abril de 1993. A medida pretendia estimular a concorrência no mercado por meio da obrigatoriedade de fixação, em cada medicamento, do nome genérico em dimensão pelo menos três vezes superior ao nome comercial.

Embora correta na constatação de que o medicamento genérico constitui instrumento fundamental para estimular a concorrência no setor, a medida não estava imune a críticas. Primeiro, porque desconsiderava a necessidade de conferir proteção à marca comercial, bem como seu importante papel no sentido de estimular investimentos em pesquisa e desenvolvimento. Segundo, por sua vulnerabilidade do ponto de vista jurídico, comprovada posteriormente pelos questionamentos judiciais que interromperam sua aplicação.

A segunda vertente consistiu em tentativas de aplicação da legislação de defesa da concorrência – via repressão a condutas – mediante a instauração de processos administrativos por práticas de abuso de posição dominante. Grande número de processos foi instaurado entre 1992 e 1994, quando ainda vigorava a Lei n. 8.718/91.

Em face da ausência de comprovação, os processos foram arquivados pelo Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE) – centenas deles em 1997. Novos processos foram instaurados no ano de 1997, a partir de investigações promovidas pela Secretaria de Acompanhamento Econômico (SEAE) do Ministério da Fazenda, e com base na nova lei antitruste (Lei n. 8.884/94), o que levou à instauração, em alguns casos, de processos administrativos pela Secretaria de Direito Econômico (SDE) do Ministério da Justiça. Tais processos permaneceram sem solução, até o momento. Na seção 2.4.6 são discutidos os limites da ação governamental por essa vertente.

2.4 Instrumentos regulatórios e mecanismos de mercado na experiência internacional

2.4.1 Atuação sobre a estrutura de mercado: o mercado de genéricos

Os medicamentos genéricos têm assumido importância crescente como mecanismo de acesso da população a medicamentos eficazes e seguros a preços mais baixos, não apenas nos países desenvolvidos, mas também nos países do Terceiro Mundo. Estima-se que os genéricos, até o fim do século, serão responsáveis por 50% das prescrições médicas e que o volume vendido corresponderá a 21% do mercado de

RFA	1,5	1,5	2,5	3,0	4,0	5,0	35,0
Reino Unido	3,0	3,0	4,0	6,0	7,0	9,0	50,0
Itália	6,0	9,0	9,0	9,5	10,0	11,0	-
Japão	12,0	14,0	15,0	15,0	17,0	19,0	-
Canadá	-	14,1	17,5	18,5	19,5	21,3	-
EUA	21,0	21,0	22,0	22,0	24,0	25,0	30,0

Fonte: Bermudez (1999).

Para uma correta compreensão do conceito de *medicamento genérico* é conveniente utilizar aqui as definições adotadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no que se refere às categorias de produtos farmacêuticos (WHO, 1996).

O *medicamento de marca* – ou produto farmacêutico inovador – corresponde ao produto objeto de inovação e, por isso, protegido por patente, que utiliza nome comercial ou de fantasia conferido pelo laboratório que o produz. A marca é considerada patrimônio e protegida pela legislação de patentes, funcionando como fator determinante de poder de mercado. Com base na legislação sanitária nacional, o produto de marca recebe autorização para comercialização segundo documentação de eficácia, segurança e qualidade, de acordo com os requerimentos vigentes.

O *medicamento genérico* – até recentemente chamado de intercambiável pela OMS – é um medicamento rigorosamente equivalente ao de marca, não só no que diz respeito ao princípio ativo e outras características, mas especialmente porque suas qualidades e resultados terapêuticos são exatamente os mesmos. Para tanto, há certos requisitos preconizados pela OMS que precisam ser cumpridos para que um medicamento possa ser vendido como genérico, entre os quais cumpre mencionar os seguintes testes (Bermudez, 1992).

- *Teste de Equivalência Terapêutica*: dois produtos farmacêuticos são terapêuticamente equivalentes quando sua administração, em doses iguais, conduz aos mesmos efeitos com respeito à eficácia e à segurança, segundo estudos apropriados (bioequivalência, estudos farmacodinâmicos e estudos clínicos ou estudos *in vitro*);

- *Teste de Equivalência Farmacêutica*: dois produtos são farmacêuticamente equivalentes se contêm quantidades iguais da mesma substância ativa, na mesma forma farmacêutica e sejam administrados pela mesma via. Equivalência farmacêutica não necessariamente implica equivalência terapêutica, uma vez que as diferenças em excipientes e/ou processos de produção podem levar a diferenças na atuação do medicamento;

- *Teste de Bioequivalência*: dois produtos são bioequivalentes se, além de serem farmacêuticamente equivalentes, apresentam biodisponibilidade semelhante, depois da administração da mesma dose molar, em tal grau que seus efeitos só podem ser essencialmente os mesmos;

- *Teste de Biodisponibilidade*: diz respeito à velocidade e extensão da absorção do princípio de determinada forma farmacêutica, ao se verificar sua curva de concentração e tempo na circulação sistêmica e sua excreção.

Em síntese, para ser chamado de genérico um medicamento deve apresentar todas as qualidades e benefícios terapêuticos de um produto de marca (inovador), e, para tanto, seu fabricante deve comprovar o cumprimento dos requisitos preconizados pela OMS e instituições independentes privadas ou públicas capazes de validar os testes acima. O *Glossário de Termos Especializados para Avaliação de Medicamentos* (OMS/OPS, 1990) estabeleceu que “um produto genérico só deve ter sua comercialização autorizada desde que sua segurança, eficácia e qualidade tenham sido estabelecidas e documentadas, devendo ser usado como referência o produto inovador”.

Esse aspecto é de especial importância para conferir capacidade competitiva ao medicamento genérico, à medida que sua receptividade pela classe médica constitui requisito fundamental para justificar sua produção em escala e sua disponibilidade no mercado como substituto perfeito do medicamento de marca.

Uma vez comprovados os requisitos que qualificam um medicamento como genérico, ele pode ser desenvolvido por qualquer produtor a partir do princípio ativo cuja patente tenha expirado e sua comercialização pode ser realizada sem a marca comercial. Assim que o produto é reconhecido por instrumento regulamentar, o nome genérico se transforma em nome oficial. Isso significa que a produção do medicamento genérico não incorre nos elevados gastos com pesquisa e desenvolvimento típicos do produto inovador, pois estes gastos já foram amortizados no período de vigência da patente.

Além disso, sua comercialização requer menores despesas de marketing junto à classe médica, pois suas qualidades terapêuticas já se tornaram conhecidas e foram comprovadas por órgãos que têm essa competência, como a *Food and Drug Administration* (FDA) dos Estados Unidos. Como resultado, os produtores de genéricos podem colocá-los no mercado a preços substancialmente menores que os medicamentos de marca. Introduce-se, assim, um sólido elemento concorrencial através do desenvolvimento de produtos substitutos perfeitos a custos menores, ao mesmo tempo em que se atenua uma forte barreira à concorrência nesse mercado, que é a assimetria de informações.

Desde que se desenvolveu nos Estados Unidos, o mercado de genéricos tem se apresentado como elemento importante na redução de preços de medicamentos, chegando a atingir cerca de 50% das prescrições médicas.¹⁷ Em todos os estados foram instituídas bases legais para o desenvolvimento do mercado de genéricos, além de sistemas de incentivo para que os médicos conveniados a planos de saúde prescrevam estes medicamentos através de listas de produtos (*formularies*) nas quais predominam os genéricos. Quando expira a patente de um medicamento, são lançados os produtos genéricos com garantia de características terapêuticas iguais às do produto original pelo órgão regulador local, a FDA.¹⁸

2.4.2 Mercado de genéricos no Brasil

Enquanto que nos Estados Unidos os medicamentos genéricos ocupam uma parcela de 50% do mercado, no Brasil os similares de marca alcançam menos de 3%. Além disso, enquanto que naquele mercado o genérico chega a ser vendido pela metade do preço do produto de marca, no Brasil a maioria dos similares de marca têm preços superiores aos produtos de marca originais. A principal razão disso encontrava-se na falta de uma regulamentação específica para o desenvolvimento do mercado de genéricos, possuindo importância também as peculiaridades do sistema de comercialização vigente no país.

A legislação brasileira¹⁹ assegurava apenas o registro de produtos *por similaridade*, concedendo o registro de *produto similar* ao medicamento que contivesse os mesmos princípios ativos do produto de marca original, e que possuísse indicação e posologia semelhantes, podendo diferir em aspectos como tamanho, forma, excipientes, prazo de validade e embalagem. Não havia nenhuma regulamentação sobre *bioequivalência*, situação que deu origem a um número crescente e despropositado de marcas para cada tipo de produto licenciado no mercado, em que muitos utilizam a denominação “genérica” sem sê-lo de fato,²⁰ caracterizando uma evidente distorção do mercado.

Outro fator importante para explicar o desempenho desprezível do mercado de genéricos no Brasil reside nas peculiaridades do sistema de marketing e comercialização adotado pelos laboratórios no mercado brasileiro, caracterizado pela abordagem promocional direta junto à classe médica.

Já foi mencionado anteriormente (ver seção 2.2.4) os gastos promocionais junto aos profissionais médicos chegam a consumir de 20% a 30% do faturamento de uma empresa de grande porte. Por serem menores, as empresas que produzem genéricos não possuem estrutura financeira para competir nesse tipo de abordagem promocional, de forma que os médicos terminam por desconhecer a existência do genérico e desenvolvem uma fidelidade à marca – o que resulta na prescrição de medicamentos sem a preocupação com o fator preço. Ainda que exista no mercado um medicamento genérico substituto perfeito do medicamento de marca, o médico não o prescreve e o consumidor desconhece essa informação, de forma que não possui condições de comparar preços.

Ademais, em virtude da regulamentação existente para a fixação da margem do varejo farmacêutico, à farmácia não interessa, na venda ao consumidor, substituir o produto prescrito por outro de menor custo, uma vez que sua margem de comercialização é calculada como um percentual de 30% sobre o preço de venda. Ou seja, quanto mais caro o produto, maior será seu ganho.

Diante disso, as empresas que produzem genéricos adotam como política de comercialização o incentivo ao ganho da farmácia na venda de seu produto, elevando o

19 Conferir a Resolução 4/78 da Câmara Técnica de Medicamentos, juntamente com a Lei n. 6.360/76 e o Decreto n. 79.094/77.

20 Bermudez (1992) observa, por exemplo, que há no mercado brasileiro, 24 diferentes nomes de marca para o ácido ascórbico (vitamina C), 21 marcas de amoxicilina, 48 marcas de ampicilina e 47 marcas de dipirona sódica.

preço ao consumidor como forma de aumentar o desconto para a farmácia e obter, com isto, a indicação do produto no balcão – prática conhecida no mercado como “empurroterapia”.

A primeira iniciativa de criação de legislação específica sobre medicamentos genéricos ocorreu em 1993, quando o governo, movido pela conjuntura de elevação dos preços de medicamentos após a eliminação dos instrumentos de controle direto, editou o Decreto 793/93, já mencionado anteriormente. Instituiu-se a obrigatoriedade de fixação, na embalagem dos produtos, do nome genérico do medicamento – isto é, do princípio ativo (fármaco) utilizado em sua composição – em dimensão pelo menos três vezes superior à marca ou nome comercial. Com isso, pretendia-se reduzir a barreira à concorrência expressa na assimetria de informações e estimular o surgimento de um mercado de medicamentos genéricos no país. Questionada no campo jurídico por desconsiderar a necessidade de proteção à marca comercial, a medida demonstrou-se inócua.

Foi apenas com a Lei n. 9.787/99, que se estabeleceram as bases legais para a instituição do *medicamento genérico* através da criação formal desta denominação. Além disso a Lei n. 9.782/99 atribuiu poderes à Agência Nacional de Vigilância Sanitária, para regulamentar os critérios e condições para registro e controle dos medicamentos genéricos, e os critérios para os testes de biodisponibilidade e equivalência terapêutica.

Com a Lei n. 9.787/99 instituiu-se a obrigatoriedade de fixação, na embalagem e nos materiais promocionais dos produtos, da chamada Denominação Comum Brasileira (DCB) – ou, na sua falta, a Denominação Comum Internacional (DCI) – em letras cujo tamanho não pode ser inferior à metade do tamanho do nome comercial ou marca do produto. A DCB e a DCI designam, respectivamente, o fármaco ou princípio farmacologicamente ativo aprovado pela Agência de Vigilância Sanitária e recomendado pela OMS.

Além de instituir o produto genérico, a Lei n. 9.787/99 trouxe duas outras medidas fundamentais para o avanço do mercado de genéricos no país:

(i) conferiu poderes à Agência de Vigilância Sanitária para regulamentar critérios para a prescrição médica de medicamentos genéricos nos serviços farmacêuticos privados e governamentais; e

(ii) determinou a obrigatoriedade de adoção da DCB – ou, na sua falta, a DCI – nas aquisições e prescrições de medicamentos feitas por instituições integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS, de forma a estimular a utilização de medicamentos genéricos.

A importância dessa iniciativa evidencia-se no fato de que se estabelecem as bases para a criação de uma demanda para o genérico, de forma a estimular sua produção pelos laboratórios, o que constitui um complemento indispensável à simples obrigação de fixação do nome genérico na embalagem do medicamento.

por meio dos testes de bioequivalência e biodisponibilidade, para um espectro razoável de produtos não pode ser esperada num horizonte inferior a dois anos contados a partir da nova legislação. Isto não garante sua prescrição pela classe médica, à medida que os profissionais estão habituados às marcas existentes e os laboratórios de genéricos não efetuam o marketing dirigido a eles. Será necessário estabelecer mecanismos de divulgação dos genéricos – junto à classe médica e à população em geral – como alternativa segura e mais barata.

2.4.3 Reforçando a estrutura da demanda: a inserção dos Planos Privados de Assistência à Saúde na aquisição de medicamentos

Nos Estados Unidos cerca de 75% da população possui algum tipo de seguro ou plano privado de assistência à saúde que cobre despesas com remédios e exige do beneficiário apenas um “co-pagamento” por receita. Dois mecanismos merecem destaque no que se refere ao papel dos planos de saúde nos Estados Unidos.

O primeiro diz respeito às listas de preços (*formularies*) que os planos privados de assistência à saúde distribuem aos médicos conveniados para que prescrevam medicamentos aos seus associados. Nas *formularies* predominam medicamentos genéricos, e sua prescrição pelos médicos conveniados constitui condição para a cobertura ou reembolso das despesas dos associados com medicamentos. Isso, associado à imposição de limites de gastos com medicamentos por paciente, colabora para que os médicos considerem a variável preço na prescrição do medicamento aos associados de planos.

Um segundo mecanismo consiste na presença das chamadas *Pharmaceutical Benefit Managers* (PBMs), redes atacadistas especializadas no fornecimento de medicamentos aos planos privados de assistência à saúde, que conferem concentração pelo lado da demanda. Ao contrário do consumidor comum, as PBMs adquirem medicamentos em grande volume, e por isso possuem poder de negociar preços com os laboratórios. Essas redes atacadistas representam cerca de 45% do mercado americano de medicamentos sob prescrição fora do âmbito hospitalar.²¹

Na França, são divulgadas listas de medicamentos passíveis de reembolso pelos planos de saúde (*Caisses Assurance Maladie*), em que constam medicamentos sujeitos a regime de controle de preços pelo governo.

No Brasil, até o momento, a cobertura de gastos com medicamentos pelos planos de saúde é bastante restrita. A grande maioria dos planos de saúde oferecia cobertura apenas aos produtos usados pelos associados em internações na rede hospitalar. A partir da edição da lei que trata da regulamentação de seguros e planos de assistência à saúde – Lei n. 9.658/98 – este tipo de cobertura tornou-se obrigatório para todos os planos comercializados no país.

21 Cf. Preços dos remédios ficam cada vez mais amargos. *The Wall Street Journal Americas*, reproduzido em *O Estado de São Paulo*, 18 nov. 1998.

Entretanto, deve-se reconhecer que essa cobertura legal está muito longe de estimular a criação de uma demanda para os medicamentos genéricos. Primeiro, porque o reembolso não está vinculado à prescrição de medicamentos genéricos. Em segundo lugar, os hospitais não parecem demonstrar interesse na venda de medicamentos mais baratos aos pacientes conveniados de planos da saúde. Os medicamentos comercializados através das farmácias dos estabelecimentos hospitalares incluem a margem tradicional cobrada pelo varejo farmacêutico, equivalente a 42,8% sobre o preço de fábrica do produto, estabelecida como margem máxima. Ora, os hospitais detêm exclusividade na venda de medicamentos prescritos para pacientes conveniados, de forma que sua margem de comercialização acaba sendo até mesmo superior à margem cobrada por farmácias localizadas em ambientes mais competitivos. Além disso, os hospitais têm isenção de ICMS e, em grande parte dos casos, adquirem produtos diretamente da indústria, o que significa que sua margem supera a margem máxima do varejo farmacêutico.

Na prática, o reembolso obrigatório de medicamentos prescritos a pacientes conveniados apenas repassa os elevados preços praticados pelas farmácias hospitalares, terminando por inflacionar os custos dos planos e seguros de saúde, por sua vez repassados aos seus associados.

Afora esse tipo de cobertura compulsória, há empresas de assistência à saúde – como algumas empresas de autogestão e de medicina de grupo – que oferecem reembolso parcial de medicamentos utilizados fora da rede hospitalar. Porém, da mesma forma que o reembolso compulsório, este não é vinculado à prescrição/utilização de medicamentos genéricos.

Num horizonte de médio e longo prazo, pode-se esperar que as operadoras de planos de saúde vinculem a cobertura aos genéricos, o que as faria atuar como demandantes indiretos no mercado. Isso aumentaria a demanda por esse tipo de medicamento, desviando parte do consumo das farmácias para um consumidor com maior poder de barganha, que são as operadoras de planos.

2.4.4 Outros mecanismos de concentração da demanda: pool de farmácias e venda em supermercados

Atualmente, os laboratórios farmacêuticos concedem descontos nos preços para a venda de grandes volumes de produtos, o que normalmente ocorre nas transações com grandes redes varejistas que adquirem os produtos sem intermediação do distribuidor.

Os medicamentos anódinos representam algo entre 24% e 30% do faturamento total da indústria farmacêutica. A venda desses medicamentos em supermercados, lojas de conveniência, armazéns, *drugstores* e outros estabelecimentos varejistas, ao eliminar a reserva de mercado do setor farmacêutico, permitiria estimular a concorrência nesse setor com efeitos positivos sobre os preços.

utilizam algum sistema de controle de preços de medicamentos. No Reino Unido, por meio de um programa negociado entre o *Department of Health* e os laboratórios – chamado *Pharmaceutical Price Regulation Scheme* (PPRS) – o governo controla os lucros dos laboratórios sobre o volume de vendas de medicamentos ao sistema público de saúde, o *National Health Service* (NHS).

Os níveis de lucratividade aceitos para as vendas ao sistema público são negociados entre cada laboratório e o *Department of Health*. Esse, a partir de informações financeiras detalhadas dos laboratórios, estabelece uma faixa ou banda dentro da qual os lucros podem variar. Quando os lucros de um determinado laboratório extrapolam a banda estabelecida, efetua-se uma redução dos lucros praticados por meio de reduções dos preços. Deve-se registrar que o sistema de controle dos lucros restringe-se aos medicamentos reembolsados pelo sistema público de saúde e portadores de marca (*branded products*). Ou seja, estão excluídos do sistema de controle os produtos adquiridos fora do NHS e os medicamentos genéricos.²²

Na França, aplica-se controle de preços dos medicamentos que integram a lista de medicamentos reembolsáveis pelos planos de saúde, as *Caisses Assurance Maladie*. Os preços dos medicamentos reembolsáveis são fixados pelos ministros da Saúde, da Economia e da Seguridade Social, por meio de instrumento legal conjunto.²³ Os preços dos medicamentos não reembolsáveis pelos planos de saúde não são objeto de controle. Encontra-se em curso uma revisão desse mecanismo, que pretende instituir um sistema de acordo entre o governo e as empresas do ramo, inclusive por meio de comitê composto por representantes dos ministérios envolvidos, bem como por empresas de seguros e planos de saúde.

Na Alemanha, a legislação sobre o setor de saúde – *Gesundheitsstrukturgesetz*, ou GSG, de janeiro de 1993 – limita as despesas do sistema público com medicamentos e transfere aos médicos o ônus por custos excessivos, de forma que estes são estimulados a prescrever medicamentos genéricos. Além disso, a lei prevê critérios para as margens de lucro dos laboratórios e das redes de comercialização. Como resultado, os preços dos medicamentos de marca são uniformes em todo o país, de forma que a concorrência é bastante restrita.

2.4.6 Limites da aplicação da legislação brasileira de Defesa da Concorrência

Uma avaliação sobre as possibilidades de sucesso da ação governamental pela vertente antitruste não pode prescindir de um histórico sobre o tratamento dado a representações contra práticas de preço abusivo pelos órgãos aplicadores da lei (SEAE/MF, SDE/MJ e CADE/MJ).

Em primeiro lugar, é preciso destacar que não há, no histórico de aplicação da legislação brasileira de defesa da concorrência (Lei n. 8.884/94), nenhum julgamento

22 Cf. *Pharmaceutical Price Regulation Scheme*, out. 1993; *Material Changes in the Medicaments Market Since 1970*. Office of Fair Trading, Jan. 1998.

23 Cf. *Code de la Sécurité Social*, Arts. L. 162-17 e L. 162-38.

pelo CADE a respeito de prática de *preço abusivo*. Isso não significa que esse tipo de infração não seja previsto pela lei antitruste, nem que não tenham ocorrido representações e denúncias a respeito dessa prática.

O Artigo 21 da Lei n. 8.884/94, ao mencionar as condutas que configuram infração da ordem econômica – quando combinadas com os efeitos do Artigo 20 – estabelece que:

Art. 21. As seguintes condutas (...) caracterizam infração da ordem econômica:

XXIV – impor preços excessivos, ou aumentar sem justa causa o preço de bem ou serviço.

Parágrafo único. Na caracterização da imposição de preços excessivos ou do aumento injustificado de preços, além de outras circunstâncias econômicas e mercadológicas relevantes, considerar-se-á:

- I – o preço do produto ou serviço, ou sua elevação, não justificado pelo comportamento do custo dos respectivos insumos, ou pela introdução de melhorias de qualidade;
- II – o preço de produto anteriormente produzido, quando se tratar de sucedâneo resultante de alterações não substanciais;
- III – o preço de produtos e serviços similares, ou sua evolução, em mercados competitivos comparáveis;
- IV – a existência de ajuste ou acordo, sob qualquer forma, que resulte em majoração do preço do bem ou serviço ou dos respectivos custos.

É vasto o histórico de representações sobre prática de preço abusivo que deram entrada na SDE/MJ, com posterior envio ao CADE para julgamento. O período imediatamente posterior à liberação de preços (pós-1992) registra em torno de 160 representações da SEAE/MF transformadas em Processo Administrativo pela SDE/MJ e enviadas para o CADE para julgamento.

Convém reproduzir aqui a posição do CADE – expressa no *Relatório Anual de 1997* – sobre tais processos:

“em 1997, 82,8% dos (processos) julgados no setor de produtos farmacêuticos foram relacionados com a conduta ‘aumentos abusivos de preços’. Por outro lado, a direção tomada pelo CADE no sentido de evitar essa sinalização inadequada ao mercado foi clara, pois nenhum dos processos de aumento abusivo de preços, que foram analisados pelo CADE no setor de medicamentos, foi considerado procedente” (p. 58).

Também é útil mencionar trechos da jurisprudência relativa ao julgamento de um dos processos mencionados, que reflete o padrão seguido pelo CADE nos demais:

abusivos de preços tem se pautado pela cautela. Não é do entendimento desse colegiado que cabe ao CADE ou a qualquer órgão do governo empreender ações que tenham como resultado o controle de preços puro e simples sem a observância de posição dominante da empresa ou de sistemáticas falhas de mercado.” (EMENTA publicada pelo CADE sobre representações de n. 275 a 281/92 contra empresas diversas da indústria farmacêutica. Grifos no original).

Em fins de 1997, a SEAE/MF encaminhou mais duas representações contra laboratórios (Alcon e Allergan), por prática de preços abusivos. Desde então, tais processos “encalharam” na SDE e nem sequer foram enviados ao CADE para julgamento. Somam-se a essas, outras representações encaminhadas pela SEAE/MF em julho de 1999.

Finalmente, deve-se chamar a atenção para o fato de que os órgãos aplicadores da lei antitruste não têm demonstrado a necessária integração e sintonia nas ações empreendidas, requisito fundamental para o êxito de qualquer ação eficaz sobre condutas infratoras, tendo em vista a forma de funcionamento da nossa legislação.

3

Questões de defesa da concorrência no setor farmacêutico

Maria Tereza Leopardi Mello

Introdução

O objetivo deste Capítulo é realizar um levantamento dos casos de *condutas anticompetitivas* e de *atos de concentração*¹ ocorridos no setor farmacêutico, julgados pelas autoridades antitruste brasileiras nos últimos três anos, identificando e discutindo as principais questões de concorrência surgidas no setor.

Os resultados do levantamento de casos de *atos de concentração* mostraram que houve um pequeno aumento no número de atos envolvendo empresas do setor farmacêutico, que, em sua grande maioria, reflete os movimentos internacionais de concentração que vêm ocorrendo entre grandes empresas multinacionais do setor. Todos foram aprovados, apenas um sob condição; esta se relacionava ao uso de marca registrada, item identificado com o exercício de poder de mercado.

A análise dos casos evidenciou duas questões importantes para a aplicação da lei antitruste: a da delimitação dos mercados relevantes no setor; a frequência com que marcas registradas aparecem como instrumento de exercício de poder de mercado dando origem a barreiras à entrada e afetando as possibilidades de concorrência de forma significativa.

Quanto às *condutas anticompetitivas*, a pesquisa explicitou que a esmagadora maioria dos casos (pelo menos até julho de 1999) versou sobre acusações de aumentos abusivos de preços. Esse resultado levou à necessidade de discutir algumas questões. Em primeiro lugar, esse tipo de *conduta* tem sido tratado com extrema cautela pelo

1 A distinção entre *condutas* e *atos de concentração* é básica em antitruste e se refere a dois padrões de regulação por meio dos quais se busca influenciar as condições de operação dos mercados: a) aqueles referentes às *condutas* dos agentes no processo competitivo; b) os relacionados aos parâmetros *estruturais* que condicionam tais condutas. As regras relativas à *conduta* prevêm punições às práticas restritivas horizontais (que visam a reduzir a concorrência entre empresas de um mesmo mercado, tais como acordos para fixação de preços, divisão combinada de mercados, etc.) e verticais (envolvem agentes que se relacionam como compradores e vendedores ao longo da cadeia produtiva, tais como imposição de preços

as absolvições (além de eventuais problemas na instrução dos processos): a) é problemático tratar de preços no âmbito antitruste porque, por um lado, a autoridade antitruste deve atuar sobre o processo competitivo, e não sobre seu resultado (o preço seria um resultado), e, por outro lado, é difícil se estabelecerem parâmetros confiáveis para avaliar se um preço é ou não *abusivo*; b) ainda que se pudesse considerá-lo assim, não caberia à autoridade antitruste definir qual o nível de preços a ser praticado, sob pena de se reinstaurar a prática de controle de preços (*i.e.*, o Conselho não deve substituir o antigo Conselho Interministerial de Preços – CIP).

Em segundo lugar, o fato de os aumentos de preços terem sido a principal conduta analisada pelo CADE no setor não significa que não existam outros tipos de condutas tão ou mais lesivas à concorrência sendo praticadas. Ao contrário, é de se esperar que, num setor concentrado como o farmacêutico e em que grandes empresas detêm grande poder de mercado, elas utilizem-no inclusive de forma *abusiva*. Enfim, o fato de outras práticas não terem sido alvo de processos não significa que não ocorram, razão pela qual julga-se que o resultado do levantamento realizado não permite traçar um panorama das *condutas anticompetitivas* mais comuns no setor, embora o problema dos preços reflita, com certeza, o *resultado* da existência de problemas concorrenciais (mais precisamente, da falta de concorrência).

Na primeira seção, apresenta-se uma síntese do levantamento de casos de *atos de concentração* do setor farmacêutico analisados pelo CADE. Na segunda seção analisam-se as *condutas anticompetitivas* com destaque para a discussão dos preços no âmbito antitruste, apresentando-se argumentos pró e contra esse tipo de ação pelo CADE e apontando, em linhas muito gerais, alguns pontos a serem considerados numa eventual proposta para controle de preços no setor. Na terceira seção, discutem-se outras questões surgidas ao longo do trabalho, relacionadas ao controle da concorrência no setor, começando pela mencionada delimitação de mercados relevantes, em que se apresentam, brevemente, as razões pelas quais essa delimitação não se atém apenas à segmentação das classes terapêuticas. Na quarta seção, analisa-se a questão das marcas registradas como relevante instrumento de exercício de poder de mercado (nesse como em outros setores). Tal questão coloca em relevo medidas como a promoção dos medicamentos genéricos, cuja norma, que começa a ser implementada, visa justamente a promover/incrementar a concorrência nos fármacos. Não por acaso, tem provocado forte reação de parcelas da indústria farmacêutica (*v.* propaganda da Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica – Abifarma), dando origem a um importante caso de conduta anticoncorrencial no setor (com a acusação de cartel para boicote aos genéricos), ora sob investigação pelas autoridades antitruste.

3.1 Os atos de concentração

O controle dos *atos de concentração* exercido pelo CADE tem por finalidade prevenir o surgimento de condições estruturais que possam facilitar o exercício abusivo de posição dominante (é por isso chamado de controle de estrutura, de caráter preventivo). Pelo Artigo 54 da Lei n. 8.884/94, devem ser necessariamente submetidos à

aprovação do Conselho quaisquer atos ou contratos que tenham impactos estruturais sobre os mercados (independentemente da sua forma; podem ser fusões, incorporações, formação de grupos de sociedades ou *holdings*, contratos de cooperação, etc.): a) que possam resultar danos à concorrência; b) que possa resultar a dominação do mercado relevante. Considera-se que podem produzir tais resultados os atos de que resulte dominação de mercado superior a 20%, ou quando algum participante tiver faturamento anual bruto de R\$ 400 milhões (Artigo 54, § 3º).

A avaliação desses atos envolve **análise de seu impacto** sobre o(s) mercado(s) relevante(s) da operação, para verificar em que medida provocam a diminuição do grau de concorrência existente antes da concentração (Forgioni, 1998: 375). Na lei brasileira, essa análise é um **passo prévio** para se determinar se um dado ato se **enquadra no Artigo 54, caput**. Se efetivamente um ato pode provocar a diminuição da concorrência, o passo seguinte é verificar se seus efeitos restritivos podem ser compensados por ganhos de eficiência, tais como descritos no § 1º do Artigo 54: aumento de produtividade, qualidade ou eficiência; benefícios partilhados com os consumidores; não-eliminação da concorrência em parte substancial do mercado; observância de limites *estritamente necessários* aos objetivos. Se verificadas tais condições, o ato pode ser aprovado. Em algumas circunstâncias, a aprovação de tais atos pode ser submetida à assinatura de *Compromisso de Desempenho*, previsto no Artigo 58 da lei, que constitui documento hábil para possibilitar o monitoramento, pelas autoridades antitruste, do cumprimento das condições do § 1º do Artigo 54.

Uma vista rápida nos *atos de concentração* submetidos ao CADE na forma do Artigo 54 da Lei n. 8.884/94, como se observa na Tabela 1, mostra que houve um pequeno aumento no número de casos no período (de nenhum em 1996 para nove em 1999), apesar da queda em 1998. Esse aumento, entretanto, não necessariamente reflete um movimento maior de concentrações no setor, pois pode ser apenas fruto do grande incremento no julgamento de *atos de concentração* pelo CADE. Em 1996, o Conselho decidiu apenas dezenove casos de *atos de concentração*, passando para 46 em 1997, 144 em 1998 e 120 só no primeiro semestre de 1999.² É por isso que a participação dos casos do setor no total de julgados chega a diminuir no período (de pouco mais de 10% para 7,5%).

Tabela 1. Setor farmacêutico ⁽¹⁾ – *Atos de concentração*
Número de casos analisados pelo CADE e tipo de decisão – 1996 a julho/1999

	1996		1997		1998		1999 ⁽³⁾	
	Número	% ⁽²⁾	Número	% ⁽²⁾	Número	% ⁽²⁾	Número	% ⁽²⁾
	0	-	5	10,9	4	2,8	9	7,5
Aprovados sem restrições	-		4		4		9	
Aprovados c/ restrições (Compr. de Desempenho)	-		1		0		0	
Não aprovados	-		0		0		0	

aprovação mediante *Compromisso de Desempenho*.

Esse padrão de decisão não é peculiar ao setor farmacêutico. Pelo contrário, o CADE tem, nos últimos anos, reforçado a tendência à aprovação sem restrições. Em 1998, apenas 2% dos atos de concentração analisados pelo CADE sofreram algum tipo de restrição ou condição para serem aprovados.³ Isso é fruto de uma interpretação – correta – do Artigo 54 firmada pelo Conselho, no sentido de somente exigir a comprovação de eficiências compensatórias para aprovação do ato (previstas no § 1º do Artigo 54) quando efetivamente se verificar algum potencial de dano à concorrência por ele provocado. Como na maioria dos casos apresentados esse dano não se verifica, a aprovação ocorre praticamente sem necessidade de discutir eventuais compensações ou de impor condições.⁴ Em outras palavras, o poder público só deve intervir nos negócios privados para deles exigir *benefícios compensatórios* quando esses negócios gerarem prejuízos à concorrência. Inexistindo esses, intervir na operação privada pode até mesmo ter efeitos anticoncorrenciais e gerar ineficiência econômica (Santacruz, 1998a).

Em geral, observa-se que os atos de concentração no setor farmacêutico refletem dois tipos de movimentos. Por um lado, e mais frequentes, os movimentos internacionais de concentração que vêm ocorrendo entre grandes empresas multinacionais do setor. Cerca de metade dos casos apresentados ao CADE no período analisado corresponde à seqüência executada pelas subsidiárias de uma operação mundial entre as matrizes.⁵ Por outro lado, alguns atos constituem tipos diversos de contratos entre empresas estrangeiras e nacionais por meio dos quais se estabelecem licenças de uso de marca, de produção e/ou de comercialização daquelas para estas. Trata-se de um tipo comum de acordo no setor farmacêutico que, pelo lado das empresas multinacionais, propicia o aproveitamento da experiência nos mercados domésticos, de canais de distribuição, comercialização e propaganda dos parceiros locais; pelo lado das empresas nacionais, permite-lhes aumentar seu *portfólio* de produtos de marcas reconhecidas e, eventualmente, ter a possibilidade de explorar novos produtos lançados no exterior ainda sob proteção patentária.

Uma menção especial deve ser feita sobre aquele mencionado único caso de ato de concentração do setor farmacêutico aprovado sob condições e mediante *Compromisso de Desempenho*. Trata-se do AC 47/95,⁶ submetendo ao CADE a aquisição de ativos da

3 O que significa aprovação parcial ou imposição de condições mediante *Compromisso de Desempenho*. No ano anterior (1997) cerca de 82% dos casos foram aprovados integralmente e 9% com *Compromisso de Desempenho*. Nos anos anteriores, o uso do compromisso era mais frequente.

4 A esse respeito, é interessante notar que a maioria dos atos de concentração (63%, em 1998) é apresentada ao CADE apenas devido ao critério de faturamento previsto no § 3º do Artigo 54. Um ato de concentração de que participe empresa com faturamento superior a R\$ 400 milhões, na verdade, gera a presunção legal de que possa limitar a concorrência, presunção essa que pode perfeitamente ser objeto de prova em contrário. O mesmo pode ser dito do critério dos 20% de *market-share*. Em relação a esse, acrescenta-se que o CADE não tem considerado o aumento do grau de concentração de mercado como condição necessária – e sequer suficiente – para que um ato de concentração possa apresentar potencial anticompetitivo.

5 Note-se que essa participação das operações internacionais no setor farmacêutico é maior do que ocorre na média dos setores (17%, em 1998, de acordo com o *Relatório Anual* do CADE).

6 Relatado pelo conselheiro Paulo Dyrceu Pinheiro; decisão publicada no *Diário Oficial da União* (15 dez. 1997).

Merrel Lepetit pelos Laboratórios Silva Araújo Roussel S/A (SARSA) e Roussel Uclaf, respectivamente subsidiária no Brasil e controlada francesa da Hoechst Ag.

Das 77 classes terapêuticas em que se classificavam os produtos das empresas envolvidas, constatou-se que em apenas sete havia sobreposição de produtos similares e, conseqüentemente possibilidade de alteração do grau de concentração em virtude da operação. Mesmo assim, na maioria dos casos ou a participação conjunta das empresas envolvidas não era suficiente para caracterizar posição dominante ou os produtos – ainda que pertencentes à mesma classe terapêutica – não eram substitutos entre si. Em apenas uma classe – a M3B, dos *Relaxantes Musculares de Ação Central* – se observaram problemas concorrenciais. Analisaram-se, então, os princípios ativos dos medicamentos aí classificados para se definir o mercado relevante afetado pela operação e detectar os seus possíveis efeitos anticoncorrenciais.

Verificou-se que o produto Dorflex (da Merrel), que tem a dipirona sódica como princípio ativo e é indicado para alívio da dor, apresentava elevado grau de substituição em relação aos medicamentos da classe dos analgésicos não narcóticos e antipiréticos, especialmente aqueles com o mesmo princípio ativo. Trata-se, portanto, de um concorrente dos medicamentos Novalgina e Baralgin-M (da Hoechst/SARSA), ambos também à base de dipirona. Assim, os três produtos deixaram de ser concorrentes em virtude da operação.

Note-se que os produtos em questão são antigos no mercado e não gozam de proteção patentária. Assim sendo, uma das principais barreiras à entrada no mercado em questão se relaciona à *lealdade à marca* por parte dos consumidores e à necessária propaganda junto à classe médica. Em função desse resultado da análise dos mercados relevantes, o CADE decidiu aprovar a operação, mas sob condições destinadas a preservar ou incrementar as condições concorrenciais naquele único mercado afetado negativamente. Basicamente, buscou-se uma forma de dar destaque ao princípio ativo e à indicação terapêutica dos produtos do mercado relevante afetado nos seus respectivos rótulos e embalagens, de modo a propiciar maior informação ao consumidor e a diminuir a influência da *lealdade à marca* na decisão de consumo.

Para isso, assinou-se um termo de *Compromisso de Desempenho* pelo qual as empresas requerentes comprometeram-se, entre outras coisas, a: a) alterar os rótulos das embalagens de Novalgina e Dorflex, destacando o nome genérico (dipirona sódica) e sua ação terapêutica (analgésica/antipirética); b) licenciar para comercialização o produto Baralgin-M pelo período de cinco anos; c) não promover aumentos injustificados de preços dos produtos relevantes, etc.

Na análise desse e de outros atos de concentração do setor evidenciam-se pelo menos duas questões merecedoras de uma discussão mais aprofundada: a) a delimitação adequada dos mercados relevantes no setor, que não necessariamente se atém à segmentação por classes terapêuticas; e b) a constatação de que as marcas

análise dos atos de concentração,⁸ isso interessa também à análise de condutas anticompetitivas. A delimitação correta do mercado relevante e a identificação das barreiras à entrada são passos fundamentais de toda análise antitruste à medida que permitem identificar a existência de poder de mercado (ou o seu reforço) – condição necessária para aplicação da lei – e as condições de seu exercício, requisitos para se poder determinar seja a existência de impactos decorrentes de um ato de concentração, seja a caracterização de efeitos anticoncorrenciais decorrentes de condutas investigadas. Por essa razão, preferiu-se tratá-las separadamente, em seguida à seção que analisa os casos de condutas julgados no setor.

3.2 As condutas anticompetitivas

A Lei n. 8.884/94 caracteriza as condutas anticompetitivas ilícitas não pela descrição de tipos de práticas em si, mas pelos efeitos que possam produzir: I – limitar, falsear ou de qualquer forma prejudicar a livre concorrência ou a livre iniciativa; II – dominar mercado relevante de bens ou serviços; III – aumentar arbitrariamente os lucros; IV – exercer de forma abusiva posição dominante. (Artigo 20). Tais efeitos – que podem ser resumidos em efeitos contra a concorrência – são produzidos por quaisquer tipos de atos, independentemente de sua forma, e pressupõem, como condição lógica, a existência de poder de mercado. O domínio de mercado considerado ilícito, nos termos do inciso II, é apenas aquele alcançado por processo não natural, que não se fundamente na maior eficiência (Artigo 20, § 1º). A posição dominante é definida como o controle de “parcela substancial de mercado relevante” por empresa ou grupo de empresas. É presumida quando se verifica uma parcela de mercado de 20% que, como mera presunção, admite prova em contrário.

Algumas condutas anticompetitivas são tipificadas no Artigo 21 da Lei n. 8.884/94, mas seu elenco é meramente exemplificativo: os tipos previstos não esgotam todas as possibilidades de práticas restritivas ilícitas, à medida que o próprio caput do Artigo admite que outras condutas não previstas possam constituir infração, desde que provoquem algum dos efeitos descritos no Artigo 20.

Os casos de conduta do setor farmacêutico têm tido uma participação expressiva no total de casos julgados pelo CADE nos últimos anos, como se pode observar na Tabela 2. O setor tem ficado sempre entre os dois ou três com maior número de casos. Mesmo a queda no percentual de participação em 1997 se deve, na verdade, ao brutal aumento do número de casos julgados.⁹ Em nenhum desses processos foi caracterizada infração à ordem econômica – nenhum deles resultou em condenação.

8 O próprio CADE em seus Relatórios Anuais, por exemplo, analisa sua jurisprudência sobre mercado relevante e barreiras à entrada unicamente em relação aos atos de concentração.

9 Observe-se que esse número total – 446 casos – de julgados em 1997 é, de certa forma, viesado pelo fato de terem sido decididos nesse ano 235 processos todos referentes a uma mesma acusação de cartel contra escolas particulares.

Tabela 2. Setor farmacêutico ⁽¹⁾ – Número de casos de conduta julgados pelo CADE – 1996/98

1996		1997		1998 ⁽²⁾	
Número	% ⁽³⁾	Número	% ⁽³⁾	Número	% ⁽³⁾
41	42,3	29	6,5	20	10,4

⁽¹⁾ Inclui produtos de uso veterinário;

⁽²⁾ Até julho;

⁽³⁾ Participação dos casos do setor no total dos processos de condutas (Averiguações Preliminares e Processos Administrativos) analisados pelo CADE.

Fonte: CADE. *Relatório Anual* (1996/97); *Diário Oficial da União* (1998/99).

Essa expressiva participação do setor nos casos de condutas se deve, basicamente, ao fato de que a esmagadora maioria dos processos versou sobre acusações de aumentos abusivos de preços, embora isso venha diminuindo ao longo do período. Como se nota nos dados da Tabela 3, em 1996 e 1997, os processos envolvendo esse tipo de conduta significaram, respectivamente, mais de 90% e 80% dos casos analisados do setor farmacêutico, sendo que a própria diminuição do número de casos julgados no setor se deve à menor frequência de acusações desse tipo mais recentemente.¹⁰

Tabela 3. Setor farmacêutico – Casos de conduta julgados pelo CADE, por tipo de prática investigada – 1996/1998

Tipo de conduta	1996		1997		1998 ⁽¹⁾	
	Número	% ⁽²⁾	Número	% ⁽²⁾	Número	% ⁽²⁾
Aumento abusivo de preços (Arts. 20, III e 21, XXIV)	37	90,2	24	82,8	12	60,0
Cartel – acordos para fixação de preços (Art. 21, I)	2	4,8	3	10,3	–	–
Discriminação de preços (Art. 21, XII)	1	2,4	–	–	–	–
Dominação de mercado (Art. 20, II)	–	–	1	3,4	–	–
Preços predatórios	–	–	–	–	3	15,0
Retenção de produto (recusa de vendas)	–	–	–	–	3	15,0
Venda casada	–	–	–	–	1	5,0
Outros	1	2,4	1	3,4	1	5,0
Total	41	100,0	29	100,0	20	100,0

⁽¹⁾ Até julho.

⁽²⁾ Participação do tipo no total de casos do setor julgados pelo CADE.

Fonte: CADE. *Relatório Anual* (1996, 1997); *Diário Oficial da União* (1998, 1999).

Conforme se observa nas Tabelas 4 e 5, os casos de *aumento abusivo de preços* se concentram em alguns setores, tendo o farmacêutico sempre uma participação significativa – que chegou a mais de 75% em 1996 (Tabela 4). Em 1997, verifica-se um aumento de casos desse tipo, mas o setor farmacêutico perde o destaque para o de transportes. Nesse, as acusações foram feitas contra aumentos de tarifas de transporte coletivo municipal e, em geral, os processos foram movidos contra o próprio poder

A jurisprudência iniciada pelo CADE nesses casos – no sentido de rejeitar as acusações – se reflete no perfil dos casos julgados em 1998. Verifica-se, então, uma sensível diminuição desse tipo de ocorrência, tanto em números absolutos quanto em termos de participação no total de casos julgados (Tabela 5).

