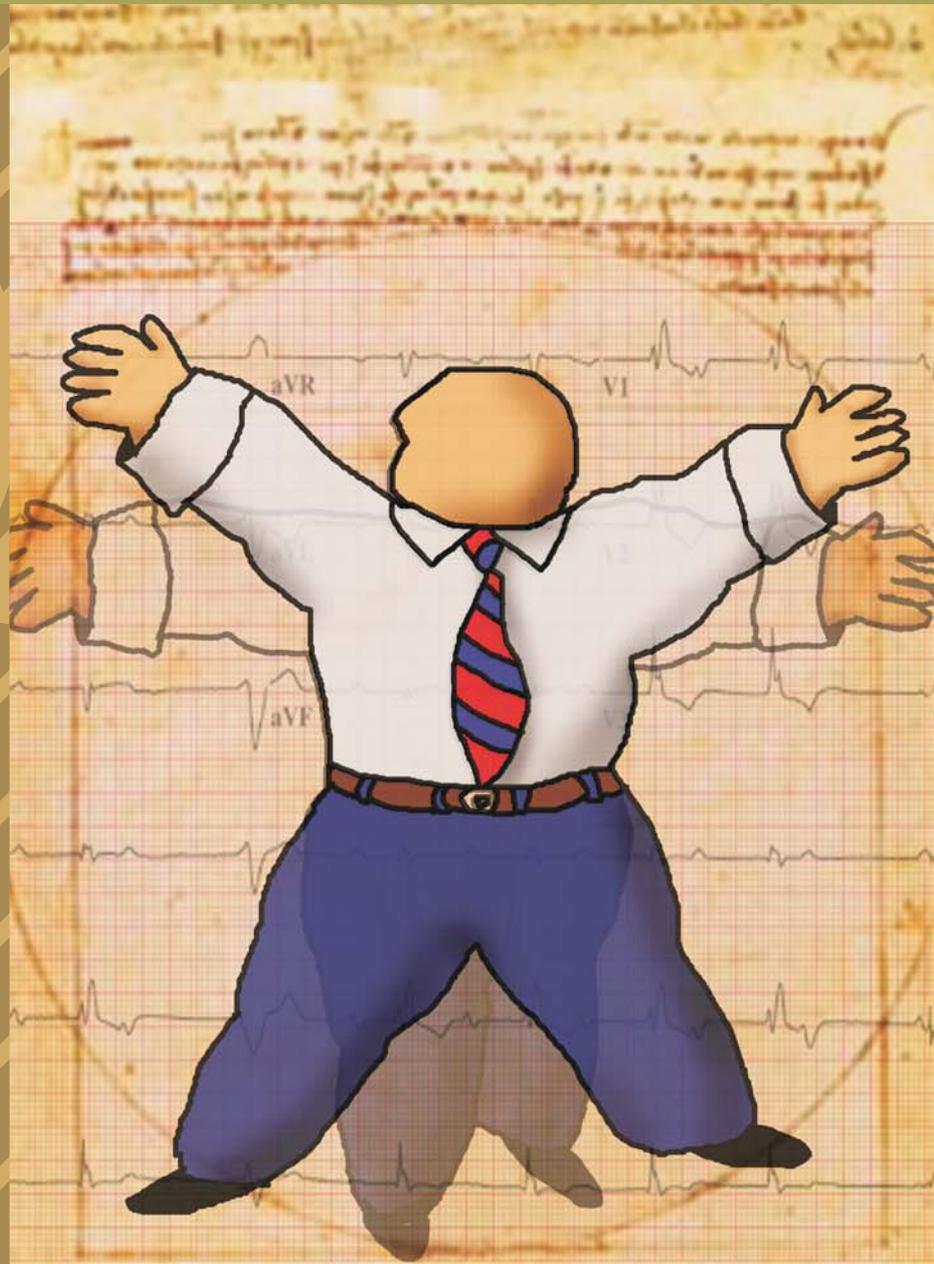


BAHIA ANÁLISE & DADOS

SALVADOR • v.16 • n.2 • JUL./SET. 2006

ISSN 0103 8117





ISSN 0103 8117

BAHIA ANÁLISE & DADOS

Salvador, SEI, v.16, n.2, p.165-365, trimestral jul./set. 2006





GOVERNO DA
Bahia
TERRA DE TODOS NÓS

Governo do Estado da Bahia
Jaques Wagner

Secretaria do Planejamento - SEPLAN
Ronald de Arantes Lobato

Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia
José Geraldo dos Reis Santos

Coordenação de Análise Conjuntural
Luiz Mário Ribeiro Vieira

Coordenação de Pesquisas Sociais
Cláudia Monteiro Fernandes



Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
Luiz Henrique Proença Soares

Diretoria de Estudos Sociais
Anna Maria Tibúrcio Medeiros Peliano

Instituto de Saúde Coletiva – UFBA
Sebastião Loureiro

BAHIA ANÁLISE & DADOS é uma publicação trimestral da Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia - SEI, autarquia vinculada à Secretaria de Planejamento. Divulga a produção regular dos técnicos da SEI e de colaboradores externos. As opiniões emitidas nos textos assinados são de total responsabilidade dos autores. Essa publicação está indexada no *Ulrich's International Periodicals Directory* e na *Library of Congress*.

Conselho Editorial

André Garcez Ghirardi, Ângela Borges, Angela Franco, Asher Kiperstok, Carlota Gottschall, Cesar Vaz de Carvalho Junior, Edgard Porto, Edmundo Sá Barreto Figueirôa, Eduardo Luiz Gonçalves Rios Neto, Eduardo Pereira Nunes, Fernando Cardoso Pedrão, Guaraci Adeodato A. de Souza, Inaiá Carvalho, José Célio Silveira Andrade, José Eli da Veiga, José Ribeiro Soares Guimarães, Lino Mosquera Navarro, Luiz Antônio Pinto de Oliveira, Luiz Filgueiras, Luiz Mário Ribeiro Vieira, Mauro Eduardo Del Grossi, Moema José de Carvalho Augusto, Nadya Araújo Guimarães, Oswaldo Guerra, Paulo Gonzalez, Renata Proserpio, Ricardo Carneiro, Ricardo Lima, Rita Pimentel, Tereza Lúcia Muricy de Abreu, Vítor de Athayde Couto

Conselho Editorial Especial Temático
Diva Ferlin, Jair Sampaio Soares Júnior

Editor
Celso Lopes Serpa

Coordenação Editorial
Stela Soares, Joseanie Mendonça

Normalização
Coordenação de Biblioteca e Documentação – COBI

Fotos
Jorge Cordeiro/Agecom

Revisão de Linguagem
Jeniffer Lingerfelt, Luis Fernando Sarno, Vera Lúcia Brito

Coordenação Gráfica
Coordenação de Disseminação da Informação - CODIN

Capa
Humberto Farias

Editoração
2 Designers

Bahia Análise e Dados, v.1 (1991-)
Salvador: Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia, 2007.
v.16
n. 2
Trimestral
ISSN 0103 8117
1.