Tabela 4. Aumento abusivo de preços – Casos julgados pelo CADE, por setor – 1996 a 1998

Setor	1996		1997		1998	
	Número	%	Número	%	Número	%
Agroindústria	-	-	1	0,9	5	12,8
Alimentação	5	10,2	7	6,2	1	2,6
Autopeças	-	-	1	0,9	-	-
Combustíveis	2	4,1	1	0,9	1	2,6
Comércio atacadista	-	-	1	0,9	-	-
Comércio varejista	1	2,0	2	1,8	3	7,7
Comunicações	-	-	2	1,8	-	-
Construção	-	-	2	1,8	1	2,6
Energia	-	-	2	1,8	-	-
Equipamentos eletroeletrônicos	-	-	1	0,9	-	-
Higiene e limpeza	-	-	-	-	1	2,6
Impressão, publicação	1	2,0	-	-	-	-
Metalurgia e siderurgia	1	2,0	-	-	-	-
Órgãos públicos	-	-	3	2,6	1	2,6
Prestação de serviços	1	2,0	-	-	-	-
Papel e celulose	-	-	1	0,9	1	2,6
Produtos de pedra, cerâmica, etc.	-	-	-	-	1	2,6
Produtos farmacêuticos	37	75,5	24	21,2	12	30,8
Produtos químicos	-	-	1	0,9	-	-
Reprografia	1	2,0	-	-	3	7,7
Serviços de infra-estrutura	-	-	2	1,8	2	5,1
Serviços educacionais	-	-	13	11,5	4	10,2
Serviços médicos e de saúde	-	-	1	0,9	2	5,1
Transportes	-	-	48	42,5	-	-
Outros	-	-	-	-	1	2,6
Total	49	100	113	100	39	100

Fonte: CADE. *Relatório Anual* (1996, 1997, 1998).

Tabela 5. Participação dos casos de aumento abusivo de preços no total dos casos de condutas apreciados pelo CADE – 1996 a 1998

	Aumento de preços		Total
	Número	%	(100 %)
1996	49	50,5	97
1997	113	25,3	446
1998	39	20,2	193

Fonte: CADE. *Relatório Anual* (1996, 1997, 1998).

Nos casos do setor farmacêutico, os processos de aumento abusivo de preços foram, em sua maioria, iniciados por representação do Departamento de Abastecimento e Preços (DAP) ou da então Secretaria de Política Econômica (SPE, depois Secretaria de Acompanhamento Econômico – SEAE), ambos do Ministério da Fazenda, pela época da eliminação do controle de preços sobre produtos farmacêuticos (após 1992). Em geral, a

pretendida caracterização da *abusividade* dos aumentos tinha como parâmetro os índices de inflação. Abusivos seriam os aumentos que ultrapassavam excessivamente esses índices (e em menor medida, os aumentos não relacionados à evolução dos custos de produção). Quase nenhuma atenção foi dada à verificação da ocorrência de poder de mercado das empresas acusadas, tampouco aos efeitos das condutas sobre os mercados relevantes afetados.

As razões para a absoluta ausência de condenações desse tipo de prática são de diversas naturezas e podem ser atribuídas a, basicamente, três categorias de motivos: a) os decorrentes de problemas *formais*; b) os *substantivos* e; c) aqueles relacionados ao entendimento de que o controle antitruste não deve se confundir com controle de preços, que serão chamados de motivos *de princípio*.

Os problemas *formais* de alguns processos¹¹ se devem a falhas ou lacunas na instrução, que, em muitos casos, não se preocupou em caracterizar o *poder de mercado* (ou posição dominante) das empresas representadas, nem delimitar o(s) mercado(s) relevante(s) no(s) qual(is) estas atuavam. Ademais, tampouco se associou o comportamento supostamente anticompetitivo (o aumento de preços) aos danos ou efeitos que causou ou poderia causar ao mercado, passo imprescindível para a caracterização da ilicitude da conduta, conforme Artigo 20 da Lei n. 8.884/94. Conforme já mencionado, a análise da abusividade dos aumentos praticados se baseava quase tão-somente na sua discrepância dos índices de inflação. Os pareceres da então SPE e as análises da Secretaria de Direito Econômico do Ministério de Justiça (SDE/MJ) não eram conclusivos quanto ao fato de os aumentos se relacionarem à posição dominante da empresa no mercado relevante, ou terem por objetivo provocar os efeitos do Artigo 20 da lei.¹² Conforme analisa o próprio CADE (1997: 68) em seu *Relatório Anual*, ao Conselho não cabe “*empreender ações que tenham como resultado o controle de preços puro e simples sem a observância de posição dominante da empresa ou de sistemáticas falhas de mercado*”.

Adicione-se, ainda, o problema da demora até o julgamento final. Os casos julgados em 1996, 1997 e 1998 estavam sendo decididos, em média, cerca de quatro, cinco ou seis anos depois da ocorrência que lhes deu origem. Isso, no entender do CADE, prejudicou o rigor metodológico necessário à análise, “*especialmente se considerada a política governamental errática de controle de preços à época, e em conjuntura de alta inflação. Em consequência, o Plenário entendeu que se estabeleceu um desequilíbrio jurídico entre a utilidade social da punição e o dano eventualmente causado pela conduta*” (CADE, 1997: 68).

Em suma, houve casos em que a instrução deixou de recolher elementos de prova e análise que seriam condições absolutamente necessárias para a aplicação da lei – com a devida caracterização do ilícito e conseqüente condenação da conduta –, gerando vícios insanáveis que, somados à excessiva demora na tramitação,

13 Houve também casos em que a impugnação de preços, em mercados substantivos, i.e., tendo sido realizada a devida instrução do processo – delimitados os mercados relevantes, caracterizada a posição dominante e avaliados os efeitos das condutas sobre a concorrência –, concluiu-se pela inexistência de infração. Em geral, isso se deu porque se constatou ou a ausência de posição dominante e/ou a inexistência de danos ao mercado. Nesses casos, permaneceu ainda a dificuldade de se avaliar corretamente o caráter *abusivo* ou não dos reajustes de preços, pela ausência de parâmetros confiáveis, especialmente tendo em vista que as práticas haviam ocorrido em ambiente altamente inflacionário.¹³

Os motivos acima indicados – sejam formais ou substantivos – foram logicamente *decisivos* para a não-condenação dos casos até então analisados pelo CADE. Entretanto, ainda que os problemas apontados fossem sanados, os processos bem instruídos, o mercado relevante devidamente estabelecido, o poder de mercado identificado, e os aumentos de preços avaliados como efetivamente abusivos segundo algum parâmetro confiável, ainda assim haveria uma dificuldade relacionada à resistência, por *princípio*, em tratar aumento de preços como conduta ilícita no âmbito antitruste.

À primeira vista, isso se deve à percepção de que a ação antitruste não deve substituir os extintos mecanismos de controle de preços que vigoraram até um passado recente. Nesse sentido, é ilustrativa a análise do próprio CADE (em seu *Relatório Anual*) a respeito de sua jurisprudência nos casos de aumento de preços do setor farmacêutico: a experiência do controle de preços pelo CIP foi não apenas ineficaz mas, principalmente, geradora de distorções no próprio processo competitivo.

- “pela natural assimetria de informações que o órgão controlador detinha acerca das empresas controladas, baseando sua ação em planilhas de custo facilmente manipuláveis e pela simples comparação do reajuste com a inflação passada e;
- pelo fato do (sic) CIP ter servido muitas vezes como elemento de coordenação entre empresários do mesmo setor em torno do preço fixado, tornando-se, involuntariamente, um promotor de cartéis” (CADE, 1997: 68).

De fato, muitos dos processos movidos contra empresas do setor farmacêutico na época – justamente logo depois do fim do controle de preços – tinham por objetivo promover algum tipo de ação que substituísse aquela do CIP, sem, contudo, se preocupar com o tipo de sistema legal que passava a ser usado (o antitruste), que tem princípios e conceitos próprios, diferentes do controle de preços puro e simples. Foi isso, em parte, que motivou as denúncias mais ou menos indiscriminadas contra empresas farmacêuticas sem preocupação de enquadrá-las nos parâmetros legais do sistema antitruste.

Entretanto, afirmar que “o-CADE-não-é-CIP” explica apenas parte do problema. Na verdade, essa resistência tem raízes mais profundas ligadas aos princípios básicos

13 O Alcon (PA 68/92) é ilustrativo desses tipos de casos. Desde o início do processo houve informações favoráveis à representada, tanto no parecer do Ministério da Fazenda quanto na SDE, que arquivou o processo. Entretanto, devido à obrigatoriedade de recurso de ofício ao CADE das decisões de arquivamento, o caso teve de ser analisado também pelo Conselho. A tramitação toda durou mais de quatro anos.

subjacentes às análises antitruste. Essa razão, mais do que as anteriores, merece maior discussão, visto poder influir no rumo de processos (por aumento de preços contra empresas farmacêuticas) iniciados recentemente que ainda tramitam junto à SDE ou ao CADE. A essa tarefa será dedicada a subseção seguinte.

3.2.1 A questão dos preços no âmbito antitruste

Existe um entendimento – dominante – de que não deve fazer parte da ação antitruste reprimir diretamente o comportamento de imposição de preços ou aumentos *abusivos*. Caberia à autoridade antitruste atuar apenas *indiretamente*, reprimindo práticas que viabilizam o abuso de preços, ou ainda prevenindo o surgimento de estruturas de mercado mais concentradas propícias a aumentos abusivos.

Os argumentos para essa postura estão relacionados a certos fundamentos da política de defesa da concorrência, particularmente aos seus objetivos e instrumentos de ação. Assim, uma política de defesa da concorrência teria por objetivo preservar o ambiente competitivo e desencorajar *condutas anticompetitivas* por parte de agentes detentores de poder de mercado, a fim de preservar e/ou gerar maior eficiência no funcionamento dos mercados. Com isso, visa a assegurar a consecução dos resultados positivos para o bem-estar associados idealmente à concorrência – mais e/ou melhores produtos e/ou menores preços – por meio de ações que evitem que ela seja falseada ou prejudicada de qualquer forma pelo uso abusivo do poder de mercado (que reduz a eficiência).

Todavia, para alcançar esse objetivo, a ação do Estado usa regras que buscam influenciar o processo concorrencial e não seu resultado. Ao defender o *processo competitivo*, o controle antitruste não age diretamente sobre os resultados desse processo, mas sim *nos meios* que levam a esse resultado¹⁴ (apresenta, por isso, sempre um caráter preventivo). Assim, se é certo que se tem em vista, em última análise, alcançar o resultado “*mais/melhores produtos e/ou menores preços*”, a política de defesa da concorrência não dispõe de instrumentos para determinar positivamente a consecução de tais resultados, até porque eles não são passíveis de conhecimento a priori.¹⁵

Em outras palavras, a lei antitruste não promove o *bem-estar* em sentido *forte* (*i.e.*, impondo obrigações de fazer, assegurando a consecução dos aspectos positivos associados idealmente à concorrência), mas sim de forma *enfraquecida*, mediante uma regulação reativa pelo Estado (impondo, basicamente, *obrigações de não fazer*), conforme bem observa Schuartz (1998). Do ponto de vista legal, o cumprimento da lei antitruste por parte de um agente econômico detentor de poder de mercado (o dever legal desse agente) consiste em *não provocar* os efeitos listados no Artigo 20 da Lei n. 8.884/94; e, se

14 Nem poderia ser diferente, uma vez que a concorrência consiste num processo movido por agentes econômicos privados e o seu resultado, decorre da interação de diversas decisões desses mesmos agentes.

15 A seguinte afirmação numa jurisprudência americana é explicativa: “Os princípios do direito antitruste

Desses dois aspectos – ação sobre o processo competitivo e imposição de obrigações de não fazer – se depreende que a relação desse sistema legal com preços seria indireta apenas: sendo o preço uma variável resultante do processo competitivo, sua eventual *abusividade* decorreria de problemas que ocorrem nesse processo e é sobre este que deve incidir o controle antitruste. Portanto, os instrumentos legais antitruste não seriam adequados para tratar – diretamente – da questão dos preços.

É essa, por exemplo, a visão dominante no CADE que, analisando sua jurisprudência a respeito do assunto, afirma que “as ações do Estado devem estar mais voltadas a propiciar as condições necessárias ao funcionamento do mercado, corrigindo suas eventuais falhas”, não lhe cabendo substituir os mecanismos de mercado (CADE, 1997: 68).

Entretanto, há críticas a essa postura. O trabalho de Santacruz (1998b: 19) aponta uma inconsistência básica nesse raciocínio. Se a) o controle antitruste visa a garantir o bem-estar que é reduzido pelo abuso de poder de mercado, e b) o poder de mercado é definido como *poder de uma empresa de fixar preços – significativa e persistentemente – acima do nível competitivo, isto é, dos custos médios ou marginais* (FTC/DOJ, *Horizontal Merger Guidelines*), então, o abuso de poder de mercado seria caracterizado pelo aumento de preços. Nesse sentido, o controle antitruste tanto preventivo quanto repressivo, ao prevenir ou reprimir o abuso de poder de mercado visariam, em última análise, a atacar as condições que facilitam o aumento de preços, o que gera perda de bem-estar para os consumidores.

A partir dessa idéia, o autor critica dois argumentos freqüentes. Em primeiro lugar, o argumento de que a existência de um preço/aumento abusivo é *sintoma* da falta de concorrência, conseqüência de uma estrutura de mercado deficiente, Combater esse *resultado* (o preço) significaria combater o sintoma e não a doença. A ação preventiva sobre a estrutura do mercado (impedindo a obtenção de poder de mercado) seria a ação adequada para garantir a competição e seu resultado (preços não abusivos). Em segundo lugar, o argumento de que não há abuso sem haver também uma prática anticompetitiva. A ação antitruste deve se dar sobre a prática e não sobre o resultado.¹⁶

O problema, segundo Santacruz, é que o abuso de poder de mercado pode ser a conseqüência de um processo de competição que teve um vencedor, portanto, adquirido de uma forma lícita¹⁷ e desejável. Nesse caso, o abuso não pôde ser prevenido pelo controle estrutural e sequer foi fruto de uma *conduta anticompetitiva*. Práticas anticompetitivas são apenas meios para obtenção de condições para o abuso de poder de mercado (*i.e.*, para aumentar preços), mas há situações em que um aumento abusivo

16 Esse argumento parece partir de uma visão de concorrência como processo de formação de preços a partir de condições de demanda e oferta não influenciadas pelos agentes econômicos individualmente, associando situações de *ausência de poder* dos agentes, ao mesmo tempo em que reproduz essa condição (Schuartz, 1998). Logo, não é concebível haver uma posição de poder decorrente do processo competitivo. Ao contrário, sua ocorrência é prova de que houve (ou há) uma *falha* de mercado. Daí a conseqüência mais óbvia – uma posição de poder de mercado é sempre *anormal*, estranha ao processo competitivo; se este funcionar (ou se se intervier eficazmente nesse processo) obter-se-á, naturalmente, um *resultado* positivo para o bem-estar.

17 Inclusive na Lei n. 8.884/94, que não considera ilícita a “*conquista de mercado resultante de processo natural fundado na maior eficiência de agente econômico em relação a seus competidores...*” (Artigo 20, § 1º).

de preços pode ser feito de maneira unilateral e direta por uma firma com poder para tanto, dispensando a *prática anticompetitiva*. Assim, conclui, “no caso de preços/aumentos abusivos por parte de firmas com poder de mercado conquistado [por meios lícitos], não é possível a prevenção do abuso nem a repressão sobre práticas que criam condições para o abuso”. Negar a possibilidade de intervenção antitruste nesses casos seria cair numa armadilha: a política antitruste “combate preventivamente a criação ou o reforço do poder de mercado para que ele não seja usado de forma abusiva (preços) no futuro; combate as condutas que criam ou reforçam poder de mercado e permitem seu uso abusivo (preços); mas não combate o abuso do poder de mercado (preços) quando este é efetivamente praticado” (Santacruz, 1998b: 27).

Ademais, a afirmação de que a lei antitruste deve apenas atuar sobre o processo competitivo, e não sobre seu resultado supõe ser possível separar claramente causas de efeitos, o que se torna problemático se considerar que um resultado possível da concorrência é o ganho de poder de mercado que, por sua vez, pode ser causa de um outro resultado e, assim, por diante.

Se uma posição de poder de mercado pode ser obtida por meio do funcionamento *normal* do próprio processo competitivo,¹⁸ a ocorrência de tal processo não significa que dele não resultem posições de domínio e potencial de abusos. Se é assim, impõe-se admitir (i) a hipótese de haver um abuso sem que anteriormente tenha havido problemas estruturais ou comportamentais de concorrência e; (ii) que garantir a concorrência não garante a inexistência de abusos de poder econômico.

Preço abusivo é uma *conduta anticompetitiva*?

Admitindo que a existência do processo concorrencial não implica que seus resultados sejam sempre e apenas positivos para o bem-estar, a questão, então, é saber se esses eventuais problemas decorrentes dos aspectos negativos da concorrência podem e devem ser enfrentados com o instrumental antitruste. Ou, mais particularmente, se a ocorrência de um aumento *abusivo* de preços pode ser tratada como uma *conduta anticompetitiva* como qualquer outra.

Toma-se, como comparação, o exemplo de um cartel de preços. Uma prática de estabelecimento de preços uniformes, pela qual os agentes participantes objetivam aumentá-los (ou impedir que caiam, como poderia acontecer se eles concorressem entre si). Agem, assim, como um “monopolista”, buscando a maximização conjunta de lucros. A prática tem efeito direto sobre o bem-estar, na forma de elevação compulsória de preços ao consumidor (uma transferência de renda deste para o produtor, portanto), mas também “ao reduzir a concorrência entre as empresas, reduz ... a pressão para a melhoria da qualidade dos produtos, para a redução de custos de produção e para a busca e introdução de inovações de um modo geral” (Santacruz, 1999). É, assim, uma típica prática

18 Tal assertiva é congruente com a noção de concorrência como processo que leva a resultados positivos, por um lado, mas também gera vencedores que, ao adquirirem poder de mercado, tenderão a buscar formas de

conjuntamente, fruto do exercício coletivo do poder de mercado, por que deixaria de se preocupar com aumentos praticados por quem detém poder de mercado suficiente para praticá-lo sem precisar se aliar a concorrentes?

Qual é a diferença *essencial* de um aumento de preços praticado em conjunto, por vários concorrentes, e um aumento praticado unilateralmente por apenas uma firma detentora de poder de mercado suficiente para tanto? Afinal, também nesse caso se elevam os preços ao consumidor, o que implica, igualmente, uma transferência de renda e efeitos sobre o bem-estar. A diferença parece estar no fato de que, enquanto o cartel *reduz* a concorrência entre seus participantes e as pressões competitivas para melhorias de qualidade, redução de custos e inovações, um aumento unilateral de preços indica que a concorrência já está ausente (ou quase) e as pressões competitivas *já foram reduzidas* (o que não necessariamente se deve a problemas concorrenciais anteriores, como argumentado acima). Isso, entretanto, não é razão suficiente para afirmar que as duas situações são, em essência, distintas, a ponto de justificar que uma seja pertinente ao âmbito antitruste e outra não.

Ocorre, porém, que a tradição antitruste é de não substituir os agentes privados no processo de tomada de decisões, mas sim de apenas criar as *regras do jogo* que não podem ser infringidas (e se caracteriza como imposição de obrigações negativas). É, por isso, considerada uma forma de ação do Estado *menos interventiva* do que outras (como por exemplo, a regulação ativa).

Nesse contexto, tende-se a achar que uma intervenção da autoridade antitruste sobre preços seja *mais interventiva* do que uma intervenção que pune um cartel, por exemplo. Por quê? Uma possível resposta é a de que as condutas que *reduzem ou limitam a concorrência* são consideradas *artificiais*, enquanto o processo de formação de preços é *naturalmente* atribuído à esfera das decisões privadas dos agentes econômicos.

A distinção – natural/artificial – parece ter origem no modelo estrutura-conduta-desempenho, a partir do qual se entende ser a concorrência uma causa e o preço um seu efeito. Esse é uma variável tradicionalmente incluída no item *desempenho*. *Condutas*, por sua vez, abarcam vários tipos de estratégias das firmas (como investimentos, diferenciação de produtos, ... etc.), variáveis sobre as quais se tem algum poder de decisão, inclusive aquelas *estratégias* que visem a limitar a concorrência (que vão caracterizar as *condutas anticompetitivas*, objeto de interesse da ação antitruste). Um preço abusivo, nesse caso, seria claramente um *resultado* de uma *concorrência limitada*, e não seria, em si, uma *conduta*.¹⁹ Essa conclusão implica considerar que o preço constitua uma variável determinada “pelo mercado”, portanto um item de *desempenho*, e supõe, assim, que a firma não tenha poder de determinar o preço, o que, por sua vez, é incongruente com a hipótese de que o preço seja *abusivo* (afinal, se a firma não detém poder de mercado, não seria capaz de impor um preço de monopólio). Entretanto, quando há poder de mercado, a decisão de formação dos preços não pode ser dissociada

19 A questão, na verdade, é um pouco mais complexa. Vários manuais de organização industrial consideram como *conduta* as estratégias de preço da firma (*pricing behavior*) e como *desempenho* o preço efetivamente verificado (*price*). As estratégias de preços incluem, por exemplo, a de preços predatórios e de discriminação de preços, e se caracterizam por serem políticas definidas *pela* firma. Cf. Carlton & Perloff (1994).

das demais estratégias da firma, caso em que o preço poderia ser considerado como uma *conduta*.

Assim, pode-se afirmar que a distinção entre *natural* e *artificial* tem muito de arbitrária. Preço é objeto de estratégia para quem *detém poder de mercado* e, nesse caso, é tão artificial quanto qualquer outra estratégia (no sentido de que há discricionariedade de quem o pratica). A distinção mais relevante seria entre uma variável determinada objetivamente, sem influência do agente, e outra determinada por decisão estratégica deste. Nesse caso, preço seria "*natural*" em concorrência (agentes *price-takers*) e "*artificial*" em monopólios/oligopólios (agentes *price-makers*).

A questão dos preços na Lei n. 8.884/94

Sem pretender esgotar a discussão que o tema suscita, existe uma razão suficiente para considerar que preços abusivos devam ser tratados como infração à ordem econômica, goste-se ou não disso. É que a lei brasileira prevê claramente essa hipótese como conduta infrativa.

O Artigo 21 da Lei n. 8.884/94 lista uma série de tipos de condutas que podem caracterizar infração à ordem econômica "*na medida em que configurem hipótese prevista no art. 20*", entre elas:

"XXIV – impor preços excessivos, ou aumentar sem justa causa o preço de bem ou serviço."

O mesmo Artigo também estabelece os parâmetros gerais para avaliar a *abusividade*:

"Parágrafo único – Na caracterização da imposição de preços excessivos ou do aumento injustificado de preços, além de outras circunstâncias econômicas e mercadológicas relevantes, considerar-se-á:

I – o preço do produto ..., ou sua elevação, não justificados pelo comportamento do custo dos respectivos insumos ou pela introdução de melhorias de qualidade;

II – o preço de produto anteriormente produzido, quando se tratar de sucedâneo resultante de alterações não substanciais;

III – o preço de ... similares, ou sua evolução, em mercados competitivos comparáveis;

IV – a existência de ajuste ou acordo, sob qualquer forma, que resulte em majoração do preço de bem ... ou dos respectivos custos".

Nota-se que os dois primeiros incisos referem claramente a *aumentos*, caso que permite ter um parâmetro de comparação com uma situação anterior; abusivo seria um aumento não baseado, proporcionalmente, na evolução dos custos.

O terceiro tenta estabelecer um parâmetro para julgar um preço, cuja suposta

no Artigo 21 como infrativas subordina-se, de certa forma, à análise dos efeitos que podem provocar. O Artigo 20 é que define as infrações à ordem econômica, e o faz de modo a determinar o caráter infrativo das condutas pelos *efeitos* que provocam sobre o processo competitivo:

“Art. 20 – Constituem infração os atos ... que tenham por objeto ou possam produzir os seguintes efeitos ... :

I – limitar, falsear ou ... prejudicar a livre concorrência ou a livre iniciativa;

II – dominar mercado relevante de bens ou serviços;

III – aumentar arbitrariamente os lucros;

IV – exercer de forma abusiva posição dominante”.

No caso de um *preço/aumento abusivo*, a hipótese de efeito mais pertinente seria a do inciso III. Assim, os preços ou aumentos seriam condutas ilícitas à medida que tivessem por objetivo ou fossem capazes de produzir o efeito de *aumentar arbitrariamente os lucros*. Isso porque não faria sentido atribuir ao preço a capacidade de produzir efeitos como *limitar a concorrência, dominar mercado ou exercer de forma abusiva posição dominante*, posto que o preço seria antes o resultado de tais hipóteses do que sua causa e, no caso da última, praticamente se confunde com ela.²⁰

Deve-se notar, entretanto, que não se dispõe de instrumentos de análise econômica para definir que um certo patamar de lucros seja *arbitrário*. Esse seria, portanto, um conceito puramente jurídico, embora a lei não o defina nem estabeleça parâmetros para avaliá-lo.²¹

Num esforço de integração, poder-se-ia afirmar que *arbitrário* seria o lucro obtido por um agente econômico em função de um preço que seja objeto de sua decisão estratégica, como uma *conduta*, conforme discutido acima (supondo um agente *price-maker*). O problema é que essa interpretação significaria reprimir o poder de mercado em si, e se tornaria incongruente com a diretriz geral da lei antitruste de não reprimir a ocorrência de poder em si mesma, mas apenas o *abuso* deste.

Problemas decorrentes do tratamento de *preços* como *conduta anticompetitiva*

Se admitir que um preço/aumento *abusivo* pode ocorrer sem que anteriormente tenha havido quaisquer problemas estruturais ou comportamentais de concorrência, nessa hipótese esse preço seria a conduta a ser combatida pelo sistema antitruste, como defende Santacruz (1998b).

20 No sentido de que a imposição de um preço *abusivo* é um exercício abusivo de posição dominante.

21 A SEAE/MF, por exemplo, órgão que participa do sistema antitruste brasileiro como parecerista, tanto em atos de concentração, como em casos de condutas, recentemente definiu o aumento arbitrário de lucros como “aquele que deriva de atos que ... possam limitar, falsear ou ... prejudicar a livre concorrência ou a livre iniciativa” (Artigo 1º, § 1º da Portaria 305, do Ministério da Fazenda). Ou seja, subordinou o inciso III do Artigo 20 ao inciso I do mesmo (subordinou a *arbitrariedade* à existência de uma *conduta anticompetitiva*) – arbitrário é aquilo que não é decorrência natural das forças de mercado.

Dai não se segue, contudo, que se deva intervir em preços sob a forma de imposição de tabelamento, mas simplesmente admitir tratar *preços/aumentos abusivos* como infração à ordem econômica que, como as demais, requer a caracterização do poder de mercado e todos os demais passos da análise antitruste, inclusive a análise de ganhos de eficiência compensatórios, com base no princípio da razoabilidade. Surgem, então, duas questões: a) como avaliar a *abusividade*; b) o que fazer quando isso for detectado.

A primeira delas é de difícil solução, e não se têm condições de aprofundá-la neste trabalho. Apenas há que se observar que não existe, em economia, um conceito do que seja um *preço abusivo*, apesar de a lei brasileira tentar estabelecer parâmetros para isto. Pode fazer algum sentido um *aumento abusivo*, que seria, basicamente, aquele que não se justifica por um aumento de custos, conforme prevê o citado parágrafo único do Artigo 21.

Santacruz (1998b: 20) propõe que se considere como critério um parâmetro de *rentabilidade média*, sendo considerado abusivo o preço que proporcionar uma rentabilidade acima da média.²² No caso de avaliação de aumentos, considerar-se-ia como referência a rentabilidade média histórica da própria firma (ou do setor) nas vendas do produto em questão. Aumentos sistemáticos de preços por firmas detentoras de poder de mercado, desacompanhados de pressões nos custos ou de mercado seriam tidos como aumentos arbitrários de lucro, uma vez que drenam renda do consumidor.

A segunda questão é ainda mais polêmica. Supõe-se que o CADE analise uma *conduta de aumento de preço* e conclua pela abusividade deste. Verifica-se também que tal abuso não decorreu de prática anticompetitiva anterior, embora seja indicador de que o processo concorrencial se encontra prejudicado no mercado em questão (suponhamos também, para facilitar, que a empresa tenha uma posição monopolista no mercado relevante considerado, conquistada legitimamente, conforme prevê o § 1º do Artigo 20 da Lei n. 8.884). A diretriz para a intervenção clássica antitruste recomenda que a autoridade busque uma solução no sentido de *restaurar* o processo competitivo, restabelecendo o *bom* funcionamento do mercado, mas não substituindo as decisões empresariais. Ora, quando o aumento de preços é a *conduta* impugnada, a simples ordem para rebaixar o preço não assegura que a concorrência será restabelecida naquele mercado, e cria para a autoridade o dever de supervisionar constantemente o cumprimento de sua decisão. Ademais, a autoridade não tem poder para obrigar outros agentes a investirem/entrarem naquele mercado; pode, no máximo, buscar formas de facilitar as condições de entrada, mas não pode substituir essas decisões, que são, fundamentalmente, privadas.

A bem da verdade deve se observar que a Lei n. 8.884/94 prevê, entre as penalidades acessórias do Artigo 24, a imposição da *"cisão de sociedade, transferência de controle societário, venda de ativos ...[etc.]"*, o que poderia ser um remédio de caráter estrutural para o abuso continuado do poder econômico sob a forma de preços abusivos. Essa penalidade, entretanto, exige que os fatos motivadores sejam

intervenção se aaria na forma de fixação de muitas, obrigando a firma a reduzir seus preços. É importante ressaltar que não caberia à autoridade antitruste determinar o nível de preços que consideraria adequado em termos de bem-estar, do contrário estaria agindo como controlador de preços, e não como órgão encarregado de estabelecer as regras de atuação de mercado". O empresário deve conhecer as regras e se adequar a elas: "se errar deve ser punido, e não regulado ou tutelado em suas ações" (Santacruz, 1998b: 29).

A despeito de se concordar com essa característica da ação antitruste, aliás bastante adequada a uma economia de mercado e a um tipo de intervenção que não pretende substituí-la, corre-se o risco de cair numa outra armadilha. Por um lado, a autoridade antitruste não deve determinar qual o preço a ser seguido, não deve fazer o papel de regulador nem de controlador de preços. Por outro lado, não pode se furtrar a estabelecer ao menos um patamar acima do qual o preço será considerado como abusivo. Caso contrário, o agente destinatário da ordem não saberá o quanto deve baixar seu preço a fim de enquadrar-se na exigência do poder público. Nesse caso, a autoridade antitruste estará agindo, em parte, de modo semelhante a um *regulador* que impõe um sistema de preços, fixando tarifas máximas, por exemplo.

A imposição da ordem para baixar um preço constitui um remédio comportamental que tem como consequência o dever de a autoridade monitorar posteriormente, de forma contínua, o cumprimento de sua decisão, o que exige uma estrutura administrativa/burocrática de acompanhamento e controle de preço, ao mesmo tempo em que não é suficiente para assegurar a concorrência no mercado afetado.

Pode-se concluir, assim, que, embora a preocupação com preços não deva estar ausente da análise antitruste, há dúvidas sobre a adequação e eficácia dos instrumentos desse sistema legal para combate de preços/aumentos abusivos, ao menos de forma generalizada.

Custos e benefícios de um sistema de controle de preços

Sendo a atuação sobre preços considerada mais interventiva por uma série de razões, como apontado acima, o problema recai na discussão sobre os limites desejáveis da intervenção estatal.²³ De fato, existe um problema operacional em controlar preços numa economia de mercado.

Um controle direto, generalizado e permanente sobre preços – do tipo tabelamento, como promovido pelo CIP no passado – supõe que o poder público promova um monitoramento contínuo dos mercados, o que, por sua vez, requer uma pesada estrutura administrativa que implica custos públicos elevados. Ademais, dado que o processo de formação de preços é complexo e envolve a análise de inúmeras variáveis, e que há assimetria de informações entre setor público e setor privado, o sistema fica sujeito a *falhas de governo* e corre o risco de gerar mais ineficiências do que o

²³ Note-se que não se trata de discutir intervenção versus não-intervenção, já que qualquer ação tradicional antitruste implica intervenção no livre mercado.

próprio preço de monopólio que visa a combater. Corre-se, inclusive, o risco de se provocarem resultados *contra* a própria concorrência, como aqueles imputados, com razão, ao CIP.

Distorções no processo concorrencial provocadas pelo sistema de controle de preços são comuns. O maior risco que se corre, no caso, é o de que os agentes de um mercado se unam para negociar condições uniformes com o governo, que pode acabar encampando uma prática de cartel.²⁴

O controle no âmbito antitruste pode ser diferente do tabelamento puro e simples: é mais pontual, é vinculado à existência de poder de mercado num mercado relevante, é feito caso a caso e sujeita-se à análise de eficiências compensatórias. Mesmo assim, se generalizado para toda a economia, acrescentaria às tarefas das autoridades antitruste o necessário acompanhamento de preços da economia, e poderia sujeitar-se, embora talvez em menor proporção, aos mesmos riscos de falhas e ineficiências apontados acima.

Isso não significa, entretanto, descartar inteiramente essa hipótese de ação estatal, já que pode haver setores – como o farmacêutico, por exemplo – cujas especificidades (interesse social, características da demanda, gastos públicos com medicamentos, etc.) justifiquem a adoção de algum mecanismo de controle de preços, desde que se avalie que tal controle traria benefícios sociais que compensem os mencionados custos e riscos associados ao sistema. Em outras palavras, a implementação de um controle de preços no setor deve ser uma escolha baseada numa análise custo/benefício, e, ainda assim, condicionada pelos parâmetros da análise antitruste (*i.e.*, o critério de abusividade deve ter como condição necessária a existência de poder de mercado, etc.), de modo a não recair na prática de tabelamento generalizado.

Uma tal decisão de política implicaria, na verdade, instituir um sistema específico de *regulação ativa* (ainda que parcial), o que, do ponto de vista jurídico, implica o exercício do poder de polícia da Administração Pública destinado a estabelecer limites e condições à liberdade empresarial por razões de interesse público. A imposição de regras que afetam a liberdade dos agentes, nesse caso, é justificada pela existência de problemas no processo competitivo, existência de poder de mercado, informação imperfeita e outros elementos que geram perdas para os consumidores. Para tentar minimizar essas perdas, substituem-se, *parcialmente*, os mecanismos de mercado.²⁵

24 O problema é apontado em diversos países que adotam algum sistema de controle de preços. A título de exemplo, pode-se citar o documento da Autoridade Antitruste italiana que, analisando as questões concorrenciais no setor farmacêutico, examina os problemas concorrenciais gerados pelo controle de preços de medicamentos, dentre os quais o de impedir a concorrência em preços entre distribuidores e farmácias, fazendo com que eventuais economias de custos destes agentes não sejam repassadas para os consumidores, além de facilitar a formação de cartéis de produtores (Cf. *Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato*, 1998).

(a) a suposição de que se avizora necessariamente uma redução dos preços de preços sobre medicamentos, em virtude de falhas no processo competitivo que se verificam no setor, por um lado, e do interesse social envolvido, de outro lado;

(b) a dificuldade de tratar desses problemas (particularmente de preços) no âmbito dos mecanismos de controle antitruste tradicionais, seja devida à resistência de princípio a encará-los como *condutas anticompetitivas*, seja por implicar um tipo de intervenção reguladora do mercado estranha às atribuições das autoridades antitruste;

(c) a possibilidade de, numa eventual reforma da Lei n. 8.884/94, se retirarem os dispositivos relativos a preços como *condutas anticompetitivas*, uma vez que a presença destes é bastante criticada, porque identificada com um tipo de intervenção indesejável e ultrapassada por seu caráter populista (ou, mais precisamente, por ter sido, de fato, usada com essa finalidade);

(d) as distorções causadas pelo sistema de controle de preços tradicional – tipo CIP – com imposição de tabelamento e necessidade de enorme estrutura burocrática para implementá-lo;

(e) a necessidade de minimizar os riscos de falhas de governo e ineficiências sempre presentes em intervenções do Estado no mercado;

Algumas diretrizes gerais podem ser indicadas para nortear uma eventual discussão sobre a necessidade de adoção de um sistema de controle de preços no setor farmacêutico.

Essas seriam, resumidamente, as seguintes:

(i) um sistema dessa natureza deveria ser exclusivamente setorial, já que o controle de preços em geral para toda a economia parece estar superado, ao passo que o setor farmacêutico apresenta especificidades que o distinguem dos demais e justificam um tratamento diferenciado;

(ii) dada a sua especificidade, o sistema poderia ser implementado por uma Agência Reguladora, nos moldes das novas agências que têm sido criadas principalmente em âmbito federal, *i.e.*, com membros com capacitação técnica, mandato, etc. de modo a garantir sua independência;

(iii) deveria ser diferente daquele praticado pelo antigo CIP, *i.e.*, não deveria impor um tabelamento de todos os preços de todos os medicamentos, mas pautar-se-ia por uma intervenção mais pontual;

(iv) seria importante incorporar os conceitos da análise antitruste, que permitiriam identificar as situações abusivas e a ocorrência de problemas concorrenciais que mereceriam intervenção, distinguindo-as daquelas que poderiam ser deixadas aos mecanismos de mercado (em geral, mais eficientes). Isso implica que a análise de aumentos de preços deveria ser embasada numa definição precisa do mercado relevante afetado, na existência de poder de mercado do agente, na consideração dos efeitos da conduta sobre o bem-estar, bem como das eventuais eficiências compensatórias da conduta analisada, com base no princípio da razoabilidade;

(v) deveria estabelecer um sistema de regulação potencial – *i.e.*, a princípio, os preços seriam livres, mas criariam-se instrumentos de intervenção permitindo a imposição de preços que seriam *usados apenas quando fossem constatados abusos*. Constituiria, assim, uma espécie de ameaça potencial que teria por objetivo conter os aumentos abusivos por ação das próprias empresas destinatárias da norma, poupando custos públicos e privados de uma intervenção direta e contínua. Evidentemente, para ser eficaz e provocar os efeitos desejados (de conter os aumentos abusivos), a ameaça precisaria ser crível.

A vantagem de um sistema de regulação potencial é que não requer uma estrutura burocrática que seja capaz de definir e fazer cumprir todos os preços do setor, permitindo uma intervenção mais pontual com economia de recursos públicos.

3.2.2 Outras observações sobre condutas

No estudo dos casos notou-se, ainda, que mesmo processos referentes a outros tipos de condutas, tais como retenção de produtos (recusa de venda), venda casada, cartel e discriminação de preços, tratavam, na verdade, de casos que tinham como “pano de fundo” a preocupação com preços e a tentativa de usar o sistema antitruste para promover algum controle sobre o setor que tinha tido seus preços liberados.

Outro problema encontrado foi o fato de que muitos processos (pode-se dizer, a esmagadora maioria) apresentaram problemas formais que prejudicaram não só a análise das autoridades, como já discutiu-se anteriormente, mas também o estudo que se pretendia fazer neste trabalho. Isso porque as questões discutidas nesses processos tratavam mais de problemas procedimentais e de instrução (em geral, de direito administrativo), do que propriamente de direito antitruste, de modo a prover uma análise mais substantiva das condutas investigadas, seus efeitos econômicos, etc.

Finalmente, cumpre notar que, mais recentemente, a postura e o rigor analítico (jurídico e econômico) das autoridades antitruste têm apresentado progressos substanciais, o que minimizou bastante os mencionados problemas de instrução processual e comprometimento do julgamento. Por isso, os processos atualmente em curso sobre aumentos de preços no setor farmacêutico talvez tenham melhor sorte. O próprio CADE pode alterar seu entendimento até agora dominante, que foi motivado em parte pela instrução deficiente dos processos, e passar a analisar mais a fundo a questão, até porque o órgão não pode se negar a cumprir a lei.

Nesse sentido, vale mencionar uma decisão recente do Conselho, de setembro de 1999. Apreciou-se um recurso de ofício numa Averiguação Preliminar que investigava uma conduta de *imposição de preço excessivo* pelo Laboratório Rhodia,²⁶ concluindo-se pela existência de indícios de infração e determinando-se a volta do processo à SDE para que esta prossiga as investigações, instaurando Processo Administrativo. O caso ainda não teve solução final e, portanto, não pôde ser analisado aqui. Mas pode ser um indicador de mudança de postura, pelo menos no sentido de não

condição lógica para haver um ilícito antitruste) estará caracterizada quando um agente econômico (ou grupo de agentes) detiver “parcela substancial de mercado relevante” de produtos ou serviços, o que se *presume* quando sua parcela de mercado (individual ou coletivamente) for igual ou maior que 20% (Artigo 20, §§ 2º e 3º). Assim, percebe-se que a existência de posição dominante não ocorre abstratamente, mas está sempre referida a um mercado devidamente delimitado, sendo, pois, necessário proceder a essa delimitação para só então analisar se há ou não posição dominante.

Delimitar o mercado no qual se manifesta concretamente o poder econômico é, na verdade, uma condição logicamente prévia, pois é neste *espaço* que o exercício do poder (abusivo ou não) tem lugar, e é *por relação a ele* que se efetuam os cálculos de *market-share* e todas as análises necessárias à caracterização da posição dominante, bem como dos impactos decorrentes de um *ato de concentração* ou dos efeitos provocados por uma *conduta anticompetitiva*.

Resumidamente, *relevante* é um mercado em que o poder de mercado possa ser exercido. Isso porque a noção implica delimitar um grupo de produtos (bons substitutos) e uma área geográfica na qual esses produtos são produzidos ou vendidos, e supor uma firma produtora – desses produtos, nessa área – como monopolista que maximiza lucros. Se os produtos não forem substituíveis por outros e se os consumidores não puderem importar o mesmo produto de outras áreas, o hipotético monopolista poderá impor um aumento de preços – significativo e não transitório – e com isso auferir lucros extraordinários. Como se pode perceber, trata-se, inicialmente, de um exercício hipotético que busca, por aproximações sucessivas, avaliar a reação da demanda ao também hipotético aumento de preços, pois esse comportamento pode não ser lucrativo para a firma se os consumidores tiverem alternativas de adquirir o produto em questão em outros locais.²⁷

Assim, a definição do mercado relevante tem uma dimensão geográfica e outra associada ao produto. Em sua dimensão **produto**, busca-se identificar os produtos que concorrem entre si. Para isso, incluem-se não apenas os produtos idênticos, mas também os bons substitutos. Essa delimitação costuma ser feita levando-se em consideração o lado da demanda, observando-se que não basta a mera possibilidade técnica de substituição para determinar a inclusão de um produto no mesmo mercado que outro, mas sim que os demandantes a façam habitualmente (Bruna, 1997: 80).

Embora sujeito a alguma controvérsia, pode-se também incluir no mercado relevante – dimensão produto – a análise pelo lado da oferta, levando em conta não apenas a oferta pela capacidade já instalada, mas também a oferta potencial, pela reorientação de capacidade já existente para a produção dos produtos em questão – o

27 As Diretrizes para Análise de Fusões (Horizontal Merger Guidelines – FTC) dos Estados Unidos estabelecem a seguinte definição de mercado relevante: “Um mercado é definido como um produto ou grupo de produtos e uma área geográfica na qual ele é produzido ou vendido, tal que uma hipotética firma maximizadora de lucros, não sujeita a regulação de preços, que seja o único produtor ou vendedor, presente ou futuro, daqueles produtos naquela área, poderia provavelmente impor pelo menos um pequeno mas significativo e não transitório aumento no preço, supondo que as condições de venda de todos os outros produtos se mantêm constantes. Um mercado relevante é um grupo de produtos e uma área geográfica que não excedam o necessário para satisfazer tal teste.”

que implica considerar o potencial de aumento de oferta por firmas que, por algum motivo, não estejam produzindo, mas possam fazê-lo sem grandes investimentos e a curto prazo. Quanto menores estes (prazos e custos), maiores as possibilidades de que um aumento de oferta por acréscimo de ofertantes venha a contestar o poder de mercado das firmas estabelecidas.

Em sua dimensão **geográfica**, o mercado relevante é definido como uma área geográfica na qual certos produtos (e seus substitutos) são produzidos ou vendidos (o que varia conforme tipo de produto e tecnologia, custos de transporte, barreiras tarifárias e não tarifárias às importações, etc.). Nessa análise, procura-se a área sujeita à atuação de uma empresa, de modo a detectar, na hipótese de aumentos de preços:

(a) se os consumidores podem comprar o produto em outras localidades a custos acessíveis; ou

(b) se concorrentes de outras localidades podem direcionar suas vendas para essa região a custos acessíveis. Trata-se, assim, de questão intimamente relacionada aos custos de transporte e distribuição.