CEPO: 0110

Tiragem: 1.000 exemplares
Av. Luiz Viana Filho, 435, 4ª Avenida CEP: 41.745-002
Salvador – Bahia
Fone: (71) 3115-4823/3115-4704 Fax: (71) 3116-1781
www.sei.ba.gov.br
sei@sei.ba.gov.br



SUMÁRIO

| | |
|---|-----|
| Apresentação | 169 |
| AVALIAÇÃO ECONÔMICA DA SAÚDE | |
| Análise econômica da saúde pela carga de enfermidade: uma introdução | 173 |
| <i>Alexnaldo Cerqueira da Silva</i> | |
| A reforma institucional do mercado de plano de saúde: uma proposta para criação de <i>benchmarks</i> | 183 |
| <i>Carlos Octávio Ocké-Reis</i> | |
| EFICIÊNCIA EM SISTEMAS DE SAÚDE | |
| Eficiência do setor de saúde nos estados brasileiros | 207 |
| <i>Cristiane Márcia dos Santos, Flávio Dias Leal, Adriano Provezano Gomes</i> | |
| EQÜIDADE E DESIGUALDADE NA SAÚDE | |
| A sobreutilização do cuidado de saúde no sistema suplementar brasileiro | 217 |
| <i>Ana Carolina Maia, Mônica Viegas Andrade, Ana Maria Hermeto Camilo de Oliveira</i> | |
| Desigualdade no acesso aos serviços de saúde no estado da Bahia a partir dos dados da PNAD 2003 | 231 |
| <i>Ricardo Luciano Silva Pereira de Souza</i> | |
| Financiamento público da saúde no estado da Bahia: uma análise da equidade dos gastos federais com saúde em 2003 | 243 |
| <i>Edson Correa Araújo, Luciano Damasceno Santos, Gileno Novaes Júnior, Guillermo Etkin, Sebastião Antonio Loureiro</i> | |
| Identificação de regiões homogêneas no oferecimento de serviços de saúde pública em Minas Gerais | 257 |
| <i>Cristiane Márcia dos Santos, Adriano Provezano Gomes</i> | |
| Metodologia de alocação eqüitativa de recursos estaduais para os serviços hospitalares em Minas Gerais | 269 |
| <i>Mônica Viegas Andrade, Sueli Moro, Kenya Noronha, Edite Novais da Mata Machado, Ana Carolina Maia</i> | |
| FINANCIAMENTO E GASTO | |
| Financiamento e gasto das políticas sociais: o caso do Ministério da Saúde, 1995 a 2005 | 289 |
| <i>José Aparecido Ribeiro, Sérgio Francisco Piola, Luciana Mendes Servo</i> | |
| O fluxo dos recursos públicos de saúde em 2002 no município de Feira de Santana-BA: das fontes de financiamento até as atividades | 303 |
| <i>Thereza Christina Bahia Coelho, Fábio Lucas Chagas</i> | |
| PLANEJAMENTO, POLÍTICAS PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO | |
| Caracterização dos gastos das famílias brasileiras com saúde | 317 |
| <i>Isaura F. Gottschall de Almeida</i> | |
| Custo da asma grave para a sociedade, para as famílias e impacto de um programa de controle em Salvador - Bahia | 333 |
| <i>Harrison Floriano do Nascimento, Rosana Franco, Andréia Costa Santos, Álvaro A. Cruz, Maurício L. Barreto</i> | |
| Novos arranjos organizacionais e a oferta privada de terapia renal substitutiva | 345 |
| <i>Fábio Batista Mota, Hamilton de M. Ferreira Jr.</i> | |
| Pequenas empresas de saúde em Salvador | 355 |
| <i>Antonio Luiz de Carvalho Fernandes</i> | |



APRESENTAÇÃO

Ainda que as inter-relações existentes entre saúde e economia sejam objeto de estudo há bastante tempo, a utilização mais sistemática dos conceitos e dos instrumentos oferecidos pela ciência econômica no campo da saúde e da gestão dos sistemas e serviços de saúde são aquisições mais recentes.

As relações entre condições sócio-econômicas e saúde, por exemplo, foram magistralmente analisadas no célebre relatório de Edward Chadwick sobre a saúde das classes trabalhadoras da Inglaterra, ainda no início do século XIX. Aqui entre nós, são reconhecidos, entre outros, os trabalhos precursores do médico sanitarista Mário Magalhães da Silveira, nas décadas de 1950 e 1960, na linha da importância do desenvolvimento econômico para a saúde. Sua contribuição foi reunida sob a inspiração do baiano Eduardo de Mello Kertész, primeiro coordenador da área de saúde no Ipea, e publicada em 2005 por iniciativa do Projeto Economia da Saúde e da Agência Nacional de Saúde. Também é dessa época o ensaio produzido por Paulo de Assis Ribeiro, Manoel José Ferreira e Ernani Braga, intitulado Valor Econômico da Saúde, elaborado em 1952 e recuperado para a divulgação pela Revista Brasileira de Epidemiologia de dezembro de 1998.

Na categoria de precursores podem também ser colocados: a monografia de Carlos Gentile de Mello, na primeira metade da década de 1960, apresentada no Instituto Superior de Estudos Brasileiros (ISEB); a tese de José Duarte de Araújo, apresentada em 1975, sobre Aspectos Econômicos da Saúde, para o concurso de Professor Titular da Universidade Federal da Bahia; e o livro Prevenir e Curar, de Paul Singer, Oswaldo Campos e Elizabeth M. de Oliveira, em 1978, que tem um capítulo intitulado Economia da Saúde. Um pouco mais tarde, Aldo F. Tinoco e Juarez Queiróz Campos, no início da década de 1980 escreveram sobre a importância da saúde para o desenvolvimento econômico e social. Enfim, a lista pode até não ser muita extensa, provavelmente falem outras referências, mas a “cepa” é de primeira qualidade.

A Economia da Saúde, com a abrangência temática que hoje apresenta, contudo, é mais recente. Tem origem no artigo semanal de Kenneth Arrow, “The welfare economics of medical care”, publicado em 1963 na American Economic Review. O primeiro periódico específico, o Journal of Health Economics, é do início da década de 1980. A Economia da Saúde tem hoje um campo de atuação bastante vasto. Vai desde questões internas e externas ao setor, conceituais e instrumentais, até abordagens micro e macroeconômicas. Para quem quer ter uma idéia detalhada do seu campo de abrangência, recomendo recorrer à estrutura temática desenhada por Alan Williams, em 1987, que está reproduzida no Handbook of Health Economics, editado por A.J. Culyer e J.P. Newhouse em 2000.

Nas últimas duas décadas, algumas iniciativas foram sumamente importantes para o desenvolvimento da Economia da Saúde no Brasil: (i) a criação da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES), em 1989, uma associação de economia da saúde e não uma associação exclusiva de economistas, coerente, desta forma, com a abordagem multidisciplinar que deve ter este campo de pesquisa; (ii) o Projeto de Economia da Saúde, uma Cooperação Técnica entre Brasil e Reino Unido que deu suporte à pesquisa, à capacitação e à divulgação da Economia da Saúde no período de 2002 a 2005; e, por fim, (iii) a criação, em 2003, do Departamento de Economia da Saúde, na Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde.

A iniciativa da Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais (SEI) de dedicar um número de sua prestigiada publicação BAHIA ANÁLISE & DADOS ao tema de economia da saúde é muito oportuna. Ao todo são quatorze artigos que abordam temas diversos como: utilização, oferta de serviços, mercado de planos de saúde, eficiência, desigualdades no acesso, equidade na alocação de recursos, financiamento, gasto e carga de enfermidades.

A variedade de temas reflete, sem dúvida, o interesse que a área vem despertando nos pesquisadores. Esta publicação, feita por uma instituição tão prestigiosa como a Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia, é um marco importante para a economia da saúde no Brasil.

Sérgio Francisco Piola

Médico Sanitarista
Diretor Adjunto da Diretoria de Estudos Sociais do Ipea
Sócio-fundador da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES)





**Avaliação
Econômica
da Saúde**

Análise econômica da saúde pela carga de enfermidade: uma introdução

Alexnaldo Cerqueira da Silva*

Resumo

O propósito principal deste artigo é apresentar os novos métodos de análise em projetos de implementação de políticas públicas em saúde, a partir das medidas de cargas de enfermidades. Para tanto, foi realizado apenas o levantamento bibliográfico e uma exposição crítica de cada um desses métodos. Os indicadores tratados são Anos de Vida Ajustados pela Qualidade (AVAQ) e os Anos de Vida Saudáveis (AVISA).

Palavras-chave: análise econômica da saúde, AVISA, QALYs, políticas de saúde e carga de enfermidade.