Na lei brasileira, todas as referências à posição dominante são feitas por relação a um mercado relevante que, entretanto, não é definido no texto legal. Usaram-se, durante muito tempo, as definições da literatura e a do *Horizontal Merger Guidelines* americano. Recentemente, o conceito de mercado relevante foi “*institucionalizado*”, pela Resolução n. 15/98 do CADE. Nessa resolução, o mercado relevante do produto compreende “*todos os produtos/serviços considerados substituíveis entre si pelo consumidor, devido às suas características, preços e utilização*”. Em sua dimensão geográfica, o mercado relevante “*compreende a área em que as empresas ofertam e procuram produtos/serviços em condições de concorrência suficientemente homogêneas em termos de preços, preferências dos consumidores, características dos produtos/serviços*”. Também integram o mercado as firmas que possam iniciar a oferta se houver um pequeno mas substancial aumento de preços. Devem-se identificar os “*obstáculos à entrada de produtos ofertados por firmas situadas fora dessa área*”.

A delimitação correta do mercado relevante é de uma importância fundamental, pois não só condiciona a análise antitruste como influencia o seu resultado. Note-se que a delimitação interessa para identificar os *efeitos* das condutas ou dos *atos de concentração*; portanto, num caso concreto, a autoridade não necessariamente analisa todos os mercados em que a(s) empresa(s) atua(m). Trata-se de mercado *relevante para o caso* sob análise. Em *atos de concentração*, por exemplo, para a definição da dimensão produto do mercado relevante, procura-se identificar aqueles *produtos concorrentes* ou substitutos de cada uma das empresas envolvidas – *i.e.*, os produtos cujas características e finalidades se sobrepõem –, pois é no mercado desses produtos que a operação poderá acarretar uma diminuição da concorrência.

No setor farmacêutico, é comum delimitar-se a *dimensão geográfica* dos mercados relevantes como sendo o território nacional. Essa prática é comum em

setor farmacêutico se mostra bastante complexa. A divisão das classes terapêuticas²⁸ é sempre uma primeira aproximação, mas frequentemente insuficiente porque o baixo grau de substituição de diferentes medicamentos coloca a necessidade de se avaliarem as propriedades terapêuticas de cada um, bem como o tipo de princípio ativo utilizado para sua fabricação, além ainda do grau de concentração desse princípio ativo.²⁹ Assim:

(a) pode haver, numa mesma classe terapêutica, produtos sem nenhum grau de substituição entre si, e que, portanto, não podem pertencer ao mesmo mercado relevante. A existência de medicamentos especificamente desenvolvidos para determinadas patologias e o conseqüente baixo grau de substituição entre os produtos sugerem a existência de muitos mercados (numa segmentação às vezes menor do que a classe terapêutica) a serem considerados;

(b) também pode ocorrer que produtos de classes terapêuticas diversas sejam incluídos no mesmo mercado relevante.

O Relatório do Ato de Concentração entre a Allergan-Lok e a Frumtost³⁰ explica bem essas dificuldades: *“as possibilidades de substituição e o mercado relevante não podem ser confundidos apenas com classe ou subclasse terapêutica. De fato, a classe terapêutica pode ser interpretada como uma primeira aproximação ..., mas não a única. Em alguns casos, as possibilidades de substituição que caracterizam o exercício de poder de mercado poderão ser descritas pela classe terapêutica, mas nem sempre”*. Nesse sentido, aponta o relatório, a relação de substituição entre produtos farmacêuticos é complexa, visto que:

- *“pode não ser recíproca”* (o produto A pode ser substituível pelo B, mas este pode não ser substituível pelo A);

- *“pode não ser transitiva”* (A é substituível por B; B é substituível por C; mas A não pode ser substituído por C);

- *“pode não ser válida para todos os tipos de afecções”* (A pode ser substituído por B em determinadas doenças, mas não em outras);

- *“pode não ser completa para pelo menos algum tipo de doença”* (A pode ser um perfeito substituto de B para certas doenças, mas em outra pode apresentar um resultado terapêutico, em média, inferior a B).

Além da divisão em classes terapêuticas, recorre-se com frequência à classificação dos medicamentos em: a) éticos (venda sob prescrição médica) e de venda livre; b) patenteados e não patenteados; c) comercializados sob *marca* registrada ou sob nome genérico. Na verdade, essas classificações apenas se sobrepõem àquela das classes terapêuticas, sendo importantes porque definem características econômicas e dinâmica concorrencial dos mercados relevantes (particularmente, definem o tipo predominante de barreira à entrada no mercado). Assim, por exemplo, os produtos de determinada

28 As classes terapêuticas são estabelecidas de acordo com a Classificação Terapêutica Anatómica (ATC): agrupa os remédios de acordo com sua composição química e propriedades terapêuticas.

29 Cf. *Autorità Garante della Concorrenza...* (1998).

30 AC n. 34/95, requerentes: Allergan-Lok Produtos Farmacêuticos & Laboratórios Frumtost S/A; relator: conselheiro Mércio Felsky. Julgado pelo CADE em setembro de 1998.

classe terapêutica do segmento *ético* apresentam certas características da oferta e da demanda (a decisão cabe mais ao médico do que ao consumidor final/paciente), e quanto às formas de marketing (propaganda junto à classe médica, etc.), que fazem com que as possibilidades de concorrência (inclusive barreiras à entrada) sejam diferentes daqueles produtos da mesma classe mas pertencentes ao segmento de venda livre (para estes as condições de concorrência são mais favoráveis), o que justifica que sejam tratados como dois mercados distintos para efeito de análise antitruste.³¹

Um exemplo dessa sobreposição de recortes pode ser visto no *Ato de Concentração 47/95 – SARSA/Merrel Lepetit*: um dos mercados afetados pela operação, em que havia sobreposição de produtos das empresas envolvidas, relacionava-se à classe terapêutica R2A (Descongestionantes Anti-sépticos Faríngeos). Entretanto, os produtos da Merrel pertencentes a essa classe – Cepacol e Cepacaína – são produtos de venda livre, enquanto os da SARSA – Fonergerin e Colubiazol – têm indicação terapêutica diferente e estão sujeitos à prescrição médica (enquadrando-se no segmento *ético*). Isso motivou o CADE a decidir que os produtos das duas empresas participavam de mercados diversos, não tendo, pois, o *ato de concentração* provocado aumento de posição dominante nesses mercados.

Um outro exemplo pode ser encontrado no *Ato de Concentração* entre SmithKline Beecham & Sterling,³² em que medicamentos de classes terapêuticas diferentes foram considerados no mesmo mercado relevante. Em parte isso se deveu à dinâmica concorrencial observada no segmento – como se tratava de medicamentos sujeitos ao regime de venda livre com intensivo uso de propaganda como arma na concorrência, e como na propaganda os produtos aparecem como sendo destinados a problemas semelhantes, concluiu-se que deveriam ser considerados substitutos, uma vez que o consumidor os tinha como tal, apesar de eventualmente apresentarem princípios ativos diferentes e não desempenharem exatamente a mesma função.

Finalmente, vale a pena analisar um outro caso que constitui exemplo de produtos de uma mesma classe terapêutica considerados como parte de mercados relevantes distintos, e de como a delimitação desses mercados influencia o próprio resultado da análise. No caso Glaxo/Wellcome³³ verificou-se haver duas classes terapêuticas em que as atividades de fabricação e comercialização das duas empresas se sobrepunham – a dos *expectorantes* e a de *associações de corticóides/antiinfeciosos óticos*. Portanto, nessas duas classes se concentrou a análise dos efeitos potenciais da operação para a concorrência.

Na classe dos expectorantes se enquadravam os produtos Aeroflux (da Glaxo) e Trifedrin (da Wellcome). Apesar disso, a análise mostrou que os dois medicamentos não eram substitutos entre si, em relação tanto à indicação de uso quanto aos princípios ativos de que se compõem. Assim, foram identificados dois mercados relevantes distintos: (a) o que inclui o Trifedrin, “*definido como o mercado de expectorantes indicados para o alívio da tosse nos processos alérgicos das vias respiratórias e outras condições*”, para o que se recomenda “*o uso de anti-histamínicos, descongestionante e expectorante, inclusive em*

broncoconstrição como componente principal ou secundário, associados à tosse ..., em consequência do muco altamente viscoso e aderente à parede brônquica, como a asma, bronquite crônica, bronquiectasia e o enfisema pulmonar” (CADE, 1997: 115-116).

Na classe das associações de corticóides/anti-infecciosos óticos participavam os medicamentos Otoporin (da Wellcome) e Otobetnovate (da Glaxo) cujos *market-share* somados em decorrência da operação chegavam a 28,8%. Também aqui chegou-se à conclusão que os dois produtos não concorriam diretamente entre si uma vez que: (a) o Otoporin é indicado “*para tratamento de otites externas causadas ... por infecção bacteriana*”, mas não apresenta atividade antifúngica; (b) o Otobetnovate “*é indicado para tratamento de otites externas causadas por fungos e bactérias sensíveis à clorfenesina*”. Não seriam, pois, bons substitutos, tendo em vista suas diferentes ações terapêuticas, participando de dois mercados relevantes distintos (CADE, 1997: 116).

No caso Glaxo/Wellcome, essa segmentação de mercados teve a maior importância no resultado da análise e para a decisão do CADE. O Conselho considerou que aqueles produtos, que à primeira vista se sobrepunham na mesma classe terapêutica, participavam, na verdade, de mercados relevantes distintos e não concorriam entre si. Logo, concluiu-se que a operação não provocava nenhuma alteração na configuração desses mercados e tampouco provocaria impactos concorrenciais, o que motivou sua aprovação incondicional, sem análise de eficiências compensatórias, visto estas só serem exigidas quando há efeitos restritivos a serem compensados.³⁴

Apesar de a precisa definição de mercado relevante ser imprescindível para a correta avaliação dos impactos concorrenciais de uma operação de concentração, uma possível crítica pode ser apontada nesse caso. O fato de os produtos pertencerem à mesma classe poderia, em tese e apesar de os produtos não serem perfeitamente substituíveis, indicar o aumento de poder de mercado provocado pela concentração, já que com esta, uma mesma empresa passaria a deter o controle de uma linha de produtos que poderia ser tida como complementar.

Nesse sentido, os efeitos anticompetitivos de um *ato de concentração* não necessariamente são nulos só pelo fato de inexistir intersecção entre os produtos de ambas as empresas, *se* entre duas linhas de produtos houver complementaridades, sinergias e ativos complementares (embora estes últimos aspectos possam também ser apontados como eficiências compensatórias, na forma exigida pelo § 1º do Artigo 54).

De qualquer modo, não deve ser descartada, a priori, a possibilidade de fortalecimento de poder de mercado da empresa que detém um espectro mais amplo de produtos – ainda que em variados mercados. No caso Glaxo-Wellcome, por exemplo, poderia haver também a possibilidade de fácil redirecionamento da produção de remédios com um tipo de uso para outro tipo *próximo*. O fato de dois medicamentos com indicação de uso apenas ligeiramente distinta serem fabricados por firmas distintas permitiria que, se houvesse aumento de preços de um deles, a outra firma buscasse

³⁴ Note-se que se os produtos fossem englobados no mesmo mercado relevante, a operação resultaria num aumento de *market-share* no mercado e, portanto, poderia significar danos potenciais à concorrência. O resultado da análise teria sido, assim, diferente, não necessariamente no sentido de ser proibida, mas ao menos sujeitar-se-ia à análise das eficiências compensatórias.

também produzir um similar (supondo que teria capacitação tecnológica para tal, e que pudesse rapidamente redirecionar sua capacidade produtiva para isso). Assim, o fato de os dois produtos passarem a ser fabricados pela mesma firma poderia resultar no fortalecimento do poder de mercado e numa diminuição da concorrência.

3.4 Importância da marca como instrumento de poder de mercado

O objetivo desta seção não é discutir em profundidade as barreiras à entrada no setor farmacêutico, mas tão-somente destacar aquela que mais tem chamado a atenção do ponto de vista da defesa da concorrência: a marca. É comum elencarem-se três conjuntos de elementos que dão origem às mais importantes barreiras à entrada no setor farmacêutico.³⁵ São eles:

- (a) elevados gastos em Pesquisa & Desenvolvimento (P&D), que tem apresentado custos crescentes;
- (b) patentes para novos produtos;
- (c) lealdade às marcas, geralmente associada à reputação do fabricante.

O maior ou menor peso de cada grupo como barreira à entrada em dado mercado relevante vai depender da categoria em que se enquadram os produtos que dele fazem parte, de acordo com aquelas classificações dos medicamentos segundo critérios de exigência de prescrição médica, existência de patentes e/ou de marcas. Tais características de produto, como já discutido na terceira seção, estabelecem as bases da dinâmica concorrencial dos mercados, uma vez que determinam condições de demanda e de oferta dos medicamentos. Assim, podem-se distinguir, no setor farmacêutico, os seguintes segmentos:

1. *Éticos* – composto por produtos cuja venda é sujeita à prescrição médica e que se classificam em:
 - 1.1. *com* proteção patentária;
 - 1.2. *sem* proteção patentária (produtos não patenteados ou com patente expirada). Este segmento, por sua vez, pode ser subdividido em:
 - 1.2.1. produtos comercializados sob *marca* (seja do produtor “original” seja por imitadores que colocam sua própria marca);
 - 1.2.2. produtos comercializados pelo nome *genérico* (do princípio ativo);
2. *Não éticos* – composto por produtos sujeitos ao regime de venda livre, sem necessidade de prescrição médica. A rigor, nada impede que produtos desse segmento sejam patenteados, mas há razões para supor que isso seja uma ocorrência rara,³⁶ não justificando uma segmentação entre patenteados e não patenteados, como a anterior. Assim, a classificação aqui se resume em:
 - 2.1. produtos comercializados sob *marca*;
 - 2.2. produtos comercializados pelo nome *genérico* (do princípio ativo).

indústria farmacêutica a importância da patente como meio de apropriabilidade dos resultados do esforço inovativo é muito grande.³⁷

Assim, no que interessa à defesa da concorrência, as patentes podem se constituir num instrumento de exercício abusivo de poder de mercado, embora sua associação com esse poder deva ser mediatizada à medida que seus supostos efeitos restritivos da concorrência possam ser compensados por ganhos em termos de bem-estar social. Ou seja, a patente gera efeitos ambíguos, ao mesmo tempo, positivos e negativos do ponto de vista concorrencial.

A questão de contrapor direitos monopolísticos de patente à concorrência está presente no debate sobre o sistema patentário desde seus primórdios e atualmente é formulada em termos de como se alcançar um adequado balanço entre dois aspectos inerentes ao sistema patentário: o incentivador da atividade inovativa e o restritivo da difusão tecnológica e da concorrência. O primeiro deles decorre dos possíveis **efeitos das expectativas de proteção** – propiciar a perspectiva de retorno dos investimentos, que funciona como incentivador da atividade inovativa privada. O segundo, dos potenciais **efeitos da proteção efetivamente obtida**, que levam em conta os resultados sociais do instrumento jurídico – restritivo da concorrência (à medida que aumenta o poder de mercado de empresas detentoras dos direitos) e da difusão da tecnologia – e, portanto, dos possíveis ganhos sociais decorrentes de inovações (Mello, 1995).

Do ponto de vista antitruste, essa constatação leva à necessidade de contrapor aos potenciais efeitos restritivos da concorrência os possíveis ganhos sociais decorrentes do incentivo à atividade inovativa propiciado pelo mecanismo legal patentário. Ademais, da existência de uma patente não se pode deduzir, automaticamente, que seu titular detenha poder de mercado, à medida que isso depende da inexistência de outros produtos substitutos, além de que a patente quase nunca se constitui num instrumento absolutamente eficaz para impedir a imitação. Nesse sentido, vários trabalhos empíricos mostram que a proteção jurídica patentária não é suficiente para propiciar total controle sobre os resultados de pesquisa nem para garantir ao inovador todas as vantagens decorrentes da introdução de novos produtos ou processos. A duração da vida útil real de patentes, por exemplo, durante a qual ela efetivamente exclui o acesso de concorrentes à inovação patenteada é bem menor do que o tempo legalmente previsto.³⁸

Enfim, a relação entre poder de mercado e patente depende das condições técnicas e econômicas do mercado relevante considerado e requer que se atente para a complexidade e a diversidade de efeitos possíveis decorrentes da proteção jurídica.

Curiosamente, apesar da grande polêmica causada pela mudança na lei patentária (Lei n. 9279, de 14 de maio de 1996), que passou a admitir a patenteabilidade de fármacos antes não passíveis de proteção, as patentes têm sido muito menos

³⁷ A patente, ao propiciar maior possibilidade de apropriação privada dos resultados do esforço inovativo, permite prolongar vantagens competitivas decorrentes da introdução de inovações tecnológicas. A importância desse meio legal de apropriabilidade, entretanto, é bastante diferenciada entre setores, mas é reconhecidamente grande no farmacêutico, como mostram resultados de inúmeras pesquisas (Levin et al., 1987, por exemplo). Essa questão é discutida em Mello (1995).

³⁸ Ver, por exemplo, os trabalhos de Mansfield et al. (1991) e de Levin et al. (1987).

relevantes como fonte de exercício de poder de mercado do que as marcas. Na análise dos atos de concentração pelo CADE, em 1998, constatou-se apenas um caso em que foram identificadas barreiras à entrada ligadas a patente e altos custos de P&D, e não se tratava do setor farmacêutico.

Nos mercados farmacêuticos nacionais que têm sido analisados nos casos do CADE, de diferentes produtos, em nenhum deles se constataram problemas devidos a patentes. Note-se que considerando todos os casos analisados no setor – condutas e atos de concentração –, dos produtos relevantes analisados, apenas um era patenteado, e mesmo assim, num segmento de mercado em que não chegava a causar preocupações com a concorrência. Isso provavelmente reflete o fato de que ainda há poucos produtos patenteados sendo comercializados no Brasil.

Já as marcas, ao contrário, aparecem com frequência como elemento que gera preocupações nas autoridades antitruste, e não apenas no setor farmacêutico. No seu Relatório Anual de 1998, o CADE informa que as barreiras associadas a marcas foram o tipo mais freqüente de barreira identificada nos atos de concentração (CADE, 1998: 82).

Verifica-se, também, que nos poucos atos de concentração em que o CADE impôs condições para aprovação, algum tipo de restrição sobre seu uso (como o licenciamento, por ex.) aparece como uma das condições mais relevantes,³⁹ e mesmo no setor farmacêutico, uma das poucas imposições do CADE consistiu em tentar quebrar a força da marca em favor do nome genérico, como visto no exemplo analisado na primeira seção.

O uso da marca como instrumento de poder de mercado sobressai naqueles segmentos de mercado de produtos éticos não patenteados (1.2.) e no de venda livre. Nesse último, no entanto, algumas características – da demanda, principalmente – contribuem para propiciar maior contestabilidade mesmo a marcas conhecidas, e assim, relativizá-las como fonte de poder de mercado. As empresas competem por diferenciação de produto, com uso intensivo da propaganda como arma de concorrência⁴⁰ e, mais importante, a decisão de consumo é tomada principalmente pelo próprio consumidor final, sensível a preços. Isso faz com que mercados de medicamentos com alta incidência de automedicação sejam mais contestáveis, devido à maior elasticidade-preço da demanda e, conseqüentemente, tendam a ter barreiras à entrada relativamente menores.⁴¹

Um pouco diferente se apresenta a questão da marca nos mercados de produtos do segmento ético, principalmente porque a decisão de consumo cabe menos ao consumidor final/paciente e mais ao médico, que tende a ser menos sensível a preços e mais leal à marca, independentemente da eventual existência de substitutos perfeitos mais baratos. Mais do que no segmento anterior, aqui a lealdade à marca se associa à reputação do fabricante. A desconfiança da classe médica em relação ao controle governamental sobre a qualidade do medicamento e a repressão às falsificações de remédios só faz agravar o problema.⁴²

classe médica, o que exige investimentos mais altos. Tais características fazem com que as barreiras à entrada nesse segmento de mercado sejam mais altas – e são, note-se, principalmente associadas à *marca*.

Em ambos os segmentos, dada a importância da marca como instrumento de exercício de poder de mercado e de potencial abuso, sobressai, como conseqüência, a pertinência de medidas como as previstas na lei dos genéricos (Lei n. 9.787, de 10 de fevereiro de 1999). Embora freqüentemente o genérico seja visto como uma forma de comercialização contrária à patente,⁴³ na verdade a prescrição de um medicamento pelo nome do princípio ativo *se contrapõe ao poder de mercado propiciado pela marca*, constituindo, assim, uma forma de induzir a uma maior concorrência nesses segmentos.

Não se pode esquecer, porém, que a implementação dos genéricos jamais será uma panacéia para os problemas concorrenciais do setor farmacêutico. O sempre citado estudo de Scherer (1993), sobre preços na indústria farmacêutica nos Estados Unidos, mostra que, mesmo após a expiração das patentes e a entrada no mercado de produtos substitutos sob nome genérico, os efeitos dessa maior competição ou não foram suficientes para baixar os preços ou provocaram apenas diminuições desprezíveis. A explicação do autor é que os fármacos de marca continuam contando com uma clientela razoavelmente insensível a preços, que valoriza o nome conhecido do fabricante.

De qualquer modo, a ainda que limitada eficácia substantiva que essa medida pode ter – de acirrar a concorrência e, eventualmente, baixar preços –, dependerá, sobretudo, da capacidade de romper os principais empecilhos a uma plena confiabilidade nos genéricos: as preocupações com qualidade e segurança dos produtos por parte da sociedade e, principalmente, da classe médica.

Considerações finais

O estudo proposto pretendia traçar um panorama das questões concorrenciais no setor farmacêutico, a partir dos casos analisados pelo CADE. Os resultados, entretanto, ficaram aquém do esperado devido ao fato de muitos processos – particularmente os de *condutas* – terem apresentado problemas formais que impediram análises mais substantivas (de mérito) sobre a concorrência no setor por parte das autoridades. Ademais, as questões de conduta do período giraram quase que só em torno das acusações de aumentos de preços, algo que, para muitos, não é uma questão pertinente ao âmbito antitruste. Impõe-se, pois, advertir que o resultado do levantamento realizado não permite traçar um panorama das *condutas anticompetitivas* mais comuns no setor.

Apesar disso, o estudo propiciou a identificação de algumas questões relevantes para se discutir controle da concorrência nesse setor. Os resultados do levantamento de casos de *atos de concentração* não apresentaram grandes surpresas em

43 O que se justifica em parte, já que a existência de um genérico *supõe* que a patente do princípio ativo esteja expirada e que seu fabricante (do genérico) seja um imitador e não o inovador, que em geral continua vendendo seu produto sob o nome comercial original (marca).

relação ao esperado: houve, nos últimos três anos, um pequeno aumento no número de atos envolvendo empresas do setor farmacêutico levados a julgamento pelo CADE na forma do Artigo 54 da Lei n. 8.884/94, o que reflete, principalmente, os movimentos internacionais de concentração que vêm ocorrendo entre grandes empresas multinacionais do setor. Em menor proporção, também se verificam acordos ou aquisições de empresas brasileiras por estrangeiras motivados, do lado destas, pela busca de parceiros locais propiciadores de melhores canais de distribuição, e, do lado daquelas, pela possibilidade de (via acordos de licenciamento de marca, de produção ou de co-marketing) explorar novos produtos.

Todos os *atos de concentração* do setor foram aprovados, apenas um deles sob condições, o que está dentro do padrão de decisões do CADE para esse tipo de caso também em outros setores. A condição imposta, nesse caso, estava relacionada ao uso de marca registrada, item identificado com o exercício de poder de mercado.

Uma questão que surge em quase todos os processos de *atos de concentração* da indústria farmacêutica é a discussão sobre delimitação dos mercados relevantes no setor, que, em vários casos, não pode se restringir apenas à tradicional divisão de classes terapêuticas. Outra também freqüente é a importância das marcas como instrumento de exercício de poder de mercado e, conseqüentemente, como barreira à entrada no setor, o que afeta suas condições concorrenciais.

Na verdade, essas duas questões não interessam apenas aos *atos de concentração*, pois a delimitação correta do mercado relevante e a identificação das barreiras à entrada são passos fundamentais de toda análise antitruste à medida que permitem identificar a existência de poder de mercado (ou o seu reforço) – condição necessária para aplicação da lei – e as condições de seu exercício. Requisitos para se poder determinar seja a existência de impactos decorrentes de um *ato de concentração*, seja a caracterização de efeitos anticoncorrenciais decorrentes das condutas investigadas.

Ademais, ambas estão interligadas, já que os tipos de barreiras à entrada predominantes nos diversos segmentos da indústria farmacêutica – *éticos* (patenteados/não patenteados)/*não éticos* – definem a dinâmica concorrencial possível e, assim, influenciam a delimitação dos mercados relevantes de produto (estabelecida a partir não só das classes terapêuticas mas também dos princípios ativos componentes dos produtos e da função por estes desempenhada, entre outros), como se percebe na análise empreendida na terceira e quarta seções.

A mencionada segmentação, que em geral se sobrepõe à classificação dos produtos, evidencia, ainda, que em dois segmentos – *éticos não patenteados* e *de venda livre* – as marcas aparecem como fonte privilegiada de poder de mercado. A elas estão associadas as principais barreiras à entrada no setor, pelo menos a julgar pelas análises empreendidas pelas autoridades antitruste, já que as patentes – outro instrumento possível de exercício de poder de mercado – não têm tido nenhum destaque nessa “função”, provavelmente devido ao pequeno número de produtos patenteados no mercado brasileiro.

parte, pela decisão de consumo. Isso teria efeitos benéficos sobre as possibilidades de maior concorrência no setor.

Essa última questão remete a uma outra que, embora não tenha sido analisada neste trabalho, merece uma rápida menção: a potencial dificuldade de se encontrar um desejado equilíbrio entre políticas de incentivo à concorrência no setor farmacêutico e a necessária garantia de qualidade e confiabilidade de medicamentos. No caso dos genéricos, o problema é óbvio já que não se pode, em nome da concorrência, abrir mão dos mecanismos de controle para garantir que um genérico tenha efetivamente a mesma substância ativa, nas mesmas proporções, etc., que o medicamento de marca. Os sistemas de controle de qualidade, contudo, não se limitam aos genéricos, mas afetam toda a indústria. Se em outros mercados a existência de produtos de pior qualidade e conseqüente menor preço pode ser deixada como uma alternativa de escolha do consumidor (desde que devidamente informado), nos medicamentos isso pode ter efeitos danosos e irreversíveis sobre a saúde, justificando o controle pelo poder público. Assim, por exemplo, se ter fontes alternativas de fornecimento de especialidades farmacêuticas é positivo do ponto de vista concorrencial (inclusive pela eventual concorrência em preços que provocam), há que se preocupar com a qualidade e desempenho desses produtos (caso SARSA/Merrel – CADE, 1997: 119).

Finalmente, à questão dos preços, como foi visto, o levantamento dos casos de *condutas anticompetitivas* mostrou que quase todos os processos no período tentaram investigar denúncias de aumentos abusivos de preços. Embora todos os processos tenham sido considerados improcedentes devido, na maior parte dos casos, a problemas formais, como explicado na segunda seção, existe grande resistência em se considerar aumento de preços como uma *conduta anticompetitiva* relevante para a aplicação da lei. Isso nos levou à discussão da pertinência da questão dos preços ao âmbito antitruste.

Assim, tratou-se de evidenciar as razões dessa postura e apresentaram-se os argumentos contrários a ela. Resumidamente: por um lado, defende-se que o sistema antitruste se relaciona com preços apenas indiretamente, reprimindo comportamentos ou movimentos estruturais que viabilizam a imposição de preços abusivos, já que as autoridades antitruste apenas agem sobre o *processo* competitivo e impõem obrigações de não fazer. Por outro lado, se o *poder de fixar preços acima do nível competitivo* integra a própria definição de poder de mercado, cujo abuso é reprimido pelo sistema antitruste, então este não pode ficar alheio à questão dos preços, em certo sentido seu objetivo último. Isso é particularmente relevante para casos em que o abuso de poder de mercado via preços é praticado por um “vencedor” do processo competitivo que conquistou esse poder “legitimamente”, de modo que o abuso não pôde ser prevenido pelo controle estrutural e sequer foi fruto de uma *conduta anticompetitiva* que pudesse ser devidamente reprimida.

Discutiram-se, então, as razões pelas quais a ocorrência de um aumento *abusivo* de preços, em princípio, poderia ser tratada como uma *conduta anticompetitiva* como qualquer outra, sujeita ao mesmo tipo de análise. Entretanto, mesmo admitindo-o, se o aumento de preços é a *conduta* impugnada, uma simples ordem para rebaixar o preço não assegura que a concorrência será restabelecida naquele mercado, e cria, para a

autoridade, o dever de supervisionar continuamente o cumprimento de sua decisão. Estará agindo, aí, de modo semelhante a um *regulador*. Enfim, o tipo de intervenção característico antitruste *não se mostra adequado* à repressão dessa “conduta”, visto não existirem instrumentos suficientes para restaurar o processo competitivo sem substituir as decisões privadas.

Portanto, se há especificidades no setor farmacêutico que justificam a necessidade de algum controle sobre preços, seria melhor que se instituisse um sistema próprio, à parte do antitruste, que mesclasse elementos deste com elementos característicos da *regulação ativa*, subordinando a escolha a uma análise custo/benefício – *i.e.*, avaliando se um tal sistema trará benefícios sociais que compensem os custos e riscos de ineficiência e falhas de governo a ele associados. De qualquer modo, é importante evitar a prática de tabelamento, que implica controle direto e generalizado sobre preços e carrega um grande potencial de distorções, inclusive para a própria concorrência.

Um aspecto importante a considerar numa eventual proposta é a incorporação dos conceitos da análise antitruste, porque permitem identificar situações abusivas e ocorrência de problemas concorrenciais que merecem intervenção, distinguindo-as daquelas que podem ser deixadas aos mecanismos de mercado (em geral, mais eficientes). Em outras palavras, uma análise de preços deve ter por base a existência de poder de mercado do agente por relação a um mercado relevante adequadamente definido, a consideração dos efeitos da conduta sobre o bem-estar, bem como as eventuais eficiências compensatórias (princípio da razoabilidade).

Pode-se pensar, ainda, na hipótese de se estabelecer um sistema de *regulação potencial*, pelo qual os preços seriam livres, a princípio; instrumentos de intervenção para impor preços seriam *usados apenas quando fossem constatados abusos*. Constituiria uma “ameaça potencial” com o objetivo de conter aumentos abusivos por ação das próprias empresas destinatárias da norma, poupando custos públicos e privados de uma intervenção direta e contínua. Evidentemente, para ser eficaz e provocar os efeitos desejados (de conter os aumentos), essa ameaça precisaria ser crível. A vantagem de um sistema de regulação potencial é que não requer uma estrutura burocrática que seja capaz de definir e fazer cumprir todos os preços do setor, permitindo uma intervenção mais pontual com economia de recursos públicos.

Bibliografia

- ABEL-SMITH, B., MOSSIALOS, E. Cost containment and health care reform: a study of the European Union. *Health Policy*, 28, 1994.
- ABIMO, SINAEMO. Diagnóstico setorial. In: PERFIL Econômico e Tecnológico do Setor Odonto-Médico-Hospitalar e de Laboratórios. 7 e 12 ed. São Paulo.
- ABRAMGE. Congresso Brasileiro de Medicina de Grupo, 1. *Anais...* São Paulo: DAG Ltda., 1978.
- _____. *A realidade da medicina de grupo no país*. São Paulo, maio, 1998. (Mimeogr.).
- AFFONSO, R. B. A., SILVA, P. L. B. *A Federação em perspectiva*. Ensaios selecionados. São Paulo: Fundap, 1995.
- AFONSO, J. R. R. et al. Municípios, arrecadação e administração tributária: quebrando tabus. Rio de Janeiro: BNDES, 1999.
- AKAMINE, O. (Coord.). *UNIMED 30 anos*. São Paulo: Cartaz Editorial Ltda., 1997.
- ALIANÇA COOPERATIVA INTERNACIONAL. *Declaração sobre a identidade cooperativa*. 8 set. 2000. Disponível na Internet: <<http://www.coop.org/ica/pt/ptprinciples.html>>.
- ALL-STAR ANALYSTS 1999 Survey: Medical. *The Wall Street Journal*, Jun. 29, 1999.
- ALMEIDA, C. *A assistência médica suplementar no Brasil: panorama atual e tendências*. Texto produzido por solicitação do IPEA/PNUD, como parte dos estudos que subsidiaram a elaboração do relatório IDH Brasil 1997. (Mimeogr.).
- _____. *O mercado privado de serviços saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar*. Brasília: IPEA, nov. 1998. (Textos de Discussão, n. 599).
- ALMEIDA, Fernando Galvão de. *Conjuntura Econômica*, jan., set., dez. 1998.
- ANDREAZZI, M. F. S. *O seguro saúde privado no Brasil*. ENSP/FIOCRUZ, 1991. (Dissertação, Mestrado).
- ANUÁRIO DE PRODUTOS MÉDICO HOSPITALARES 1998. São Paulo: Editora Guia, 1998.

- ARRETICHE, M. T. S. *O processo de descentralização das políticas sociais no Brasil*. Campinas: Unicamp. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, 1998. (Tese, Doutorado).
- ARTHUR ANDERSEN. *Análise setorial do mercado segurador 1995/1996*. Material de Divulgação. 1996.
- AUTORITÀ GARANTE DELLA CONCORRENZA E DEL MERCATO. Provvedimenti n. 2293 e 5486 (IC14) - *Settore farmaceutico, indagine conoscitiva*. Bolletino n. 9, 1998.
- AYRES, Ian, BRAITHWAITE, John. *Responsive regulation: transcending the deregulation debate*. Oxford: Oxford University Press, 1992.
- AZEVEDO, C. S. *Gerência hospitalar: a visão dos diretores de hospitais públicos do município do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1993. (Dissertação, Mestrado).
- BAER, Werner, MACDONALD, Cut. Um retorno ao passado? A privatização de empresas de serviços públicos no Brasil: o caso do setor de energia elétrica. *Políticas Públicas e Planejamento*, n. 16, p. 5-38, dez. 1997.
- BAHIA, L., SANTOS, I. *Notas sobre a regulamentação dos planos e seguros saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. Departamento de Saúde Suplementar – Desas, 1998. (Relatório – Mimeogr.).
- BANCO MUNDIAL. *Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial 1997*.
- _____. *Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial 1993: investimento em saúde*. Rio de Janeiro: FGV, 1993.
- BANTA, H. D., LUCE, B. R. *Health care technology and its assessment – An international perspective*. Oxford: Oxford University Press, 1993.
- BARROS, Maria Elizabeth, PIOLA, Sérgio F., VIANNA, Solon Magalhães. *Política de saúde no Brasil: diagnóstico e perspectivas*. Brasília, DF: IPEA, 1996. (Texto para Discussão, n. 401).
- BARROS, R. P., MENDONÇA, R., NERI, M. An evaluation of the measurement of income and expenditure in household surveys: POF versus PNAD. In: ENCONTRO BRASILEIRO DE ECONOMETRIA, 18, 1995. *Anais...* p. 105-129.
- BAYER, G. F., LEIS, H. Saúde enquanto questão politicamente intermediada. *Serviço Social & Sociedade*, v. 22, p. 103-125, 1986.
- BERMUDEZ, J. *Remédio: saúde ou indústria? A produção de medicamentos no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.
- BIASOTO, G. et al. *Notas acerca do gasto público em saúde no Brasil – Exercício de 1995*. 1998. (Mimeogr.).
- BINSENG, W., BELLENTANI, I. F., WALL, E., MARTINS, M. C., GONÇALVES F. L. M. Avaliação da manutenção de equipamentos médico-hospitalares no município de São Paulo. Campinas: Unicamp. Centro de Engenharia Biomédica, 1986.

- BIOMEDICAL INSTRUMENTATION & TECHNOLOGY. Standards & Regulations – Regulation unlikely, voluntary plan desired for servicers, remarketers and refurbishers. Nov./Dec. issue 1998.
- BODIN, Luis Carlos V. *Reforma tributária: avaliação da proposta do Ministério da Fazenda.*, Porto Alegre: Secretaria da Fazenda do Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Divisão de Estudos Econômicos-Tributários do Departamento da Receita Pública Estadual, 1998. (Estudos Econômicos Fiscais, n. 01).
- BRAGA, J. C., GÓES DE PAULA, S. *Saúde e previdência: estudos de política social.* Rio de Janeiro: CEBES/HUCITEC, 1981.
- BRASIL. *Lei n. 8.080.* 19 set. 1990.
- BRASIL. *Lei n. 9.656 de 3 jun. 1998.* Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. *Diário Oficial União*, Brasília, DF, seção 1, col. 1, p. 00001, 4 jun. 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução n. 444,* 31 ago. 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Relatório sobre o processo de organização da gestão da assistência à saúde. Brasília, 1995. (Mimeogr.).
- BRASIL. Ministério da Saúde/SAS/SPS. *Análise de alguns aspectos do processo de descentralização do Sistema Único de Saúde.* Brasília, 1999a. (Mimeogr.).
- _____. *Agência Nacional de Vigilância Sanitária.* Resolução n. 444. 31 ago. 1999b.
- _____. Secretaria Executiva. *Avaliação da gestão da assistência ambulatorial e hospitalar do SUS supervisão – 1997.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997a.
- _____. *Avaliação da gestão da assistência ambulatorial e hospitalar do SUS.* Brasília, 1997b.
- _____. NOB - SUS / 1996 - Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União*, 6 nov. 1996.
- _____. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS 01/96. Portaria 2.203. *Diário Oficial da União*, 5 nov. 1996.
- _____. *Novos estudos sobre os tetos financeiros para a assistência à saúde e vigilância sanitária para 1988 – Brasil e por Estado.* Brasília, 28 ago. 1997a.
- BRASIL. Presidente. *Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado.* Brasília: Presidência da República, 1995.
- BRENNAN, Troyen A. The role of regulation in quality improvement. *The Milbank Quarterly*, v. 76, n. 4, 1998.
- BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. *Reforma do Estado para a cidadania.* Brasília: Enap/Editora 34, 1998.

- CAMARGO, Ana Tereza P. *Reconstruindo o Hospital Público. O G1000*, Rio de Janeiro, 20 jan. 1999, p. 7.
- CAMPINO, A. C. C. (Coord.), DIAZ, M. D., PAULANI, L. M., OLIVEIRA, R. G., PIOLA, S. F., NUNES, A. Equity in health. In: *LAC – Brazil*. 1998. (Mimeogr.).
- CAMPOS, G. W. S. *Os médicos e a política de saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1988.
- CARDOSO DE MELLO, João Manuel. A contra-revolução liberal-conservadora e a tradição crítica latino-americana. In: TAVARES, Maria da Conceição, FIORI, José Luís. *Poder e dinheiro: uma economia política da globalização*. Petrópolis: Editora Vozes, 1997. p. 15-24.
- CARLTON, D., PERLOFF, J. *Modern industrial organization*. 2nd. ed. New York: Harper Collins, 1994.
- CARVALHO, Guido Ivan de, SANTOS, Lenir. *Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90)*. 2. ed. atual. e ampl. São Paulo: Hucitec, 1995.
- CASTILHO, E. *Entrevista pessoal*. 20 out. 1998.
- CASTRO, P. F., MAGALHÃES, L. C. de. *Recebimento e dispêndio das famílias brasileiras: evidências recentes da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) – 1995/1996*. Brasília: IPEA, 1998. (Texto para Discussão, n. 614).
- CONFEDERAÇÃO NACIONAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS. *DDE 143*. 2 set. 1998.
- CONSELHO DE DESENVOLVIMENTO INDUSTRIAL (CDI). *Diagnóstico e análise do setor odonto-médico-hospitalar*. Brasília. 1982. (Relatório Final, v. 1-5).
- CHECCHIA, C. M. de A. *Assistência médica como um benefício nas empresas: um estudo em organizações de grande porte da cidade de São Paulo*. São Paulo: FGV/EASP, 1996. (Dissertação, Mestrado).
- CIEFAS. *Pesquisa nacional sobre saúde nas empresas*. São Paulo, 1998.
- CISA-PENÁPOLIS. *Eixo organizacional e gerencial do CISA*. 1993. (Mimeogr.).
- CISMEPA. *Consórcio intermunicipal de saúde da região do Médio Paraíba: construindo parcerias*. Jul. 1998.
- CONASS/FNS/IBOPE. *Promoção da Saúde – Pesquisa de Opinião*. Brasília, fev. 1998.
- CONJUNTURA ECONÔMICA. *Seguro-saúde: o mercado que mais cresce*. p. 30-34, maio 1998.
- CORDEIRO, H. *As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.
- COSTA, N. R., RIBEIRO, J. M. *Descentralização e política social: o caso do setor saúde*. IPEA/PNUD, 1997.

- CURRAN, C. Technology assessment – Progress in the U.S. *Healthcare Technology Management*, v. 3, n. 1, p. 24-33, 1995.
- DEDECCA, C. et al. *Notas metodológicas sobre a construção de categorias ocupacionais básicas para o mercado de trabalho não-agrícola*. São Paulo: Fundap/IESP, 1998. (Mimeogr.).
- DRAIBE, S. M. A política brasileira de combate à pobreza. In: VELLOSO, João Paulo do Reis (Coord.). Rio de Janeiro: José Olympio, 1998. v. 2, p. 299-328. (Apresentado no X Fórum Nacional: O Brasil e o Mundo no Limiar do novo Século).
- DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. *Revista de Administração Pública*, v. 26, n. 2, p. 2-19, 1992.
- EID, Florence, IBERN, Pere. *Governance and incentives in the public hospitals sector*. Paper prepared for the Annual World Bank Conference on Development in Latin America and the Caribbean, Valdivia, Chile, Jun. 20-22, 1999.
- ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA. *Microrregionalização*. ESP/Ceará, 1994. (Mimeogr.).
- FERNANDES, M. A. et al. *Gasto social das três esferas de governo, 1995*. IPEA/DIPOS, out. 1998. (Texto para Discussão, n. 598).
- FERRAZ JR. Da abusividade do poder econômico. *Revista de Direito Econômico*, v. 21, p. 23-30, out./dez. 1995.
- FERREIRA, Sérgio et al. *Medicamentos a partir de plantas medicinais no Brasil*. Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Ciências, 1998.
- FICHE PRATIQUE EXPORT. *Les équipements médicaux*.
- FLYNN, R., WILLIAMS, G. *Contracts for health: quasi-markets and the national health service*. Oxford: Oxford University Press, 1997.
- FOREIGN COMMERCIAL SERVICE/U.S. DEPARTMENT OF STATE, 1999.
- FORGIONI, P. *Os fundamentos do antitruste*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1998.
- FREEMAN, C., PEREZ, C. Structural crises of adjustment, business cycle and investment behaviour. In: DOSI et al. *Technical change and economic theory*. London: Pinter Publisher, 1988.
- FRENKEL, J., CORRÊA, J. *Competição, política industrial e o Plano Brasil Novo: o caso dos produtos farmoquímicos*. Rio de Janeiro: UFRJ/FEA/NEEE, jul. 1990. (Texto, n. 3).
- FT. *FT Global 500*. Disponível na Internet.
- FUNDAÇÃO IBGE.. *Resultados definitivos da contagem 96*. 28 jul. 2000. Disponível na Internet: <<http://www.ibge.gov.br/estatistica/população/conta.../default.snt>>.
- FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A POPULAÇÃO. *A situação da população mundial 1998: as novas gerações*. New York: FNUAP, 1998.

_____. *Governo estabelece metas para a saúde*. 5 mar. 1999, p.A-14.

GE Annual Report.

GLENNERSTER, Howard, MATSAGANIS, Manos, OWENS, Patricia, HANCOCK, Stephanie. *Implementing GP fundholding: wild card ou winning hand?* London: Open University Press, 1994.

GUIA DE FORNECEDORES HOSPITALARES. *Hospitalar 99 – O maior evento da América Latina*. São Paulo: Editora Guia de Fornecedores, 1999.

HAAS, Peter. Introduction: epistemic communities and international policy coordination. *International Organization*, v. 46, n. 1, Winter 1990.

HAM, C. *Health care reform – Learning from international experience*. Buckingham: Open University Press, 1998.

HEALTH INDUSTRY TODAY, Apr. 1999.

HILL, Charles. *Establishing a standard: competitive strategy and technological standards in winner-take-all industries*. In: THE ACADEMY of Management Executive, May 1997.

HIRSCHMANN, Albert O. *Exit, voice and loyaty – responses to decline in firms, organizations and states*. Cambridge: Harvard University, 1970.