Abstract

The present paper has as intention to present the new methods of analysis in projects of implementation of public politics in health, from the burden of diseases. For in such a way, this paper only makes the bibliographical survey of these methods, making an exposition criticizes of each one of them. The main treat pointers are Quality Adjusted Life Yers (QALY) and Discapacity Adjusted Life Yers (DALY).

Key-words: Benefit-cost analysis, DALYs, QALYs, health economics analysis and burden of disease.

INTRODUÇÃO

A avaliação dos programas de saúde parte do levantamento dos custos e dos benefícios de determinados programas de assistência. Isto é importante, pois a má definição ou a implementação inapropriada de políticas acarretará perdas de vidas e não a pura e simplesmente perda de dinheiro. Por isso, a análise nessa área não privilegia o custo, mas sua efetividade. Infelizmente os métodos tradicionais de análise custo-efetividade ou custo benefício põem em segundo plano o dimensionamento correto do problema da Saúde Pública.

Deve-se também observar que a saúde depende de condicionantes econômicos, sociais, demo-

gráficos e geográficos, no sentido de identificação de necessidades e percepções da saúde na população. A importância da variável demográfica, por exemplo, decorre da análise das doenças crônicas e das doenças degenerativas.

O próprio conceito de saúde vem sendo modificado, na medida em que são incorporados outros elementos de análise, que não somente os aspectos comuns à Medicina. Esta nova abordagem exige uma mudança na análise das políticas públicas no setor de saúde, para que seja mais bem entendida e para um melhor aproveitamento, no que se refere à implementação da ação pública.

Essa situação cria a necessidade de introduzir novas perspectivas de análise na avaliação da saúde coletiva. Desta forma, a utilização de indicadores tem sido útil como elemento amplificador no entendimento do fenômeno. Alguns desses elementos seriam indicadores que levassem em conta

* Especialista em Regulação da Anatel. Economista e Mestre em Economia pela UFBA. alexnaldo@anatel.gov.br ou alexnald@hotmail.com.

a dinâmica da mortalidade, das suas causas e de que impactos na descrição de determinadas políticas, seria o *QUALYs* (*Quality Adjusted Life Yers*) ou *AVAQ* e a *DALYs* (*Discapacity Adjusted Life Years*) ou *AVISA*.

São dois os propósitos deste artigo: apresentar novos métodos de avaliação, indicados pela Organização Mundial de Saúde; realçar a importância do uso desses indicadores para avaliação de projetos em saúde.

AVALIAÇÃO ECONÔMICA E SAÚDE

A pertinência da aplicação da análise custo-benefício em projetos de natureza pública ou social se constitui numa grande questão. No caso do setor privado, o resultado da análise é direto, pois é obtido através da receita ou do custo de determinada empreitada. Entretanto, em projetos de cunho social, o objetivo não necessariamente será a maximização do lucro, mas este resultado está centrado em objetivos muito maiores, como número de tratamentos terminados, números de salas de aula, quantidade de bolsas alimentação distribuídas, entre outros.

Por isso, para uma correta avaliação das políticas públicas empreendidas pelo Estado, convém determinar elementos mensuráveis, a fim de que sejam alcançados objetivos de políticas específicas. O correto dimensionamento de tais indicadores passa a ser a peça-chave do problema. O levantamento dos recursos necessários, a identificação dos atores envolvidos a viabilidade do programa específico, além da descrição do caminho e do resultado que se queira alcançar é parte de toda política pública efetiva.

Sob o enfoque cronológico, Freitas (2005) divide a análise econômica da saúde da seguinte maneira: em 1960, era privilegiada a análise custo-benefício tradicional, medidas monetariamente. A partir da década de 70, emerge a análise custo-efetividade, em que os custos são medidos em termos de unidades naturais, como anos de vida ganhos. A partir de 1980, em associação com elementos da teoria

microeconômica (*main stream*), surge a análise custo-utilidade, resultando no chamado *QALY*.

No primeiro tipo de análise, também conhecida por análise minimização de custo, o objetivo é identificar os projetos com menores custos. Este método é mais apropriado quando os projetos ou programas são equivalentes, ou quando se espera que o resultado seja semelhante um ao outro.

Na Avaliação custo-efetividade o objetivo é a avaliação dos resultados não-monetários e monetários quando existe, nas várias alternativas, um único interesse de efeito. Ou seja, cada alternativa de investimento permite alcançar um efeito diferente, mas aquela que resulta em um menor custo e associada ao interesse específico do programa. É típica a avaliação do resultado em anos de vida ganhos ou anos de incapacidade que são evitados, não havendo uma comparação entre custo e benefício. O resultado ficaria dependente da política que se queira privilegiar.

Por muitos anos a análise custo-efetividade era a metodologia mais comumente empregada para determinar alternativas de alocar os custos de implantação de um programa e os benefícios, traduzidos em números de recuperados ou outro qualquer que indicasse efeitos positivos da implantação de determinada política.

O problema é que a comparação direta entre custos e benefícios de qualquer ordem requer uma previsão muito precisa da rentabilidade do projeto-programa. Por outro lado, a especificação dos indicadores de rentabilidade faz com que os efeitos reais não sejam medidos completamente. Por isso, com o objetivo de minimizar estes efeitos negativos e algumas outras limitações impostas pelo método, e buscando a integralização dos efeitos totais dos programas, será feita esta análise, através do número de mortes prematuras e as seqüelas que são muitas vezes resultado de tais enfermidades ou acidentes.

Existe algo a reter. A prolongação da vida não é o único componente do benefício, mas também com que qualidade este prolongamento se efetiva. Desse modo, a análise *QALYs* ganha importância, na medi-

A análise QALYs ganha importância, na medida em que este modelo abarca os dois aspectos importantes da vida-quantidade e qualidade

da em que este modelo abarca os dois aspectos importantes da vida-quantidade e qualidade.

A análise custo-benefício mede essas variáveis, em termos monetários, não se preocupando com as conseqüências, nos aspectos de alternativas, comparáveis diretamente. Frequentemente, é difícil medir os benefícios em termos monetários, como por exemplo, qualidade de vida, condições de trabalho. Podemos considerar a fome como variável mais geral de avaliação econômica.

Posto isso, algumas perguntas podem ser feitas: quanto se deve gastar para tratar um soropositivo (HIV)? Quanto se deve gastar para a construção de um posto de saúde? Ou ainda, que tipo de tratamento pode substituir uma colocação de marcapasso, ou um tratamento de hemodiálise?

Freitas (2005) chama a atenção para a leitura correta da avaliação econômica em saúde: “São os resultados úteis para a decisão?”. Como o mesmo autor ressalta, não se deve esperar que todas as perguntas sejam respondidas de forma adequada, mas esta “*permita apreciar as vantagens e desvantagens do estudo*”. Para isso, o autor propõe a ava-

liação precisa dos custos e dos efeitos, além da comparação exaustiva das alternativas possíveis.

A construção de um indicador de carga de enfermidade tem como objetivos: i) ajudar a fixar prioridades para os serviços de saúde; ii) estabelecer prioridades nas pesquisas em saúde; iii) identificar grupos desfavorecidos, a fim de focar as intervenções; iv) oferecer uma medida que venha a servir de benefício dos projetos, no sentido de avaliar e priorizar programas sociais de saúde (TORCHE, 1997).

A utilização dos estudos de avaliação econômica levou em conta as várias orientações metodológicas, a fim de que se chegasse a resultados comparáveis. O Quadro 1 abaixo busca resumir os elementos-chave dos métodos de avaliação discutidos anteriormente.

ANOS DE VIDA AJUSTADOS PARA A QUALIDADE – QALY OU AVAQ

Pela dificuldade de aferição dos métodos tradicionais de custo-benefício, são propostos métodos

Quadro 1
Principais avaliações econômicas dos cuidados de saúde: métodos de análise

| | Minimização do custo (CMA) | Custo-benefício (CBA) | Custo-utilidade (CUA) | Custo-eficácia (CEA) |
|------------------------|--|--|---|---|
| Definições | Identifica o custo incorrido | Mede o custo e o resultado na mesma unidade monetária | Compara as opções de produto em termos das preferências individuais ou sociais | Compara as opções em termos do seu custo por unidade de produto de saúde |
| Pressupostos | Recursos escassos e limitados de cuidados e saúde implicam opções de alocação. As escolhas maximizam benefícios dos cuidados de saúde entre a população mais do que a distribuição equitativa desses benefícios. | | A análise de sensibilidade mostra como estes pressupostos afetam os resultados. Os produtos de saúde são valores esperados. | |
| Resultados | Intervenção ou programa menos dispendioso | Ganhos líquidos = benefício menos custo; custo / benefício | O produto mede uma "equivalência" (i.e. utilidade) aplicável a qualquer área médica (QALY ou DALY). | Estabelece um patamar de custos aceitáveis por unidade de eficácia |
| Eficácia | Raramente adequada a situações clínicas | Compara diferentes estratégias com diferentes resultados. Otimização dos benefícios líquidos; i.e. maximização dos efeitos para um determinado orçamento ou minimização do custo por opção de produção de saúde. | | |
| Características | Exclui qualquer descrição dos resultados | Custo e produto são valorizados em unidades monetárias | Quantifica os benefícios em unidades naturais de produtos tais como sobrevivência ou funções alteradas. | |
| | | Os custos médicos são avaliados em face de parâmetros de saúde. Estes dependem da valorização da vida baseada no capital humano ou na disponibilidade a pagar. | | |
| Problemas | Ignora o custo de oportunidade dos recursos utilizados. Difícil de exprimir o montante preciso dos benefícios em termos monetários. | Os ajustamentos dos efeitos qualidade i.e. QALY são arbitrários. | | As escolhas clínicas podem implicar resultados diferentes (e.g. mudanças no estatuto funcional, esperança de vida e qualidade de vida). |
| | | Falta de fundamentação formal em princípios econômicos. | | |

Fonte: Freitas (2005)

alternativos, sendo que o mais difundido é o QALY (*Quality Adjusted Life Years*). A grande vantagem desse modelo com respeito aos métodos comuns de resultado de custo-benefício é que este último é indiferente ao tempo de sobrevivência, se seis meses ou seis anos. O importante passa a ser se houve sobrevivência com respeito a um tratamento ou não. No caso do QALYs, o tempo de sobrevivência, um indicador de qualidade do tratamento, é importante para a efetividade do resultado. A maneira que o QALYs faz para captar essa medida de sucesso de tratamento é atribuir pesos por tempo de sobrevivência.

De acordo com Ferreira (2002, p.8-9), existem vários métodos de medição dos QALYs a partir das utilidades cardinais, dos quais *Rating Scale*, *Standard Gamble*, *Time-Trade-Off (TTO)*, *Person Trade Off*, *Ratio Scaling*. O *Rating Scale*, ou Escala de Pontuação, consiste na definição de uma escala em que o estado de saúde preferido é colocado numa das pontas da linha e o não desejado na outra ponta. Os outros estados de saúde são colocados em escalas intermediárias, e por ordem de preferência e de modo que os intervalos entre os estados de saúde correspondam às diferenças em termos de preferência percebida por cada indivíduo.

No segundo tipo, para estados de saúde crônica em oposição à morte, a partir de uma escala que varia entre 1(um)-saúde perfeita e 0(zero)-morte. O indivíduo tem duas alternativas: alternativa 1 e alternativa 2. A alternativa 1 consiste num tratamento com dois resultados possíveis: ou o indivíduo regressa ao estado de saúde normal e vive por um período adicional de t anos, com probabilidade ρ , ou morre imediatamente - probabilidade complementar $(1 - \rho)$, enquanto que na alternativa 2 é oferecida ao indivíduo opção da certeza de ficar no estado de saúde crônico i até ao fim da vida, isto é, durante t anos. Logo em seguida, é feito com que a probabilidade ρ varie, até a posição de indiferença entre as duas alternativas, isto é, até ao ponto em que o valor de preferência para o estado i é simplesmente $\rho/h_i = \rho$. Logo, a utilidade do estado de saúde i é simplesmente igual à probabilidade de indiferença, ou seja, se o indivíduo é indiferente entre as alternativas 1 e 2 quando $\rho = 0,75$, a utilidade do estado é 0,75.

Um modelo do tipo *Time-Trade-Off (TTO)* - para estados de saúde considerados melhores que a morte, são oferecidas ao indivíduo duas alternativas: alternativa 1, estado de saúde i durante o tempo t (expectativa de vida de um indivíduo no estado de saúde) seguido pela morte; alternativa 2, saudável por um tempo x , em que $x < t$, seguido pela morte. Da mesma forma que o *standard gamble*, o tempo x varia até o indivíduo ser indiferente entre as duas alternativas, onde o valor de preferência para o estado i é dado por: $h_i = x/t$.

O modelo *Person Trade Off* - permite fazer a seguinte pergunta: Se existirem n pessoas numa situação de doença A e z pessoas numa situação de doença B, e se o tratamento puder curar um dos grupos, devido a uma limitação de tempo ou de recursos, por exemplo, qual dos grupos escolheria para ajudar? Um dos números n ou z deverá ser variado até que o indivíduo considere os dois grupos equivalentes em termos de necessidade. Se n e z forem números equivalentes como julgado pelo indivíduo, então $U(B) < (n/z) \cdot U(A)$, ou mesmo que dizer que a desutilidade da situação B é n/z vezes maior do que a da condição A.

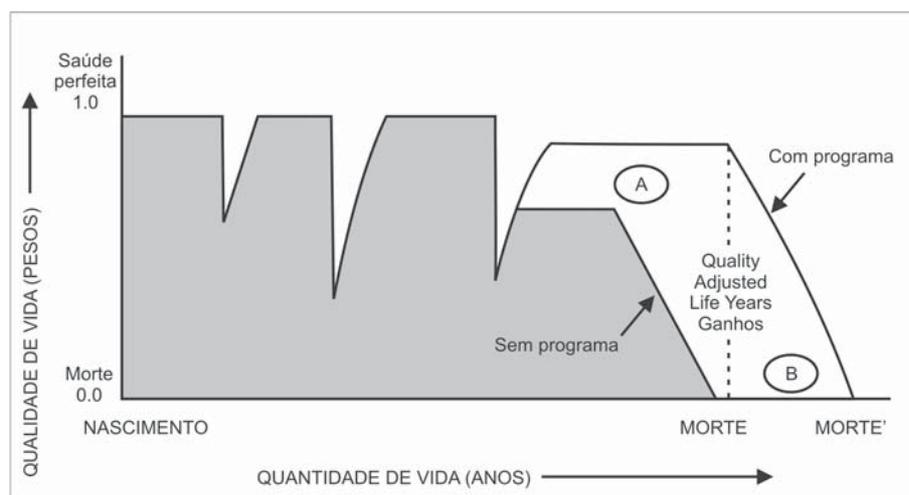
Por fim, o modelo *Ratio Scaling* - procura apurar o grau de indesejabilidade de um indivíduo quanto ao seu estado de saúde, a partir de uma relação de itens não desejados em escala proporcional, por exemplo, um estado é duas vezes pior, três vezes pior, etc, comparado com o outro estado de saúde? Se o indivíduo considera que o estado B é n vezes pior que o estado A, a indesejabilidade ou a desutilidade do estado B é n vezes maior que a do estado A. Fazendo uma série de perguntas, consegue-se relacionar todos os estados indesejados, obtendo-se uma escala dos estados (n), que pode ser convertida numa escala intervalar de preferências (z) através da fórmula: $z = 1 - n$.

A medida QALYs mais comum é dada a partir da seguinte expressão: $U(Q;T) = V(Q) \cdot T$, sendo $V(Q)$, determinado pelo método *time trade-off*, uma medida de qualidade normalizada entre 0-morte, e 1-vida sem problemas de saúde, sendo possível a utilização da mesma escala de DALYs, de maneira contrária. Desse modo, a QALYs representa uma carga negativa de enfermidade, na medida em que esta for maior.