HOLLAND – Factsheet.

IBGE. *Estrutura Produtiva Empresarial Brasileira 1994 – Resultados do Censo Cadastro 1995*. Rio de Janeiro, 1997.

_____. *Censo Industrial*. Rio de Janeiro, 1970, 1975, 1980, 1985.

_____. *Pesquisa Assistência Médico-Sanitário no Brasil*. Rio de Janeiro, 1993.

_____. *Pesquisa de Orçamentos Familiares*. Rio de Janeiro, 1995-1996.

_____. *Pesquisa sobre Padrões de Vida– Microdados*. Rio de Janeiro, 1996-1997

IBOPE. *Utilização de serviços de saúde*. 1998.

_____. *Promoção da saúde: pesquisa de opinião pública*. São Paulo: IBOPE, 19-. (Pesquisa realizada sob encomenda do CONASS e da FNS).

IKENBERRY, G. J., KUPCHAN, Charles A. Socialization and hegemonic power. *International Organization*, v. 44, n. 3, Summer 1990.

INDUSTRY SECTOR ANALYSIS. New York, Apr. 16, 1999.

INSTITUTO DE SAÚDE. *A descentralização do sistema de saúde no Brasil: uma proposta de investigação*. São Paulo, jun. 1998. (Relatório Final).

IRION, J. E. O. *Cooperativismo e economia social*. São Paulo: Editora STS, 1997. (Texto Complementar, n. 4, Dupla militância).

- IRION, J. E. O. O complexo Unimed. In: MAY, N. L. (Coord.). *Compêndio de cooperativismo Unimed*. Porto Alegre: WS Editor, 1998.
- JAEGER, M. L., CARVALHO, G. *A questão do financiamento suficiente e definitivo para a saúde: as PECs e o ano de 1998*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, jul. 1998. (Mimeogr.).
- JAMISON, T.D., SAXENIAN, H., BERGEVIN, Y. Investing in health wisely – The role of needs-based technology assessment. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, v. 11, n. 4, p. 673-684, 1995.
- JAPAN: MEDICAL DEVICE MARKET (1). *Industry sector analysis*. New York, Jun.16, 1999.
- KEEPING up with growth. *World Trade*, Jun. 1999.
- KLEIN, Rudolf. *The new politics of the NHS*. London: Longman, 1996.
- _____. Why Britain is reorganizing its national health service – yet again. *Health Affairs*, v. 17, n. 4, p. 111-125, 1998.
- KRATTENMAKER, T. G. Per se violations in antitrust law: confusing=offenses with defenses. In: GAVIL, A. I. (Ed.). (1996). *An antitrust anthology*. New York: Anderson Publishing, 1988.
- LAUSCHNER, R. O pensamento cooperativo. In: MAY, N. L. (Coord.). *Compêndio de cooperativismo Unimed*. Porto Alegre: WS Editor, 1998.
- LE GRAND, J., BARTLETT, W. *Quasi-market and social policy*. London: MacMillan, 1993.
- LEVCOVITZ, Eduardo. *Transição X consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS*. São Paulo: Instituto de Medicina Social da UERJ, 1997. (Tese, Doutorado em Saúde Coletiva).
- LEVIN, R., KLEVORICK, A., NELSON, R., WINTER, S. Appropriating the returns from industrial research and development. *Brookings Papers on Economic Activity*, v. 3, p. 783-831, 1987.
- LIMA, A. G. *Os consórcios municipais de saúde*. ENSP/FIOCRUZ, 1998. (Dissertação, Mestrado).
- LIMA, Sheyla M. L. O contrato de gestão e a conformação de modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas. *Revista de Administração Pública (RAP)*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, (138), set./out. 1996.
- LONDOÑO, Juan L., FRENK, Julio. *Pluralismo estruturado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*. Washington, DC: BID, 1997. (Serie de Documentos de Trabajo, 353).
- MACHADO, M. H. (Coord.). *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
- MANSFIELD, E., SCHWARTZ, M., WAGNER, S. Imitation costs and patents: an empirical

MAXWELL, K. J. Financing health care: lessons from abroad. *British Medical Journal*, 11, 250, p. 1423-1426, 1988.

MAYNARD, A., BLOOR, K. Introducing a market to the United Kingdom's National Health Service. *The New England Journal of Medicine*, Massachusetts: Massachusetts Medical Society, Febr. 1996.

McCHESNEY, James. Biological and chemical diversity and the search for new pharmaceuticals and other bioactive natural products. In: ACS SYMPOSIUM SERIES 534, *Human Medicinal Agents from plants*. Washington, DC: ACS, 1993. p. 38-47.

MEDICAL Devices Directive [Council Directive 93/42/EEC concerning medical devices]. *Official Journal of the European Communities*, 1993

MEDICAL equipment moving to low growth phase. *Japan Chemical Week*, Tokyo, Oct. 7, 1998.

MEDICAL Equipment. U. S. Department of Commerce. Available from Internet: <<http://www.ita.doc.gov>>.

MEDICI, A. C. *Incentivos governamentais ao setor privado em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: ENCE/IBGE, 1991. (Relatórios Técnicos, 02/91).

_____. *Os serviços de assistência médica das empresas: evolução e tendências recentes*. São Paulo: Fundap/IESP, 1992. (Texto para Discussão, n. 7).

_____. *A economia política das reformas em saúde*. Porto Alegre: IACHS, 1997.

_____. *Perfil da saúde no Brasil*. Brasília, DF: IPEA, 1997. (Texto para Discussão, n. 472).

_____. *O SUS e a política "Hood Robin" de saúde*. 1998. (Mimeogr.).

_____. *História e políticas de saúde no Brasil: um balanço do processo de descentralização*. São Paulo: USP. Departamento de História Econômica, 1999. (Tese, Doutorado em História Econômica).

MELLO, M. T. L. *Propriedade intelectual e concorrência: uma análise setorial*. Campinas: Unicamp. Instituto de Economia, ago. 1995. (Tese, Doutorado).

_____. *Defesa da concorrência e regulação*. Rio de Janeiro. UFRJ. IE, 1999. (Mimeogr.).

MELO, Marcos A. C. de, COSTA, Nilson do R. Desenvolvimento sustentável, ajuste estrutural e política social. *International Organization*, v. 44, n. 3, p. 283-316, Summer 1990.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil dos anos 80. In: _____ (Org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1993.

_____. *O sistema de serviços de saúde no Brasil*. Brasília: OPS, 1998. (Mimeogr.).

MERGER COULD BOOST COST OF MAINTENANCE FOR HIGH-TECHNOLOGY MEDICAL EQUIPMENT. *Hospital Materials Management*, Ann Arbor, Feb. 1999.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE & FUNDAÇÃO IBGE. *Acesso e utilização de serviços de saúde*. Tema Suplementar da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 1998. 25 set. 2000. Disponível na Internet: <<http://www.ibge.org.br>>.
- MINTZBERG, H. Mintzberg on management. Inside our strange world of organizations. USA: The Free Press, 1989.
- MORAN, Donald W. Federal regulation of managed care: an impulse in search of a theory? *Health Affairs*, v. 16, n. 6, p. 7-21, Nov./Dec. 1997.
- MORENO, Ronilson Agnaldo. Estudos de farmacocinética comparada de drogas (bioequivalência), aplicação de três diferentes metodologias na determinação de níveis circulantes de fármacos. Campinas: Unicamp. Instituto de Biologia, 1998. (Tese, Doutorado em Fisiologia e Biofísica).
- MURRAY, Alan. *Medical equipment industry – how can it be revitalised?*
- NBR-IEC 601.1. *Prescrições gerais para segurança*. Parte 1 - Equipamentos eletromédicos.
- NEW YORK TIMES. New York, Apr. 21, 1999.
- NICÁCIO, J. A. *Alianças estratégicas entre agroindústrias integradas em cooperativas*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1997. (Dissertação, Mestrado).
- NOGUEIRA, Roberto Passos. Mercado de trabalho em saúde: conceitos e medidas. In: MEDICI, André Cesar (Org.). *Textos de apoio: Planejamento I. Recursos humanos em saúde*. Rio de Janeiro: PEC/ENSP/ABRASCO, 1987. p. 19-23.
- NORTH, D. *Institutions, institutional change and economic performance*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.
- NOVAES, H. M. D., FERREIRA FILHO, J.A. *Avaliação de tecnologias em saúde – Subsidiando a melhoria da qualidade e eficiência do SUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998.
- OCKÉ REIS, C. O. O setor privado “autônomo”: um caso de política. In: VIANA, Ana L., REIS, C. Octávio (Coord.). *Estudos em saúde coletiva*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1997. n. 152, p. 5-18. (Seminário: a Regulamentação dos Planos e Seguros Privados no Brasil).
- _____. *O Estado e os planos de saúde no Brasil: regular ou regulamentar*. Seminário Interno. Brasília: DIPOS/IPEA, ago. 1998.
- OLIVEIRA, F. de. O surgimento do antivalor. Capital, força de trabalho e fundo público. *Novos Estudos CEBRAP*, São Paulo, v. 22, p. 8-22, 1988.
- OLIVEIRA, J., FLEURY, S. (Im)Previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes, 1985.
- ORDESHOOK, P. The emerging discipline of political economy. In: ALT, J., SHEPSLE, K. (Ed.). *Perspectives on positive political economy*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

- PANORAMA SETORIAL. A indústria farmacêutica. *Setor Mercantil*, n. 2, dez. 1998.
- PETERS, Guy. Models of governance for the 1990s. In: KETTLE, D. F., MILWARD, H. B. (Ed.). *The state of public management*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1996.
- PINHEIRO, Armando Castelar. Impactos microeconômicos da privatização no Brasil. *Pesquisa e Planejamento Econômico*, v. 26, n. 3, p. 357-398, dez. 1996.
- PINHO, Diva B. (Org.). *Manual de cooperativismo*. São Paulo: CNPq, 1982. v. I.
- _____. Evolución del pensamiento cooperativista. *Cadernos de Cultura Cooperativa*, Argentina, Intercoop Ed. Cooperativa Ltda., n. 76, 1987.
- PIOLA, S. F. *Financiamento como elemento para construção da equidade*. Síntese de palestra. Goiânia, GO, 16 nov. 1998. (XIV Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde).
- PIRES, Denise. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. 1998.
- PLASSAIS, P. *Equipments et matériels médicaux – Catalogue simplifié*. École Nationale de La Santé Publique, 1994.
- POPP, C., ABDALA, E. V. *Comentários à nova Lei Antitruste*. Curitiba: Juruá, 1994.
- PORTARIA MS n. 1884/94. *Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde*.
- PORTARIA n. 544. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 26 fev. 1996.
- PORTO, Sílvia M. *Equidade na distribuição dos recursos em Saúde: uma contribuição para o caso brasileiro*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, ago. 1977. (Tese, Doutorado).
- POSSAS, Cristina. *Epidemiologia e sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1989.
- _____. *Saúde e trabalho: a crise da previdência social*. Rio de Janeiro: Graal, 1981.
- POSSAS, M. L., PONDÉ, J. L., FAGUNDES, J. *Introdução às políticas de defesa da concorrência*. Rio de Janeiro: UFRJ. IE, 1998. 5p. (Mimeogr.).
- POWELL, M. *Evaluating the National Health Service*. Buckingham: Open University Press, 1997.
- PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO/INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. *Relatório sobre o Desenvolvimento Humano no Brasil 1996*. Rio de Janeiro: IPEA/Brasília, DF: PNUD, 1996.
- PROGRAMA NACIONAL DE EDUCAÇÃO E QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL NA SAÚDE. *Formação de profissionais para a área de equipamentos médico-hospitalares*. Brasília, abr. 1997. (Documento Síntese).

- QUADROS, R., FURTADO, A., BERNARDES, R., FRANCO, E. *Technological innovation in Brazilian industry: an assessment based on the São Paulo innovation survey*. Austin, Aug. 30-Sept. 2, 1999. (Paper presented at the 3rd International Conference on Technology Policy and Innovation).
- QUÉBEC. *Les industries de la Santé*.
- QUEIROZ, S. R. *Os determinantes da capacitação tecnológica no setor químico-farmacêutico brasileiro*. Campinas: Unicamp. Instituto de Economia, 1993. (Tese, Doutorado).
- _____. La industria farmacéutica y farmoquímica brasileña en los años 90. In: KATZ, Jorge M. *Apertura económica y desregulación en el mercado de medicamentos: la industria farmacéutica y farmoquímica de Argentina, Brasil y México en los años 80*. Buenos Aires: CEPAL/IDRC, 1997.
- RAMOS, S. G. O preço nos planos de saúde. *Jornal do Brasil*, Seção Opinião, 4 set. 1997. p. 9.
- RELATÓRIO DO SERVIÇO DE CONTROLE PARA AVALIAÇÃO E VIGILÂNCIA SANITÁRIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTOS. *Avaliação geral do sistema de controle de radiação do município de Santos*. 1998.
- RIBEIRO, José Mendes. Os consórcios Intermunicipais no SUS: parceria e cooperação técnica. *Espaço para a Saúde*, v. 3, n. 3, p. 41-42, mar. 1994.
- _____, COSTA, N. R. *Consórcios municipais de saúde no SUS*. Brasília: IPEA, set. 1999. 38p. (Textos para Discussão, n. 669).
- _____, BURSZTIN, I., COSTA, N. R., SILVA, P. L. BARROS. *Construindo o SUS no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: COSEMS-RJ/Editora Lidador, 1999.
- RIGONI, R. et al. *Les multinationales de la pharmacie*. Genebra: IRM, 1985.
- ROBINSON, Ray, STEINER, Andrea. *Managed health care: US evidence and lessons for the National Health Service*. London: Open University Press, 1998.
- ROLLET, Christian. O sistema de saúde Francês. In: CASTELAR, Rosa M., MORDELET, Patrick, GRABOIS, Victor. *Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro*. Rennes: Éditions ENSP, 1995.
- RUSSIA: Medical Equipment Market – An overview. In: INTERNATIONAL market insight trade inquiries. New York, Oct. 15, 1998.
- SABOIA, João. O terciário: um setor em crescimento no Brasil. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 6, n. 3, p. 25-26, jul./set. 1992.
- SALGADO, L. H. Rio de Janeiro: UFRJ. Instituto de Economia, 1996. (Tese, Doutorado).
- _____. O conceito de mercado relevante. *Revista de Direito Econômico*, n. 26, ago./dez. 1997.
- SALOMÃO FILHO, C. *Direito concorrencial - as estruturas*. São Paulo: Malheiros, 1998.

do referido processo no CADE. Julgamento de 27/10/1999). 1999.

- SANTOS, I. S. *Projeto apresentado para a qualificação do curso de mestrado*. Rio de Janeiro: Ensp/FioCruz, 1999. (Mimeogr.).
- SÃO PAULO: ANNABLUME/Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social-CUT.
- SCHERER, F. M. Pricing, profits and technological progress in the pharmaceutical industry. *Journal of Economic Perspectives*, v. 7, n. 3, p. 97-115, 1993.
- SCHUARTZ, L. F. Dogmática Jurídica e Lei 8.884/94. *Cadernos de Direito Tributário e Finanças Públicas*, v. 6, n. 23, abr./jun. 1998.
- SCRIP. Rational medicine, not rationing, says Poste. *Scrip Magazine*, n. 2283, p. 8, Nov. 11th. 1997.
- SEADE. *Pesquisa da Atividade da Economia Paulista*, resultados preliminares. São Paulo, 1998.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. *Contrato de gestão – Organizações sociais de saúde*. São Paulo: Consultoria Jurídica, 1999.
- SEI. *Panorama do Setor de Informática. Séries Estatísticas*, Brasília, v. 2, n. 1, 1989.
- SILBERMAN, Bernard S. *Cages of reason – The rise of the rational state in France, Japan, The United States, and Great Britain*. Chicago: The University of Chicago Press, 1993.
- SILVA, Antônio B. de O. et al. *Produto Interno Bruto por Unidade da Federação*. Rio de Janeiro: IPEA, 1996. (Texto para Discussão, n. 424).
- SILVA, H. B. B. *Entrevista pessoal*. Realizada em 20 jun. 1998.
- SILVA, Pedro Luiz Barros. *Atenção à saúde como política governamental*. Campinas, SP: Unicamp. IFCH, 1984. (Dissertação, Mestrado).
- _____. *Limites e obstáculos à reforma do Estado no Brasil: a experiência da previdência social na nova república*. São Paulo: USP. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, 1992. 216p. (Tese, Doutorado em Ciência Política).
- _____, COSTA, N. R., MELO, M.A. *Reforma do Estado e setor saúde*. Pesquisa CAPES/MARE, 1999.
- SINGER, P. *Uma utopia militante*. Repensando o socialismo. Petrópolis: Ed. Vozes, 1998.
- STALLINGS, Barbara. International influence on economic policy: debt, stabilization, and structural reform. In: *THE POLITICS of economic adjustment* (Haggard & Kaufman). Princeton University Press, 1992.
- STARR, Paul. *The logic of health care reform: why and how the president's plan will work*. New York: Penguin, 1994.
- THE WALL STREET JOURNAL, Jun. 8, 1999; Jul. 8, 1999.

- THE WORLD BANK. *Brazil: fiscal adjustment and social spending the case of education health in four Brazilian State*. Washington, DC: The World Bank, 1998. (Report n. BR-17763).
- THOMPSON, James R., INGRAHAM, P. Organizational redesign in the public sector. In: KETTLE, D. F., MILWARD, H. B. (Ed.). *The State of public management*. Baltimore. Johns Hopkins University Press, 1996.
- TOWERS PERRIN (TFP&C). *Market study of the Brazilian insurance market*. 1990. (Mimeogr.).
- TRAVASSOS, Cláudia, FERNANDES, Cristiano, PEREZ, Mauricio. *Desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: [s. n.], 1989. (Mimeogr.).
- _____, VIACAVA, F., FERNANDES, C., ALMEIDA, C. *Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil*. Projeto: A Reforma Sanitária Brasileira: Em Busca da Equidade. Coord. por Célia Almeida. Financiado pela Organização Panamericana de Saúde. Rio de Janeiro, 1998. (Mimeogr.).
- UNICEF/INSTITUTO GALLUP. *Pesquisa de opinião pública*. [s.l.], ago./set. 1996.
- UNIMED mantém a liderança por 6 anos. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 3 dez. 1999. Caderno *Top of Mind*. As marcas Campeãs, p. 31.
- UNIMED DO BRASIL. *Missão da Unimed*. 1994. (Mimeogr.).
- _____. *Administração dos resultados*. Balanço econômico-financeiro de 1997. 1998 – Anexo 1.
- _____. Constituição Unimed. In: IRION, J. E. *Cooperativismo e economia social*. São Paulo: Editora STS, 1997a.
- _____. 27ª Convenção Nacional Unimed, cobertura completa. Encarte integrante da *Revista Unimed*, n. 53, 1997b.
- _____. *Nossa rede*. 27 jul. 1999. Disponível na Internet: <http://www.unimed.com.br/rede_2htm>.
- _____. *Nossa rede*. 12 jul. 2000. Disponível na Internet: <http://www.unimed.com.br/rede_2htm>.
- UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. *Human Development Report 1998*. New York: UNDP, 1998.
- U. S. DEPARTMENT OF COMMERCE. Economics and Statistics Administration. Bureau of the Census, Current Industrial Reports. *Electromedical equipment and irradiation equipment (Including X-Ray) – 1997*. Jun. 23, 1998.
- _____. International Trade Administration. *U.S. Industry & Trade Outlook*.
- U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Health United States 1996-7*. Washington, 1997.

- Públicas (NEPP). Projeto: O Setor Saúde e o Complexo da Saúde no Brasil. Relatório técnico: *Formação do Sistema de Saúde Brasileiro: balanço e perspectivas estratégicas*. Campinas: Unicamp. NEPP, 1999. (Mimeogr.).
- VIACAVAL, F. *Política de saúde, produção e mercado de equipamentos médicos*. Versão Preliminar., Rio de Janeiro: FINEP, 1983. (Mimeogr.).
- VIANA, Ana Luiza d'Ávila, DAL POZ, Mário Roberto. Estudo sobre o processo de reforma em saúde no Brasil. In: PROGRAMA de Investigación sobre Reformas Sociales en Educación y Salud en América Latina y El Caribe. 1998.
- VIANNA, S. M., PIOLA, S. F. *Descentralização e gestão do gasto público com saúde no Brasil*. [s.l.]: Cepal/IPEA, 1999. (Preparado para o XI Seminário Regional de Política Fiscal).
- _____. *Descentralização e gestão do gasto público*. Compendio de Documentos: Taller sobre evaluación de la gestión del gasto público en salud (CEPAL/BID/IPEA). 1999. p. 105-140.
- VIANNA, Solon Magalhães, PIOLA, Sérgio F., OCKÉ REIS, Carlos Octávio. *Gratuidade no SUS: controvérsia em torno do co-pagamento*. Brasília, DF: IPEA, 1998. (Texto para Discussão, n. 587).
- _____, _____, GUERRA, A. J., Camargo, S. F. *O financiamento da descentralização dos serviços de saúde: critérios para transferência de recursos federais para estados e municípios*. Brasília: OPS, 1990. (Série Economia e Financiamento, n. 1).
- VILAÇA MENDES, E. (Org.). *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: Hucitec, 1998.
- _____. *Sistemas microrregionais de serviços de saúde: um novo paradigma para a organização dos sistemas locais de serviços de saúde no nível local*. Brasília: OPAS, 1999.
- VOX POPULI MERCADO E OPINIÃO. *Usuários Inamps/ Segurado Inps*. [Belo Horizonte]: Vox Populi, 1987. (Relatório).
- WALSH, K. et al. *Contracting for change: contracts in health, social care, and other local government services*. Oxford: Oxford University Press, 1997.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. *Intercangeable multi-source pharmaceutical products*. Who draft guidelines on marketing authorization requirements. Geneva: WHO, 1996. (Consultive Document).
- WORLD BANK. *Brazil – Fiscal adjustment and social spending. The case of education and health in four Brazilian states*. Washington, Jun. 1998.

Anexos

Anexo 1	Desigualdades, mudanças demográficas recentes e perfil epidemiológico como variáveis políticas de saúde – uma análise regional
--------------------	---

Herton Ellery Araújo

Introdução

A partir dos resultados das últimas pesquisas populacionais do Brasil, o *Censo Demográfico* (1991) e a *Contagem Populacional* (1996), muitos estudos têm sido realizados com o objetivo de explicar a acentuada queda nas taxas de crescimento da população brasileira, vis-à-vis as observadas anteriormente (ver Gráfico 1). Os demógrafos consideram que o Brasil vem atingindo o terceiro estágio da chamada Transição Demográfica. O **primeiro estágio** caracteriza-se por baixas taxas de crescimento ensejadas por altos níveis de mortalidade, principalmente mortalidade infantil, ainda que a fecundidade apresente-se com altos níveis. O **segundo estágio** caracteriza-se por altas taxas de crescimento populacional, pela queda da mortalidade e níveis ainda altos de fecundidade. O **terceiro estágio** caracteriza-se por baixas taxas de crescimento determinadas pela queda das taxas de fecundidade.

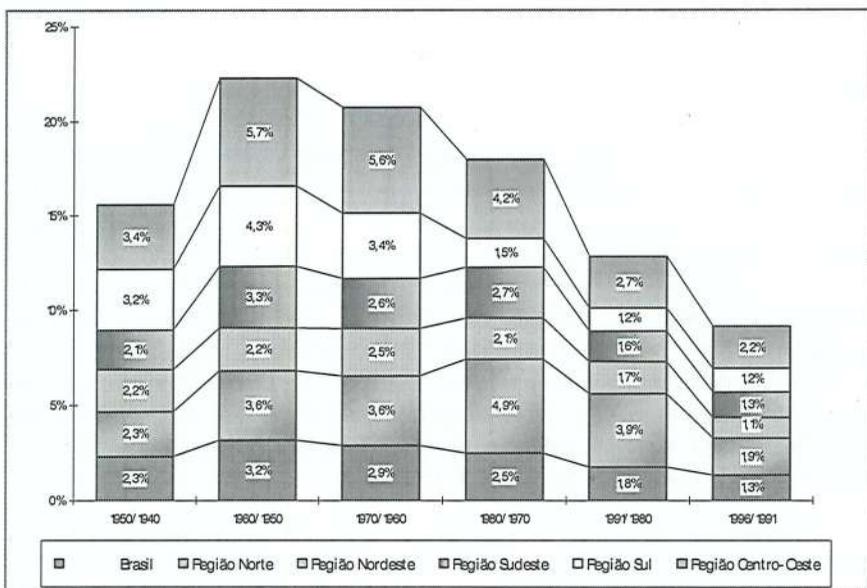
O objetivo deste Anexo é mostrar as diferenças regionais nos estágios da transição demográfica e como essas mudanças na estrutura da população podem estar relacionadas com diferentes prioridades na área da saúde pública. O trabalho está dividido em três seções. Na primeira seção mostra-se o perfil demográfico da população e sua evolução desde 1940, nas cinco regiões brasileiras. Na segunda seção descreve-se a estrutura da mortalidade por causas e grupos de idade. Na terceira seção conclui-se com as relações existentes entre as diferentes estruturas populacionais e de mortalidade com a eleição de prioridades na área de saúde pública.

1 Perfil demográfico da população brasileira

O Gráfico 1 mostra o crescimento anual da população do Brasil e das cinco regiões brasileiras, entre os Censos de 1940 e 1996. O Brasil apresentou uma aceleração do crescimento populacional na década de 50 com relação à década anterior; nos anos 40 cresceu a uma taxa de 2,3% ao ano e na década posterior a uma taxa de 3,2%. Esse aumento na velocidade do crescimento foi consequência de quedas na mortalidade

todos os períodos estudados, principalmente na década de 70, quando seu crescimento atingiu 4,9% ao ano contra 2,5% da população brasileira como um todo. Os fluxos migratórios foram responsáveis por esses resultados, já que a mortalidade infantil nessa região é tradicionalmente maior que a média nacional e a fecundidade mais elevada não é suficiente para explicar tamanha diferença de taxas de crescimento.

Gráfico 1. Taxas de crescimento anual – Brasil e Grandes Regiões



A Região Nordeste, por sua vez, sempre apresentou taxas de crescimento menores que as nacionais, isso porque é uma região tradicionalmente de expulsão de população. Nas décadas de 50 e 60, apresentou as menores taxas de crescimento populacional entre as regiões brasileiras, fenômeno que se repetiu no último período, começo dos anos 90.

A Região Sudeste apresentou as maiores taxas de crescimento nas décadas de 50 (3,3%) e 70 (2,7%), coincidindo com períodos de expansão econômica. Como centro dinâmico da indústria brasileira, o fluxo migratório para essa região é muito influenciado pelo desempenho da economia.

A Região Sul apresentou crescimento acelerado até a década de 60, para depois crescer num ritmo bem menor que a média brasileira nas décadas subsequentes. Esse fenômeno está relacionado à emigração dos sulistas para as Regiões Sudeste, Centro-Oeste e Norte.

A Região Centro-Oeste teve seu crescimento populacional intimamente relacionado com a criação de Brasília; nas décadas de 50 e 60 as taxas de crescimento da população dessa região foram as maiores observadas para regiões brasileiras. Depois de

perder em intensidade de crescimento para a Região Norte nas décadas de 70 e 80, voltou a ser a região com maior crescimento populacional no começo dos 90.

As variáveis que determinam o crescimento populacional e, principalmente, a estrutura etária da população, cuja conformação tem grande impacto sobre as demandas potenciais por serviços de saúde, são a fecundidade, a mortalidade e a migração. Assim sendo, pretende-se mostrar o comportamento da taxa de fecundidade total (número médio de filhos por mulher) e da mortalidade infantil (número de mortes de crianças menores de um ano por mil nascidas vivas), para depois analisar as estruturas etárias das populações das cinco grandes regiões brasileiras.

A Tabela 1 mostra as taxas de fecundidade total para o Brasil e as cinco regiões. Os dados de mulheres e filhos nascidos vivos necessários para o cálculo das taxas foram coletados nos censos, por essa razão os anos que aparecem na Tabela são os dos censos. A técnica utilizada para o cálculo das taxas, no entanto, desloca a data de referência da fecundidade em aproximadamente cinco anos, portanto quando aparece 1970, por exemplo, refere-se à fecundidade do período entre 1965 e 1970. Tomando-se a fecundidade brasileira como parâmetro, nota-se que as Regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste ainda apresentam-se como regiões de alta fecundidade, enquanto as Regiões Sudeste e Sul são as de baixa fecundidade. Maior urbanização e maior nível de renda e educação podem explicar tal comportamento. Tão importante quanto as diferenças regionais nas taxas de fecundidade, é a forte tendência de queda generalizada da mesma, a partir dos anos 70. A diferença entre as taxas de fecundidade das Regiões Nordeste (de mais alta fecundidade) e Sudeste (mais baixa) que chegou a ser de 2,6 filhos por mulher em 1980, passou para 0,9 em 1996. Todos os eventos médico-hospitalares associados à gravidez tendem a diminuir com a queda da taxa de fecundidade. No entanto, o indicador relevante para determinar o impacto no sistema de saúde é o número de mulheres grávidas, que é função da fecundidade atual, e o número de mulheres em idade fértil que, por sua vez, depende da fecundidade passada.

Tabela 1. Taxa de fecundidade total

Regiões	1940	1950	1960	1970	1980	1991	1996
Brasil	4,7	4,4	4,4	4,5	4,0	2,7	2,3
Norte	4,3	4,2	4,7	5,8	5,5	4,0	2,8
Nordeste	5,5	5,5	5,9	6,2	5,8	4,0	2,9
Sudeste	4,4	3,9	3,8	4,1	3,2	2,4	2,0
Sul	4,3	4,1	4,0	4,4	3,4	2,3	2,1
Centro-Oeste	4,7	4,7	4,9	5,3	4,2	2,9	2,3

Fonte: IBGE. *Censo Demográfico* (Vários anos) – Elaboração própria.

A Tabela 2 apresenta a mortalidade infantil por sexo para as cinco regiões e o Brasil, com base nos anos de 1980, 1991 e 1996. A mortalidade infantil teve reduções **significativas nas últimas décadas**, em todas as regiões do país. No entanto, as diferenças regionais acentuaram-se no decorrer dos últimos quinze anos. Em 1980, a razão entre a mortalidade infantil na Região Nordeste (com maior mortalidade) e na

Por esse motivo, trata-se as questões que envolvem mortalidade separadamente para homens e mulheres.

Tabela 2. Mortalidade infantil

Regiões	Total			Homens			Mulheres		
	1980	1991	1996	1980	1991	1996	1980	1991	1996
Brasil	69,10	49,70	37,50	76,30	56,80	48,00	61,70	42,30	36,40
Norte	62,80	53,20	36,10	69,90	60,30	45,20	55,50	45,90	34,60
Nordeste	106,80	88,20	60,40	114,60	95,60	71,70	98,80	80,60	60,80
Sudeste	47,40	30,00	25,80	54,40	37,00	27,70	40,00	22,80	17,20
Sul	43,70	26,70	22,80	50,80	33,60	25,20	36,30	19,60	14,80
Centro-Oeste	47,90	33,00	25,80	54,90	40,00	29,50	40,50	25,60	19,30

Fonte: IBGE.

A esperança de vida ao nascer é um indicador sintético utilizado para medir as condições de sobrevivência geral da população; quanto mais jovem uma pessoa morre, maior será o impacto na esperança de vida ao nascer. Portanto, esse indicador é fortemente influenciado pela mortalidade infantil, ou seja, regiões com alta mortalidade infantil tendem a ter baixa esperança de vida ao nascer.

A Tabela 3 mostra esse indicador para as cinco regiões e o Brasil, nos anos de 1980, 1991 e 1996. A tendência de aumento da esperança de vida é generalizada, sendo compatível com a tendência de queda da mortalidade infantil. As diferenças regionais, no entanto, estão diminuindo para esse indicador, principalmente entre a Região Nordeste, de menor esperança de vida ao nascer, e as Regiões Sul e Sudeste, que apresentam maiores esperanças de vida. Esse fato contradiz, como já visto acima, a tendência observada para a mortalidade infantil. A explicação dessa aparente contradição reside no fato de a mortalidade de adultos, principalmente jovens, ter aumentado com maior intensidade nas Regiões Sul e Sudeste do que na Região Nordeste.

Tabela 3. Esperança de vida ao nascer

Regiões	Total			Homens			Mulheres		
	1980	1991	1996	1980	1991	1996	1980	1991	1996
Brasil	61,76	65,62	67,60	58,95	62,28	63,90	64,68	69,09	71,40
Norte	61,31	67,35	67,63	57,92	63,82	64,50	64,83	71,01	70,40
Nordeste	58,71	64,22	64,50	56,03	60,84	61,50	61,50	67,74	67,50
Sudeste	64,54	67,53	68,80	61,20	63,56	64,40	68,01	71,66	73,40
Sul	65,34	68,68	70,20	62,09	65,00	66,50	68,72	72,51	74,10
Centro-Oeste	63,47	67,80	68,50	60,50	64,30	65,30	66,56	71,45	71,90

Fonte: IBGE.

A razão de dependência de jovens (população de zero a quinze anos sobre população de quinze a 65 anos vezes cem) e de idosos (população de 65 anos e mais sobre população de quinze a 65 anos vezes cem) é uma variável que mostra o potencial demográfico de uma sociedade para prover uma rede de solidariedade intergeracional. A idéia é simples: suponha que um jovem menor de quinze anos e um idoso maior de

65 anos tenham capacidade produtiva menor que uma pessoa entre essas idades, então quanto maior a razão de dependência de uma população, menos potencial ela terá para prover seu sustento. Com relação aos serviços de saúde, a situação do idoso é particularmente sensível, uma vez que as pessoas desse grupo etário são mais vulneráveis às doenças.

A Tabela 4 mostra a razão de dependência de jovens, idosos e a total, para as cinco grandes regiões e o Brasil, nos anos de 1980, 1991 e 1996. Em termos de comportamento ao longo do tempo, a razão de dependência de jovens vem diminuindo em todas as regiões e para todos os períodos analisados. Isso ocorre devido à queda da fecundidade e conseqüente envelhecimento da população. No caso dos idosos, a situação é exatamente oposta, a tendência é de crescimento da razão de dependência. O efeito da diminuição da razão de dependência dos jovens é dominante ao efeito contrário do aumento da razão de dependência dos idosos, o que determina uma razão de dependência total em queda.

Tabela 4. Razão de dependência (em %)

Regiões	Razão de dependência dos jovens			Razão de dependência dos idosos			Razão de dependência total		
	1980	1991	1996	1980	1991	1996	1980	1991	1996
Brasil	66,2	57,5	50,2	6,9	8,0	8,5	73,2	65,4	58,7
Norte	90,2	78,1	67,9	5,4	5,5	5,8	95,6	83,7	73,7
Nordeste	83,3	71,0	60,3	8,3	9,1	9,3	91,6	80,1	69,6
Sudeste	55,4	49,0	43,2	6,8	8,1	8,8	62,2	57,1	52,0
Sul	60,6	50,6	45,5	6,4	7,9	8,7	67,0	58,5	54,2
Centro-Oeste	72,9	57,4	49,8	4,7	5,3	5,8	77,6	62,7	55,7

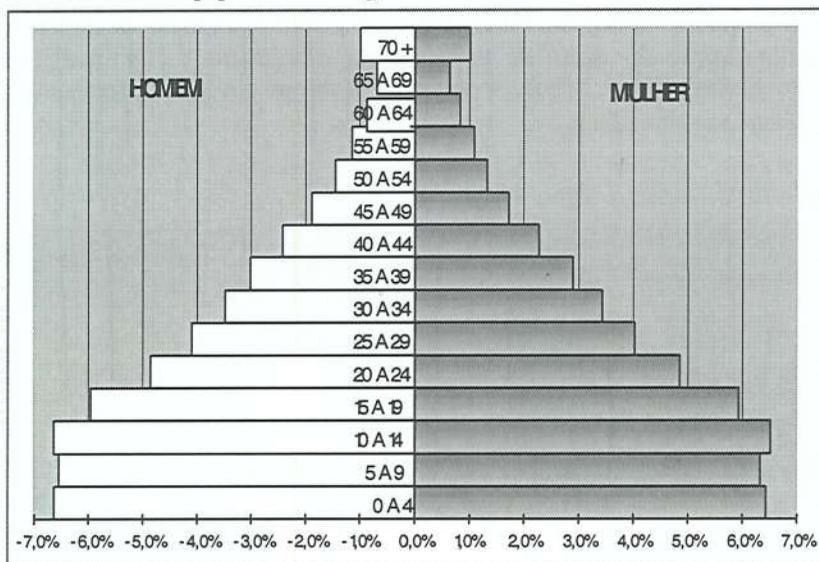
Fonte: IBGE. *Censo Demográfico e Contagem Populacional (1996)* – Elaboração própria.

A Região Norte possui a maior razão de dependência total entre as regiões brasileiras; tal situação se explica pela razão de dependência de jovens, pois a de idosos é das menores nessa região. A situação mais vulnerável, no entanto, é a da Região Nordeste, pois além de possuir a segunda maior razão de dependência total – 69,6% contra 73,7% da Região Norte –, sua razão de dependência de idosos (9,3%) é a mais elevada. Esse fenômeno ocorre por causa da emigração de nordestinos para outras regiões do país em busca de emprego e renda; com isso o denominador da razão, população de quinze a 65 anos, fica relativamente menor. As Regiões Sul e Sudeste, por estarem mais adiantadas no processo de transição demográfica, possuíam em 1980 razão de dependência com níveis mais baixos do que as Regiões Norte e Nordeste quinze anos mais tarde.

As pirâmides etárias ilustram com mais detalhe as relações existentes entre os diferentes grupos etários da população. No caso da razão de dependência, por exemplo, compara-se o tamanho das três barras inferiores, no caso dos jovens, e das duas superiores, dos idosos, com a soma das barras intermediárias. Analisa-se, a seguir, as principais diferenças entre as pirâmides etárias das populações de cada região e a

grupos populacionais são sempre mais representados na população brasileira do que na nortista. O grupo etário de vinte a sessenta anos corresponde a 44% da população da Região Norte e a 49,7% da brasileira e o grupo de sessenta anos e mais, 5% e 7,9%, respectivamente. Esse quadro mostra a importância relativa do estudo das condições de saúde da população jovem nessa região.

Gráfico 2. Pirâmide populacional – Região Norte – 1996



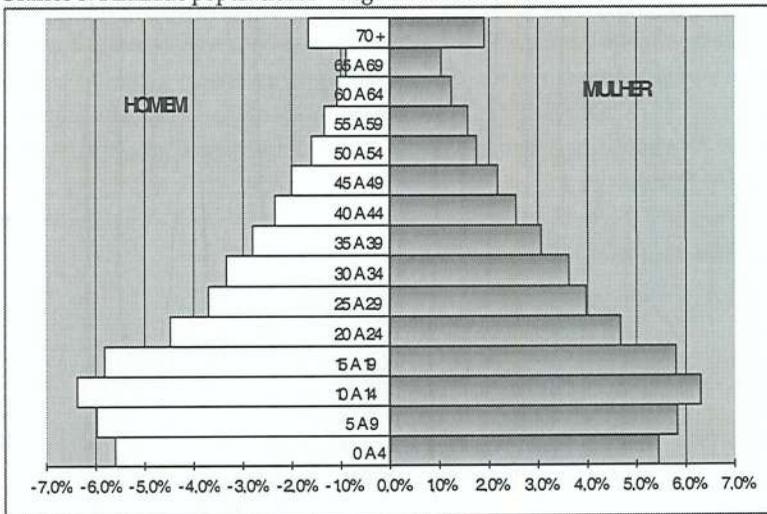
Para se ter uma idéia da diferença regional na estrutura etária, considere-se a Região Sudeste (Gráfico 4), cuja estrutura é a mais envelhecida, como parâmetro: nessa região apenas 38,4% da população tem menos de vinte anos contra 51% da Região Norte; contudo, a população com mais de sessenta anos corresponde a 8,6% no Sudeste contra os 5%, já citados anteriormente, para o Norte. Quando se pensa em políticas de intervenção na área de saúde, devem ser levadas em consideração tais diferenças regionais.

De um ponto de vista mais geral, pode-se afirmar que a Região Norte tem uma população muito jovem e, portanto, os eventuais problemas de saúde dos indivíduos nessas faixas etárias devem receber maior atenção dos formuladores de políticas.

A pirâmide etária da Região Nordeste (Gráfico 3) revela uma situação esdrúxula, qual seja, tem ao mesmo tempo forte concentração de jovens e de idosos. A população com menos de vinte anos corresponde a 47% do total da população nordestina. Esse percentual é o segundo maior entre as cinco regiões, ficando aquém apenas da Região Norte, cujo valor é de 51%. Desse ponto de vista, a população nordestina caracteriza-se como uma população nova. Porém, a proporção de pessoas com mais de setenta anos na população nordestina, 3,6%, é a maior existente no Brasil.

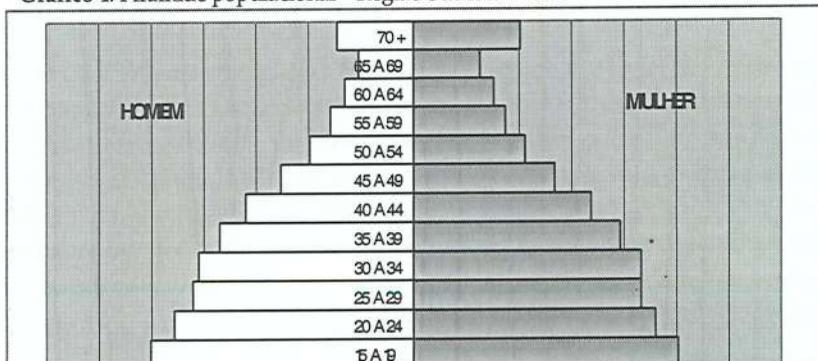
Desse ponto de vista, a população nordestina caracteriza-se como uma população mais velha. A população nordestina, portanto, sofre de carência de população em idade ativa, ou seja, população cuja característica principal é a inserção no mercado de trabalho. A proporção de pessoas entre vinte e cinquenta anos na Região Nordeste (38,7%) é a menor do Brasil, proporção essa que chega a ser de 45,5% na Região Sudeste.

Gráfico 3. Pirâmide populacional – Região Nordeste – 1996



Esse fenômeno ocorre porque o mercado de trabalho na região tem uma incapacidade crônica na absorção de mão-de-obra. Tal situação torna essa região a mais vulnerável do ponto de vista socioeconômico, o que obriga o formulador de políticas públicas a levar em consideração a prioridade de variáveis como geração de emprego e renda nas políticas para a região.

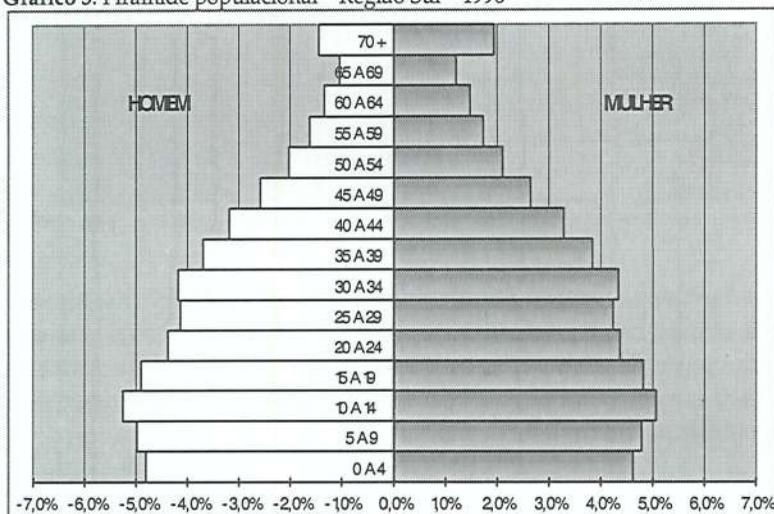
Gráfico 4. Pirâmide populacional – Região Sudeste – 1996



8,6%, a maior do Brasil, e os jovens de até quinze anos, 28,4%, a menor proporção entre as regiões brasileiras. Esse tipo de estrutura etária enseja uma preocupação maior com os problemas das pessoas em faixas etárias mais elevadas.

A estrutura etária da população da Região Sul (Gráfico 5) é muito semelhante à da Região Sudeste, mas a proporção de idosos de sessenta anos e mais é menor (8,3%) e a proporção de pessoas com menos de quinze anos de idade é maior (29,5%). De um modo geral, então, as Regiões Sul e Sudeste podem ser tratadas como um todo, ressalvadas as diferenças existentes com relação à urbanização, por exemplo, que é maior na Região Sudeste.