Nessas condições, essa medida pode ser um indicador de utilidade, de acordo com Barros (2001). De fato, caso um indivíduo que espera viver até os 70 anos, e está com 40, e sua expectativa de viver saudável até aos 55 anos e entre 50 e 70 anos espera ter metade da qualidade de vida que tem hoje, logo o valor do QALYs será:

$$(55-40).1 + (70-55).0,5 = 22,5 \text{ anos}$$

Figura 1
Anos de vida ajustados para a qualidade



Fonte: Ferreira (2002, p.11)

A Figura 1 apresenta o conceito que está por trás da QALYs. Numa situação hipotética, com e sem uma determinada política (programa) ou uma inovação no tratamento de determinada enfermidade. De acordo com Ferreira (2002), a simplicidade do modelo decorre da captação da qualidade de vida a partir da quantidade de vida ganha, permitindo, além disto, agregar os indivíduos envolvidos. Um ano de vida saudável de um determinado indivíduo equivale a 1 (um) QALY. Logo, um ano de vida com um nível de saúde baixa, por exemplo, ω , em que $\omega < 1$, vale ω .QALYs. Levando-se em conta a vida futura a um valor corrente, a uma taxa δ , “é possível calcular o valor corrente dos QALYs esperados por um indivíduo, considerando o seu «perfil de saúde» e a sua vida futura” (FERREIRA, 2002, p. 11). A diferença entre os QALYs gerados com ou sem política pública, corresponde ao ganho (ou perda) em QALYs provocado pelo projeto.

Observando-se a primeira curva, constata-se que a qualidade de vida sem intervenção pública tende a diminuir, concluída com a morte do indivíduo (ω .QALY = 0). Por outro lado, espera-se que com a implementação de políticas de melhorias de saúde, a qualidade de vida melhore, a partir do alongamento do ano de morte (aumento da expectativa de vida), ocorrendo a morte apenas no momento ω' . Na figura, pode-se perceber que a área entre as duas curvas corresponde ao número de QALYs ganhos com a implementação. A área da QALYs pode ser dividida em duas partes: A parte A

corresponde à quantidade de QALYs ganhos devido obtidos em qualidade (qualidade ganha durante o tempo que o indivíduo teria de vida), enquanto que a parte B representa a quantidade de QALYs obtida devido a ganhos em quantidade (a quantidade de vida ganha, mas ajustada pela qualidade daquela extensão da vida).

A partir disso, é possível fazer uma análise do tipo custo-utilidade, com-

parando-se os diferentes níveis de intervenções, aconselha-se apurar os custos para cada QALY ganho em cada tipo de implementação, ou ausência desta. No caso das intervenções deverá ser escolhida, a que apresentar uma relação custo/QALY menor. Por outro lado, nos casos em que as implementações provoquem melhorias no curto prazo, mas que possam ter efeitos secundários, na maior parte dos casos, as conseqüências não são conhecidas. Nestes casos os QALYs têm que ser calculados utilizando-se probabilidades de Drummond *et al.* (1997) *apud* Ferreira (2002).

Ainda de acordo com Barros (2001), o valor do resultado é um cálculo de 2 (dois) fatores: O primeiro, diz respeito ao aumento da utilidade do estado de saúde do indivíduo. O segundo, ao número de anos em que é verificada essa melhoria.

Apesar de algumas críticas, existem duas hipóteses: “a) o valor para a sociedade é igual à soma

dos benefícios de saúde que produz; b) o benefício de saúde em cada indivíduo é a soma dos ganhos em saúde (qualidade e vida) nos anos de vida em que o indivíduo se beneficia dos efeitos do serviço de saúde” (BARROS, 2001, p. 364).

Uma das críticas que podem ser feitas a esse indicador é que ele atribui o mesmo peso de qualidade a qualquer indivíduo, ou seja, todos, nas mesmas condições, apresentariam o mesmo valor qualitativo, o que é um excesso.

ANOS DE VIDA SAUDÁVEIS - DALYS OU AVISA

O AVISA, também conhecido como Anos de Vida Ajustados pela Incapacidade (DALYs), “*avalia a importância relativa dos problemas de saúde, a partir da quantificação da expectativa de vida saudável que foi perdida, por enfermidade ou seqüelas, gerando incapacidade ou morte*”. (TORCHE, 1997, p. 8). Este indicador utiliza como padrão a medida de tempo discreto representando o número de anos que foram perdidos com a enfermidade ou pela incapacidade, e os anos de morte prematura. O objetivo desta medida é buscar avaliar a carga de enfermidade no que diz respeito ao tempo em que um indivíduo está ou não saudável, permite um alto padrão de comparabilidade em relação a um grande número de programas de saúde.

O caráter de necessidade básica, que apresenta vários tipos de prestação à saúde, tem levado a realçar a questão da cobertura do acesso. A construção das prioridades políticas, no que tange ao projeto político específico, requer a disponibilidade de novos métodos que venham a permitir uma avaliação correta dos benefícios, cuja disposição dos responsáveis a pagar seja inferior aos custos de provisão do serviço. Isto realça o elemento distributivo na avaliação dos programas de saúde.

No estudo do método dos anos de vida saudável (AVISA), o valor do tempo de capacidade se configura em modelos de avaliação com grande apelo distributivo, na medida em que estes ressaltam o caráter social do programa, e não apenas o caráter da saúde médica *strictu sensu*.

O caráter de necessidade básica, que apresenta vários tipos de prestação à saúde, tem levado a realçar a questão da cobertura do acesso

O cálculo simplificado é feito da seguinte forma: se, por exemplo, é sabido que a AVISA por infecções numa determinada área é de doze anos perdidos para cada 1000 pessoas, caso um programa ou um projeto venha a permitir uma redução para cinco por 1000 pessoas a um custo de R\$ 1,00 (um Real) por indivíduo, desse modo, a relação custo-benefício será de $7/1000=0,7\%$.

Uma outra maneira de se medir seria exatamente assumir como unidade de medida a DALYs (*Disability-adjusted life year*), expressa em unidade de tempo (anos). Esse método é uma combinação entre os anos de vida perdidos por morte prematura (*YLL - Years Life Lost*) e os anos vividos com incapacidade (*YLD - Years Lived with Disability*). De maneira geral, ambas medem carga de enfermidade.

Os anos de morte prematura podem ser calculados pela diferença entre a idade na época falecimento e a expectativa de vida ao nascer, que corresponde ao limite potencial de vida. Se, por exemplo, a expectativa de vida numa determinada região ou país for de 70 anos e a idade de falecimento de um indivíduo ocorrer aos 55 anos, então os $YLL = 20$. Existe um inconveniente: essa medida não considera os grupos que vivem acima da expectativa de vida. A fórmula é a seguinte:

$$\sum_{i=0}^N \Delta i (N - i)$$

ou

$$\sum_{i=0}^{E(x)} \Delta i [E(x) - i]$$

Onde:

Δi é o período total de incapacidade em i anos
 N é o limite potencial de vida
 $E(x)$ é a expectativa de vida

A segunda fórmula é uma derivação da primeira e pode ser definida como os Anos de Expectativa de Vida Perdidos por Período. Este conceito toma como referência a expectativa de vida de uma população, além de substituir com vantagem a primeira equação, na medida em que os dados de

expectativa de vida são altamente difundidos entre as principais fontes estatísticas e demográficas, além de ser um conceito altamente difundido. É provável que a única dificuldade, ao se adotar a segunda equação, seja a comparação entre regiões, países ou grupos com diferentes expectativas.

Também uma variante deste conceito é o chamado Anos de Expectativa de Vida Perdidos por Coorte.¹ Ou seja, grupo de pessoas que experimentam o mesmo evento sob certo período de tempo.

Por outro lado, o indicador *YLD* é calculado pela diferença entre o início e o término do estado de enfermidade, sendo seus resultados em função tanto da duração como da severidade, com proporcionalidade direta. Esse indicador varia entre 0(zero) e 1 (um) , em que o primeiro- zero-corresponde a uma vida saudável e o segundo- um corresponde à morte, dividido em 7 (sete) classes, como pode ser observado na tabela a seguir:

Tabela 1
Peso para o cálculo da AVISA

| Classe | Incapacidade | Peso (0-1) |
|----------|--|------------|
| Classe 1 | Capacidade limitada de realizar no mínimo 1 (uma) dessas atividades: procriação e recreação ou educação | 0.10 |
| Classe 2 | Capacidade limitada de realizar a maior parte das seguintes atividades: procriação e recreação ou educação. | 0.22 |
| Classe 3 | Capacidade limitada de realizar duas ou mais atividades: procriação e recreação, educação e trabalho. | 0.40 |
| Classe 4 | Capacidade limitada de realizar a maioria das atividades: procriação e recreação, educação e trabalho. | 0.60 |
| Classe 5 | Necessidade de ajuda para realizar necessidades básicas e diárias como preparação de alimentos, compras e afazeres domésticos. | 0.81 |
| Classe 6 | Necessidade de ajuda para realizar necessidades básicas e diárias da vida como comer, fazer a própria higiene, usar o banheiro, etc. | 0.92 |
| Classe 7 | Morte | 1 |

Fonte: Torche (1997)

¹ Conjunto de indivíduos que nasceram durante o mesmo intervalo de tempo, em geral, um ano, ao longo de todo o tempo em que pelo menos um desses indivíduos permanece vivo. Por exemplo, a coorte de 1957 é o conjunto de indivíduos nascidos em 1957 ao longo de toda a sua vida. Nos humanos uma coorte pode durar 100 anos ou mais.

Para calcular a incapacidade, multiplica-se o peso correspondente ao tipo de incapacidade pelo intervalo de tempo em que o indivíduo se manteve incapaz. Por exemplo, se um indivíduo tem uma incapacidade de classe 1 (peso = 0,10) durante 5 anos, o total será $YLD = 2,5$.

Logo, calculando-se os anos de vida potencialmente perdidos, resultado da soma entre os anos de vida de incapacidade e os anos de morte prematura ($AVISA = YLD + YLL$), para um indivíduo qualquer apresente uma incapacidade do tipo classe 4 (quatro), durante 5(cinco) anos e venha a falecer aos 51 anos, e admitindo-se uma expectativa de vida aos 70 anos, então o total do AVISA será:

$YLD = 0,60 \cdot 5 \text{ anos} = 3 \text{ DALY's}$ de incapacidade.
 $YLL = 70-51 = 19 \text{ DALY's}$ de morte prematura.
 $AVISA$ ou $DALY = 3 + 19 = 21$ anos.

O valor da vida varia, de acordo com a idade das pessoas e em função do valor social, em diferentes idades. A lógica prática é que dos mais jovens aos mais velhos, a diferença não é apenas a idade, mas também apoio físico emocional e financeiro, pois existem diferentes papéis, a partir da maneira que determinada sociedade se organiza: é comum, por exemplo, que os indivíduos mais moços dependam financeiramente dos indivíduos mais velhos.

De acordo com Torche (1997), as ponderações ou pesos serão diferenciados, segundo a idade, pois isto favorece à captação de diferentes funções sociais de cada faixa etária. Daí a idéia de que os indicadores de políticas devam levar em conta os efeitos distributivos de determinada política.

Murray (1995), *apud* Torche (1997), explica que o valor relativo de um ano de vida, segundo a idade da pessoa, poderia ser escrito como um - a função exponencial, que aumenta rapidamente do nascimento até os vinte e cinco anos, quando atinge o seu auge, e logo em seguida decresce assintotica-

mente até zero, podendo, então, ser representada pela seguinte expressão:

$$Y = C.i.e^{-\beta i}$$

Y é o valor dos anos de vida saudável.

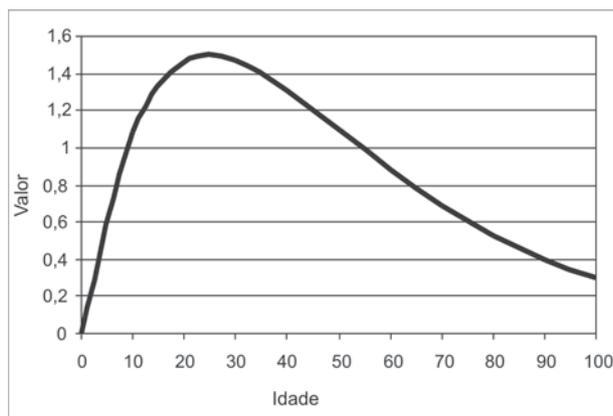
β = constante entre 0,03 y 0,05 ($\beta = 0,04$)

i = idade em i anos

C = constante de introdução das ponderações desiguais por idade em carga de enfermidade em relação ao total estimado com pesos (Murray estimou em $C = 0,16243$).

Gráfico 1

Valor da vida saudável



A maioria dos indivíduos prefere receber benefícios no presente. Este argumento justifica o recebimento de um *plus* ao final do período de espera, justificando, por exemplo, o recebimento de juros, no caso de remuneração esperada do capital. Ampliando-se o escopo, ao se postergar qualquer benefício presente para um futuro recebimento, se paga uma taxa de compensação pela espera. Ao se incorporar a preferência social, torna-se necessária a introdução de um fator de compensação, transformando os benefícios atuais em benefícios futuros. Esta é a taxa de desconto intertemporal. Utilizando uma função contínua obtém-se: $e^{-\delta(i-a)}$; onde δ é a taxa de desconto intertemporal.

Um outro argumento, de acordo com Barros (2001): se a atualização dos benefícios não fosse feita, sobretudo no setor saúde, conclui-se que se deve investir 100% dos recursos em qualquer plano de erradicação de alguma enfermidade, beneficiando gerações futuras, mas, por outro lado, não investindo nada em reabilitação dos atuais doentes.

Ao se aplicar uma taxa de desconto qualquer, admite-se que os benefícios futuros são descontados, ponderando ambos os benefícios, atuais e futuros.

Teoricamente, o valor do *DALY* mede a magnitude do dano provocado pela enfermidade, e admite três variáveis relevantes:

- O valor social do tempo perdido, em diferentes faixas etárias;
- O intervalo de tempo que foi perdido em consequência de uma morte prematura;
- Quantificação dos resultados fatais.

A expressão geral é dada da seguinte forma:

$$\int_{i=a}^{i=a+N} \Delta.C.i.e^{-\beta i} .e^{-\delta(i-a)} di$$

Resolvendo a integral, obtém-se a solução da AVISA por pessoa, definida entre a e $a + N$, pode ser expressa da seguinte forma:

$$-\left\{ \frac{\Delta.C.e^{-\beta a}}{(\beta + \delta)} [e^{(\beta + \delta).N} .(\beta + \delta).(N + a) - (1 + (\beta + \delta).a)] \right\}$$

Δ = Incapacidade ($\Delta = 1$, para morte prematura)

$C.i.e^{-\beta i}$ = Valor do tempo vivido em diferentes idades

a = Idade do início da enfermidade

N = Tempo de duração da incapacidade, ou tempo perdido por morte prematura

δ = Taxa de desconto

Ou seja, o intervalo de tempo perdido em morte prematura é o tempo que os indivíduos desejam ou pretendem viver, mas morrem numa idade anterior a sua expectativa de vida (TORCHE, 1997).