Gráfico 5. Pirâmide populacional – Região Sul – 1996



No caso da Região Centro-Oeste (Gráfico 6), a situação é intermediária. A Região Centro-Oeste possui 5,9% de idosos acima de sessenta anos, pouco mais do que na Região Norte (5%), mas número bastante inferior à média nacional (7,9%). A proporção de pessoas com menos de quinze anos é de 32%, inferior às Regiões Norte e Nordeste, 39,1% e 35,4% respectivamente, mas superior às Regiões Sul e Sudeste, 29,5% e 28,4% respectivamente. Quanto à proporção de pessoas entre vinte e sessenta anos, a região apresenta mais de 50% de sua população, enquanto Norte e Nordeste apresentam proporções de 44% e 44,9%, respectivamente.

Assim, do ponto de vista da estrutura etária, uma classificação plausível é que a Região Nordeste é a mais vulnerável, enquanto a Região Centro-Oeste é a menos vulnerável.

Gráfico 6. Pirâmide populacional – Região Centro-Oeste – 1996

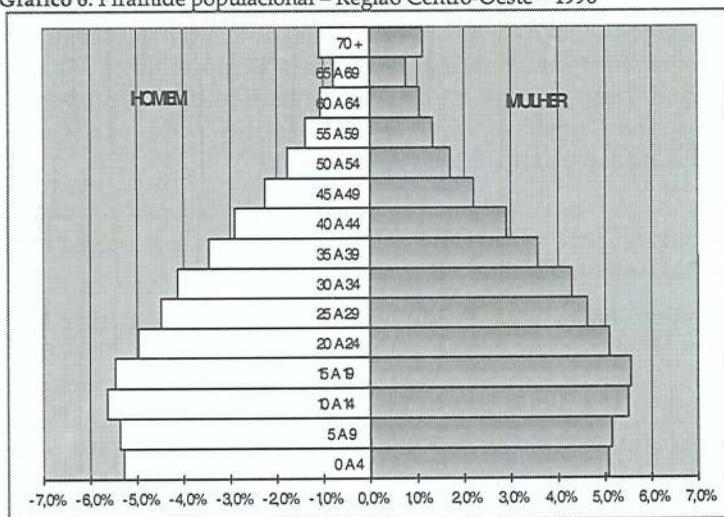
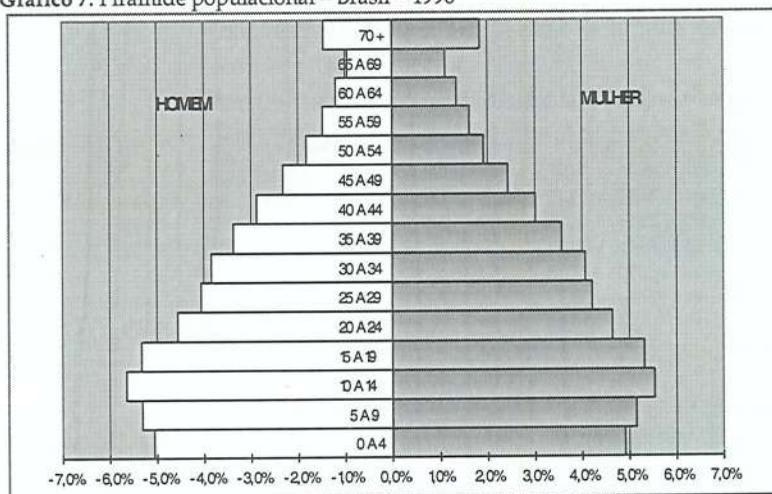


Gráfico 7. Pirâmide populacional – Brasil – 1996



2 Estrutura da mortalidade por causas e grupos de idade

Escolheram-se três grupos etários como representativos de situações de vulnerabilidade, para analisar as principais causas de morte de cada grupo selecionado. Os grupos etários são: zero a quatro anos, porque é um grupo com alta mortalidade e é representativo da mortalidade infantil; quinze a 29 anos, porque estudos anteriores mostram um aumento das taxas de mortalidade desse grupo nas capitais brasileiras e a mortalidade por causas de doenças tem aumentado na população

registro é maior do que nas demais regiões, prejudicando as comparações entre as mesmas. Em segundo lugar, o nível de sub-registro pode variar com o tempo, prejudicando análises longitudinais para cada região.

Para ilustrar a fragilidade do sistema, as Tabelas 5 e 6 mostram a proporção de causas mal definidas, para o sexo masculino e feminino, por região e faixas etárias selecionadas. É importante ressaltar três aspectos:

Em primeiro lugar, uma análise através do tempo, na qual se lêem as tabelas nas linhas, comparando cada coluna correspondente em três diferentes pontos no tempo, 1980, 1991 e 1995, mostra uma sensível melhora do sistema, principalmente para a Região Nordeste, que passa de 47,47% e 50,03% de causas mal definidas em 1980, para 32,27% e 37,32% em 1995, entre homens e mulheres, respectivamente. Em segundo lugar, uma análise entre grupos etários mostra que, em geral, tem-se maior dificuldade em determinar com precisão as causas de morte entre idosos e crianças do que entre jovens. Em terceiro lugar, uma análise entre regiões evidencia claramente a diferença de qualidade na captação das informações entre Sudeste e Sul, com melhor qualidade, e Nordeste e Norte, com qualidade muito aquém das demais.

Tabela 5. Proporção de causas mal definidas no total dos óbitos masculinos

Regiões	1980				1991				1995			
	Total	0-4	15-29	60 e +	Total	0-4	15-29	60 e +	Total	0-4	15-29	60 e +
Brasil	20,68	26,27	11,12	22,27	17,30	20,09	7,68	21,05	15,23	14,67	6,40	19,26
Norte	26,63	25,06	18,25	35,74	27,57	25,73	13,51	37,32	24,56	18,20	12,12	34,45
Nordeste	47,47	55,15	22,71	52,52	39,53	40,58	16,14	49,63	32,27	28,92	12,40	43,48
Sudeste	9,41	5,13	7,13	11,68	8,97	6,64	4,67	10,17	9,35	6,25	4,49	10,58
Sul	14,44	14,41	7,89	17,19	10,22	8,85	5,31	12,31	8,96	7,83	3,64	10,87
Centro-Oeste	16,48	12,41	10,71	21,27	12,30	8,93	6,02	15,48	12,98	7,31	5,34	16,83

Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade – SIM/FNS/DATASUS.

Tabela 6. Proporção de causas mal definidas no total dos óbitos femininos

Regiões	1980				1991				1995			
	Total	0-4	15-29	60 e +	Total	0-4	15-29	60 e +	Total	0-4	15-29	60 e +
Brasil	22,57	27,75	16,56	22,45	19,43	20,86	13,25	21,20	17,50	14,90	11,45	19,78
Norte	27,19	26,06	19,57	33,97	30,28	27,16	18,67	36,97	27,42	18,99	19,43	35,06
Nordeste	50,03	56,61	28,87	52,99	43,76	42,36	25,36	50,21	37,32	29,51	19,79	44,93
Sudeste	9,82	5,67	11,83	11,23	9,74	6,44	9,16	10,32	9,96	6,15	8,34	10,52
Sul	15,90	14,69	12,37	17,97	11,13	8,67	7,87	12,72	10,06	7,36	6,30	11,62
Centro-Oeste	16,23	12,97	13,45	20,93	13,03	9,22	8,11	15,55	13,73	7,41	8,75	16,29

Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade – SIM/FNS/DATASUS.

Tendo em vista tais limitações, optou-se por fazer uma análise da estrutura proporcional das causas de morte, sem pretensões de identificar as regiões com maior mortalidade ou se a intensidade da mortalidade tem variado no tempo. A intenção é apenas responder quais as principais causas de morte, entre cada um dos grupos etários escolhidos como de maior vulnerabilidade, e como essas causas têm evoluído no tempo. Com essa informação, o gestor público da área de saúde pode ter uma boa escala de prioridades.

Cada tabela a seguir mostra a proporção das três principais causas de morte e das outras causas sem levar em consideração, obviamente, os óbitos por causas mal definidas. Essas informações estão separadas por grupo etário e sexo, para as cinco regiões e o Brasil, nos anos de 1980, 1991 e 1995.

As Tabelas 7 e 8 referem-se às crianças de zero a quatro anos de idade. As três principais causas de morte nesse grupo são doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho respiratório e afecções originárias no período perinatal. Nesse grupo etário, a mortalidade está fortemente concentrada no primeiro ano de vida, de tal forma pode ser encarada como uma *proxie* da mortalidade infantil.

Tabela 7. Mortalidade proporcional por causas – zero a quatro anos e do sexo masculino (em %)

Regiões	1980				1991				1995			
	C1	C2	C3	C4	C1	C2	C3	C4	C1	C2	C3	C4
Brasil	29,1	16,5	34,0	20,4	16,8	13,1	46,4	23,8	14,8	13,5	47,2	24,5
Norte	45,9	12,3	32,2	9,7	26,4	10,4	43,4	19,8	17,7	12,5	50,6	19,2
Nordeste	42,9	13,3	28,0	15,8	26,4	12,5	42,4	18,7	23,7	13,7	43,0	19,5
Sudeste	23,3	18,5	36,8	21,4	11,1	14,0	49,9	25,0	10,8	14,0	49,7	25,5
Sul	23,8	16,0	33,7	26,4	13,7	13,3	43,7	29,3	10,4	13,1	44,9	31,6
Centro-Oeste	24,3	14,7	34,9	26,0	16,5	11,0	44,6	27,9	12,0	10,5	48,0	29,5

Nota: C1: Doenças infecciosas e parasitárias; C2: Doenças do aparelho respiratório; C3: Algumas afecções originárias no período perinatal; C4: Outras causas

Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade – SIM/FNS/DATASUS.

Tabela 8. Mortalidade proporcional por causas – zero a quatro anos e do sexo feminino (em %)

Regiões	1980				1991				1995			
	C1	C2	C3	C4	C1	C2	C3	C4	C1	C2	C3	C4
Brasil	30,4	17,5	31,4	20,8	17,0	13,6	44,8	24,6	14,9	13,9	45,3	26,0
Norte	48,0	12,1	29,4	10,5	27,5	11,8	41,4	19,4	17,3	13,1	47,7	21,8
Nordeste	44,1	14,7	25,2	16,1	26,6	13,1	41,2	19,2	23,8	15,1	40,6	20,5
Sudeste	24,4	19,4	34,5	21,7	10,7	14,3	48,4	26,5	10,5	13,7	48,9	26,8
Sul	24,7	17,2	30,5	27,6	15,9	13,8	41,3	29,0	10,6	14,1	41,3	34,0
Centro-Oeste	25,8	16,0	32,1	26,1	16,7	11,0	44,0	28,3	14,6	10,9	44,1	30,4

Nota: C1: Doenças infecciosas e parasitárias; C2: Doenças do aparelho respiratório; C3: Algumas afecções originárias no período perinatal; C4: Outras causas

Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade – SIM/FNS/DATASUS.

Ademais, é importante destacar o quão concentrada encontra-se a mortalidade nessas causas, tal concentração mede-se pelo complementar da coluna C4 – outras causas para cada ano. Assim, essas três causas respondiam, no Brasil, por 79,6% dos óbitos “bem definidos” em 1980, caindo para 75,5% em 1995. Os números mostram a relevância das causas escolhidas.

Em termos substanciais, é relevante frisar a associação existente entre a mortalidade infantil e uma alta proporção de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias, qual seja, quanto maior a mortalidade infantil, maior deve ser a proporção dessas causas no total de óbitos. Essa proporção está expressa nas colunas C1, para cada

Enquanto a mortalidade infantil é pouco diferenciada por sexo, como se constata nas Tabelas 7 e 8, a mortalidade entre jovens de quinze a 29 anos, cuja estrutura está exposta nas Tabelas 9 e 10, é muito influenciada pelo sexo. As causas de morte mais importantes para esse grupo etário são as C1 – doenças endócrinas, nutricionais, metabólicas e transtornos imunológicos, nos quais se classifica a AIDS (Síndrome de Imuno-deficiência Adquirida); C2 – doenças do aparelho circulatório; e C3 – causas externas. Entre a população masculina brasileira, a proporção de óbitos classificados nesses três grupos subiu de 77,6% em 1980 para 85,3% em 1995. Tal aumento de importância deveu-se basicamente ao aumento do peso relativo de C1, que passou de 1% para 7% das mortes masculinas e o aumento das causas externas de 69% para 74,1%. O peso relativo de C1 teve aumento mais significativo nas Regiões Sudeste e Sul, enquanto as causas externas aumentaram mais nas Regiões Norte e Nordeste. Tais resultados mostram a relevância dessas duas causas, quando se trata da mortalidade desse grupo etário.

Tabela 9. Mortalidade proporcional por causas – quinze a 29 anos e do sexo masculino (em %)

Regiões	1980				1991				1995			
	C1	C2	C3	C4	C1	C2	C3	C4	C1	C2	C3	C4
Brasil	1,0	7,6	69,0	22,4	5,3	4,9	74,6	15,3	7,0	4,2	74,1	14,7
Norte	0,1	5,4	61,2	33,3	1,7	3,8	75,3	19,2	2,7	3,9	75,0	18,3
Nordeste	1,3	7,4	65,5	25,8	2,4	5,7	75,0	16,9	3,1	4,9	74,2	17,8
Sudeste	1,1	7,6	70,3	21,0	7,4	4,6	73,8	14,2	9,0	3,9	73,9	13,2
Sul	0,7	7,9	70,4	21,0	3,0	5,1	75,9	15,9	6,5	4,5	73,5	15,5
Centro-Oeste	1,1	8,4	69,1	21,5	2,5	5,1	76,6	15,7	4,7	5,2	76,1	13,9

Nota: C1: Doenças endoc. nutric. metab. e transt. imunol.; C2: Doenças do aparelho circulatório; C3: Causas externas; C4: Outras causas.

Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade – SIM/FNS/DATASUS.

Quanto às mulheres jovens, a mortalidade é um fenômeno mais distribuído, mas o comportamento através do tempo é bastante semelhante ao dos homens nessa faixa etária, qual seja, um grande aumento da proporção de óbitos por C1 – doenças endócrinas, nutricionais, metabólicas e transtornos imunológicos e C3 – por causas externas, principalmente nas Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste no primeiro caso e Norte e Nordeste no segundo caso.

Tabela 10. Mortalidade proporcional por causas – quinze a 29 anos e do sexo feminino (em %)

Regiões	1980				1991				1995			
	C1	C2	C3	C4	C1	C2	C3	C4	C1	C2	C3	C4
Brasil	2,4	16,0	30,4	51,1	6,2	12,8	37,3	43,7	10,5	11,3	37,1	41,1
Norte	0,6	9,0	20,6	69,8	3,2	10,7	32,5	53,6	4,7	12,7	32,8	49,7
Nordeste	2,7	14,9	25,7	56,8	2,7	15,1	35,8	46,3	5,7	14,0	34,3	46,1
Sudeste	2,7	17,6	31,3	48,4	8,7	12,8	36,8	41,7	14,4	11,0	36,0	38,6
Sul	2,1	15,4	35,9	46,6	5,1	10,0	39,6	45,3	7,6	9,2	42,1	41,1
Centro-Oeste	1,8	15,0	33,0	50,2	3,3	13,5	43,7	39,5	8,1	9,8	44,8	37,3

Nota: C1: Doenças endoc. nutric. metab. e transt. imunol.; C2: Doenças do aparelho circulatório; C3: Causas externas; C4: Outras causas.

Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade – SIM/FNS/DATASUS.

As Tabelas 11 e 12 explicitam a estrutura de mortalidade dos idosos com mais de sessenta anos. As principais causas de morte, que explicam cerca de 80% das mortes nessas idades são: C1 – neoplasmas; C2 – doenças do aparelho circulatório; e C3 – doenças do aparelho respiratório. A principal diferença entre os sexos é a maior concentração da mortalidade feminina nas doenças do aparelho circulatório, cuja representatividade fica em torno de 50%, enquanto que para os homens essa proporção é de aproximadamente 45%. As doenças do aparelho respiratório têm aumentado sua importância, tanto para homens quanto para mulheres.

Tabela 11. Mortalidade proporcional por causas – sessenta e + anos e do sexo masculino (em %)

Regiões	1980				1991				1995			
	C1	C2	C3	C4	C1	C2	C3	C4	C1	C2	C3	C4
Brasil	15,9	54,9	9,8	19,4	17,5	48,5	12,9	21,1	17,6	45,7	15,2	21,5
Norte	15,4	52,4	7,6	24,6	15,6	49,5	9,4	25,5	15,7	46,3	11,6	26,5
Nordeste	12,5	53,3	7,6	26,6	13,6	50,6	9,1	26,8	13,8	49,0	10,8	26,4
Sudeste	15,9	55,9	9,9	18,3	17,4	48,4	13,8	20,4	17,8	44,9	16,2	21,0
Sul	18,5	54,4	11,1	15,9	21,4	47,9	13,7	17,0	20,6	45,4	16,9	17,1
Centro-Oeste	13,2	49,6	9,7	27,6	15,4	45,9	13,0	25,6	17,0	44,5	13,4	25,1

Nota: C1: Neoplasmas; C2: Doenças do aparelho circulatório; C3: Doenças do aparelho respiratório; C4: Outras causas.

Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade – SIM/FNS/DATASUS.

Tabela 12. Mortalidade proporcional por causas – sessenta e + anos e do sexo feminino (em %)

Regiões	1980				1991				1995			
	C1	C2	C3	C4	C1	C2	C3	C4	C1	C2	C3	C4
Brasil	13,6	60,5	8,4	17,5	15,1	53,1	11,2	20,5	15,1	50,0	13,4	21,4
Norte	12,2	61,5	6,1	20,2	13,9	53,8	10,5	21,8	14,0	50,3	12,4	23,2
Nordeste	12,3	58,3	7,6	21,8	13,0	53,9	8,7	24,5	13,2	52,1	10,4	24,3
Sudeste	13,6	60,7	8,5	17,3	15,2	52,5	12,0	20,3	15,2	49,0	14,4	21,5
Sul	15,1	62,0	8,9	13,9	17,0	55,0	10,6	17,4	16,8	51,8	13,3	18,0
Centro-Oeste	12,6	54,7	10,2	22,4	14,1	49,8	12,2	23,9	14,2	47,4	13,6	24,8

Nota: C1: Neoplasmas; C2: Doenças do aparelho circulatório; C3: Doenças do aparelho respiratório; C4: Outras causas.

Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade – SIM/FNS/DATASUS.

3 Implicações para a área de saúde

As informações demográficas, por um lado, e da estrutura de mortalidade, por outro lado, podem servir para auxiliar o gestor de políticas na área de saúde a planejar melhor as intervenções públicas. Com esse objetivo pretende-se efetuar uma descrição sucinta dos principais resultados obtidos por região.

A Região Norte apresenta uma população bastante jovem, com fecundidade e mortalidade infantil relativamente altas, portanto deve-se dar prioridade ao atendimento à gestante e à criança, pois a mortalidade por doenças infecciosas ainda é alta comparada com as regiões mais desenvolvidas do país. O

infecciosas e parasitárias, são as piores do país. Por outro lado, a população idosa também tem uma participação relativamente alta nessa região. Quanto à população jovem deve-se chamar a atenção para as mulheres em idade fértil, pois nessa região a fecundidade é a maior do Brasil.

A Região Sudeste tem o problema da população mais nova virtualmente resolvido e deve centrar mais atenção no problema da AIDS (principal motivo pelo aumento da proporção de causas endócrinas, nutricionais, metabólicas e transtornos imunológicos) e da violência entre os adultos jovens, pois tais problemas têm peso crescente na população que, por sua vez, tem aumentado sua proporção no total da população. A situação do idoso merece especial atenção, já que é a região com maior proporção de idosos com mais de sessenta anos.

A Região Sul tem uma situação muito semelhante à da Região Sudeste, com a vantagem de possuir um problema menor, quando se trata de mortalidade dos jovens por AIDS.

A Região Centro-Oeste, por sua vez, possui um baixo contingente de idosos e de crianças, a fecundidade é das mais baixas e a mortalidade infantil por doenças infecciosas e parasitárias encontra-se em proporções bem próximas às das regiões mais desenvolvidas. Um problema que merece mais atenção é o grande peso da mortalidade por causas externas, tanto para homens, quanto para mulheres jovens. Além disso, a mortalidade feminina por AIDS tem um peso relativamente alto na região.

Anexo 2

Experiências em gestão descentralizadas de redes e organizações

*José Mendes Ribeiro
Nilson do Rosário Costa*

Introdução

No Brasil, após uma década de implementação de soluções no setor saúde envolvendo transferência de recursos financeiros e decisórios aos municípios em busca de ganhos em eficiência política e sistêmica, problemas relevantes foram paulatinamente percebidos. Esses problemas têm sido relacionados à baixa equidade nas transferências federais, reduzida capacidade técnica de muitos municípios, perda de escala na provisão de serviços especializados, fragmentação política e competição orçamentária predatória. Ademais, os municípios se mostram mais próximos das preferências individuais e os ganhos de autoridade local obtidos na década de 90 parecem definitivos e legitimados pelo alto grau de inovação em gestão (Costa & Ribeiro, 1997).

A criação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite nos termos da Norma Operacional Básica 01/1993 fixou as bases institucionais para a descentralização pactuada entre os executivos federal, estaduais e municipais. Entretanto, a redefinição de responsabilidades alocativas entre estados e municípios não assegura por si a otimização das vantagens da decisão adaptada ao caso diante das perdas em fragmentação da política.

As Comissões Intergestores Bipartites (CIBs) criadas pela NOB 01/1993 foram implementadas com rapidez. No primeiro ano, estavam organizadas em 22 estados da federação e em 1995 suas estruturas funcionavam em todo o país em consonância com a Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Segundo o Ministério da Saúde,¹ essas comissões estavam em pleno funcionamento em 1998, e todos os estados realizaram ao menos quatro sessões, sendo que em 24 foram observadas dez ou mais reuniões ordinárias.

1 A análise aqui efetuada sobre a dinâmica das CIBs utilizou dados produzidos por secretarias do Ministério

coordenavam a implementação dos convênios de descentralização da atenção pública à saúde. Em segundo lugar, forte ação política dos municípios no sentido de dividir responsabilidades e recursos com os governos estaduais através de associações representativas como o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Em terceiro lugar, forte indução pelo Ministério da Saúde após a NOB-93 no sentido de promover a descentralização da política de saúde focada nos municípios.

As CIBs são organismos compostos por membros do executivo (os secretários de saúde e assessores qualificados) e suas decisões tendem ao consenso devido à sua composição paritária, embora em alguns estados sejam registradas votações relacionadas a itens polêmicos, em que os municípios competem entre si. Suas funções conflitam com as dos Conselhos Estaduais de Saúde, nos quais participam autoridades públicas, sindicatos, associações comunitárias e clientela organizada. Apesar da superposição de atribuições, o Ministério da Saúde assinala a cooperação entre os dois organismos colegiados em vinte dos 23 estados que possuem Conselhos de Saúde. Nos outros três (Acre, Maranhão e Tocantins) observa-se maior disputa por competências.

As decisões alocativas das CIBs são basicamente restritas às transferências de recursos da União. Em alguns casos, os governos estaduais provêem incentivos como em Minas Gerais e Espírito Santo (através do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços – ICMS), em Mato Grosso do Sul (fomento ao Programa de Saúde da Família) e no Rio Grande do Sul (pelo estabelecimento de um Piso Estadual de Saúde).

A implementação da Programação Pactuada Integrada (PPI) foi coordenada pelas CIBs em dezoito estados, dos quais treze efetuaram diretamente o principal da pactuação e nos demais as soluções se deram em plano microrregional. De modo geral, mecanismos de avaliação local são inexistentes ou preliminares.

A descentralização da política de saúde coordenada pelas CIBs apresenta obstáculos na implementação que se resumem nos itens a seguir:

- dependência dos pactos, com baixa definição de autoridade perante conflitos não solucionados, com atribuições distribuídas entre o Conselho Estadual de Saúde (CES), CIT, Conselho Nacional de Saúde (CNS), além da própria Secretaria Estadual de Saúde (SES) e do Ministério da Saúde (MS);
- sobrecarga decisória e de demandas políticas sobre os organismos colegiados;
- controle da SES sobre determinadas CIBs onde o COSEMS tem baixa capacidade técnica ou fica excluído das câmaras técnicas;
- baixa publicização de decisões e produção de normas expressas em portarias da Secretaria Estadual de Saúde (SES);
- divisão de atribuições da SES, que administra a média e alta complexidade para os municípios em gestão Plena da Atenção Básica, o que não ocorre com aqueles em gestão Plena do Sistema; e

- baixo comprometimento de alguns estados, manifestado pelos reduzidos investimentos em políticas de saúde como resposta ao aumento de gastos da União e de municípios.

Em que pese o desenho institucional, centrado na pactuação entre representantes governamentais nos estados, a dinâmica entre delegação e coordenação entre os três níveis de governo ainda revela alta incerteza. Dessa forma, o equilíbrio necessário entre eficiência sistêmica e adequação às escolhas locais estimulou os formuladores a desenvolverem soluções regionais. Destacam-se três iniciativas, cada uma delas centrada na iniciativa de um nível de governo, as quais implementam modalidades distintas, integradas ou competitivas, de regionalização.

Com o foco na iniciativa municipal situam-se os consórcios de saúde, nos quais a livre associação e baixa normatividade do modelo se sustentam na percepção coletiva de ganhos simétricos advindos da cooperação.

Com o foco no gestor estadual situam-se os modelos de regionalização adotados por diversos estados, em que se destaca a retomada da iniciativa política do executivo. Um exemplo difundido é o da microrregionalização proposta para o Estado do Ceará, onde a política é altamente coordenada e articulada aos módulos de saúde da família e a pactuação segue os procedimentos da NOB 01/96.

Coordenada pelo governo federal, a regionalização é considerada através da Programação Pactuada Integrada (PPI) e segue a lógica dos tetos globais e vinculações orçamentárias. O modelo se integra aos dois anteriores e o comando federal tem se mostrado mais intenso ultimamente, compensando a fragmentação política observada nos primeiros anos da NOB 01/96.

Em termos organizacionais, o SUS possui homogeneidade institucional em escala nacional constatada pela existência de comissões intergestores em todos os estados e pela habilitação da quase totalidade dos municípios (96,26%) à NOB 01/96.

A correção dos déficits da municipalização é perseguida por mecanismos diversos e competitivos. De modo geral, as secretarias estaduais vêm recuperando a iniciativa política, à medida que promovem maiores aportes de recursos aos sistemas. A autoridade estadual e os recursos decisórios e regulatórios disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS), como a coordenação da alta complexidade, da vigilância sanitária e epidemiológica, além dos investimentos, levam ao estabelecimento de esquemas regionalizados de atenção à saúde que limitam e ordenam a ação dos municípios, especialmente os de pequeno e médio porte. No entanto, existem experiências polares de compensação dos déficits da municipalização. Uma delas, representada pelos consórcios intermunicipais, parte de decisões relativamente autônomas, e outras, como a microrregionalização desenvolvida no Ceará, focalizam o eixo da política na Secretaria Estadual de Saúde. O Ministério da Saúde desenvolve, por sua vez, o instrumento da Programação Pactuada Integrada (PPI), utilizada pelos dois modelos exemplares, como solução para a integração dos serviços ofertados por microrregião.

não-utilização plena da capacidade instalada e reduzida oferta de serviços médicos especializados em amplas regiões, constitui alvo comum dos Consórcios Intermunicipais de Saúde. Os consórcios entre municípios envolvem cooperação local, livre associação e parcerias com governos estaduais, menor normatização federal e estadual e alta contratualização entre os parceiros.

Representam parcerias estabelecidas entre governos municipais com redes conexas que estabelecem regras de financiamento dos serviços ofertados e de acesso de clientelas com base em recursos aportados pelos associados. Diversos governos estaduais contribuíram ou contribuem com recursos técnicos e financeiros e outras formas de indução de parcerias locais. De modo geral, os consórcios ampliam a oferta de especialistas médicos ou de serviços de maior densidade tecnológica que exijam escala pouco compatível com cada prefeitura isoladamente.

Os ganhos em capacidade de governo através dos consórcios usualmente apontados (Ribeiro & Costa, 1999) decorrem de:

- coalizões partidárias entre os participantes, em geral mais ampla que a observada nos governos estaduais;
- indução e financiamento de governos estaduais nas fases de montagem de diversos consórcios;
- jogos de soma positiva decorrentes da distribuição simétrica dos benefícios da parceria, da ampliação da oferta de serviços ambulatoriais e do financiamento solidário por sistema de cotas mensais entre os participantes;
- criação de sociedades civis de direito privado, sob alta regulação dos prefeitos, com maior flexibilidade gerencial; e
- formação de fundos regionais.

A criação de Consórcios Intermunicipais de Saúde no Brasil remonta à década de 80. As primeiras experiências desenvolvidas a partir de 1986 forneceram elementos para adquirirem *status* público através do Sistema Único de Saúde (Brasil, 1990). A Norma Operacional Básica 01/96, assim como regulamentos anteriores, respondem pela atualidade dessas estruturas organizacionais microrregionais. Os consórcios difundiram-se por todo o país, sendo mais comuns nas Regiões Sul e Sudeste.

Pelo tipo de administração e regras de funcionamento, os consórcios flexibilizam procedimentos, tais como a aquisição de equipamentos e a contratação de pessoal. Desta forma, podem ser agrupados entre as diversas modalidades de organizações semipúblicas existentes no setor saúde e que antecedem as próprias organizações sociais do governo federal (Brasil, 1995).

Segundo o Ministério da Saúde, existia em julho de 1999 um total de 143 Consórcios Intermunicipais de Saúde, abrangendo 1.740 municípios em todas as regiões. Estudo baseado em respostas a questionários revelou a existência de 91 consórcios, envolvendo 1.204 municípios e uma população de 18.591.514 habitantes em 1997. De todo modo, verifica-se que essas organizações sofreram um grande impulso no

país a partir de 1995. No período de 1985/94 foram criados a cada ano de um a cinco novos consórcios. Esses números aumentaram para 35 em 1995, para 28 em 1996, e para 12 em 1997 (Lima, 1998).

O consórcio representa um tipo de contrato celebrado entre municípios definido como “um acordo entre entidades da mesma espécie: estados entre si, municípios entre si, autarquias entre si, fundações entre si. Nesse aspecto, difere do *convênio*, que pode congrega pessoas jurídicas de espécie diferente” (Carvalho & Santos, 1995: 110-111).

Essas associações exigem a formação de uma pessoa jurídica necessariamente de caráter privado para administrá-las. A adesão dos municípios depende da aprovação pela Câmara Municipal e “a pessoa jurídica de direito privado criada pelos municípios consorciados deverá, no nosso entender, se pautar pelos princípios básicos que informam as atividades da Administração Pública, uma vez que os recursos que irá administrar são recursos públicos” (Carvalho & Santos, 1995: 113).

No plano político, os governos municipais participantes do consórcio buscam dividendos em função do provimento de serviços eficientes e de qualidade, porém competem quanto à extensão destes ganhos. Por exemplo, quando existe um município-pólo, suas lideranças políticas podem ser vistas como mais beneficiadas, *caroneando (free rider)* a ação coletiva desenvolvida.

A prática de formação de associações intermunicipais tornou-se comum na gestão municipal em saúde. Essas parcerias têm se constituído em alternativas para os municípios, especialmente os de pequeno porte, para enfrentarem problemas crônicos como a falta de recursos diagnósticos e de atendimentos especializados. Vários consórcios foram instituídos no final da década de 80 e outros novos têm sido criados. Alguns estudos observaram experiências em diversas regiões do país e permitiram traçar um perfil inicial dessas modalidades (Ribeiro, 1994).

De modo geral, os Consórcios Intermunicipais de Saúde se caracterizam como sociedades civis de direito privado voltadas a ampliar e ordenar a oferta de serviços em municípios de pequeno e médio porte. As iniciativas dirigem-se, principalmente, a especialistas médicos e ao suporte diagnóstico; podem recorrer à compra de serviços no mercado; concentram a decisão política em Conselhos de Prefeitos; delegam a operação do sistema aos secretários de saúde da região e/ou técnicos qualificados; em alguns casos integram atuação com os Conselhos de Saúde locais; flexibilizam remuneração e/ou contratação de pessoal; buscam, através de medidas de otimização dos recursos regionais disponíveis, melhorar o acesso e a qualidade do SUS; e de modo geral concentram as atividades de maior complexidade em um município-pólo.

Como uma sociedade civil de direito privado buscam contratar pessoal através de concursos a serem regidos pelo regime de CLT, para compor um quadro funcional que convive com funcionários públicos cedidos pelas prefeituras. O ambiente político promovido pela Reforma do Estado inibe iniciativas de questionar juridicamente os

de apoio diagnóstico. Grosso modo, os consórcios se estruturam com base em uma instância deliberativa máxima, o Conselho de Prefeitos, e incorporam representantes de Conselhos Municipais de Saúde em um Conselho Fiscal ou Curador. Todos recorrem a uma instância executora no plano técnico, uma Secretaria Executiva (ou congênera), nomeada pelo Conselho de Prefeitos, que exerce as funções tradicionais de controle e avaliação. As atividades de controle e avaliação são também da alçada dos Conselhos de Saúde, que as exercem no nível do próprio município. Observa-se, no entanto, uma tendência à formação de Conselhos Intermunicipais de Saúde para ampliar a interferência nas decisões dos consórcios.

Destacam-se dois estudos de caso sobre consórcios, em que se sobressaem as características e tendências relevantes desses modelos: ampliação da oferta e planejamento de ações do setor público.

No primeiro caso, objetivando a ampliação da oferta pública de serviços de saúde, que representa a motivação mais constante para as parcerias estabelecidas no país, discutiu-se o caso do Consórcio Intermunicipal de Saúde de Penápolis (CISA), que representa uma das mais antigas e sustentáveis iniciativas nessa área. O CISA foi criado em 1986 mediante incentivo do governo estadual de São Paulo e criação de uma linha de financiamento junto ao BNDES. Com o fim desses investimentos, os municípios assumiram a gestão autônoma da associação que hoje representa a experiência mais duradoura na área.

Com relação ao planejamento das ações, destacam-se uma iniciativa no Estado do Rio de Janeiro, o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraíba (CISMEPA), criado em 1998 por iniciativa local e voltado a planejar ações, investimentos e compra de serviços na região. A associação formada assume um caráter de agência pública microrregional.

1.1 O Consórcio Intermunicipal de Saúde de Penápolis/SP (CISA)

Pelo seu caráter pioneiro, o Consórcio de Penápolis (CISA) tem sido objeto de vários estudos (Gontijo et al., 1994). Sua microrregião situa-se no noroeste do Estado de São Paulo e a população dos sete municípios soma 83.631 habitantes (IBGE, estimativas populacionais para 1997). Penápolis, a sede do consórcio, possui 52.433 habitantes e os demais contam com menos de nove mil habitantes cada.² A atividade econômica concentra-se na cana-de-açúcar, seguida pela pecuária extensiva, desse modo, havendo grande contingente de trabalhadores bóias-frias. A região é pobre e a taxa de mortalidade infantil para Penápolis vem diminuindo: 36,8% (1987); 31,5% (1990); e 26,4% (1991). Segundo o IBGE (1991), a taxa de analfabetismo na região é de 25%, contra 22% do Estado de São Paulo.

Pela *Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária*, do IBGE (1992), existem 230 empregos médicos na área do CISA. Esses empregos distribuem-se por 34

2 A população por municípios é a seguinte: Alto Alegre, 4.308; Avanhandava, 8.462; Barbosa, 5.935; Braúna, 4.400; Glicério, 4.104; Luizizânia, 3.989; Penápolis, 52.433.

estabelecimentos de saúde, dos quais vinte localizam-se em Penápolis, evidenciando a concentração da oferta no município-sede.

Os municípios consorciados criaram uma personalidade jurídica de caráter privado, o Consórcio Intermunicipal de Saúde de Penápolis (CISA), que administra os recursos e coordena a provisão de atendimento médico especializado. Esses serviços são prestados em Penápolis, que funciona como sede. O CISA envolve sete municípios: Alto Alegre, Avanhandava, Barbosa, Braúna, Glicério, Luizizânia e Penápolis. Todos possuem unidades básicas de saúde. O objetivo consiste em integrar os serviços ambulatoriais básicos oferecidos ao conjunto da população, com a referência dos pacientes aos especialistas conforme a necessidade. As etapas jurídicas e administrativas percorridas servem de modelo às demais experiências observadas no país.

O consórcio situa-se na região de Araçatuba (noroeste de São Paulo), segundo a divisão da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. A situação de habilitação dos municípios consorciados perante a NOB-93 era heterogênea. Penápolis e Glicério estavam em gestão semiplena; Barbosa e Luizizânia, em gestão incipiente; os três municípios restantes (Alto Alegre, Avanhandava e Braúna) não estavam habilitados pela NOB-93. Isso denota falta de iniciativa em cumprir com requisitos mínimos de gestão do SUS. Após uma parceria por tempo tão prolongado esse fato pode representar que esses municípios funcionavam como compradores de serviços do CISA, sem maior interferência na sua direção, como esperado em uma parceria. O Quadro 1 mostra que a situação se modificou com o advento da NOB 01/96 e o pagamento do Piso de Atenção Básica (PAB) a partir de 1998. Todos os municípios se habilitaram (montando conselhos e fundos de saúde; ampliando a capacidade técnica das secretarias de saúde; entre outros pré-requisitos).

Quadro 1. Habilitação dos municípios componentes do CISA – Penápolis

Município	NOB-93	NOB-96
Alto Alegre	Não habilitado	Plena da Atenção Básica
Avanhandava	Não habilitado	Plena do Sistema
Barbosa	Incipiente	Plena da Atenção Básica
Braúna	Não habilitado	Plena da Atenção Básica
Glicério	Semiplena	Plena do Sistema
Luizizânia	Incipiente	Plena da Atenção Básica
Penápolis	Semiplena	Plena do Sistema

Fonte: SAS/MS; SES/SP.

No caso do município de Alto Alegre a situação era mais paradoxal pelo fato de sediar um dos hospitais da região, provendo 19 leitos públicos. Nesse caso, a não-habilitação transferia à Secretaria Estadual de Saúde a emissão das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH), comprometendo o planejamento local.

A maioria dos leitos hospitalares da área é provida pelo *Hospital Filantrópico de Penápolis* (253 leitos). Além disso, a sede concentra 33 ambulatorios, dentre os 49

microrregional que integra e dirige o sistema de atenção pública. A oferta de leitos hospitalares permaneceu inalterada nos anos 90. Por sua vez, o ambulatório sofreu aumento nos consultórios credenciados justamente em Penápolis, como esperado.

A criação do consórcio seguiu um caminho longo iniciado, no plano legal, com a aprovação de lei pelas respectivas Câmaras Municipais, em 1985, autorizando o Poder Executivo a participar desta forma de associação intermunicipal. Em julho de 1986, foi realizada a assembléia de prefeitos para constituição do Consórcio Intermunicipal de Saúde (CISA) e aprovação de seu estatuto. A estrutura administrativa do CISA foi consagrada em 1989, com a alteração do regimento interno original. O caráter privado da associação formada, como era a intenção inicial dos consorciados, foi questionado por resolução do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo em setembro de 1992, que assinalou ser tal associação mantida fundamentalmente com recursos públicos e, em função disto, deveria ser regida pelas regras da administração pública (Processo 7489/026/92 do TCE/SP). Isso acabou por configurar um quadro ambíguo, apontado em relatórios internos do CISA, pois a intenção dos executivos municipais em operar uma sociedade de direito privado, esbarrava no fato de ser regida por normas do direito público.

De acordo com Carvalho & Santos (1994), e corroborado pelas demais experiências de consorciamento entre entes públicos, a contestação jurídica atinge procedimentos (contratação de pessoal; compra de serviços) do consórcio e não o caráter privado da sociedade civil criada. De qualquer forma, as vantagens proporcionadas pelo CISA e congêneres, a título de incentivo para atrair profissionais necessários ao SUS, não são extensivas ao conjunto dos funcionários dos municípios envolvidos, permanecendo um conflito não resolvido, em que pese uma década de atuação destas associações. Documentos internos do CISA (1993) refletem tal tipo de conflito, a despeito da associação ser exaltada pela sua "agilidade administrativa". O consórcio se constitui em uma entidade distinta das prefeituras que o compõem, porém o financiamento por fundos públicos e os controles exercidos fazem com que a estrutura se assemelhe à de um ente público não estatal.

As soluções oferecidas pelo CISA se associam a uma tendência claramente detectada nos hospitais públicos brasileiros quanto à flexibilização das normas administrativas de gestão e de incentivos no contexto da reforma do setor saúde (Barros Silva; Costa & Melo, 1999). O quadro de funcionários do CISA revela dois tipos de contratos: os cedidos pelas prefeituras e os contratados pelo consórcio. Atualmente, no entanto, quase todos os funcionários são contratados em regime de CLT, revelando maior confiança dos governos municipais em contratar fora do Regime Jurídico Único.

A estrutura política e administrativa do CISA sofreram alterações ao longo de sua existência e, atualmente, se resumem em:

- Conselho de Prefeitos – órgão decisório máximo, sendo a presidência exercida pelo prefeito de Penápolis;
- Coordenação Geral – estrutura de gerência do CISA, divide-se em uma Diretoria Administrativa e Financeira e uma Diretoria Técnica. A Diretoria Técnica absorveu a Unidade de Avaliação e Controle;

- A Diretoria Técnica coordena dois Ambulatórios: Especialidades e Saúde Mental.

Os serviços oferecidos incluem especialidades clínicas, atenção à doença mental e suporte laboratorial. A *Classe Descentralizada de Formação de Auxiliar de Enfermagem*, criada para formar auxiliares de enfermagem, passou para o âmbito do Ministério do Trabalho através de convênio com o sindicato dos enfermeiros. A *Clínica de Especialidades* compreendia, no início, a cardiologia, a cirurgia, a dermatologia, a oftalmologia, a otorrinolaringologia, a ortopedia, a fisiologia e a urologia. Essa oferta pouco diversificada gerava os problemas usuais do racionamento, como deslocamento dos pacientes a centros distantes, filas e agendamentos prolongados. O consórcio ampliou os serviços e as especialidades oferecidas em nível ambulatorial, incluindo ortopedia, neurologia, oftalmologia, cirurgia plástica reparadora, cirurgia geral, dermatologia, otorrinolaringologia, cirurgia vascular, cardiologia, urologia, infectologia, ginecologia e proctologia.

O Laboratório, localizado no *Centro de Saúde de Penápolis*, efetua exames básicos e recebe material dos postos de coleta nas unidades dos municípios. A *Unidade Integrada de Saúde Mental* foi criada em 1992 aglutinando o Ambulatório de Saúde Mental e a Oficina Abrigada. O projeto técnico orienta-se para a desospitalização, reabilitação e ressocialização dos doentes mentais, na esteira da chamada Reforma Psiquiátrica.

Estes serviços ocupam área física adequada, as instalações são amplas e as filas são incomuns. Na área de saúde mental, os investimentos foram expressivos e destaca-se a iniciativa do CISA em colocar estes serviços no centro da cidade, rompendo com as práticas de isolamento.

Em 1990, 84% dos custos do consórcio foram financiados pelo governo estadual (que atuou como indutor do processo através de convênios) e 16% pelos municípios. Em 1991, houve uma inversão: 66% dos custos foram bancados pelos municípios, 13% pelo estado e 21% pela União. Após a edição da NOB-SUS 1991, o CISA passou a receber por serviços prestados de acordo com a produção. Nesse período, estimou-se que cerca de 25% dos custos eram cobertos por transferências da União e o restante pago por cotas dos municípios consorciados. Até 1991, as cotas de contribuição de cada município eram proporcionais à população. O mecanismo era simples: do custo total era deduzido o repasse do Inamps (forma de transferência que prevalecia até então), sendo o restante rateado entre os municípios conforme sua população. A partir de outubro de 1991, o saldo de despesas passou a ser rateado entre os municípios, segundo uma outra sistemática: 50% por critérios de densidade populacional e 50% proporcionais à utilização dos serviços.

Esta mudança na composição do financiamento (levando ao predomínio dos municípios no custeio) resultou do próprio tipo de indução efetuado pelo governo estadual que privilegiou, por via convencional, a aquisição de equipamentos, construção e adequação física de unidades. Posteriormente, passaram a valer as regras da NOB-91

BNDES para a compra de equipamentos e para a construção e recuperação de unidades de saúde nos municípios consorciados.

A estrutura do rateio revelou-se fonte de conflitos. Penápolis, o município de maior porte e pólo da região, argumentava que o tipo de rateio por base populacional onerava a sede em comparação aos municípios menores. Quanto a esses, o impacto dos custos era considerado elevado, provocando constantes atrasos nos repasses. Segundo os dirigentes, esses atrasos eram sistemáticos até dezembro de 1996, tendo sido superados, embora ainda existisse um passivo relativo àquele ano. O recurso para assegurar o pagamento das cotas consiste em bloquear as consultas aos usuários do município em débito. Na disputa por novas regras, acabaram por prevalecer os interesses do município-sede, alterando-se a lógica do rateio. Os novos critérios, vigentes a partir de janeiro de 1997, passaram a ser baseados em 30% por densidade populacional e 70% por utilização proporcional dos serviços oferecidos.

A lógica da parceria que envolve o consórcio é condicionada pela venda de serviços do município-sede aos dependentes. A assimetria no interior da parceria é evidenciada pelo controle administrativo e político que Penápolis exerce sobre o CISA, pelo tipo de rateio, e pela concentração de investimentos na sede. Por sua vez, os municípios menores passam a beneficiar-se de serviços especializados não comumente ofertados em outras regiões semelhantes, gerando equilíbrio.

O financiamento do sistema estruturado pelo CISA funciona por rateio de despesas pelos participantes (segundo as regras citadas) e estas variam a cada mês. Existem custos fixos, relacionados ao pagamento de pessoal, e variáveis, relacionados aos insumos. Em termos médios, o gasto global varia entre R\$ 160.000,00 e R\$ 180.000,00 ao mês para 1997. A folha de pagamento de pessoal representa R\$ 113.000,00 (R\$ 60.000,00 de salários diretos e R\$ 53.000,00 de encargos sociais). Os funcionários contratados são regidos pela CLT, havendo apenas dois médicos cedidos pela administração estadual e que recebem complementação salarial para atingir equivalência com os demais.

A oferta de serviços especializados passa pelo pagamento de salários competitivos aos médicos. A estrutura salarial construída é a seguinte: para os médicos com carga horária semanal de vinte horas, o salário praticado na região (para atendimento em clínicas básicas) é de R\$ 1.100,00. O CISA paga uma gratificação de 50% sobre esse salário, pela mesma carga horária, buscando compor um quadro abrangente de especialistas nas clínicas descritas.

A contabilidade acerca do custo global do consórcio por habitante pode ser estimada através de algumas aproximações, de acordo com os dados disponíveis. A primeira diz respeito ao próprio objetivo da associação – prover assistência médica especializada. No SIA-SUS (que combina sistema de informações e de pagamento ambulatorial), a consulta médica é registrada sem discriminar a especialidade (salvo em municípios como Rio de Janeiro, onde foi implementado o Sistema de Gerenciamento de Unidade Ambulatorial Básica (SIGAB)). Como o CISA restringe-se aos atendimentos especializados, não é possível uma separação precisa dos custos relativos a cada tipo de

consulta em função do uso comum da infra-estrutura física e operacional. Na prática, as consultas especializadas são computadas tanto para o SIA-SUS (que remunera os custos ambulatoriais globais), como para as estatísticas de utilização do CISA pelos clientes. No entanto, se tomar a base de gastos mensais de R\$ 180.000,00 (pelo pico) para 1997 e somar o faturamento anual do SIA para os sete municípios, pode-se estimar os custos globais por habitante. Não existem dados precisos sobre o possível aporte de recursos advindos de outras rubricas orçamentárias para remunerar despesas com infraestrutura básica (luz, gás, telefones), manutenção de instalações e suporte administrativo para contabilizar precisamente o custo global do sistema. Como o sistema envolve o rateio da despesa mensal, pode-se considerar que toda a receita equivale à despesa, feitas as ressalvas anteriores. Com essas ressalvas, o custo estimado do sistema por habitante-ano é de R\$ 49,69 (Tabela 1). O sistema envolve um aporte de recursos superior ao que é transferido pelo SUS. Dessa forma, o consórcio representa um real incremento do gasto municipal em saúde para ampliação e diversificação da provisão de serviços.

Em seu conjunto, a experiência associa maior autonomia gerencial, flexibilidade na contratação e remuneração de pessoal e adaptação da oferta a demandas locais em saúde.

Tabela 1. Recursos alocados por habitante/ano do CISA/Penápolis (SP),

Em reais, 1997

Cotas municipais ⁽¹⁾	2.160.000,00
Transferências SUS (ambulatorio) ⁽²⁾	1.995.942,70
Total da receita	4.155.942,70
População CISA	83.631
Transferências por habitante-ano ⁽³⁾	49,69

⁽¹⁾ Receita mensal média de R\$ 180.000,00.

⁽²⁾ Faturamento anual do ambulatorio, incluindo os Serviços de Apoio ao Diagnóstico e à Terapia (SADT).

⁽³⁾ Não são apropriados nesses cálculos como receita do CISA custos de manutenção das unidades e salários de funcionários municipais, cedidos ou contratados.

Fontes: CISA; Datasus; IBGE.

A estrutura de financiamento mostra a complexidade do processo político de construção das parcerias que viabilizam o consórcio. O controle do patrimônio é algo difuso, pois as unidades construídas em Penápolis pertencem ao CISA. Contudo, quando as obras são realizadas nos demais municípios, esses detêm a posse das instalações. Em caso de rompimento da parceria, os investimentos do CISA não retornam e ficam com o município renunciante, exceto os efetuados em Penápolis. Isso diminui o poder de pressão do município-sede perante os demais. Com tais regras, o equilíbrio encontrado penaliza a sede quanto à posse de patrimônio, estimulando iniciativas para ampliação de sanções que dificultem a renúncia ao pacto estabelecido.

O CISA está projetado para estruturar a oferta de serviços de saúde dentro da

primários, atingindo objetivos almejados por outras soluções como programas de saúde da família e na atenção gerenciada (*gate-keepers*), com as vantagens de assegurar um efetivo acesso dos usuários aos especialistas. Em comum a essas soluções, os dirigentes do CISA padronizam procedimentos e estabelecem regras de acesso aos especialistas e equipamentos complexos, no pressuposto de que as principais necessidades em saúde podem ser atendidas por médicos generalistas e através de recursos tecnológicos modestos.

Os sete municípios consorciados se responsabilizam pela atenção básica, cabendo ao CISA o atendimento ambulatorial secundário e o laboratório. Esse foi o modelo sob o qual se estruturaram as secretarias municipais de saúde, especialmente o departamento de saúde de Penápolis, de estrutura organizacional mais complexa.

Segundo dados da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, em 1993 cerca de 16% da população da região (estimada na época em 79.425 habitantes) esteve internada, superando o teto de 9% previsto pelo SUS. Essa taxa chegou a 23% em Alto Alegre, que dispõe de uma unidade hospitalar, e ficou abaixo de 5% em Luiziânia, possivelmente por dificuldade de acesso a esses serviços. A concentração de internações acima da base populacional reflete a migração entre municípios vizinhos.

Com relação aos serviços utilizados, 93,2% das internações foram feitas a partir do SUS; 3,5% por particulares e 3,3% por meio de convênios. A *Santa Casa de Penápolis* foi a principal referência hospitalar da região, respondendo por 74,4% das internações; o *Hospital São João de Alto Alegre* por 7,8% e o *Hospital Espírita de Penápolis* (Psiquiatria) por 3,8%. Esses serviços concentraram 86% das internações na área geográfica do CISA. Esse comportamento estimula os dirigentes a reduzir o volume das internações, seguindo tendência nacional, como anteriormente apontado, e a facilitar o acesso da população ao conjunto dos hospitais da região. Observa-se também o forte predomínio do SUS como provedor de serviços à população local.

Quanto à dinâmica política da parceria representada no CISA, seus dirigentes apontaram um conjunto de problemas que podem ser traduzidos nos itens seguintes:

- Conflitos de territorialidade em função de superposição do território coberto pelo consórcio com a estrutura regional da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, que remetem ao federalismo;
- Queda na receita de transferências do SUS, induzindo ao aumento de gastos municipais em saúde para manter a oferta de serviços, o que remete ao financiamento;
- Busca por autonomia financeira do CISA e maior flexibilidade em compras e contratação, o que remete à reforma organizacional.

O desempenho do SUS na área coberta pelo CISA pode ser observado pelo volume de serviços prestados em hospitais e ambulatorios, apesar do consórcio referir-se apenas ao ambulatório especializado. Como apontado pelos seus dirigentes, apesar do excessivo volume de internações no início da década de 90, a carência de especialistas foi o motivo da instituição da parceria.

Em termos de rede hospitalar pública, observa-se na região a repercussão de fenômenos em escala nacional. Houve uma queda expressiva no volume de internações no SUS, desde 1993 (antecedendo a redução nacional), às custas especialmente da substantiva redução da oferta de leitos em Penápolis. Isso explica-se pela busca de novos clientes por parte do hospital filantrópico através de parcerias com planos de saúde e montagem de meios próprios de auto-sustentação (através da venda de serviços). No entanto, o fator preponderante foram as medidas adotadas pelo Ministério da Saúde para reduzir gastos hospitalares (controle de fraudes, teto máximo de hospitalização de 9% da população ao ano). Isto pode ser constatado pelo fato de, apesar da redução no volume de internações, a oferta de leitos credenciados ao SUS ao longo da década ter se mantido estável, com um discreto aumento na oferta a partir de 1996 nos municípios de Penápolis e Glicério. A imposição do limite de internações não levou ao descredenciamento de leitos no SUS, embora possa ter aumentado a capacidade ociosa dos hospitais, o que explica a busca por novos parceiros e modalidades de financiamento por parte dos filantrópicos.

Outro aspecto relevante está no forte comprometimento dos municípios na área do CISA com a gestão dos serviços. Isso pode ser observado pela queda absoluta na oferta de serviços hospitalares de sindicatos, Ministério da Saúde, governo estadual e uma concentração da oferta privada em hospitais filantrópicos. Isso é explicado pela municipalização das unidades públicas e na dependência do setor privado de receitas governamentais.

O desempenho ambulatorial merece, no entanto, maior atenção pela própria especialização do consórcio. A questão, inicialmente, levantada acerca da distribuição de serviços e competências entre os municípios associados apontava para a concentração de serviços de referência em Penápolis e o fortalecimento da rede básica nos demais municípios. Como foi mostrado, as consultas médicas não são discriminadas pelo SIA-SUS. Para verificar a hipótese de desenvolvimento de serviços básicos na região, versus a desativação de serviços em prol do município-sede, precisa-se detalhar o perfil da oferta na região.

Segundo dados do Datusus/MS, o desempenho ambulatorial mostrou a concentração da oferta no município-sede (Penápolis), como esperado – 12,75 procedimentos por habitante/ano para 1997 (estável ao longo dos anos). Apenas o município de Barbosa apresentou oferta superior à média do CISA (11,84 contra 11,49 de média para 1997). Quando considerados apenas os procedimentos básicos, o perfil da oferta se manteve pouco alterado, persistindo a concentração em Penápolis. Isso pode ser explicado, como já apontado, pelo fato da atuação do CISA voltar-se para a oferta de consultas médicas especializadas, as quais são remuneradas pelo SIA-SUS sob o mesmo código (040) das consultas efetuadas por generalistas. Além disso, as consultas com especialistas induzem ao consumo de itens de maior complexidade, cuja oferta se dá justamente no município-sede, repercutindo sobre a sua média por habitante. Apesar disto, o município de Barbosa apresentou um valor per capita de 10,69 para serviços básicos, em 1997, que supera o observado para Penápolis (com 9,63). Some-se a esse

oferta oscilou no tempo e quatro municípios apresentaram o volume de consultas de 1990 para 1997.

Com relação aos valores pagos, observa-se também a participação do município de Barbosa superando a de Penápolis para os procedimentos básicos, enquanto que Penápolis supera em muito este e os demais quando se considera o conjunto dos valores pagos ao ambulatório. Novamente, os resultados são coerentes com o modelo de oferta desejado pelo CISA.

A análise de três variáveis, na base habitante-ano, detalha a distribuição da oferta no interior do CISA, a saber: volume de procedimentos ambulatoriais globais e básicos e distribuição de consultas médicas, cobrindo o período 1994/97. Com relação aos procedimentos ambulatoriais, apenas Avanhadava apresentou redução seguida nos dois últimos anos. Os demais municípios apresentaram oscilações ou um aumento contínuo, como no caso de Barbosa. Por sua vez, Penápolis manteve sua oferta estável ao longo do período. Esse conjunto de fatores corroborou a tese de que não houve esvaziamento dos municípios menores em função da atuação do consórcio.

Quando separa-se do conjunto dos procedimentos ambulatoriais a consulta médica, o quadro modifica-se pouco. Cabe lembrar que um serviço de atenção básica pode utilizar menor número de médicos em função de ações programáticas serem desenvolvidas por equipes multidisciplinares. Contudo, pode ocorrer justamente o contrário – os ambulatórios concentrarem sua atuação em consultas médicas e negligenciarem nas outras atividades. As curvas dos municípios para esse parâmetro se assemelham às demais, com exceção do caso de Braúna, onde observa-se redução consistente nos últimos dois anos contra a tendência de elevação a partir de 1996 com relação ao volume da oferta ambulatorial deste município. A forte convergência nos demais municípios decorre do conhecido predomínio que as consultas médicas têm na configuração geral dos serviços de saúde.

Em resumo, o detalhamento da oferta ambulatorial por município demonstra que o modelo inicialmente pensado pelo consórcio foi preservado, não se observando uma migração desordenada da oferta para o município-sede, nem uma desestruturação da rede local. Isso acentua, juntamente com a longevidade da associação e o tipo de financiamento pactuado, a dimensão de aumento da capacidade de governo obtida pelo CISA.

1.2 O Consórcio Intermunicipal de Saúde Médio Paraíba (CISMEPA)

O Consórcio Intermunicipal de Saúde Médio Paraíba (CISMEPA) foi fundado em julho de 1998, envolvendo 12 municípios da região do Médio Paraíba (RJ), a maioria deles com história recente de cooperação no setor, em que pese a diversidade partidária nas coalizões políticas locais. A sede situa-se em Volta Redonda, o município de maior oferta de serviços na região, e os demais participantes são Barra Mansa, Quatis, Porto Real, Resende, Itatiaia, Pirai, Pinheiral, Barra do Pirai, Rio Claro, Valença e Rio das Flores. O município executor, Volta Redonda, preside o CISMEPA através de seu

prefeito e a secretária de saúde atua como secretária executiva da associação. A região possui 752.160 habitantes, segundo estimativas populacionais para 1998 do IBGE.³

A estrutura decisória envolve um elevado número de autoridades, refletindo a preocupação em gerar comprometimentos e horizontalizar a representação como estratégia de redução de conflitos. São previstas duas estruturas colegiadas, envolvendo os prefeitos e os secretários de saúde de todos os doze participantes. A estrutura administrativa é pequena e incipiente, contando com uma assessora especialista e um contador. É prevista a contratação de um assessor em informática e de uma secretária, cujas funções têm sido absorvidas pelo município executor. Cada município membro designa um técnico responsável integrado ao CISMEPA.

A natureza jurídica do CISMEPA segue o padrão usual no país na forma de uma sociedade civil de direito privado. A flexibilidade desfrutada por essa estrutura permitiu aos governos estadual e federal transferirem ao consórcio equipamentos, tais como duas caminhonetes para o combate à dengue (“fumacê”) e um aparelho de cirurgia ginecológica de alta frequência. O uso da estrutura para contornar limites circunstanciais da regulação da administração pública é controverso e boa parte dos participantes aceitou a formação de uma sociedade privada pela impossibilidade de se criar uma “autarquia intermunicipal”, ao contrário do caso de Penápolis, onde a flexibilização na gestão de profissionais motivou a associação. A situação vigente aponta ao CISMEPA a vocação para uma agência regional de planejamento.

Uma semelhança observada com o CISA está no pleito efetuado ao governo estadual para investimentos capazes de ampliar a repercussão do consórcio sobre a rede de atenção, expresso no financiamento de cerca de R\$ 2.000.000,00 solicitado para assegurar a oferta de profissionais em áreas críticas como oftalmologia e otorrinolaringologia, ou no setor de imagiologia.

A manutenção dessa estrutura e das atividades do consórcio possui baixo custo, girando em torno de R\$ 6.000,00 mensais, à medida que interage com as administrações municipais e, de modo geral, não compra serviços ou fornece profissionais para a rede assistencial. Os custos basicamente administrativos são cobertos por cotas mensais pagas pelos municípios consorciados e os valores são estipulados como proporções do Fundo de Participação Municipal. Alguns municípios fixaram a sua participação através de lei municipal e todos submeteram essa estratégia aos seus Conselhos de Saúde, o que pode conferir maior sustentabilidade ao novo desenho organizacional proposto.

Os objetivos do consórcio, ao contrário do caso do CISA-Penápolis anteriormente descrito, são: estruturar uma rede regionalizada de serviços públicos (próprios e contratados), fornecendo soluções organizacionais e, desenvolver um sistema de informações integradas em saúde. O termo de compromisso (CISMEPA: 1998) da parceria define a intervenção através de projetos prioritários e o plano de investimentos:

- assistência materno-infantil (R\$ 948.145,00);

- sistema de referência intermunicipal (R\$ 33.000,00);
- assistência especializada (R\$ 270.000,00);
- diagnóstico e terapia (R\$ 471.000,00).

A Tabela 2 mostra alguns indicadores da região que enfatizam o setor materno-infantil, pois o aumento da mortalidade materna nos anos 90, associado à elevada taxa de partos cesáreos, funcionou como um fator relevante para o estabelecimento da parceria. Na região do Médio Paraíba, a mortalidade infantil caiu do coeficiente de 25,13 (por 1.000 nascidos vivos) em 1990 para 17,45 em 1995. Os números para a mortalidade pós-neonatal diminuíram de 11,25 (1990) para 6,41 (1995). No mesmo período, a mortalidade materna subiu de 64,21 (por 100.000 nascidos vivos) em 1990 para 115,91 em 1995. Em 1996, a taxa de partos cesáreos, cujo comportamento relativo à clientela atendida pelo sistema público no Brasil costuma associar-se à alta mortalidade materna, na região foi de 48,49% dos partos realizados. Os municípios de Barra do Piraí (71,46%) e de Piraí (81,19%) apresentaram valores superiores à média observada. A mortalidade por grandes causas na região para o ano de 1995 acompanhou o perfil urbano, com o predomínio das doenças do aparelho circulatório (1.906 óbitos) e, em segundo lugar, as causas externas (690 óbitos).

Os dados sobre a mortalidade materna devem ser observados com prudência em regiões de baixa tradição na produção de dados vitais, à medida que o estabelecimento de comissão de revisão de óbitos e medidas de análise de caso pode elevar o indicador sem representar necessariamente baixa qualidade do pré-natal, assistência ao parto ou elevada taxa de cesarianas. Como o segmento materno-infantil e o desenvolvimento de sistema integrado de informações em saúde consistem em objeto do consórcio, o êxito da parceria poderá ser acompanhado por dados vitais nos próximos anos.

Tabela 2. Mortalidade materno-infantil, 1990-1995, Médio Paraíba (RJ)

Região/Municípios	Coeficiente de mortalidade pós-neonatal/1.000 nasc. vivos		Coeficiente de mortalidade materna/100.000 nasc. vivos	
	1990	1995	1990	1995
Médio Paraíba	11,25	6,41	64,21	115,91
Barra do Piraí	17,5	5,73	228,83 (1991)	114,55
Barra Mansa	14,56	8,45	30,34	93,90
Itatiaia	13,27	7,46	444,44 (1991)	248,76
Piraí	17,09	11,64	170,94	388,10
Quatis	11,98 (1993)	6,17	598,80	n.d.
Resende	6,63	7,70	94,65	45,31
Rio Claro	18,40	5,76	303,03 (1993)	288,18
Rio das Flores	31,50	39,22	784,40	n.d.
Valença	11,43	2,28	76,22	76,05
Volta Redonda	6,89	4,48	60,79	111,88

Fonte: CISMEPA (1998).

A Tabela 3 mostra o perfil da oferta hospitalar na região, caracterizada por distribuição mais homogênea do que o caso observado para Penápolis. Em 1998, no

Médio Paraíba, sete municípios ofereciam mais de cem leitos públicos e apenas dois (Porto Real e Pinheiral) não possuíam leito hospitalar. A oferta pública hospitalar e de ambulatório de alta complexidade possibilita ao consórcio atuar sobre um sistema integral de atenção à saúde e exercer poder monopsonico nas relações com o mercado setorial, conforme expectativa manifestada pelos dirigentes.

Tabela 3. Oferta hospitalar na área do CISMEPA, 1998

Municípios	Contratados	Filantrópicos	Municipais	Universitários	Total
Médio Paraíba	234	1.000	353	200	1.787
Barra do Pirai	21	201			222
Barra Mansa		220			220
Itatiaia			33		33
Pinheiral					
Pirai		86			86
Porto Real					
Quatis	30	30			97
Resende		133	37		133
Rio Claro		47			47
Rio das Flores	32				32
Valença	25			200	225
Volta Redonda	126		283		409

Fonte: CISMEPA (1998).

A capacidade técnica dos municípios pode ser estimada pelo perfil da habilitação às NOB-SUS 93 e 96, como mostra o Quadro 2. As características se assemelham ao caso de Penápolis, onde poucos municípios (menos da metade) possuem o controle mais completo sobre a oferta pública local, expresso no momento pela condição de gestão plena do sistema. Esse perfil reforça a tendência observada nos consórcios voltada à ampliação da capacidade de governo no setor saúde.

Quadro 2. Habilitação dos municípios componentes do CISMEPA

Município	NOB-93	NOB-96
Barra do Pirai	Não habilitado	Plena da Atenção Básica
Barra Mansa	Não habilitado	Plena do Sistema
Itatiaia	Não habilitado	Plena da Atenção Básica
Pinheiral	Não-existente	Plena da Atenção Básica
Pirai	Incipiente	Plena da Atenção Básica
Porto Real	Não-existente	Plena da Atenção Básica
Quatis	Não habilitado	Plena da Atenção Básica
Resende	Semiplena	Plena do Sistema
Rio Claro	Não habilitado	Plena da Atenção Básica
Rio das Flores	Não habilitado	Plena da Atenção Básica
Valença	Não habilitado	Plena da Atenção Básica
Volta Redonda	Semiplena	Plena do Sistema

Fonte: COSEMS-RJ.

Os dirigentes do consórcio apontam efeitos positivos regulatórios sobre o

• apoio à elaboração de planos municipais de saúde e organização de conferências locais;

- coordenação da Programação Pactuada e Integrada (PPI) na região do Médio Paraíba;
- organização de cursos de gestão para técnicos da saúde, fazenda e procuradoria municipal;
- desenvolvimento de sistema de referência e de integração da rede básica, com foco inicial sobre a atenção materno-infantil.

Entrevista efetuada com um dirigente⁴ apontou para alto grau de confiança entre os parceiros e alta diversidade político-partidária entre os associados. Os problemas assinalados decorrem do atraso no pagamento de cotas por alguns municípios; lentidão na implementação de decisões adotadas; e baixa percepção pelos prefeitos das vantagens oferecidas pela parceria.

O consórcio opera há um ano e o seu modelo na forma de uma regional de coordenação da oferta pública e regulação o mercado setorial chama a atenção para que a avaliação do impacto seja feita através de estudo de implementação associado com a melhoria em indicadores relacionados ao setor materno-infantil e de sangue e hemoderivados.

2 Microrregionalização no Ceará⁵

O Estado do Ceará, com cerca de 6.800.000 habitantes distribuídos por 184 municípios, é reconhecido por experiências voltadas à ampliação do impacto de ações básicas em saúde, estruturação da oferta através da organização da atenção primária e da demanda por meio de ação programática. Algumas soluções direcionadas à microrregionalização, coordenada pelo gestor estadual, vêm sendo implementadas no estado (Vilaça Mendes, 1998, 1999). Essas políticas podem ser vistas como competitivas em relação às soluções ad hoc, como as observadas nos consórcios intermunicipais.

A ênfase na atenção primária somada ao crescimento econômico do Ceará nos últimos anos também tem refletido em melhores indicadores sanitários. A mortalidade infantil apresentou uma redução importante. No ano de 1986, ocorreram 137 óbitos por 1.000 nascidos vivos, essa taxa cresceu para 42 por 1.000, em 1997. Para essa redução contribuíram altos índices de cobertura vacinal em menores de um ano e ações de prevenção e educação sanitária nas comunidades rurais e urbanas. Essas ações vêm sendo desenvolvidas por agentes comunitários de saúde e pelo Programa Saúde da Família.

Com relação ao saneamento básico, dados da *Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio* (PNAD/IBGE) demonstram aumento da cobertura de domicílios com água

⁴ Entrevista realizada com Luiz Antônio Neves, secretário municipal de saúde de Pirai.

⁵ Os dados utilizados nesta seção foram fornecidos por Luísa Queiroz Guimarães, assessora da SPS/ Ministério da Saúde.

encanada, de 31% em 1987 para 53,3% em 1996. Igualmente, os domicílios com luz elétrica alcançavam 53,1% em 1987, passando para 75,6%, em 1996. Houve melhora, ainda, no número de domicílios atendidos com coleta de lixo, que em 1987 representavam 28% do total, sendo 49% em 1996.

Quanto à distribuição de renda, 33,5% da População Economicamente Ativa do estado ganhava no máximo um salário mínimo em 1985. Em 1996, este percentual foi reduzido para 19,9%. Na educação, os dados apresentados pela PNAD indicaram queda na taxa de analfabetismo para crianças de 7 a 14 anos. A taxa de escolarização, para crianças compreendidas na faixa etária de 7 a 14 anos, passou de 56,4% em 1987, para 95% em 1997.

O Estado do Ceará requisitou habilitação em nível de gestão simplificada da Norma Operacional Básica (NOB-93), para o que implantou o Fundo Estadual de Saúde, elaborou o Plano Estadual de Saúde e criou o Conselho Estadual de Saúde. Ainda que essa condição de gestão não tenha sido efetivamente implementada pelo Ministério da Saúde para os gestores estaduais, a habilitação pleiteada pelo estado denotou sua decisão em assumir a coordenação e gerência dos sistemas de alta complexidade. O desenvolvimento de responsabilidade por estes serviços foi constatado pelo próprio ministério (Ministério da Saúde, 1995). À Secretaria Estadual de Saúde (SES) coube a gestão dos serviços de alta complexidade e de caráter regional. Aos municípios foi atribuída a gerência dos serviços ambulatoriais básicos e dos hospitalares de menor complexidade. O sistema público tornou-se gerido de modo cooperativo, ficando com a SES o controle sobre o sistema de referência, a coordenação da programação integrada e a regulação dos sistemas municipais. De acordo com esse desenho, tanto os municípios, quanto o estado são gestores de unidades hospitalares.

O executivo estadual coordenou a programação da assistência pactuada com os municípios, incluindo critérios das unidades de referência e os tetos físico-financeiros. Foram criadas subcomissões temporárias com a finalidade de propor parâmetros para a Programação Pactuada Integrada. Tal situação parece indicar que a construção e a formalização de pactos entre o estado e os municípios, no Ceará, já ocorrem há mais tempo.

Dos 184 municípios, 143 se habilitaram em alguma das condições estabelecidas pela NOB-93. Desses, 136 (74%) foram habilitados na gestão incipiente, sendo 131 no primeiro ano de vigência da NOB-93. Na condição mais avançada, gestão simplificada, 12 municípios foram habilitados. A população residente nos municípios habilitados na condição incipiente correspondia a 56% do total e a residente em município habilitado na gestão simplificada, a 4,63%.

Isso significa que os municípios habilitados na condição de gestão incipiente exerciam a gerência, administração interna de unidades (ambulatoriais ou hospitalares); e os habilitados na simplificada a gestão, planejamento e contratação de prestadores. É provável que, à semelhança de outros estados, os municípios em gestão simplificada

Com a implementação da NOB-96, a Comissão Intergestores Bipartite passou a apreciar pleitos de habilitação dos municípios com base em avaliação e parecer de áreas técnicas da SES. Em setembro de 1999, encontrava-se habilitado em alguma condição prevista nessa NOB um total de 181 municípios. Desses, 154 na plena da atenção básica e 27 na plena do sistema municipal. O estado não havia pleiteado sua habilitação em nenhuma condição de gestão.⁶ A ênfase na ampliação da capacidade da rede de atenção primária no estado é demonstrada pela implementação do Programa Saúde da Família em 166 municípios, com 747 equipes, tendo em quase todos os casos cobertura de 100%.

A microrregionalização no Ceará está, portanto, ancorada na organização dos níveis de atenção e no Programa Saúde da Família. Pelo modelo, a atenção primária é efetivamente realizada pelo município, a secundária pela microrregião e a terciária através de macrorregiões. A concepção do processo da microrregionalização envolve não apenas a implantação de instâncias subestaduais, mas também de subsistemas técnicos administrativos e novos desenhos de serviços integrados de saúde. Há que se organizar o fluxo de pacientes no interior do sistema e fortalecer as estruturas microrregionais e macrorregionais, com base na negociação entre os gestores. A pactuação ocorre através das CIBs microrregionais.

A negociação enfatiza parâmetros técnicos como forma de reduzir conflitos político-partidários. Os implementadores do modelo adotam práticas de *empowerment*. A capacitação dos gestores e técnicos é feita por cooperação com instituições de ensino e pesquisa, como a Escola de Saúde Pública do estado. O modelo revela um sistema planejado na oferta e com estratégias voltadas à forte estruturação da demanda, em contraposição a soluções mais sensíveis à demanda individual. Dessa forma, são desenvolvidas atividades voltadas à uniformização de práticas e difusão do modelo, como seminários com técnicos da SES, dos municípios, secretários municipais de saúde e prefeitos. Da mesma forma, a agenda salienta temas e soluções originários do Sistema Único de Saúde preconizados pelos formuladores da reforma da década de 80, como informação, vigilância sanitária e epidemiológica, planejamento, hierarquização e níveis de atenção, controle e avaliação e financiamento.

Na microrregionalização, as funções do governo federal são consideradas residuais, apesar de representar o principal financiador, pois os governos estadual e municipais exercem ação direta, sob protagonismo do primeiro (Vilaça Mendes, 1999). O modelo representa claramente um recuo perante as teses municipalistas e localistas que influenciaram a NOB-96.

A definição de uma microrregião sanitária visa substituir a fragmentação existente entre os municípios. O modelo elege a Programação Pactuada Integrada (PPI) designada pela NOB-96 e implementada através das CIBs como instrumento de gestão cotidiana e formalizador de consensos. A pressão da demanda sobre os pólos macrorregionais e regiões metropolitanas é reduzida. A transição para a municipalização cooperativa na modalidade microrregional substituiria o "cada um por si" pelo "todos por todos" (Vilaça Mendes, 1999). Os critérios para definição da

⁶ Na verdade, o Estado do Ceará foi habilitado na condição plena do sistema estadual no segundo semestre de 2000.

microrregião envolvem contigüidade; auto-suficiência em atenção primária e secundária; potencial dos sistemas de apoio; endogenia microrregional; grau de cooperação política; e identidade cultural. A escala indicada é de cem mil habitantes por microrregião, resultando em um sistema estruturado através da Comissão Intergestores Bipartite Microrregional e implementado pela combinação entre pactuação e programação expressa pela PPI. A coordenação do sistema é feita pela SES, que tem a sua estrutura reformada. O resultado almejado é a superação da relação direta entre a União e os municípios.

A microrregionalização busca um ordenamento regional diverso do obtido pelos consórcios intermunicipais. As principais diferenças apontadas pelos seus formuladores estão no fato de as microrregiões serem pactuadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SESs) em vez das Secretarias Municipais de Saúde (SMSs); de envolverem a totalidade dos recursos públicos; da participação dos municípios ser compulsória; de serem coordenadas por uma CIB regional em vez de colegiados de prefeitos; e de estarem claramente orientadas para a ampliação da capacidade dos sistemas de atenção primária.

Para a implementação dessa política, a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará promoveu uma reestruturação interna e o funcionamento efetivo da primeira microrregião do estado estava prevista para o final de 1999.

4 A Programação Pactuada Integrada (PPI) e o sistema de fixação dos tetos dos municípios do Estado do Rio de Janeiro⁷

A regionalização é operacionalizada pelo Ministério da Saúde através do instrumento da Programação Pactuada Integrada (PPI), definida na Norma Operacional Básica 01/96 (NOB 01/96). A versão definitiva foi publicada no *Diário Oficial da União* em 6 de novembro de 1996, alterada, posteriormente, pela Portaria/GM/MS/1882 de 18 de dezembro de 1997 e complementada pela Portaria/GM/MS/3925 de 13 de novembro de 1998. A NOB 01/96 estabelece como sua "finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício por parte do poder público municipal e do Distrito Federal da função de gestor da atenção à saúde de seus munícipes". A Instrução Normativa n. 01/98, de 2 de janeiro de 1998, regulamenta as exigências requeridas para habilitação nos novos modelos de gestão.

A evidência mais importante de reforço do *papel gestor* do município é a própria redefinição das condições de gestão do município, estabelecidas como *Gestão Plena da Atenção Básica* e *Gestão Plena do Sistema Municipal*. Em ambos os casos está colocado o repasse fundo a fundo (seja do Piso da Atenção Básica – PAB ou do teto municipal) como requisito básico para que o papel de gestor possa ser desempenhado.

Pelo modelo, o município representa a base do sistema, com a responsabilidade de prover o atendimento integral, seja pela oferta direta, ou por integração com o

equilíbrio é buscado através da pactuação entre gestores nas Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite. A programação dos recursos e a definição dos tetos orçamentários constituem o objeto de negociação e pactuação dos municípios entre si e entre estes e demais esferas de governo.

Ao gestor federal, a NOB 01/96 reserva funções de integração e modernização dos sistemas estaduais, de normalização e coordenação nacional do SUS, expressas na condução macropolítica. O desenho institucional deixa pouco definidas as funções dos gestores estaduais, resultando inclusive na não-implementação pelo Ministério da Saúde dos níveis de gestão estadual previstos pelas NOBs 93 e 96.

A regionalização, conforme o desenho da NOB, é implementada através do instrumento da Programação Pactuada Integrada (PPI), coordenado por organismos regionais, as comissões intergestores, com representação paritária entre o gestor estadual e os gestores municipais. A PPI é consolidada nacionalmente pela Comissão Intergestores Tripartite, com representação do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).⁸ No desenho da oferta pública, a NOB e as decisões posteriores do Ministério da Saúde conferem incentivos aos programas de fortalecimento da atenção primária na forma de Equipes de Saúde da Família (ESF).

A orçamentação global de cada estado resulta da programação pactuada com vistas a uma distribuição equitativa e relacionada ao padrão de necessidades da população. Instala-se uma competição orçamentária na qual o resultado decorre do oferecimento de um argumento tecnicamente relevante à arena política: “Quando um município, que demanda serviços a outro, ampliar a sua própria capacidade resolutive, pode requerer ao gestor estadual que a parte de recursos alocados no município vizinho seja realocada para o seu município” (NOB-96).

A PPI é um instrumento abrangente voltado a integrar as atividades de assistência ambulatorial, hospitalar, vigilância sanitária e epidemiológica em cada região. O sistema é de programação ascendente, partindo da base municipal, e busca articular o SUS em escala nacional, segundo uma racionalidade técnica centrada na programação em saúde.

A Instrução Normativa 01/98, que regulamenta a NOB 01/96, reitera o uso da PPI para instruir a habilitação de municípios e estados em qualquer uma das novas condições de gestão. Para os municípios, estabelece a necessidade da apresentação de declaração de que a PPI foi aprovada na CIB e da ata da reunião do Conselho Estadual de Saúde em que a mesma foi aprovada. A PPI, na sua concepção, observa os princípios da integralidade das ações de saúde e da direção única em cada nível de governo. Por um lado, por um lado a equidade deve traduzir-se em igualdade de acesso a todos os níveis de atendimento do sistema – do mais simples ao mais complexo – de acordo com as necessidades de cada caso. Por outro lado, a referência de pacientes entre municípios

⁸ Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

deve respeitar a autoridade do gestor local, de modo a não conflitar com a programação estabelecida.

A programação dos tetos municipais dos recursos federais repassados para custeio do SUS é feita a partir de critérios e parâmetros pactuados na CIB. No nível federal, os critérios, prazos e fluxos de elaboração da programação integrada e de suas reprogramações periódicas ou extraordinárias são fixados em ato normativo do Ministério da Saúde e traduzem as negociações efetuadas na CIT e as deliberações do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A NOB 01/96 nomeia como Teto Financeiro Global (TFG) os recursos da esfera federal, destinados às ações e serviços de saúde, cujo valor para cada estado e cada município é definido com base na PPI. O Teto Financeiro Global do Estado (TFGE) é constituído, pela soma dos Tetos Financeiros da Assistência (TFA), da Vigilância Sanitária (TFVS) e da Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD). Da mesma forma, o Teto Financeiro Global do Município (TFGM) é definido pela programação integrada e, em seguida, submetido ao Conselho Municipal de Saúde e à Secretaria Estadual de Saúde, respectivamente, para aprovação. O valor final desse teto e suas revisões são fixados com base nas negociações realizadas no âmbito da CIB – observados os limites do TFGE – e formalizados em ato próprio do secretário estadual de saúde.

A partir da NOB 01/96, para efeito de programação dos tetos municipais e do estado criam-se as seguintes figuras:

- O Piso da Atenção Básica (PAB), criado pela NOB 01/96 e modificado pela Portaria/GM/MS/1882, consiste em um montante de recursos financeiros destinado, exclusivamente, ao custeio de procedimentos e ações de atenção básica à saúde. O PAB compõe-se de uma parte fixa, destinada à assistência básica, e de uma parte variável, relativa a incentivos para o desenvolvimento de ações no campo específico da atenção básica. Os valores do PAB devem ser transferidos aos municípios de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde. A parte fixa do PAB, destinada à assistência básica, corresponde à multiplicação de um valor per capita nacional pela população de cada município e destina-se à cobertura dos itens definidos pela Portaria/GM/MS/1882 como assistência básica. A parte variável do PAB destina-se a incentivos às ações básicas de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Ambiental, à Assistência Farmacêutica Básica, aos Programas de Agentes Comunitários de Saúde, de Saúde da Família, de Combate às Carências Nutricionais, e outros que venham a ser posteriormente agregados e será definida com base em critérios técnicos, específicos de cada programa;

- A Fração Assistencial Especializada (FAE) corresponde a procedimentos ambulatoriais de média complexidade, medicamentos e insumos excepcionais, órteses e próteses ambulatoriais e Tratamento Fora do Domicílio (TFD), e é de transferência regular e automática aos municípios em gestão plena do sistema, e ao estado (habilitado) o correspondente àqueles em gestão plena da atenção básica;

Em síntese, a regionalização prevista nesse modelo institucional é altamente regulada pelas comissões intergestores, que estabelecem o município como o centro da programação. O limite do planejamento decorre da política de definição do teto global: Apesar de o processo centrar no município, as margens de decisão local são constrangidas pela elevada parametrização dos recursos. Embora esteja previsto um encadeamento fino entre os três níveis de governo, o gestor estadual fica em segundo plano na implementação da política.

O principal indutor da PPI tem sido o Ministério da Saúde, que apresentou ao final de 1997 um instrumento de programação para aprovação na CIT. Pela formulação original, a PPI deveria programar também a aplicação dos recursos estaduais e municipais, porém este grau de vinculação dos recursos não foi aceito.

A implementação da PPI no Estado do Rio de Janeiro

O caso do Estado do Rio de Janeiro representa um padrão de implementação da PPI em função do desenvolvimento de sistema de fixação de tetos regionais semelhante, que antecedeu à própria implementação da regra definida pela NOB 01/96 em todo o território nacional. A sua primeira implementação através da CIB em 1995 ocorreu em ambiente de executivo estadual fraco, observando-se protagonismo do COSEMS. Nas rodadas seguintes ao longo de 1998, o executivo estadual competiu mais intensamente pelo comando da política e, em 1999, com a mudança no governo, predominou a cooperação na CIB.

O estabelecimento dos tetos financeiros para os municípios envolve intensa competição orçamentária em função do limite imposto pelo teto estadual, dos desequilíbrios entre as microrregiões e da alta normatização assinalada. Em 1995, buscou-se estabelecer critérios objetivos e menos arbitrários para o cálculo dos tetos municipais, rompendo com as práticas de “leilões de AIHs”. Os novos critérios foram conhecidos como “metodologia de cálculo de tetos”, combinando elementos de programação pactuada como os posteriormente definidos na PPI, com orçamentação por memória (“série histórica”). A pactuação passou a envolver tanto os recursos hospitalares, quanto os ambulatoriais. A metodologia pactuada na CIB possuía as seguintes características:

- A necessidade de internação (cota de Autorização de Internação Hospitalar – AIH) foi fixada pelo Ministério da Saúde como sendo 9% da população ao ano;
- Para o atendimento ambulatorial, estabeleceram parâmetros físicos de programação a partir da análise da série histórica do estado;
- Para a constituição desses parâmetros partiu-se dos dezoito grupos de procedimentos, os quais foram subdivididos, com vistas a alcançar grupos de custos semelhantes;
- Com base nesses parâmetros e no tamanho da população (IBGE) de cada município estimavam-se as necessidades de atendimento, para cada município, nos diversos itens de programação;

- Em seguida, essa estimativa de necessidade era comparada com a capacidade instalada de cada município, gerando o relatório *faz-não-faz*;
- Os recursos correspondentes à fração “faz”, ou seja, os procedimentos realizados no próprio município, eram alocados no teto deste município; e
- Os recursos correspondentes à fração “não-faz”, ou seja, procedimentos não realizados naqueles municípios, eram agrupados regionalmente e realocados de acordo com os seguintes critérios: 40% para os municípios da região que realizam os procedimentos em questão e 60% distribuídos de acordo com a capacidade instalada no estado.

Esses parâmetros asseguraram maior previsibilidade na competição orçamentária e fortaleceram os municípios-pólo nas regiões. Os déficits do modelo proposto se concentravam no uso da série histórica como estimativa de necessidade; na falta de capacidade de alguns municípios em reconhecer o atendimento de seus pacientes nos municípios-pólo. O sistema também não compensava plenamente os pequenos municípios na partilha dos recursos federais.

A revisão do modelo buscou superar esses problemas antes da publicação da NOB 01/96, ao desenvolver um instrumento para registro da negociação entre gestores acerca da referência e contra-referência para procedimentos inexistentes no município. Inicialmente, denominada de *Ficha de Referência Intermunicipal (FRI)*, este instrumento foi sendo aprimorado, até se configurar na atual *Ficha de Programação Pactuada Integrada*. A regulamentação da NOB 01/96 estabelecendo o PAB, a FAE e a APAC, possibilitou o avanço das negociações na comissão da PPI, designada pela Comissão Bipartite, resultando no pacto dos novos tetos em janeiro de 1999.

Os novos parâmetros possuem as seguintes características:

- Os itens de programação referentes ao PAB (consultas e procedimentos odontológicos) são calculados como valor per capita, multiplicado pela população do ano de 1999 fornecida pelo IBGE;
- A parcela de procedimentos caracterizada como radiodiagnóstico “básico” e patologia clínica “básica” compõe, automaticamente, o teto municipal, e não é matéria de referência intermunicipal, pois considera-se que todos os municípios devem ter capacidade de provê-los à população local;
- Os procedimentos de alta complexidade não realizados pelo município devem ser totalmente referenciados através da pactuação intermunicipal, sem possibilidade de flexibilização na sua alocação;
- Os procedimentos de média complexidade (FAE) não realizados pelo município serão referenciados através da pactuação intermunicipal, podendo o município reter até 30% desses recursos para aplicação em outros procedimentos de média complexidade;

O caso do Estado do Rio de Janeiro, onde o modelo de regionalização coordenada antecedeu à instituição da PPI através da NOB 01/96, evidencia a influência da burocracia técnica do setor saúde, fortemente aderida às teses da programação e resistente a modelos de atendimento a necessidades espontâneas lógicas de mercado. A regionalização pela PPI se adapta à microrregionalização implementada no Ceará da mesma forma que aos inúmeros consórcios intermunicipais do país. O seu caráter distintivo, e que vem sendo realçado pelo Ministério da Saúde desde meados de 1999, está na integração nacional da rede SUS sob a lógica do teto global e de inúmeras vinculações orçamentárias. Embora a hegemonia municipal expressa na pactuação e decisão orçamentária local seja visível no modelo, a implementação revelou que os tetos e as vinculações permitiram ao Ministério da Saúde determinar prioridades alocativas, das quais as equipes de saúde da família e o PAB são a parte mais visível da indução institucional.

Considerações finais

As soluções analisadas de microrregionalização guardam um importante ponto em comum. Em todos os casos, busca-se maior integração entre os municípios de uma dada região no sentido de ampliar o alcance da oferta pública de serviços de saúde. Outro aspecto está no estabelecimento e cumprimento de normas de conduta que removam a competição orçamentária predatória e práticas de “caroneamento” da ação coletiva local. Por fim, constata-se que a PPI, coordenada nacionalmente pelo Ministério da Saúde e sobre a qual os governos estaduais exercem cada vez maior autoridade, mostrar-se adaptada tanto aos consórcios de saúde, como modelos de microrregionalização. Esse fato revela uma aceitação ampla de técnicas de programação em saúde, especialmente quando associadas ao fortalecimento da atenção primária.