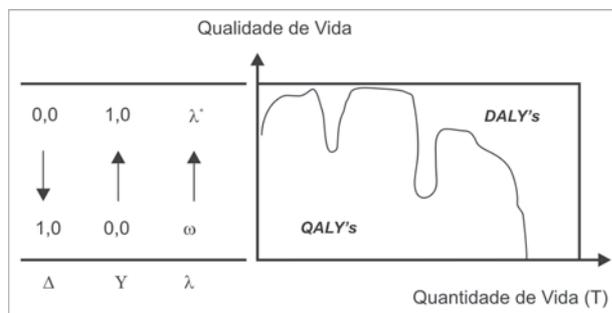
A determinação da taxa de desconto apropriada - é comum ser aceita qualquer taxa de mercado, sobretudo em projetos sociais, que reflita o custo de oportunidade para que o setor privado venha a realizar algum projeto de interesse público. Por isso, pelo menos para a realidade brasileira, a taxa de desconto, que tem esses predicados é a taxa da caderneta de poupança, considerada a taxa que aufera a menor remuneração do mercado. A discussão pode ser a mais variada.

COMPARAÇÃO ENTRE O QALY E O DALY

Tanto o *DALY* como o *QALY* são conceitos complementares, enquanto o primeiro corresponde aos anos de vida perdida, o segundo representam os anos de vida saudável vividos. Ambos têm como fator comum a multiplicação pelo número de anos de vida por pesos distintos, sendo a *DALY* usa a incapacidade e o *QALY* a utilidade. Por exemplo, no caso de um indivíduo cego (classe 4 de incapacidade² = 0,6), então $1 - 0,6 = 0,4$ de utilidade. Portanto, assumindo que a expectativa de vida para este indivíduo é de 80 anos, e este viva 50 anos, logo: $0,6 \times 50 = 30$ *QALYs* ganhos e $(0,4 \times 50) + 1,0 \times (80 - 50) = 50$ *DALYs*. É fácil perceber que $DALY + QALY = 80$ (tempo de vida esperado ou expectativa de vida), e, portanto, $QALY = 1 - DALY$.

Adaptando a Figura 1 anterior, essa complementaridade pode ser ilustrada como segue:

Figura 2
Relação entre o DALY e QALY



Com o mesmo método empregado por Barros (2001), comparam-se as duas técnicas discutidas, o *QALY* e o *DALY*, a fim de demonstrar que ambas são equivalentes. Seja $(\lambda; T)$, onde λ é o estado de saúde em T anos. Admitindo 3 (três) estados: saudável (λ^*), morte (ω), e um valor intermediário λ' .

² Discapacidade passou a ser usado em português como tradução para a palavra espanhola *discapacidad* e para a inglesa *disability*. *Discapacidade* é um neologismo, formado com o prefixo grego *dis* (que significa dificuldade). O conceito de *discapacidade* é aplicado àquelas pessoas que, devido ao fato de possuírem alguma deficiência, apresentam limitações para o desempenho de algumas das atividades da vida diária. É comum que pessoas que possuem deficiências semelhantes apresentem *discapacidades* distintas, pois a *discapacidade* é estabelecida em função de um conjunto de fatores (anatômicos, psicológicos, sociais, ambientais, etc). Aqui preferimos usar o termo *incapacidade*.

Os *QALYs* têm como referência o método de avaliação pelo tempo (*time trade-off*), perguntando ao indivíduo com $(\lambda'; T)$ qual o valor em anos de saúde perfeita que é equivalente, ou seja, escolhe-se um valor T^* de tal modo que:

$$(\lambda'; T) \sim (\lambda^*; T^*); T^* < T$$

Por outro lado, o cálculo do *DALYs* ocorre em duas etapas. Na primeira etapa, a pessoa começa com $(\lambda'; T)$ e lhe pedem que escolha p^* de modo $(\lambda'; T) \sim p^* \cdot (\lambda^*; T) + (1 - p^*) \cdot (\omega; T)$ correspondente aos anos de vida por morte prematura. Na segunda etapa, a pergunta é qual o valor Δ^* de vida, de tempo máximo de incapacidade que seria suportável, de modo que $(\lambda^*; \Delta^*) \sim p^* \cdot (\lambda^*; T) + (1 - p^*) \cdot (\omega; T)$, admitindo que as preferências sejam transitivas $(\lambda'; T) \sim (\lambda^*; \Delta^*)$. Como $(\lambda'; T) \sim (\lambda^*; T^*)$ nos *QALYs*, dado que as preferências são monotônicas, logo $T^* = \Delta^*$. Ou seja, ambos os métodos são equivalentes se interpretados como utilidades.

Logo, como cargas de enfermidade, o *DALY* e o *QALY* são medidas diametralmente opostas, que representam formas complementares de avaliação tanto da quantidade como da qualidade de vida, ambas variáveis de utilidade e de bem estar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como pôde ser observado, a valoração de projetos e programas realizados na área de saúde possui características especiais, onde, a variável principal é o valor da vida humana. Nesse sentido, os estudos têm privilegiado a análise custo-efetividade a fim de determinar as atividades ou programas prioritários.

Dada à limitação dos métodos tradicionais, é que chama a atenção o aparecimento de novos métodos, que buscam captar informações relevantes, sobretudo quanto à preferência em se investir em determinados programas de saúde.

O conceito de *DALYs* (AVISA) e a *QALYs* são medidas que captam a carga (grau) de enfermidade, porém em direções opostas, onde o primeiro, quanto maior pior, enquanto que o segundo, quanto maior melhor. Contudo, como visto, a *DALYs* realça a efetividade, enquanto que a *QALYs* realça a

utilidade, ambas atuando como *proxies* de critérios econômicos com sólido cabedal teórico.

De acordo com Torche (1997), a maior parte dos métodos de avaliação não incorpora critérios distributivos, como eficiência, preferindo um enfoque mais pragmático. Por isso, evoca-se que sejam introduzidos nas análises sociais elementos distributivos que tenham como foco o acesso aos benefícios produzidos pela saúde, como ampliação dos programas de atenção básica, programas de saúde odontológica, atendimento oftalmológico, entre outros, que, além de melhorar significativamente a qualidade de vida (critério de utilidade), contribuem para a redução dos custos de tratamento de outras enfermidades, reduzindo, assim, o gasto que seriam realizados caso determinado programa estivesse ausente (critério de efetividade).

Por outro lado, a ampliação do acesso, sobretudo àqueles programas que possuem relação com a necessidade básica de assistência à saúde, pois necessitam de subsídios, criam externalidades. Por exemplo, a liberação de recursos para programas de combate ao mosquito da dengue, uma vez que melhora a qualidade de vida das populações mais carentes.

Os benefícios de um programa de redução de acidentes em vias públicas podem ser avaliados pelo número de mortes evitadas nas vias que foram melhoradas, a partir do custo da morte prematura. Uma maneira prática de se avaliar os efeitos distributivos de determinada política seria eleger um grupo-referência, como por exemplo, os que se enquadram nas políticas de assistência básica, e estabelecer padrões de comparação com respeito a outros grupos.

O importante a reter é que nenhuma metodologia atenderá a todos os supostos ao mesmo tempo, sobretudo em um setor onde a mensuração dos custos e benefícios se torna algo ainda mais pro-

blemática. Portanto, devido às características intrínsecas do setor de saúde, necessariamente, devem ser introduzidos elementos sociais em sua análise. Este reconhecimento, de que o setor de saúde possui características próprias que se diferenciam de outros setores, é que justifica a utilização de uma metodologia diferenciada, e, por isso, é válido o esforço que as análises de carga de enfermidade empreendem como uma maneira de aferição dos benefícios.