No entanto, existem soluções nomeadamente competitivas em curso na política de saúde. Os consórcios de saúde representam livre associação local e livre definição do foco da parceria. Muitos consórcios se organizam para solucionar problemas específicos, tais como a provisão de especialistas médicos ou a reativação de leitos hospitalares. A natureza privada das sociedades que os administram aproxima suas práticas do mercado e caminha no sentido da diferenciação do setor público rumo à provisão de serviços por entes não estatais no curso da reforma do Estado.

Por sua vez, o modelo de microrregionalização experimentado no Ceará revaloriza as teses originárias da reforma sanitária da década de 80, com ênfase na coordenação pelo gestor estadual, como nos primeiros anos do SUS, e na provisão estatal de serviços de saúde. A inovação decorre da formação de comissões bipartites por microrregiões e da massificação de módulos de saúde da família, fortalecendo a atenção primária e provendo serviços de referência padronizados por microrregião. Os investimentos e a estrutura da SES são redefinidos para assegurar a integralidade das microrregiões.

**Anexo
3**

**Inovações na gestão descentralizada de
redes e organizações hospitalares:
os casos das Regiões Metropolitanas do Rio
de Janeiro e São Paulo**

*José Mendes Ribeiro
Nilson do Rosário Costa
Pedro Luiz Barros Silva*

Introdução

Esta pesquisa de campo foi realizada nas Regiões Metropolitanas do Rio de Janeiro e São Paulo com a proposta de analisar a flexibilização da gestão pública e a inovação organizacional nos hospitais estatais dos níveis de governo federal, estadual e municipal. O trabalho de campo foi desenvolvido no período de março a setembro de 1999.

O projeto definiu como objetivos gerais de pesquisa:

- reconstituir o processo de difusão da agenda da reforma do aparelho de Estado na área de saúde;
- examinar as estratégias de flexibilização administrativa e as principais inovações gerenciais;
- identificar tendências de desenvolvimento, indicando pontos de estrangulamento e potencialidades de cada solução organizacional, bem como as suas possibilidades de generalização na administração pública.

A proposta de investigação tomou como hipótese a assertiva de que a mudança de modelo de gestão produziria elevação de custos, uma vez que exigiria um processo complexo de condições de *governance*, isto é, fortalecimento da capacidade pública de implementação de políticas acompanhado do estímulo à responsabilização democrática. Para identificar esse processo, foram analisados os desenhos institucionais produzidos, especialmente aqueles associados à responsabilidade e à regulação nos casos em que a mudança do modelo de gestão introduziu a terceirização de hospitais públicos.

Com essa estratégia, a pesquisa encontrou novas modalidades de gestão; de estrutura organizacional; de critérios de seleção de pessoal; de planejamento, avaliação

pesquisa. Em primeiro lugar, realizou um balanço exploratório por meio de um check list de autopreenchimento, enviado aos diretores de hospitais para localizar o padrão de inovação e o perfil dos gestores de hospitais públicos (38 hospitais responderam a esse instrumento). Em segundo lugar, efetuou entrevistas em profundidade com executivos das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e do âmbito federal para precisar o ambiente institucional que favorece ou impede o processo de mudança na gestão do setor. Em terceiro lugar, aplicou um questionário específico aos diretores de um conjunto de organizações selecionadas a partir dos indicativos do check-list e das entrevistas (23 diretores de hospital responderam a esse instrumento).

Nessa seleção foram considerados não só os hospitais que ofereciam exemplos reconhecidos de mudança nos modelos de gestão, como também as unidades em aparente processo de paralisia gerencial. A Tabela 1 mostra a distribuição dos 23 hospitais escolhidos para a pesquisa direta com o questionário específico, de acordo com o vínculo jurídico e administrativo.

Tabela 1. Natureza da entidade mantenedora Rio de Janeiro/São Paulo – 1999

Natureza da entidade	Valor absoluto	(%)
Municipal	6	26,1
Estadual	7	30,4
Federal	10	43,5
Total	23	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa 'Reforma do Estado e Setor Saúde'. ENSP (Fiocruz)/NEPP. Unicamp/UFPE.

A pesquisa partiu da hipótese geral de que, diante da crise de legitimação da gestão hospitalar pública brasileira, a saída pela flexibilização administrativa seria uma resposta racional para ampliar o poder decisório do dirigente da organização hospitalar. Essa hipótese inicial da pesquisa foi logo ratificada pela acelerada aceitação dos mecanismos de flexibilização dos contratos de trabalho e da terceirização (contratação de terceiros para a provisão de serviços hospitalares) pela maioria dos executivos do setor público entrevistados.

A crise da gestão hospitalar pública brasileira seria especialmente grave porque os hospitais operariam, no plano microorganizacional, dentro das características das organizações públicas "tipo ideal" assinaladas por Peters (1996): paralisadas diante de intensos e complexos constrangimentos legais produzidos pelo controle da instância legislativa, pelos níveis executivos do setor da saúde e dos tribunais de conta.

O Quadro 1 resume as características mais relevantes da inserção da organização hospitalar pública na matriz administrativa brasileira, a partir das quais a pesquisa problematizou as questões da flexibilização do modelo de gestão.

Dentro dessa matriz, as organizações teriam poucas alternativas de definição autônoma de estratégias para a gestão da força de trabalho, compra de bens e serviços, e gestão financeira.

Quadro 1. Matriz administrativa da gestão hospitalar pública – década de 90

Definição	Entidade jurídica de direito público Integra a administração pública direta
Controle	Direto do executivo – poder público Dirigentes investidos nos cargos na forma da lei estabelecida pelo poder público
Objetivos e Fins	Realização de serviços e atividades de interesse coletivo
Financiamento	Recursos repassados pelo poder público para a consecução de finalidades Outras receitas sujeitas a controle legal
Leis Regentes	Lei n. 8.112/90 – Regime Jurídico Único Lei n. 8.666/93 – Licitações e Contratos Lei n. 4.320/64 – Legislação Complementar – Orçamentos e Finanças
Gestão de Pessoal	Contratos de trabalho pelo Regime Jurídico Único Planos de Carreira Ingresso por Concurso Público Salário regulado pela União Contratação autorizada pelo poder público
Insulamento Organizacional	Próprio do Poder Público Impenhorável Não responde por execução judicial Goza de privilégios processuais
Mecanismo de avaliação e desempenho	Burocrático De meios e processos sem avaliação de resultados

Fonte: Dados da Pesquisa 'Reforma do Estado e Setor Saúde' – ENSP (Fiocruz)/NEPP. Unicamp/UFPE.

O Quadro 2 define as atividades de gestão de pessoal, aquisição de bens e serviços, e gestão orçamentária com relação às quais o gestor da organização teria reduzido ou nenhum poder decisório.

Quadro 2. Atividades sob baixo grau de responsabilização do diretor da organização hospitalar

Na gestão de pessoal	Na aquisição de bens e serviços; Gestão orçamentária
Definir pessoal	Definir prazos de publicação de editais de licitação
Admitir e demitir	Padronizar editais e isentá-los de parecer jurídico
Definir planos de benefícios	Definir veículo de comunicação para publicação de editais
Negociar e definir salários e conceder vantagens	Ampliar os valores da tabela de licitação
Elaboração de folhas de pagamento e efetivo controle	Definir critérios próprios de julgamento de propostas
Definir normas de acompanhamento de pessoal	Negociar com participantes os preços apresentados em licitações
Alterar cargos	Renovar contratos de fornecimento contínuo Opor interesse da organização conforme seu critério
Estabelecer critérios para progressão funcional	Executar o orçamento de modo global, sem restrições de grupos ou elementos de despesa
Pagar horas extras	Definir critérios para viabilizar as alienações de bens

Fonte: Dados da Pesquisa 'Reforma do Estado e Setor Saúde' – ENSP (Fiocruz)/NEPP. Unicamp/UFPE.

ao fazer uma opção, como descreve Silberman (1993), pelo desenvolvimento de carreiras do serviço público padronizadas, sistemáticas, hierarquizadas e previsíveis no interior de organização estatal, que domina a dotação de recursos públicos, cujo ingresso seria exclusivamente por concurso público.

A conformação organizacional do Estado brasileiro resultante da Constituição de 1988 assumiu a orientação da administração burocrática normativa, visando minimizar a possibilidade do uso dos recursos públicos para fins de patronagem. O efeito colateral dessa decisão foi o enrijecimento das organizações públicas pela permanência do foco do desempenho em meios e processos.

A administração pública brasileira manteve ao longo da década de 90 a situação comentada, em outro contexto, por Thompson & Ingranham (1996): limitada em sua capacidade operacional e processual em razão da baixa possibilidade de escolha do gestor; submetida em suas decisões aos controles administrativos formais e às fontes difusas e externas de autoridade e influência. A crise da gestão pública hospitalar nessa década deveu-se à falta de alternativas que ampliassem a capacidade dessas organizações de responderem às novas demandas por qualidade e presteza no atendimento. Em fins da década, em nossa hipótese, esse cenário seria radicalmente alterado pela ampla difusão da agenda da flexibilização administrativa. Os dados mostrados adiante servem para situar as tendências de processo de mudança no padrão da gestão pública no setor de saúde.

1 Pressupostos analíticos: efeito ônibus e socialização de comunidades técnicas

A metodologia de pesquisa considerou como hipótese preliminar que no setor de saúde seria verificável, no plano microorganizacional, o mecanismo de *policy bandwagoning* – que poderia ser traduzido por “efeito ônibus” em política –, que consiste no processo de emulação, pelos governos e dirigentes organizacionais, de experimentos bem-sucedidos de criação ou flexibilização administrativa em outros contextos, principalmente a partir da experiência internacional. Os governos em ambiente democrático exibem uma característica comum: a busca de sobrevivência e competitividade num sistema de intensa avaliação de *performance*. O monitoramento de inovações e políticas “que funcionam” pelas elites governamentais tende a ser mais intenso nesse contexto.

Essa hipótese seria comprovada caso fosse verificável uma orientação normativa articulada e induzida a partir das instâncias do executivo para o nível organizacional que levasse à adoção da flexibilização dos mecanismos formais da administração burocrática.

Esse processo exigiria, ademais, uma articulação a mecanismos de indução: coerção material ou de alavancagem (Stallings, 1996), ou seja, o uso direto do poder para produzir mudança nos diferentes níveis e setores das administrações subnacionais. Esse processo recorreria de modo explícito ao uso de condicionalidades das agências internacionais de cooperação multilateral que, nos anos 80, apareceram associadas a

mudanças da capacidade de ação dos Estados nacionais em áreas específicas de política (Stallings, 1996: 57).

Os dados da pesquisa não sustentavam essa hipótese. Não se identificou para o setor saúde no Brasil uma agenda de reforma padrão *big-bang*, como denominada por Ham (1998); estratégia de implementação de reforma abrangente e sistêmica. Esse padrão de reforma do setor de saúde foi adotado com sucesso pela Inglaterra e depois difundido ou adaptado nos países europeus ao longo da década de 90.

Essas mudanças caracterizaram uma segunda onda de reformas no setor de saúde, diferenciada em relação à agenda de reforma da década de 80, à medida que focalizou setores específicos e não a “indústria da saúde”. Voltou-se para o controle de custos e volume de produção e não apenas para a despesa total. Introduziu, principalmente, mudanças microeconômicas, de natureza organizacional, para promover eficiência e responsabilização.

Interessa destacar que a segunda onda de inovação incidiu sobre a eficiência na gestão hospitalar, estimulando a redução da autonomia decisória médica que gera despesas e custos. No ambiente hospitalar sob baixa responsabilização essas decisões são tomadas sem parâmetro gerencial e sem a informação sobre os custos das diferentes opções disponíveis. Nas situações em que essas opções estão disponíveis, ocorre considerável resistência em adotá-las em razão da cultura técnica da autonomia decisória da profissão.

Uma outra fonte de ineficiência na gestão hospitalar foi relacionada à baixa qualidade do controle do trabalho e da infra-estrutura. Na maioria dos casos, serviços que poderiam ser produzidos de modo mais efetivo por *out-sourcing* (por terceiros) permaneciam com a produção internalizada no hospital.

Na reengenharia da administração dos hospitais procurou-se também introduzir novos métodos de controle de materiais e insumos e regular a incorporação de tecnologias através na focalização da gerência baseada em metas contratualizadas.

Outra inovação foi o fortalecimento dos pagadores vis-à-vis os hospitais, sejam autoridades sanitárias, sejam seguradores privados, sejam negociadores de seguro social. Foi estimulada a adoção, pelas autoridades sanitárias, de condutas mais responsáveis em relação à qualidade da provisão de serviços que contratavam e à eficiência na destinação de recursos.

A reorientação organizacional afetou diretamente os provedores – especialmente os hospitais –, habituados a uma lógica ineficiente de despesas e à inflação na formação de preços. Novos papéis foram definidos para os compradores nas relações contratuais com os provedores, mediante incentivos e sanções, para que os orçamentos ficassem dentro de limites ou tetos acordados. Os compradores de serviços deixaram de financiar as organizações hospitalares deficitárias, que ficaram expostas ao risco de falência e fechamento. Na verdade, os compradores foram incentivados a tornar-se agentes mais eficientes de compra de atenção, isto é, gestores de orçamentos mais permeáveis à consideração de mérito e custo-efetividade, através do aumento da

organizacional a despeito da clara definição de uma agenda de reforma do Estado com elevada taxa de implementação para os demais segmentos da economia (Bresser Pereira, 1998).

Se a hipótese do efeito ônibus não é sustentável empiricamente, restaria, portanto, confirmar a idéia generalizada de que a gestão pública hospitalar brasileira estaria em um processo de paralisia estrutural, levando ao “sucateamento da rede pública de atenção à saúde brasileira”, condenada a oferecer péssimas condições de atendimento, à obsolescência das instalações físicas e equipamentos, a dificuldades de manutenção e de reposição de pessoal e à precariedade dos procedimentos gerenciais (Camargo, 1999). Essa paralisia estrutural seria expressa no plano organizacional pela pouca clareza de objetivos, falta de profissionalização dos gestores, falta de capacitação e desenvolvimento de pessoal, escassez de recursos financeiros e a insuficiência de planejamento e de padrões internos e externos de comparação entre serviços com as mesmas características (Lima, 1996).

Os dados da investigação indicaram a existência de outro processo de mudança: a reforma do setor de saúde transcorreu por mecanismos de difusão de novos padrões de prática administrativa na comunidade técnica dos gestores de organização pública. As mudanças organizacionais ocorreram de modo fragmentado, localizado e experimental.

Verifica-se o que Ikenberry & Kapchuan (1995) denominaram de “socialização de normas e redesenho de valores” sobre as funções do Estado ou o papel das organizações públicas. A “socialização de políticas” é diferenciada em relação ao padrão *big-bang*, porque representa a função de “aprendizagem social” de valores ou crenças sobre alternativas substantivas de gestão em face do status quo. A aprendizagem social pode ser definida como um processo pelo qual o conhecimento relevante se acumula e se dissemina pelo sistema decisório público. Esse conhecimento acumulado apresenta-se como relativamente consensual no seio de grupos específicos – principalmente em comunidade de especialistas em políticas. A comunidade de especialistas – ou comunidade epistêmica, segundo Haas (1992) – não se reduz a “profissão”, “grupo de interesse” ou “burocracia” por compartilhar um conjunto de princípios e normas, crenças causais, concepções de validade e horizonte técnico-político. A comunidade epistêmica terá como principal fonte de poder a autoridade cognitiva do conhecimento técnico-científico aplicado à implementação e gestão de políticas e organizações (Melo & Costa, 1994).

As elites técnicas e a burocracia executiva são os principais agentes responsáveis por esse comportamento adaptativo voltado para a introdução de inovações. Há nessa emulação pela gestão voltada ao desempenho organizacional fins estratégicos bem definidos. O contexto democrático estabelece fortes imperativos de sobrevivência e competitividade política através do julgamento periódico pelos eleitores/clientes, aumentando nos executivos locais as preocupações com “o bom governo” e com as temáticas de performance organizacional. A necessidade do bom governo pressiona a busca pela qualidade organizacional e favorece o ambiente favorável à flexibilidade e à experimentação.

2 As características de formação técnica do gestor do hospital público nas Regiões Metropolitanas do Rio de Janeiro e São Paulo

A constatação da acelerada difusão de inovações pelo processo de socialização técnica é sustentável pelas características da especialização do diretor de hospital “tipo ideal”, a despeito de a ocupação ser uma opção de “carreira” praticamente decorrente da profissão médica. A profissão médica conforma a função de direção hospitalar (94,4%) como mostra a Tabela 2. Ela é também uma função masculina (81,6%) e os seus membros têm idade média de 51 anos.

Tabela 2. Diretor segundo profissão nos 36 hospitais que responderam ao item no check-list

Profissão	Valor absoluto	(%)
Médico	34	94,4
Sociólogo	1	2,8
Administrador Hospitalar	1	2,8
Total	36	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa ‘Reforma do Estado e Setor Saúde’ – ENSP (Fiocruz)/NEPP. Unicamp/UFPE.

A alta proporção de diretores que responderam ao instrumento do check-list com curso de especialização – 68,4% – em Administração em Saúde ou Gestão Hospitalar mostrou que os diretores foram expostos à “norma culta” da gestão pública e ao aprendizado de novas soluções gerenciais.

Os dados revelaram que a função de gestor organizacional tem induzido o profissional médico a interagir com conteúdos técnicos e teóricos que não pertencem às especialidades médicas por meio de cursos de pós-graduação. As novas exigências de qualidade na gestão permitem afirmar que o aprendizado formal nos cursos de especialização serve com uma fonte para a busca de soluções que a simples vivência “cotidiana” na função é incapaz de responder. Essa aprendizagem técnica atua como um mecanismo de ratificação e impulso para o experimentalismo na gestão organizacional em todos os níveis do sistema (Tabela 3).

Tabela 3. Diretor segundo o curso de especialização em Administração ou Gestão Hospitalar Hospitais selecionados – Rio de Janeiro/São Paulo – 1999

Possui Curso de Especialização em Administração ou Gestão Hospitalar?	Valor absoluto	(%)
Sim	26	68,4
Não	12	31,6
Total	38	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa ‘Reforma do Estado e Setor Saúde’ – ENSP(Fiocruz)/NEPP. Unicamp/UFPE.

Essa característica de “carreira da gestão hospitalar” é a explicação para que 43,5% dos diretores de hospital que responderam ao questionário específico tenham sido indicados em razão de “critérios exclusivamente técnicos” (chamada pública e avaliação curricular; qualificação técnica em administração hospitalar etc.) (Tabela 4).

aos nomeados pela avaliação curricular (Tabela 5). Esse dado mostrou que a formação profissional criou no ambiente da gestão pública uma “regra de entrada”, que estabeleceu critérios, mesmo nas nomeações de caráter não técnico para o acesso à função de diretor de hospital.

Tabela 5. Relação da escolha do diretor com a formação em gestão hospitalar

	Têm especialização (%)	Não têm especialização (%)	Total (%)
Confiança política	57,14	42,86	100,00
Qualificação técnica	88,89	11,11	100,00

Fonte: Dados da Pesquisa ‘Reforma do Estado e Setor Saúde’ – ENSP (Fiocruz)/NEPP. Unicamp)/UFPE.

3 O padrão de inovação organizacional

As inovações no *portfólio* de serviços da organização pública hospitalar tenderam a uma expressiva diversificação, considerando as 38 respostas ao check-list (Tabela 6).

Tabela 6. Inovações apresentadas na gestão e na atenção à saúde Rio de Janeiro/São Paulo – 1999

Inovações	Têm	Não têm	Total
Central de Internações	52,6	47,4	100,0
Central de Marcação de Consultas	55,3	44,7	100,0
Central de Marcação de Exames	55,3	44,7	100,0
Incentivo à qualidade ou produtividade dos profissionais	55,3	44,7	100,0
Avaliação de desempenho profissional individual ou por equipes	47,4	52,6	100,0
Direção escolhida por critérios que incluem Qualificação em Administração Hospitalar	44,7	55,3	100,0
Avaliação de qualidade da gestão	42,1	57,9	100,0
Avaliação de satisfação do usuário	76,3	23,7	100,0
Certificado de acreditação hospitalar	23,7	76,3	100,0
Inovação no sistema de compras	47,4	52,6	100,0
Inovação na contratação de profissionais ⁽¹⁾	73,7	26,3	100,0
Contrato de Gestão	10,5	89,5	100,0
Profissionalização da Gestão	44,7	55,3	100,0
Gestão colegiada	57,9	42,1	100,0
Atenção domiciliar	23,7	76,3	100,0
Aumentos salariais lineares	23,7	76,3	100,0
Aumentos salariais diferenciados	10,5	89,5	100,0
Mudanças no modelo de atenção	47,4	52,6	100,0
Follow up	44,7	55,3	100,0
Outros	13,2	86,8	100,0

⁽¹⁾ Inclui instituições de todas as modalidades (como unidades de administração direta e indireta) que possuem profissionais de nível superior contratados fora do Estatuto do Servidor Público, tal como cooperativados, celetistas, entre outros. Estes dados englobam 38 hospitais selecionados, sendo 17 do Rio de Janeiro e 21 de São Paulo.

Fonte: Dados da Pesquisa ‘Reforma do Estado e Setor Saúde’ – ENSP(Fiocruz)/NEPP. Unicamp)/UFPE.

Detalhando essas inovações para os hospitais que responderam ao questionário específico, a análise da distribuição por modalidades de inovação ratificou a constatação de uma **forte reorientação organizacional para o usuário/paciente**:

- 68,2% utilizaram a estratégia de reorganização da porta de entrada como central de internação, de marcação de consultas e exames;
- 50% desenvolveram estratégias de atenção domiciliar;
- 50% recorreram à reorganização do atendimento pela criação de hospital-dia;
- 40,9% promoveram a institucionalização de ouvidorias e outros organismos de garantia de direitos dos pacientes;
- 36,4% criaram centrais de marcação ou outras formas de redução de barreira de acesso;
- 36,5% instituíram a participação de associações e comunidades em itens de decisão do hospital.

Na gestão de pessoal, observou-se que as **inovações organizacionais perseguiram uma clara estratégia de flexibilização contratual em relação à profissão médica e às demais profissões de nível superior**. A frequência das inovações apareceu com a seguinte distribuição:

- 45,5% dos hospitais introduziram novas formas de relação trabalhista com os médicos e outros profissionais de nível superior;
- 31,8% introduziram formas de incentivos ao desempenho profissional não contempladas ou vedadas pelo Regime Único de Trabalho;
- 31,8% obtiveram autonomia para a gestão de recursos humanos.

Na reorganização da infra-estrutura, verificou-se **um importante esforço de atualização tecnológica e expansão de capacidade de hotelaria**. A frequência da expansão de infra-estrutura apareceu com a seguinte distribuição:

- 59,1% dos hospitais registraram obras, abertura de novas instalações ou adequação física;
- 54,5% dos hospitais adquiriram novos equipamentos no período da pesquisa.

Na ampliação da governabilidade na gestão financeira, constatou-se **um desenvolvimento ainda lento de mecanismos que permitiriam maior decisão na gestão orçamentária e aquisição de bens (destinação de despesas e a criação de novas fontes de receitas)**. A frequência das inovações apareceu com a seguinte distribuição:

- 40,9% informaram que a otimização da gestão do orçamento;
- 45,5% informaram possuir autonomia de gestão orçamentária;
- 36,4% buscaram suporte em Fundação de Apoio ou entidades semelhantes;

Autonomia orçamentária	7	20,7
Autonomia gerencial	10	45,5
Autonomia na gestão de recursos humanos	7	31,8
Suporte de Fundação, Sociedade de Amigos ou similares	8	36,4
Introdução de incentivos ao desempenho profissional	7	31,8
Criação de centrais de marcação ou outra redução de barreiras de acesso	8	36,4
Criação de hospital-dia	11	50,0
Organização de atenção domiciliar	11	50,0
Repactuação das relações com os médicos	10	45,5
Ampliação da disponibilidade de recursos financeiros	6	27,3
Mudanças na organização do trabalho dos profissionais	10	45,5
Reorganização da porta de entrada	15	68,2
Autonomia em outros itens de custeio	4	18,2
Otimização do orçamento	11	50,0
Obras, abertura de novas instalações ou adequação física	13	59,1
Aquisição de novos equipamentos	12	54,5
Participação mais decisiva de associações e comunidade em itens de decisão no hospital	8	36,4
Desenvolvimento de ouvidoria ou outro organismo de garantia de direitos dos pacientes	9	40,9
Outras inovações	4	18,2

Obs.: Estas informações englobam 23 hospitais selecionados, sendo 17 do Rio de Janeiro e 6 de São Paulo. Um diretor de hospital do Rio de Janeiro não respondeu à pergunta. Esta pergunta admitia mais de uma resposta para o mesmo entrevistado.

Fonte: Dados da Pesquisa 'Reforma do Estado e Setor Saúde'. ENSP (Fiocruz)/NEPP. Unicamp/UFPE.

4 A mudança na natureza jurídica da organização hospitalar

O processo de introdução de inovação faz com que os executivos e os dirigentes dos hospitais busquem estratégias de flexibilização que minimizem os custos da gestão pública. Essas mudanças afetam a definição jurídica das entidades no direito público; os objetivos e fins da organização; a forma de obtenção de receitas pela criação de mecanismos alternativos de gestão de recursos obtidos no mercado; a obediência às leis do Regime Jurídico Único (RJU); de Licitações e Contratos; e a legislação de orçamentos e finanças. Essa tendência à acelerada flexibilização aparece nas tabelas comentadas a seguir.

A Tabela 8 mostra que no universo de 23 hospitais da rede pública da Região Metropolitana do Rio de Janeiro e São Paulo que responderam ao questionário específico 47,8% utilizavam formas de flexibilização administrativa que afetavam a definição jurídica das entidades no direito público.

Tabela 8. Modelo administrativo nos hospitais públicos - 1999

Forma da administração	Valor absoluto	(%)
Administração Burocrática	12	52,2
Administração Flexibilizada	11	47,8
Total	23	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa 'Reforma do Estado e Setor Saúde' - ENSP (Fiocruz)/NEPP. Unicamp/UFPE.

Entre as formas de administração alternativas ao direito público está um leque restrito de soluções em que se destacam:

- **as fundações de apoio:** entidades privadas conveniadas, instauradas pelas direções das organizações públicas para permitir agilização na gestão de receitas complementares à dotação pública; aquisição e alienação de bens e patrimônio; remuneração complementar de funcionários e profissionais da administração regidos pelo RJU; contratação de recursos humanos; introdução de incentivos; implantação de obras e ampliação de infra-estrutura etc.;
- **as cooperativas de profissionais de médicos:** arranjos legalmente instituídos e que freqüentemente vendem serviços à rede pública. Os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) (dos estados e municípios) recorreram a essa modalidade, simples ou combinada, para suprir deficiências em alguns setores, como no caso da compra de serviços de anestesistas, de serviços de plantonistas médicos em fins de semana. As cooperativas propriamente ditas foram instituídas pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro para prestação de serviços médicos e de enfermagem no *Hospital Lourenço Jorge* e, pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, em regime combinado entre salário de estatutário e complementação por cooperativa para oferecer serviços no *Hospital da Posse* em Nova Iguaçu/RJ. Na cidade de São Paulo foi desenvolvida uma modalidade singular de cooperativa para a gestão de sistema local e oferta de serviços, implementada pela prefeitura municipal pelo Plano de Assistência Médica (PAS).
- **as organizações sociais:** entidades jurídicas formalizadas pelo projeto de Reforma da Administração Pública do governo federal de 1995 que inovou a administração pública ao definir as Organizações Sociais como entes públicos não estatais criados para absorver atividades estatais “publicizáveis”, isto é, retiradas da administração direta, e administrar bens e equipamentos do Estado (Brasil. Presidente, 1995). São constituídas por associação civil sem fins lucrativos para a execução de atividades de interesse público, mas não de competência exclusiva do Estado, no ensino, pesquisa científica e desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde.

5 Orçamento e gestão financeira

Esse processo afeta também a forma de obtenção de receitas pela criação de mecanismos alternativos de captação e gestão de recursos públicos extra-orçamentários. Os dados da Tabela 9 mostram que 30% dos hospitais obtiveram receitas complementares aos recursos de orçamentação global que receberam do tesouro público. Essas receitas foram originadas de várias fontes:

- por meio de transferências para as fundações de apoio à gestão hospitalar;

Orçamento global e outras formas de financiamento	/	100,0
Total	23	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa 'Reforma do Estado e Setor Saúde' – ENSP (Fiocruz)/NEPP. Unicamp)/UFPE.

Embora os mecanismos de obtenção de receitas sejam restritos a um terço dos hospitais analisados, as respostas associadas à decisão de despesas revelaram que 60% dos gestores de hospital entrevistados percebem que detêm uma elevada autonomia decisória, enquanto 40% revelaram não deter nenhuma autonomia decisória (Tabela 10).

Tabela 10. Distribuição de autonomia decisória nos hospitais pesquisados

Decisão sobre despesas da organização	V. Abs.	(%)
Com autonomia decisória sobre o orçamento	14	60,9
Sem nenhuma autonomia orçamentária	9	39,1
Total	23	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa 'Reforma do Estado e Setor Saúde' – ENSP (Fiocruz)/NEPP. Unicamp)/UFPE.

6 Gestão de recursos humanos

As alterações na gestão de pessoal indicam que os gestores têm buscado romper com os limites do direito público para os contratos de trabalho regidos pelo RJU, criando ou acatando em alta escala – 78% – formas complementares ou alternativas ao concurso público para a contratação de pessoal no setor público. Importantes mecanismos de decisão em relação à contratação de pessoal são definidos não mais exclusivamente pelo poder público central e sim pela decisão gerencial da própria organização (Tabela 11).

Tabela 11. Mecanismos de contratação de profissionais de saúde de nível superior
Rio de Janeiro/São Paulo – 1999

Formas de contratação	Valor absoluto	(%)
Exclusivamente por concurso para cargo público	5	21,7
Concurso para cargo público e outras formas de formas de seleção pessoal	18	78,3
Total	23	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa 'Reforma do Estado e Setor Saúde' – ENSP (Fiocruz)/NEPP. Unicamp)/UFPE.

Essa ampliação de autonomia decisória associada à flexibilização de contratação possibilitaram que 56,5% dos hospitais que responderam o questionário registraram formas de incentivo salarial no âmbito da organização (Tabela 12).

Tabela 12. Estrutura de incentivos no plano organizacional

Possui Plano de Incentivos	Total	(%)
Sim	13	56,5
Não	10	43,5
Total	23	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa 'Reforma do Estado e Setor Saúde' – ENSP (Fiocruz)/NEPP. Unicamp)/UFPE.

Ainda assim, os mecanismos de incentivo ao desempenho profissional – onde existem – apareceram fortemente dependentes da decisão do executivo setorial. Apenas 38,5% das organizações podiam decidir que tipo de premiação oferecer diretamente em função de desempenho (Tabela 13).

Tabela 13. Gestão de profissionais de saúde de nível superior – 1999

Formas de incentivo	Valor absoluto	(%)
Planos de Incentivos centralizados em órgão público	8	61,5
Planos de Incentivos definidos na própria unidade que inclui avaliação de desempenho individual e/ou de equipes	5	38,5
Total	13	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa 'Reforma do Estado e Setor Saúde' – ENSP (Fiocruz)/NEPP. Unicamp/UFPE.

7 Aquisição de bens, controle e avaliação

Do conjunto de hospitais que responderam ao questionário específico, um número relativamente elevado de hospitais – 70% – orientava os processos de compra de serviços e aquisição de bens dentro da Lei n. 8.666/93 de licitações (Tabela 14), apesar das mudanças registradas na gestão de pessoal ou financeira. O item de compra foi certamente o setor da gestão pública em que mais lentamente avançou o processo de flexibilização e autonomia organizacional, por concentrar alta evidência de fonte de corrupção e captura de recursos públicos.

Tabela 14. Mecanismos de compra de equipamentos, materiais e realização de obras
Rio de Janeiro/São Paulo – 1999

Mecanismos	Valor absoluto	(%)
Lei de Licitações	16	69,6
Outras formas	7	30,4
Total	23	100,0

Fonte: Pesquisa 'Reforma do Estado e Setor Saúde' – ENSP (Fiocruz)/NEPP. Unicamp/UFPE.

Esses dados são coerentes com a informação em relação às formas de controle e avaliação desenvolvidas pelas várias instâncias da administração pública: os dados dos 23 hospitais analisados indicavam que apenas 39% dos hospitais pesquisados consideravam que estavam submetidos a mecanismos de prestação de contas que afetavam positivamente o desempenho da organização, enquanto os 60% restantes assinalavam que apenas respondiam à forma usual de controle de meio e procedimentos (Tabela 15).

Tabela 15. Forma de controle e avaliação

Processo de avaliação	Valor absoluto	(%)
-----------------------	----------------	-----

critérios de acesso aos serviços dos hospitais públicos pelas populações pobres. A pesquisa definiu previamente que a norma da universalidade do Sistema Único de Saúde restringia totalmente a possibilidade de escolha pela organização pública hospitalar de qualquer estratégia de exclusão ou seleção de pacientes. A estratégia alternativa dos hospitais a essa restrição tem sido a de definir a idéia do duplo acesso: admitir a universalidade para os pobres acessarem os seus serviços ao mesmo tempo que eles são disponibilizados à clientela que podem remunerá-los pelo seguro-saúde. Pela Tabela 16 nota-se que 21,7% dos hospitais pesquisados registravam formas de duplo acesso de pacientes aos seus serviços.

Tabela 16. Condições de acesso de clientelas – Rio de Janeiro/São Paulo – 1999

Condições de acesso	Valor absoluto	(%)
Acesso universal	18	78,3
Duplo acesso	5	21,7
Total	23	100,0

Obs.: Estas informações englobam 23 hospitais selecionados, sendo 17 do Rio de Janeiro e 6 de São Paulo.

Fonte: Pesquisa 'Reforma do Estado e Setor Saúde' – ENSP (Fiocruz)/NEPP. Unicamp/UFPE.

Esse mecanismo traz o risco de gerar a diferenciação de serviços e da hotelaria oferecidos a ambas as clientelas, acentuando a iniquidade na utilização de serviços de saúde e levando à mudança de missão organizacional dos hospitais públicos situados nas Regiões Metropolitanas do Rio de Janeiro e São Paulo.

As vantagens desse processo consistem em fazer com que segmentos da classe média não apenas utilizem esses hospitais de modo instituído – o que favorece a vocalização por qualidade –, como também gerem receitas complementares ao orçamento público. Porém, Esse processo necessitará de um grande esforço de natureza regulatória porque a definição da dupla porta de acesso apareceu, segundo a Tabela 17, diretamente associada a uma maior flexibilização vis-à-vis o controle e avaliação formal. Ou seja, a saída das amarras da administração direta gera incentivos à diferenciação das clientelas porque a organização passou a oferecer maior possibilidade de captação otimizada de receitas.

Tabela 17. Relação entre flexibilização e duplo acesso Rio de Janeiro/São Paulo

	Acesso universal	Duplo acesso	Total
Administração Burocrática	100% - 12	0%	12
Administração Flexibilizada	55% - 6	45% - 5	11
Total	18	5	23

Fonte: Projeto 'Reforma do Estado e o Setor Saúde' – ENSP/Fiocruz; NEPP. Unicamp/UFPE.

9 O ambiente da inovação organizacional

Nesta seção mostra-se a percepção dos gestores de hospital em relação às inovações que estão implementando. Os dados tabulados pela pesquisa a partir de uma escala sociométrica de baixo, médio e alto graus indicaram, pela percepção dos diretores

de hospital, que as inovações hospitalares bem-sucedidas eram aquelas que associavam em alta escala:

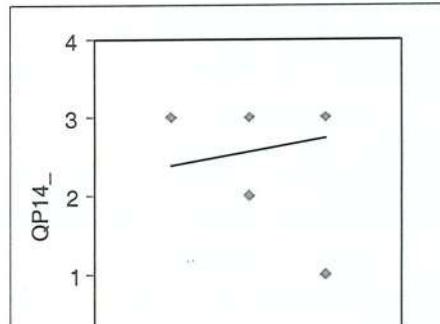
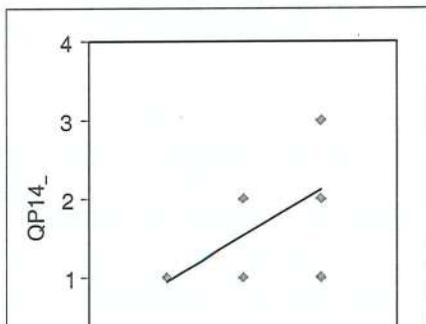
- apoio da comunidade atendida pelo hospital;
- intensidade da prestação de conta aos organismos comunitários e/ou conselho curador;
- apoio dos médicos às inovações introduzidas;
- grau de responsabilização pelos resultados;
- controle de qualidade nos contratos de manutenção de equipamentos;
- densidade tecnológica dos equipamentos disponíveis;
- grau de satisfação da direção com a qualidade do pessoal médico do hospital.

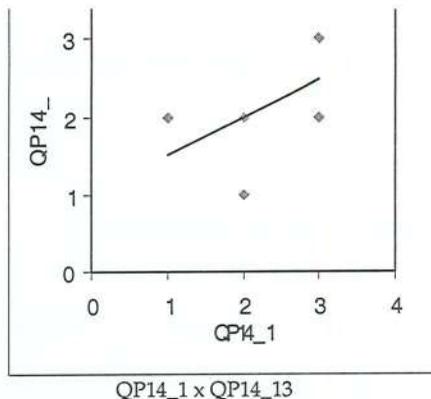
Os dados dos gráficos de dispersão abaixo permitem também inferir que a satisfação da comunidade atendida pelo hospital (QP14_1) apareceu positivamente associada, na ótica do gestor:

- À alta intensidade da prestação de conta aos organismos comunitários e/ou conselho curador (QP14_11);
- Ao alto grau de responsabilização da direção pelos resultados alcançados (QP14_12);
- À densidade tecnológica dos equipamentos disponíveis (QP14_13);
- Ao controle de qualidade nos contratos de manutenção de equipamentos (QP14_14).

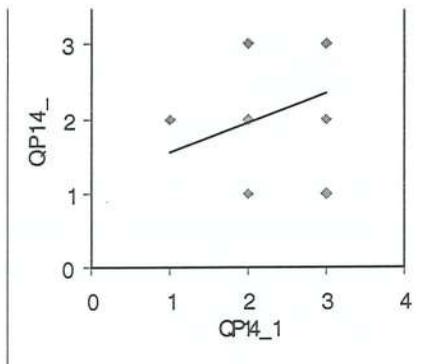
Esses dados permitem inferir que a boa gestão hospitalar resulta de uma associação entre responsabilização, transparência administrativa e qualidade da atenção.

Gráficos de dispersão entre as variáveis correlacionadas positivamente com a variável *aceitação da comunidade atendida pelo hospital* – Rio de Janeiro/São Paulo – 1999





QP14_1 x QP14_13



QP14_1 x QP14_14

Fonte: Pesquisa 'Reforma do Estado e Setor Saúde'. ENSP (Fiocruz)/NEPP. Unicamp/UFPE.

Conclusões gerais

As organizações hospitalares estudadas, como toda organização pública da administração direta, complexa e com monopólio de competência, tenderam a acumular elevada "folga organizacional" ao longo da sua formação. Pela ausência de constrangimentos externos ou incentivos microorganizacionais, a maioria pôde operar no plano inferior à sua capacidade física e humana instalada. Essa folga organizacional expressa, em condições normais, ineficiência e baixo empenho na geração de benefícios públicos. Utiliza-se aqui a noção de "folga organizacional" no sentido sugerido por Hirschmann (1970): reservas potenciais que podem dispor as organizações de qualquer natureza, utilizadas abaixo da sua capacidade em condições normais, mas que podem ser mobilizadas para enfrentar situações imprevisíveis no comportamento da política pública ou do mercado.

Nas situações de mudança de cenário institucional, essa folga organizacional pode ser explorada para gerar vantagens competitivas. Nas experiências estudadas há clara indicação de que essa margem de folga tem possibilitado a implementação de reorientação programática ou reconversão operacional.

Não há dúvida que as organizações hospitalares públicas estão diante de uma crise nas suas condições contratuais, o que estimula mudança de sua missão institucional e exige uma nova interação estratégica com o aparelho de Estado. Essas situações parecem facilitar as estratégias mobilizadoras da "energia" organizacional.

Essas reorientações têm sido operadas considerando-se o delicado equilíbrio entre a cultura organizacional e a agenda de inovação, para que esta última não venha a sucumbir sob o peso dos pontos de veto à mudança, nem desestabilizar as "ilhas de excelência" existentes na gestão pública hospitalar. A cautela diante das resistências, principalmente dos sindicatos de profissionais e de funcionários públicos, do Ministério Público e da comunidade de especialistas em direito administrativo público, faz com que o processo de mudança ocorra de modo fragmentado e experimental.

Embora as alterações na administração direta sejam amplamente assimiladas por todos os níveis de governo da federação, ainda não conformaram uma agenda coerente que possa ser exposta ao debate público. Pode-se afirmar que no setor de saúde assiste-se a uma reforma silenciosa e não explícita, ao contrário das suas congêneres nos países analisados, que definem um projeto sob a ótica de *governance* e de incentivos seletivos (Eid & Ibern, 1999).

Essa reforma apresenta elevada dosagem de experimentalismo em razão da ausência de consenso sobre qual a melhor solução para a gestão pública. O experimentalismo é comprovado pelas condutas radicalmente diferenciadas que adotam, por exemplo, os governos de municípios do Estado do Rio de Janeiro e do Estado de São Paulo em relação à gestão das suas unidades.

Nos hospitais sob responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Rio de Janeiro implementa-se a flexibilização pela exploração de todos os limites da administração pública, como no “Projeto 40 Horas” no *Hospital de Salgado Filho* (ver Glossário).

Na gestão estadual em São Paulo, a Secretaria de Saúde adota o programa de redução das horas contratadas de médicos, forçando a opção de todos os contratos de médicos na rede pública estadual para contratos de vinte horas semanais de trabalho. Esse programa de *down-sizing* introduziu com êxito, por exemplo no *Hospital do Mandaqui*, a remuneração flexível para os que aderirem a um programa de “presteza de atendimento”, que exige grande disponibilidade dos profissionais para os horários noturnos e fins de semana. A elegibilidade do médico a esse programa está condicionada à assiduidade e ao compromisso de trabalho nas 20 horas contratadas como funcionário público, comprovados pela direção do hospital. Esse programa quase triplica os salários dos elegíveis, ao mesmo tempo que diminui as despesas do hospital com pessoal médico.

Essa reforma setorial e localizada optou também pela implementação de políticas por via da terceirização ao delegar a cooperativas de serviços ou de profissionais a gestão direta de serviços e ao estabelecer **contratos de gestão** com empresas ou fundações privadas, como o caso da cidade de São Paulo, para administração de hospitais pertencentes ao governo estadual.

O Estado de São Paulo implementou na gestão de hospitais recém-construídos o modelo das organizações sociais. Essas estabelecem com a Secretaria Estadual de Saúde um contrato de gestão com comprometimento de metas a serem atingidas, com estabelecimento de padrão de qualidade da prestação de serviços e de produtividade. Uma outra cláusula contratual obriga o hospital a instalar “serviço de atendimento ao cliente”, que encaminhará à Secretaria de Estado de Saúde um relatório mensal de suas atividades (Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, 1999).

Por esse desenho, as organizações sociais estaduais, apesar de sofrer forte constrangimento nelo contrato de gestão, recebem várias vantagens, sob o ponto de vista

irresponsabilidade e *rent-seeking*. O caso da terceirização da gestão hospitalar na gestão Marcelo Alencar em fins de 1998, por intermédio do natimorto projeto HELP (Hospitais Públicos em Locais Populares), exemplifica essa tese. A gestão do governador Anthony Garotinho, iniciada em 1999, propôs a imediata suspensão da terceirização, sinalizando a retomada do modelo da administração direta. Esse esforço resultaria em iniciativas de: a) complementação salarial dos estatutários; b) incentivo à dupla jornada para os funcionários da administração direta; c) contratação de funcionários e profissionais por contratos temporários; d) contratação pelo regime de contratação do setor privado (pela Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT); e) implementação de cooperativas. É necessário sinalizar que todas essas iniciativas refazem por completo o modelo da administração direta que estaria sendo refundado.

A incerteza decisória, refletida na experiência do *Hospital Estadual Getúlio Vargas*, é importante pela interação entre as variáveis macropolíticas (escolhas das elites dirigentes) e organizacionais que interferem na mudança da gestão pública.

O processo de flexibilização administrativa parece, assim, ainda em aberto pelo baixo grau de consenso em relação aos seus efeitos sobre a provisão de bens escassos e sobre a capacidade do poder público de regular as organizações geridas por terceiros.

Para que esse processo tenha êxito parece necessária a introdução de rotinas de avaliação que permitam apontar os parâmetros e indicar mudanças de curso. As experiências internacionais apontaram para esse caminho e defrontaram com a necessidade de reformar os sistemas administrativos. Essas experiências vêm problematizando, a partir de estudos realizados por instâncias independentes (institutos de pesquisa, universidades e organizações não-governamentais) os seguintes pontos:

(1) a baixa experiência da administração pública na regulação eficiente das organizações terceirizadas, potencializando um processo de captura e baixa responsabilização;

(2) a pouca confiança na capacidade de contratualização do Estado. Essa escassez de confiança é agravada quando os contratos entre as novas agências e o setor terceirizado são avalizados pelo sistema de representação política. As organizações tendem, diante da baixa tradição contratual desses agentes, a definir estratégias de resistência e veto às inovações propostas;

(3) a ameaça aos direitos dos cidadãos de acesso e utilização de bens públicos pela criação de mecanismos alternativos ao *quasi*-mercado para financiamento a organizações situadas no terceiro setor. Essa ameaça tem recolocado na agenda a discussão das atividades estratégicas as quais o poder público não pode submeter a mecanismos de mercado pela ameaça à equidade e à justiça distributiva;

(4) a indefinição sobre quem arca com os altos custos de transação para estabelecer o equilíbrio entre principal e agente, e prevenir os contratos contra as condutas oportunistas;

(5) a constatação de que as teorias de mercado aplicadas ao setor público podem produzir resultados incertos e desastrosos, gerando novos gastos pela necessidade de correção das falhas do mercado em situações de assimetria de informações entre os agentes ou de controle por um único provedor dos mercados criados pelo setor público.

Glossário

Acreditação Hospitalar – trata-se da concessão de certificado de excelência, segundo determinados padrões de qualidade, a hospitais por uma organização autônoma de excelência reconhecida na área de controle de qualidade. A introdução desses certificados segue tendências difundidas internacionalmente em indústrias e serviços no âmbito da qualidade total e outras modalidades de incentivo à mudança organizacional. No Brasil, agências certificadoras têm desenvolvido programas de acreditação e o próprio Ministério da Saúde, através de parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), vem investindo na criação da Organização Nacional de Acreditação e na produção de um *Manual de Acreditação*. O caráter inovador decorre da aceitação pela direção de um conjunto de regras de gerência e de medidas voltadas aos usuários que buscam melhorar a qualidade do conjunto dos serviços oferecidos. Além disso, a direção ou órgão gestor central aceita a participação de avaliadores externos. Na pesquisa realizada, diversos entrevistados mostraram aceitação do modelo, porém a habilitação aos certificados foi iniciada apenas nos hospitais de Ipanema, dos *Servidores*, do *Andaraí* e no *Clementino Fraga Filho*, todos no Rio de Janeiro e sob gestão federal.

Atenção Domiciliar – representa, juntamente com o hospital-dia e cirurgias e endoscopias ambulatoriais, um meio de reduzir o tempo de permanência dos pacientes internados em combinação com ganhos na qualidade da atenção. Os programas de atenção domiciliar são usualmente praticados para patologias específicas como as que requerem uso de quimioterapia e diálise peritoneal; e para doentes crônicos com grande dificuldade de locomoção como idosos com seqüelas neurológicas ou cardiopatas. A sua implementação exige redefinição da rotina de médicos, enfermeiras e fisioterapeutas, entre outros, e treinamento da família em procedimentos como na diálise peritoneal. Quando eficientes, reduzem a procura pelos pacientes dos setores de emergência e ambulatório do hospital. Um grande número de hospitais montou programas desse tipo, independente do perfil de hospital geral, de referência ou de emergência. Programas de atenção domiciliar solidamente articulados à rotina do hospital foram observados, por exemplo, no *Instituto Nacional do Câncer* (RJ), com ênfase no suporte ao paciente em estágios avançados de sua doença, ou no *Hospital do Rim e da Hipertensão* (SP), especificamente voltado à diálise peritoneal do doente renal crônico. Programas semelhantes foram descritos nos hospitais do *Mandaqui*, do *Jabaquara*, do *Tatuapé*, em São Paulo, e nos hospitais dos *Servidores*, *Getúlio Vargas*, *Raphael de Paula Souza*, *Salgado Filho* e *Cardiologia de Laranjeiras*, no Rio de Janeiro.

Avaliação de Qualidade de Gestão – o termo admite usos bastante diversos, porém no hospital público brasileiro, modelos de avaliação têm sido cada vez mais utilizados e admitem duas formas principais, muitas vezes combinadas. Uma delas se dá pelo uso de indicadores de avaliação cada

procedimentos mais complexos, como tomografias computadorizadas, estudos hemodinâmicos, teste ergométrico e exames radiológicos contrastados de modo geral. A criação dessas Centrais costuma depender da informatização dos hospitais e nos casos de maior impacto, pressupõe integração da rede pública no Estado, de modo a promover otimização no uso de leitos hospitalares, consultórios especializados e meios diagnósticos. De especial interesse é a Central de Internações, em que os leitos disponíveis em cada hospital são monitorados pela direção, visualizados pelo conjunto dos médicos e imediatamente bloqueados a partir de uma indicação de internação. Programas de rede para estruturação das Centrais são disponibilizados pelo Ministério da Saúde através do Datasus.

Contrato de Gestão – representa instrumento regulatório em uso crescente no país e diretamente associado a padrões de reforma do Estado. Esses contratos são, usualmente, aplicados para definir relações entre governos e empresas públicas ou privadas. As empresas privadas sujeitas a regulação por esses contratos geralmente representam monopólios naturais, empresas estatais recém-privatizadas (de caráter monopolista ou não) ou concessões públicas de serviços estratégicos (como metrô, ferrovias, rodovias). No setor de saúde, os contratos são utilizados mais comumente para definir relações entre o governo e hospitais públicos ou privados contratados. Em que pese a diversidade de contratos de gestão e, em certos casos, a pequena diferença com os planos de metas gerais estabelecidos pela administração pública, o ponto comum a esses contratos reside no estabelecimento de objetivos gerais da empresa ou organização, de indicadores de acompanhamento de desempenho e de progressividade no cumprimento de metas. O governo, por sua vez, concede autonomia à empresa pública ou funções ou serviços a serem explorados pela empresa privada. Os contratos de gestão envolvem pactuação e regulação, geralmente, desenvolvidas por agências ou departamentos especializados na administração pública. Com relação ao setor de saúde, a experiência internacional contempla contratos associados à maior autonomia da gestão hospitalar e contratos sistêmicos. Em sistemas de saúde contratualizados, como o inglês e o espanhol, os contratos combinando metas e incentivos tratam do desempenho conjunto dos serviços ambulatoriais e hospitalares, assim como da regulação das relações entre os serviços ambulatoriais com hospitais e rede de apoio diagnóstico de alta complexidade. No Brasil, alguns contratos foram celebrados entre o executivo federal e entes públicos estatais como o Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (INMETRO) ao adquirir a forma de agência executiva. Esse tipo de contrato foi celebrado também com a Associação Brasileira de Tecnologia de Luz Síncrotron (ABTLuS) e com a Associação de Comunicação Educativa Roquette Pinto (ACERP) para a sua configuração como organização social nos termos do plano diretor da reforma do Estado definido pelo governo federal em 1994. Uma vez estabelecido o contrato, o governo se compromete ao repasse de orçamento negociado a cada ano, além da cessão de instalações e de pessoal, realização de investimentos, além de assegurar maior autonomia gerencial. No setor de saúde, governos estaduais elaboraram leis que regulamentam os contratos com as organizações sociais, como no caso da Bahia e de São Paulo, porém têm sido utilizadas para definir relações com entidades filantrópicas, em vez de alterar a natureza das organizações estatais. Esta pesquisa analisou uma condição desse tipo através da *Organização Social Santa Marcelina*, gestora do *Hospital Geral de Itaim Paulista*. A *Organização Social Santa Marcelina* tem as suas relações definidas com o executivo estadual através de contrato de gestão negociado anualmente e rodadas mensais com a SES servem de acompanhamento do desempenho do hospital. A pesquisa observou também a existência de contratos de gestão definindo os compromissos das cooperativas gestoras dos hospitais do *Jabaquara* e do *Tatuapé* (SP) com o governo municipal.

Cooperativas de Profissionais – representam arranjos legalmente instituídos e que, freqüentemente, vendem serviços à rede pública. Cooperativas são organizações tradicionais na legislação brasileira e presentes em diferentes setores da vida econômica, como na agropecuária e na área de serviços, através de médicos que oferecem planos de saúde (Unimed, por exemplo). A formação de cooperativas de especialistas médicos (anestesiastas, ortopedistas) que vendem serviços a hospitais ou secretarias de saúde representa prática recente, porém de acelerada difusão em todo o país para suprir necessidades onde a remuneração por salário é insuficiente para assegurar a provisão adequada de serviços essenciais. Existem exemplos de reprodução do modelo para outras profissões, como no caso de enfermeiros instrumentadores cirúrgicos que vendem serviços ao hospital municipal de Manaus (AM). Uma modalidade mais abrangente de venda de serviços através de cooperativas, com abrangência sobre ambulatorios, hospitais ou redes integradas de assistência à saúde, tem sido observada com freqüência no Brasil e se refere ao funcionamento de cooperativas de serviços, das quais participam médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e outros profissionais de saúde, cujo escopo de atuação cobre áreas bastante amplas na provisão dos serviços de saúde. As cooperativas são muitas vezes acusadas de prática empresarial, em que as relações internas se caracterizariam por uma relação entre patrões (os dirigentes eleitos nas assembleias organizadas conforme o estatuto de cada organização) e empregados (os profissionais que prestam diretamente os serviços). A pesquisa observou a dinâmica das cooperativas em alguns dos hospitais estudados. Uma vez constituídas, as cooperativas são contratadas, através de licitação, pelos órgãos públicos. O processo licitatório é objeto constante de contestação e, em casos como o do Plano de Assistência à Saúde (PAS) implementado pela prefeitura de São Paulo, as pendências jurídicas perduram há muitos anos. Existem exemplos, como no caso das cooperativas contratadas para a área hospitalar e ambulatorial pela prefeitura do Rio de Janeiro, onde se observa baixo veto, pelo contrário. A entrada dos profissionais nas cooperativas, quando já organizadas e em funcionamento, se dá através de adesão, em geral pelo pagamento de uma taxa e sujeita à aceitação pela sua direção. O regime de remuneração dos profissionais se dá, nos casos estudados, através do pagamento mensal segundo faixas estabelecidas por hora trabalhada e tipo de especialidade. Dentro destas faixas existe padronização de vencimentos. As cooperativas não costumam praticar programas de incentivo diferenciando a seus profissionais e, segundo a legislação que rege esta prática, está previsto um rateio anual na forma de bonificações conforme a existência de superávit. A estrutura proporciona alta flexibilidade na gestão de pessoal, porém pode representar um facilitador no sentido de promover alta rotatividade nos profissionais. A pesquisa detectou a presença de diversas cooperativas atuando em hospitais estudados. No *Hospital Lourenço Jorge* (RJ), a Secretaria Municipal de Saúde implementou um modelo em que a cooperativa de profissionais fornece os quadros diretamente ligados à assistência médica e equipes de apoio. Funcionários da SMS ocupam as chefias de serviço e cargos de direção da unidade, preservando o controle estatal direto sobre os serviços. Um exemplo semelhante foi observado no *Hospital Geral de Nova Iguaçu* (RJ), onde uma cooperativa foi contratada pelo governo estadual na gestão de Marcelo Alencar para completar o quadro profissional. Nesse caso foi permitido que funcionários públicos participassem da cooperativa através de extensão de carga horária sobre-remunerada. O mecanismo permitiu um aumento dos rendimentos de médicos e enfermeiros pertencentes aos quadros da administração pública e complementação através de outros cooperativados das equipes. O governo do Estado do Rio de Janeiro, sob a gestão de Marcelo Alencar transferiu, sob contrato, a gestão de diversos de seus hospitais de emergência na capital, como o *Hospital Getúlio*

Uma para absorver os funcionários públicos licenciados sem vencimentos e que aderiram ao novo modelo. Outra para administrar os serviços nos distritos municipais, sendo composta por profissionais ligados à assistência direta e os dirigentes. O governo municipal de Celso Pitta manteve o modelo adotado, porém as contestações no Legislativo, Judiciário e no próprio sindicalismo setorial foram intensas. Como resultado, o próprio Ministério da Saúde não repassava recursos do SUS ao município. O executivo municipal promoveu uma reforma no modelo, conhecido como Plano de Assistência à Saúde (PAS), diminuindo de doze para quatro as regiões e respectivas cooperativas que dirigem as unidades públicas, sob o peso de denúncias sobre uso indevido dos recursos transferidos.¹ Outra modalidade foi a observada no *Hospital da Lagoa* (RJ), onde uma cooperativa de profissionais presta os serviços do setor de neonatologia, de alta especialização. De modo geral, a pesquisa mostrou que as terceirizações para cooperativas que não envolvam transferência da gestão do hospital recebem menor contestação e menor veto no plano político-partidário, jurídico e sindical.

Follow up – prática comum nos hospitais, o seguimento ambulatorial de pacientes no período imediato à alta, especialmente após cirurgias, não representa uma inovação para a maioria dos hospitais gerais e especializados nos grandes centros, porém a sua adoção por algumas unidades de emergência que buscam abandonar o foco no pronto atendimento pode representar um primeiro passo na dinamização do ambulatório e na redução do tempo médio de permanência de pacientes internados.

Fundações de Apoio – são entidades privadas sem fins lucrativos formadas para apoiar instituições públicas e submetidas aos procedimentos específicos e determinados pelo Ministério Público e Curadoria das Fundações. Os procedimentos implicam a formação de um Conselho de Curadores e sua atuação deve atender também aos objetivos da instituição apoiada, segundo manifestação de seu presidente, diretor ou dirigente superior. As fundações de apoio consistem em mecanismos antigos utilizados por organizações públicas, como universidades e hospitais, voltadas à captação de recursos em fontes extra-orçamentárias. Com a Constituição Federal de 1988 houve no Brasil uma forte redução da autonomia de gestão nas fundações públicas existentes e se observou maior homogeneidade entre as instituições em torno do modelo autárquico, fortemente submetido ao controle de burocracias centrais. Fundações de apoio, de direito privado, assim como sociedades de amigos de diversas formas e escopos, observadas há várias décadas, foram sendo ao longo dos anos 90 progressivamente associadas a serviços públicos na área de saúde, educação, desenvolvimento social, meio ambiente, entre outros setores, e o quadro atual é altamente diversificado com relação a objetivos, capacidade administrativa e gerencial, porte econômico e características organizativas.

No setor de saúde, muitas dessas fundações se desenvolveram ou foram criadas junto a hospitais no sentido de captar recursos, aportar equipamentos e profissionais especializados e promover certos ganhos de eficiência obstaculizados pelo modelo vigente de administração pública. Um exemplo marcante foi a *Fundação E. J. Zerbini* (SP), criada em 1978 para apoiar o *Instituto do Coração* (InCor) do *Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*. Trata-se da primeira experiência relevante desse modelo organizacional e, em função dos resultados alcançados e da sustentabilidade da parceria, é um padrão, freqüentemente, utilizado pelas fundações mais recentes. A fundação gera recursos basicamente a partir de doações e da cobrança

1 A prefeita Marta Suplicy juntamente com o secretário municipal de saúde Eduardo Jorge decidiram extinguir o PAS, em janeiro de 2001.

de leitos para a medicina complementar e particulares. Esses recursos geridos de forma autônoma somam-se, no InCor, à receita orçamentária e o Instituto atua no âmbito do Sistema Único de Saúde, cuja clientela representa mais de 80% das altas globais, havendo, dessa forma, o duplo acesso regulado aos serviços. Entre os hospitais analisados nesta pesquisa se encontra outro exemplo de inovação organizacional de impacto. A *Fundação Ary Frausino* (RJ), criada em 1991, para apoiar o *Instituto Nacional do Câncer* (Inca), órgão do Ministério da Saúde, e administrar recursos diretos do Sistema Único de Saúde, além de receber doações e estabelecer convênios com instituições públicas e privadas. A motivação central para a sua criação foi a extinção da *Campanha Nacional de Combate ao Câncer*, ação desenvolvida pelo Ministério da Saúde e que servia de apoio ao Inca. O principal ponto de estrangulamento apontado foi relativo à não-reposição de especialistas e a Fundação teve como função primordial a contratação de pessoal. Uma importante fonte de recursos veio da captação de pagamentos para internações e procedimentos ambulatoriais do SUS, os quais gerenciados pela Fundação permitiram a contratação de especialistas e profissionais de saúde em regime celetista e o desenvolvimento de programas de incentivo. As fundações de apoio permitem maior agilidade na gestão de receitas complementares à dotação pública; aquisição e alienação de bens e patrimônio; remuneração complementar de funcionários e profissionais da administração regidos pelo RJU; contratação de recursos humanos; introdução de incentivos; implementação de obras e ampliação de infra-estrutura, entre outros. Diversos outros hospitais estudados possuem fundações com estrutura e objetivos organizacionais semelhantes, entre eles o *Hospital do Rim e da Hipertensão* (Fundação Oswaldo Ramos, SP), o *Hospital de Cardiologia de Laranjeiras* (Fundação Pró-Coração – FUNDACOR, RJ), *Hospital Pedro Ernesto* (FUNCAPE, orientada ao setor cardiovascular, RJ), *Instituto Nacional de Traumatologia-Ortopedia* (Fundação Pro-Into, RJ) e *Hospital Clementino Fraga Filho* (Fundação José Bonifácio, da Universidade Federal do Rio de Janeiro).

Hospital-dia – são modelos organizacionais voltados para a redução do volume de internações nos hospitais e para prover atenção especializada a clientelas específicas e mais vulneráveis, como doentes mentais e pacientes com Aids. Essa inovação proporciona a essas clientelas, de modo integrado a programas especiais, o acesso a serviços hospitalares em situações de crise, oferecendo terapia imediata e de curta duração em consonância com a atuação de equipes multidisciplinares e de suporte ambulatorial, comunitário e familiar. Atualmente, essa modalidade é reconhecida e remunerada pelo SUS aos prestadores.

Organizações Sociais – entidade jurídica formalizada pelo projeto de Reforma da Administração Pública do governo federal de 1995 que inova a administração pública ao definir as Organizações Sociais como entes públicos não estatais criados para absorver atividades estatais “publicizáveis”, isto é, retiradas da administração direta, e administrar bens e equipamentos do Estado (Brasil. Presidente, 1995). São constituídas por associação civil sem fins lucrativos para a execução de atividades de interesse público, mas não de competência exclusiva do Estado, no ensino, pesquisa científica e desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde. O processo de constituição destas organizações está descrito no item relacionado aos contratos de gestão.

Ouvidoria – representa inovação recente no hospital público brasileiro e mecanismo mais próximo

Porta de Entrada – termo utilizado para definir o meio de acesso dos usuários aos serviços. Nos hospitais se refere comumente ao setor de emergência. Afirma-se que a porta de entrada é aberta quando o atendimento efetuado pelas equipes médicas é feito por demanda individual, sem relação com a gravidade do caso, tipo de patologia ou exigência de referência ou encaminhamento por outro serviço. Os programas de reorganização da porta de entrada costumam dividir as equipes de emergência, criando grupos de triagem, os casos mais simples são medicados e orientados a consultas ambulatoriais e os de maior gravidade que necessitam de recursos não disponíveis são encaminhados por ambulâncias para unidades mais apropriadas. Os grupos de triagem selecionam para as equipes de emergência os pacientes compatíveis com o perfil do hospital. Os hospitais especializados reorganizam sua porta de entrada para redistribuir pela rede pública os pacientes considerados fora de seu perfil. Para que essa reorganização represente efetivamente uma inovação em favor dos usuários, deve existir uma plena articulação entre as diferentes unidades públicas em rede.

Programas de Incentivo – significam iniciativas voltadas a promover ganhos salariais aos profissionais para além dos mecanismos usuais em cada administração, como anuênios e titulação. Podem ser individuais, quando visam premiar os casos exemplares na organização, porém a maioria dos programas implementados nos hospitais públicos gera ganhos coletivos, segundo o volume de serviços produzidos. Cooperativas de profissionais podem distribuir ganhos entre seus componentes ao final de cada exercício, mas a prática comum indica o reinvestimento como principal destino para os eventuais ganhos financeiros. A existência de programas de incentivo associados a avaliação de desempenho, quando efetivamente implementados, denota maior aderência dos profissionais à missão institucional e amplia os recursos de gestão do diretor.

Programas de Qualidade – compõem uma gama bastante variada de iniciativas adotadas pelos hospitais, muitas vezes como primeiro passo para o desenvolvimento de uma administração inovadora. Em geral, os programas são implementados por consultorias privadas, porém diversas instituições públicas desenvolvem linhas de cooperação técnica com os hospitais através do uso de ferramentas de planejamento estratégico. Os programas de qualidade quando introduzidos por consultores são altamente influenciados por modelos de reengenharia e qualidade total, sendo enfatizados a racionalidade burocrática, o comprometimento dos profissionais com a organização e o foco no usuário.

Projeto 40 Horas – representa um programa de fixação de profissionais de nível médio e superior implementado no *Hospital Salgado Filho* (RJ). O programa unifica a carga horária de todos esses profissionais em quarenta horas semanais em troca de remuneração superior ao estabelecido nas faixas salariais da administração municipal. Com a maior remuneração e o conseqüente compromisso com o cumprimento real da jornada de trabalho, a direção promoveu ampla reorganização nas rotinas dos setores de emergência, ambulatorios e enfermarias, voltadas à ampliação da produtividade e da qualidade da atenção no hospital. O modelo foi implementado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de modo experimental e comparado ao sistema de cooperativas contratadas no *Hospital Lourenço Jorge*, igualmente pertencente à administração municipal. Os dois maiores hospitais da rede municipal do Rio de Janeiro, *Souza Aguiar* e *Miguel Couto*, no entanto, recusaram através de suas direções e do corpo médico a adoção do “Projeto 40 Horas” e não pleitearam a entrada das cooperativas em suas unidades.

Anexo 4

Desigualdades no acesso aos serviços de saúde

Carlos Octávio Ocké Reis

Introdução

Diminuir as desigualdades na utilização dos serviços de saúde é um dos princípios básicos para a construção de um sistema socialmente mais justo. Ainda que alguns progressos tenham sido realizados nesse campo, persistem no Brasil grandes desigualdades de utilização de serviços, seja entre regiões, seja entre segmentos sociais. São sintetizados, a seguir, alguns resultados de trabalhos que abordam esse problema.

Travassos et al. (1998) analisaram as desigualdades geográficas e sociais na utilização dos serviços de saúde no Brasil com base nos dados da *Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN)*, realizada em 1989 e da *Pesquisa sobre Padrões de Vida (PPV)*, de 1996/97, ambas realizadas pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Apesar da abrangência das duas pesquisas ser bastante desigual, uma vez que a PNSN incorporou as cinco regiões geográficas do país enquanto a PPV foi restrita às Regiões Nordeste e Sudeste, a comparação forneceu informações relevantes no tocante às desigualdades entre as duas regiões. No estudo foram analisadas as variações nas taxas de utilização dos serviços de saúde, padronizadas por idade e sexo, calculando-se as taxas gerais e para os grupos com e sem morbidade. Este último caracterizado como o que não referiu restrição de atividades em decorrência de morbidade.

1 Desigualdades regionais no acesso

Comparando os resultados obtidos a partir da tabulação dos dados das duas pesquisas, verificou-se que houve uma diminuição nos diferenciais de utilização entre as Regiões Nordeste e Sudeste e que na primeira as melhorias relativas foram mais acentuadas.

No primeiro caso (taxa geral de utilização), os dados da PNSN demonstraram uma maior taxa de utilização de serviços de saúde para os habitantes da Região Sudeste (19,49 por 100 habitantes) e menor para os habitantes da Região Nordeste (13,01 para

	Nordeste		Sudeste		Nordeste		Sudeste	
	%	Erro-Padrão	%	Erro-Padrão	%	Erro-Padrão	%	Erro-Padrão
Com restrição de atividade	7,80	(0,61)	9,78	(0,57) ⁽¹⁾	9,74	(0,87)	7,16	(0,59) ⁽¹⁾
Com doenças crônicas	-	-	-	-	15,00	(0,93)	14,91	(0,67)ns
Com problema de saúde	-	-	-	-	26,01	(1,99)	18,93	(1,02) ⁽²⁾
Auto-avaliação regular ou ruim	-	-	-	-	22,32	(1,25)	15,37	(0,84) ⁽¹⁾
Com sintoma	53,58	(2,36)	51,48	(1,94)ns	-	-	-	-
Uso de serviços de saúde	13,01	(0,90)	19,49	(0,81) ⁽¹⁾	14,06	(0,88)	15,29	(0,97)ns

Legenda: ns: não significativos;

Nota: ⁽¹⁾ 0,01 < p-valor < 0,05; ⁽²⁾ p-valor, 0,01

Fonte: IBGE. *Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição* (1989) e *Pesquisa sobre Padrões de Vida* (1996/97) – Elaborada por Travassos et al. (1998).

Recalculando as taxas de utilização separadamente para os grupos com e sem morbidade, Travassos et al. (1998) encontraram diferenças significativas, sempre desfavoráveis ao Nordeste. Em 1989, a taxa de utilização para a população com restrição de atividades foi de 46,39 por 100 habitantes na Região Nordeste e de 66,02 por 100 habitantes na Região Sudeste. Já em 1996/97, essas taxas passaram a ser de 59,57 por 100 habitantes e de 69,54 por 100 habitantes, respectivamente, para a Região Nordeste e para a Região Sudeste. Comparando a razão entre as taxas de utilização para a população com restrição, verificou-se uma diminuição de 17,6% (1,42 em 1989 para 1,17 em 1996/97), denotando uma diminuição na desigualdade de acesso aos serviços de saúde entre as duas regiões (Tabela 2). Dentro de cada região, analisando a taxa de utilização da população com restrição, verificou-se que a melhoria foi proporcionalmente maior na Região Nordeste (aumento de 28%), do que na Região Sudeste (aumento de 5,3%).

Tabela 2. Taxas de utilização de serviços de saúde (por 100 habitantes) padronizadas por idade e sexo, por indicadores de morbidade e cobertura de Plano de Saúde, segundo as Regiões Nordeste e Sudeste, 1989 e 1996/97

	1989				1996/97			
	Nordeste		Sudeste		Nordeste		Sudeste	
	%	Erro-Padrão	%	Erro-Padrão	%	Erro-Padrão	%	Erro-Padrão
Restrição de atividade								
Com restrição	46,39	(3,10)	66,02	(2,62) ⁽²⁾	59,57	(2,80)	69,54	(3,53) ⁽¹⁾
Sem restrição	10,23	(0,88)	14,55	(0,79) ⁽²⁾	9,04	(0,69)	11,32	(0,90) ⁽¹⁾
Problema de saúde								
Com problema	-	-	-	-	36,82	(2,51)	52,14	(2,11) ⁽²⁾
Sem problema	-	-	-	-	4,96	(0,55)	6,00	(0,69)ns
Sintoma								
Com sintoma	20,53	(1,61)	30,67	(1,17) ⁽²⁾	-	-	-	-
Sem sintoma	3,19	(0,53)	6,64	(0,63) ⁽²⁾	-	-	-	-
Plano de Saúde								
Coberto	-	-	-	-	18,93	(1,73)	18,20	(1,52)ns
Não coberto	-	-	-	-	13,19	(0,95)	13,72	(1,04)ns

Legenda: ns: não significativos;

Notas: ⁽¹⁾ 0,01 < p-valor < 0,05; ⁽²⁾ p-valor, 0,01

Fonte: IBGE. *Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição* (1989) e *Pesquisa sobre Padrões de Vida* (1996/97) – Elaborada por Travassos et al. (1998).

Ademais, a taxa de utilização das pessoas sem restrição de atividades em decorrência de quadro mórbido também mostrou diferenças desfavoráveis à Região Nordeste, ainda que menos pronunciadas. Em 1989 (PNSN) a taxa de utilização foi de 10,23 por 100 habitantes na Região Nordeste e de 14,55 por 100 habitantes na Região Sudeste. Já em 1996/97 (PPV), as taxas baixaram para 9,04 por 100 habitantes na Região Nordeste e para 11,32 por 100 habitantes na Região Sudeste. A razão de utilização entre as Regiões Sudeste e Nordeste, por sua vez, baixou de 1,42 em 1989 para 1,25 em 1996/97, com uma queda de aproximadamente 12%, ainda que nas duas regiões as taxas de utilização para as pessoas sem restrição de atividades tenham diminuído no período 1996/97 em relação a 1989.

As condições sociais, utilizando a renda como *proxy*, também tendem a diminuir as oportunidades de acesso aos serviços. Foram comparadas as oportunidades de utilização de serviços de indivíduos pertencentes ao primeiro tercil de renda com as dos indivíduos situados no terceiro tercil. Os resultados são desfavoráveis aos indivíduos mais pobres nas duas regiões.

Na Região Nordeste, em 1989, a oportunidade de acesso era 52% menor para o primeiro tercil (razão de odds de 0,48). Em 1996/97, esse diferencial baixou para 37% (razão de odds de 0,63). Na Região Sudeste, as oportunidades do primeiro tercil na utilização de serviços de saúde eram 40% e 35% menores do que as do terceiro tercil, respectivamente, em 1989 e 1996/97 (Tabela 3). De qualquer forma, principalmente na Região Nordeste, houve uma melhoria no acesso da população de menor renda.

Tabela 3. Razão de odds para o uso de serviços de saúde condicional à renda domiciliar per capita
Uso de serviços de saúde

Característica	Região	PNSN 1989			PPV 1996/97		
		Razão de odds	Limite inferior	Limite superior	Razão de odds	Limite inferior	Limite superior
Renda domiciliar per capita							
Primeiro tercil	NE	0.48	0.34	0.66	0.63	0.46	0.85
	SE	0.60	0.46	0.79	0.65	0.48	0.88
Terceiro tercil	NE	0.73	0.52	1.01	0.78	0.49	1.23
	SE	0.91	0.74	1.12	0.61	0.48	0.79
Cobertura por plano de saúde							
Coberto	NE	-	-	-	1.66	1.26	2.20
	SE	-	-	-	1.73	1.38	2.17

- Intervalo de confiança 95%

Fonte: Elaborada por Travassos et al. (1998).

A análise das duas pesquisas feita por Travassos et al. (1998) também revelou que na utilização de serviços:

- houve maior participação relativa da utilização de postos e centros de saúde no Nordeste, contra maior participação de clínicas e consultórios privados na Região Sudeste;

Campino et al. (1998), utilizando os dados da PPV, também forneceu informações importantes sobre a percepção do estado de saúde e a demanda por serviços, segundo estratos de renda (quintis). Com relação à percepção do estado de saúde, cerca de 81% da população avaliou seu estado de saúde como excelente, muito bom ou bom. Contudo, no primeiro quintil fazem esta auto-avaliação 76,2% dos indivíduos e no último 87,5% (Tabela 4).

Tabela 4. Avaliação do estado de saúde por quintil de renda

Avaliação	1° quintil	2° quintil	3° quintil	4° quintil	5° quintil	Total
Excelente	9,5	13,1	16,4	19,7	24,8	16,7
Muito bom	19,9	25,4	27,1	25,2	28,6	25,3
Bom	46,8	40,9	36,2	36,6	34,1	38,9
Regular	19,1	16,4	16,3	16,2	11,3	15,8
Ruim	4,3	3,9	4,0	2,2	1,1	3,1
Não avaliado	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2
Não sabe	0,1	0,0		0,0		0,0
Total (número)	3.547	3.854	3.563	3.504	3.699	18.167

Fonte: IBGE/PPV apud Campino et al. (1998).

A existência de problema crônico de saúde (15,4% no total da população), não apresentou grande variação entre os estratos de renda: 12,30% no primeiro e 15,4% no último (Tabela 5).

Tabela 5. Referência de problema crônico de saúde, por quintil de renda (em %)

Espec.	1° quintil	2° quintil	3° quintil	4° quintil	5° quintil	Total
Sim	12,3	14,4	17,3	16,6	16,6	15,4
Não	87,7	85,6	82,7	83,4	83,4	84,6
Total (número)	3.547	3.854	3.563	3.504	3.699	18.167

Fonte: IBGE/PPV apud Campino et al. (1998).

As diferenças, contudo, apareceram quando se observou a utilização de acompanhamento médico. Enquanto no primeiro quintil 54,7% dos indivíduos fazem acompanhamento médico em decorrência do problema, no último o percentual de indivíduos chegou a 82,9% (Tabela 6).

Tabela 6. Percentual das pessoas com problema crônico de saúde que fazem acompanhamento médico, por quintil de renda

Espec.	1° quintil	2° quintil	3° quintil	4° quintil	5° quintil	Total
Sim	54,7	63,3	70,3	78,9	82,9	71,1
Não	45,3	36,7	29,7	21,1	17,1	28,9
Total (número)	435	556	617	583	614	2.805

Fonte: IBGE/PPV apud Campino et al. (1998).

A rede pública de saúde foi o local escolhido, predominantemente, para a realização desse acompanhamento, para todos os estratos de renda, com exceção do último (Tabela 7).

Tabela 7. Local onde os indivíduos com problema crônico de saúde fazem acompanhamento médico, por quintil de renda

Local	1º quintil	2º quintil	3º quintil	4º quintil	5º quintil	Total
Hosp. Público	47,9	49,1	49,1	34,3	14,9	36,8
Posto, Centro Saúde	42,9	31,8	22,4	15,4	4,1	20,2
Hosp. Particular	0,8	2,0	3,0	5,9	6,7	4,2
Hosp. part. conv.	1,3	6,3	4,8	8,5	9,8	6,8
Clin. Part. conv.	3,8	4,5	8,5	19,1	31,8	15,7
Clin. Cons. part.	2,9	4,5	10,8	15,2	30,8	14,9
Domicílio	0,4	0,6		0,2	0,4	0,3
Outro		1,1	1,4	1,3	1,4	1,2
Total (número)	238	352	434	460	509	1.993

Fonte: IBGE/PPV apud Campino et al. (1998).

Os mais ricos também fizeram exames periódicos com maior frequência. A realização de exames periódicos em decorrência do problema crônico de saúde foi progressivamente maior, conforme o estrato de renda: 60,9% dos indivíduos do primeiro quintil e 82,5% do último (Tabela 8).

Tabela 8. Percentual dos indivíduos que realizam exames periódicos em decorrência de problema crônico de saúde, por quintil de renda

Espec.	1º quintil	2º quintil	3º quintil	4º quintil	5º quintil	Total
Sim	60,9	65,3	70,3	77,6	82,5	73,1
Não	39,1	34,7	29,7	22,4	17,5	26,9
Total (número)	238	352	434	460	509	1.993

Fonte: IBGE/PPV apud Campino et al. (1998).

A procura de atendimento, levantada através da pergunta se buscou atendimento médico nos últimos 30 dias, também foi progressivamente maior à medida que a renda cresce: 47,2% dos indivíduos do primeiro quintil procuraram atendimento, percentual que se eleva para 68,9% entre os indivíduos do último quintil de renda (Tabela 9).

Tabela 9. Percentual das pessoas que buscaram atendimento, nos últimos 30 dias, por quintil de renda

Espec.	1º quintil	2º quintil	3º quintil	4º quintil	5º quintil	Total
Sim	47,2	56,0	61,2	67,0	68,9	59,3
Não	52,8	44,0	38,8	33,0	31,1	40,7
Total (número)	375	382	338	318	283	1.696

Fonte: IBGE/PPV apud Campino et al. (1998).

A procura por outro motivo¹ – que não doença crônica – também foi maior entre os indivíduos mais ricos: 13,5% dos indivíduos do último quintil procuraram

Sim	7,0	7,9	9,8	11,5	13,5	10,0
Não	93,0	92,1	90,2	88,5	86,5	90,0
Total (número)	3.172	3.472	3.225	3.186	3.418	16.471

Fonte: IBGE/PPV apud Campino et al. (1998).

Tabela 11. Outro motivo de procura de serviços de saúde, por quintil de renda

Por que procurou atendimento	1º quintil	2º quintil	3º quintil	4º quintil	5º quintil	Total
	1,00	2,00	3,00	4,00	5,00	
Acidente/lesão	3,60	5,80	4,70	3,00	4,80	4,40
Problema odontol.	1,80	6,20	6,90	7,40	12,60	7,80
Check-up	13,90	19,30	21,10	30,30	28,50	24,00
Parto	2,20	1,10	1,30	0,50	0,90	1,10
Obtenção atestado	0,40		0,30	0,50		0,20
Tratamento reab.	4,50	2,60	7,30	6,60	5,00	5,30
Pré-natal	3,60	5,50	2,50	3,60	3,90	3,80
Vacinação	4,90	2,90	0,60	1,60	0,90	1,90
Outro	65,00	56,60	55,20	46,40	43,50	51,50
Total	223	274	317	366	460	1.640

Fonte: IBGE/PPV apud Campino et al. (1998).

Perfil da clientela do Sistema Único de Saúde (SUS)

Num sistema como o brasileiro, em que coexistem um sistema público de natureza universal, ao qual todos os brasileiros têm direito de acesso e, diversas outras modalidades de acesso (particular direto ou mediado por planos e seguros-saúde particulares ou empresariais), uma questão sempre posta no debate refere-se à forma como a população, em seus diferentes estratos de renda, atende suas demandas por serviços de saúde.

Pesquisa realizada pelo IBOPE,² sob encomenda do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) do Ministério da Saúde, também traz informações sobre a utilização dos recursos do SUS. Essa pesquisa demonstrou que:

- 38% da população afirmou utilizar de **forma exclusiva** os serviços públicos ou com eles conveniados;
- 20% declararam utilizar o SUS de **forma freqüente** (maioria das vezes), mas não exclusiva;
- 22% declararam utilizar serviços particulares na maioria das vezes, utilizando os serviços públicos de **forma eventual**;
- 15% declararam **não ser usuários** do SUS, seja por pertencerem ao segmento que utiliza exclusivamente serviços particulares (via seguro, plano ou desembolso direto) ou por nunca utilizarem serviços médicos.

2 A pesquisa foi de caráter nacional, realizada no período de 12 a 17 de fevereiro de 1998, tendo como universo a população de idade igual ou superior a dezesseis anos. Foram realizadas 2.000 entrevistas pessoais domiciliares, selecionadas a partir de amostra elaborada por cotas proporcionais: sexo, idade, atividade e localização geográfica.

Nas diferentes regiões do país, o perfil do usuário do SUS é bastante diferenciado. Na Região Nordeste, a maior parte da população (51%) depende exclusivamente do SUS para atender suas necessidades assistenciais (Tabela 12). Nas Regiões Sul e Sudeste esse percentual passa para 32 e 33%, respectivamente.

Tabela 12. Perfil de cada segmento de usuário do SUS, por região

	Total (%)	Norte/ Centro-Oeste (%)	Nordeste (%)	Sul (%)	Sudeste (%)
Exclusivo	38,0	39,0	51,0	32,0	33,0
Frequente	20,0	20,0	23,0	17,0	19,0
Eventual	22,0	16,0	13,0	31,0	26,0
Não Usuário	15,0	16,0	9,0	15,0	20,0

Fonte: IBOPE (1998).

Com relação ao tamanho dos municípios, não há grande diferenciação entre os municípios de pequeno e médio porte. Nesses municípios, 66% e 65% dos habitantes, respectivamente, têm no SUS sua forma exclusiva ou freqüente de atendimento, enquanto nas grandes metrópoles o percentual cai para 50% (Tabela 13).

Tabela 13. Perfil de cada segmento de usuário do SUS, por porte do município

	Total (%)	Pequeno (%)	Médio (%)	Grande (%)
Exclusivo	38,0	44,0	41,0	33,0
Frequente	20,0	22,0	22,0	17,0
Eventual	22,0	18,0	19,0	27,0
Não Usuário	15,0	10,0	14,0	21,0

Fonte: IBOPE (1998).

O SUS também é a forma exclusiva ou mais freqüente para a população de menor grau de escolaridade (70% da população desse grupo) ou com renda até dois salários mínimos (76% da população enquadrada nesse grupo). A maior parte da população com grau de escolaridade superior ou com rendimento superior a dez salários mínimos, 86% e 77%, respectivamente, ou é usuária eventual do SUS ou não usuária (Tabelas 14 e 15).

Tabela 14. Perfil de cada segmento de usuário do SUS, por escolaridade

	Total (%)	Primário (%)	Ginásio (%)	2º Grau (%)	Superior (%)
Exclusivo	38,0	51,0	39,0	23,0	5,0
Frequente	20,0	19,0	21,0	22,0	9,0
Eventual	22,0	13,0	22,0	34,0	38,0
Não Usuário	15,0	11,0	13,0	19,0	48,0

Fonte: IBOPE (1998).

Tabela 15. Perfil de cada segmento de usuário do SUS, por renda (em salários mínimos)

Sobre a Pesquisa

Setor Saúde e o Complexo da Saúde no Brasil

O presente livro resulta de pesquisa realizada pelo NEPP/Unicamp e patrocinada pelo Ministério da Saúde. O objetivo principal do trabalho foi avaliar a configuração e as transformações do complexo econômico da saúde no Brasil, nos anos 90. Além disso, procurou destacar os principais subsetores que o integram, esclarecendo a dinâmica própria e a inserção de cada um deles na economia nacional e internacional.

Equipe Técnica

Coordenação Geral do Projeto

Pedro Luiz Barros Silva

Geraldo Di Giovanni

Coordenadores Técnicos de Subprojeto

Antônio Márcio Buainain

Nilson do Rosário Costa

Sérgio Francisco Piola

Pesquisadores

- *Aléxis Jesús Velásquez González* – Mudanças Recentes na Estrutura Produtiva da Indústria Farmacêutica.
- *Amilton J. Moretto* – O Trabalho no Setor de Atenção à Saúde (Apoio Técnico).
- *Ana Cecília de Sá Campelo Faveret* – Avaliação do Impacto das Propostas de Reforma Tributária.
- *André Tosi Furtado* – Evolução do Setor de Insumos e Equipamentos Médico-Hospitalares, Laboratoriais e Odontológicos no Brasil (Coordenador).
- *Carlos Eduardo Cavalcanti* – Avaliação do Impacto das Propostas de Reforma Tributária.
- *Carlos Octávio Ocké Reis* – Despesas com Saúde das Famílias.
- *Claudio Salvadori Dedecca* – O Trabalho no Setor de Atenção à Saúde (Coordenador).
- *Cristina Maria Rabelais Duarte* – Cooperativas/Unimed.

- *Jacov Frenkel* – O Mercado Farmacêutico Brasileiro. Evolução Recente, Mercado e Preços.
- *João Furtado* – A Indústria de Equipamentos Médico-Hospitalares: Elementos para uma Caracterização da sua Dimensão Internacional.
- *José Henrique Souza* – Evolução do Setor de Insumos e Equipamentos Médico-Hospitalares, Laboratoriais e Odontológicos Brasileiro.
- *José Mendes Ribeiro* – Regulação e Contratualização no Setor Saúde.
- *Ligia Bahia* – O Mercado de Planos e Seguros de Saúde.
- *Marcelo Weishaupt Proni* – O Trabalho no Setor de Atenção à Saúde.
- *Maria Tereza Leopardi Mello* – Questões de Defesa da Concorrência no Setor Farmacêutico.
- *Nilson do Rosário Costa* – Inovações organizacionais e de financiamento.
- *Pedro José Baptista Bernardo* – Padrões de Regulação de Preços do Mercado de Medicamentos.
- *Pedro Luiz Barros Silva* – Inovações organizacionais e de financiamento.
- *Ricardo Romano* – Padrões de Regulação de Preços do Mercado de Medicamentos.
- *Saide Jorge Calil* – Análise do Setor de Saúde no Brasil na Área de Equipamentos Médico-Hospitalares.
- *Sérgio Francisco Piola* – Financiamento do SUS nos anos 90.
- *Sérgio Queiroz* – Mudanças Recentes na Estrutura Produtiva da Indústria Farmacêutica.
- *Sulamis Dain* – Avaliação do Impacto das Propostas de Reforma Tributária (Coordenadora).
- *Waldemir Luiz de Quadros* – Avaliação do Impacto das Propostas de Reforma Tributária.

Apoio Administrativo

Elizabeth de Morais Ferrari

Maria Elvira Salles Mazzucchelli

Maria Leonor Carvalho Toledo Duduch

Ortencia Loureiro Martins Freitas

Patrícia Alves de Oliveira Costa

Thomas Lung-Ty Chen