REFERÊNCIAS

- BARROS, P. P. *Economia da saúde: notas de aula*. Porto, Portugal, 2001.
- FERREIRA, L. N. Utilidades, QALYS e medição da qualidade de vida. *Documento de Trabalho da APES*. Algarve, Portugal. 2002.
- FREITAS, M. Análise económica da saúde. Portal de Saúde Pública. Portugal, 2005. Disponível em: <http://www.saudepublica.web.pt/01-Administracao/011-Economia/EconomiaSaude_MarioFreitas.htm>. Acesso em: 29 jun. 2006.
- JOHANNESON, M. The relationship between cost-effectiveness analysis and cost-benefit analysis. *Soc. Sci. Med.*, v. 41, n. 4, p. 483-489, 1995.
- PERPIÑAN, J. M. A; PRADES, J. L. P. Una modelización de los años de vida ajustados por la calidad como utilidades esperadas. *Economics and Business*. Working Papers Series; 218. Disponível em: <www.recercat.net/bitstream/2072/363/1/218.pdf>. Acesso em 20 de Julho de 2006.
- RITTENHOUSE, B.E. *Potential inconsistencies between cost-effectiveness and cost-utility analysis*. *Intl. J. of Technology Assessment in Health Care*, v. 11, n. 2, p. 365-376, 1995.
- TORCHE, A. Métodos para la evaluación de proyectos del sector salud. *Trabajo Docente*, n. 59. Santiago: Instituto de Economía, P.U.C, 1997.
- TORRANCE, G. W.; FEENY, D. Utilities and quality-adjusted life years. *Intl J of Technology Assessment in Health Care*, v. 5, p. 559-575, 1989.
- WEINSTEIN, M. C.; STASON, W. B. Foundation of cost-effectiveness analysis for health and medical practices. *N. Engl. J. Med.*, v. 296, n. 13, p. 716-21, 1977.

A reforma institucional do mercado de planos de saúde: uma proposta para criação de *benchmarks*

Carlos Octávio Ocké-Reis*

Resumo

Este trabalho procura mostrar que a regulação pode funcionar como um instrumento para corrigir as falhas do mercado de planos de saúde. No entanto, apesar das normas que defendem o consumidor e a concorrência regulada, tais ações podem, paradoxalmente, trazer uma concentração maior do mercado se o poder dos oligopólios privados não for enfrentado. Considerando os conflitos decorrentes da ação regulatória e a crise econômica do mercado, criticamos esse tipo de gestão, sugerindo que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) induza a formação e criação de novas instituições que funcionem como *benchmarks*, em particular, para afirmar o interesse público presente na área da saúde e reduzir os preços dos prêmios dos planos de saúde.

Palavras-chave: análise do mercado de planos de saúde, política governamental, regulação, saúde pública.

Abstract

This paper aims to show that regulatory actions could work as an instrument to correct the shortcomings of the private health insurance market. However, despite the roles that defend both consumer rights and competition, these actions can, paradoxically, bring about a more marked concentration of the market if the power of the oligopolies is not challenged. To criticise this sort of management, considering both the regulatory conflicts and the economic crisis facing the market, we suggest that the Agency play a key role establishing a benchmark, particularly supporting public health principles and reducing the price of private health insurance.

Key words: analysis of health care markets, government policy, regulation, public health.

INTRODUÇÃO

Na década de 1990, em que pese a correlação de forças favorável à desregulação dos monopólios da União e à privatização das empresas estatais, o Estado sentiu, por razões políticas de legitimidade, a necessidade de regular o mercado de planos de saúde. No âmbito das políticas sociais, em se tratando da intermediação do financiamento de serviços privados de saúde, essa medida foi inédita: ao

ser sensível à contestação “dos que têm voz e voto”, o governo federal procurou fortalecer os consumidores contra o aumento abusivo de preços, a baixa qualidade e a proliferação das fraudes, apoiando a criação da Lei nº 9.656, que regulamentou o setor em junho de 1998.

No entanto, isso não foi suficiente para evitar os sucessivos conflitos no campo da ação regulatória, tampouco foi capaz de atenuar a crise econômica do mercado de planos. Destaca-se, de um lado, a decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) de não reconhecer a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) como instância responsável pela

* Doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ, Economista e membro da Diretoria de Estudos Macroeconômicos do IPEA. octavio@ipea.gov.br.

regulação dos contratos estabelecidos antes da Lei, o que dificulta sua tarefa de mediar os interesses contraditórios envolvidos na implementação do Programa de Incentivo à Adaptação de Contratos (PIAC); de outro, como as tarefas exigidas para fiscalizar e para sanear o mercado tendem a crescer com o acirramento da crise econômica e a concentração das operadoras de planos, questiona-se a predominância de uma visão tecnocrática no corpo da gestão regulatória, por se obscurecer o papel central do Estado como financiador e organizador do sistema de saúde.

Segundo os órgãos de defesa do consumidor, os preceitos normativos da ANS em defesa do consumidor, da concorrência regulada e do interesse público não são cumpridos. Pelo contrário, eles vêm se transformando cada vez mais em uma figura de retórica, tendo em vista o aumento abusivo de preços, o tratamento impróprio para lidar com as doenças preexistentes, o descredenciamento unilateral dos prestadores, os tetos de utilização etc. As operadoras, por sua vez, alegam que os reajustes sancionados pelo governo federal não acompanham os custos dos planos individuais, sobretudo em razão da sobreutilização dos serviços. Na mesma linha, antes da decisão do STF em agosto de 2003, tais operadoras acusavam a Agência e o próprio Poder Judiciário de legitimar regras e liminares que as obrigavam a arcar com custos de cobertura não incluídos nos planos de saúde contratados antes da Lei. Já os médicos reivindicam às operadoras maiores honorários, chegando a boicotar o atendimento dos conveniados na perspectiva de pressionar as operadoras. Tentam, ainda, emplacar uma nova tabela de preços, chamada Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), no bojo da proposta de “contratualização” dos prestadores privados junto aos planos de saúde. Além disso, criticam a interferência dos planos sobre seu processo de trabalho. E, finalmente, os gestores da ANS buscam assegurar melhores condições para o funcionamento do mercado, mas nem por isso conseguiram reverter os sucessivos conflitos da ação regulatória, tampouco apresentar um projeto estratégico para superar a crise econômica sem patrocinar a priori a concentração do mercado.

Em especial, quando a Agência uniformiza as regras de funcionamento do mercado, fiscaliza as irregularidades econômico-financeiras das operadoras e elimina as empresas fraudulentas, paradoxalmente, o que acaba favorecendo uma concentração do mercado em favor dos oligopólios privados, indo de encontro aos preceitos normativos da ANS em defesa do consumidor, da concorrência regulada e do interesse público.

Diante desse marco regulatório ambíguo – assentado na Lei nº 9.656 combinada à Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001 –, é preciso redefinir qual é o papel e a abrangência da saúde suplementar no interior do Sistema Único de Saúde (SUS). Vale lembrar, analisando o relacionamento do *mix* público/privado em um conjunto de países, que Greã et al. enfatizam a necessidade de se regular mercados que não são, de fato, suplementares ao sistema público, como é o caso brasileiro; em outras palavras, quando o mercado substitui a cobertura de serviços incluídos no rol de oferta do sistema público (GREÃ *et al.*, 2002, p. 4).¹

Aprofunda-se essa discussão, desde já, assumindo uma posição à la Weber:

sabe-se desses limites analíticos, pois “toda interpretação persegue a evidência. Mas nenhuma interpretação de sentido, por mais que seja evidente, pode pretender, dado o mérito desse caráter de evidência, ser também a interpretação causal válida. Em si mesma, não é outra coisa senão uma hipótese causal particularmente evidente” (WEBER, 1997, p. 9, trad. livre).

Com esse espírito, na próxima seção, considerando os desdobramentos da crise econômica das operadoras de pequeno e médio porte, analisamos a concentração do mercado, em especial como tal efeito poderia fortalecer os oligopólios privados, minando a possibilidade de a ANS cumprir seus preceitos normativos em defesa do consumidor, da concorrência regulada e do interesse público. Na terceira seção, apresentamos as bases da reforma institucional – na perspectiva de resistir ao movimento de concentração – que residem em dois pi-

¹ Segundo a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), entende-se como “suplementar” a cobertura de serviços não incluídos no rol de oferta do sistema público, e “complementar” a cobertura de serviços diferenciados, mas incluídos no sistema público (co-pagamentos). Para conhecer a proposta taxionômica, consultar OECD (2004, p. 17-18).

lares: de um lado, propõe-se que a Agência assuma um projeto sistêmico e democrático, aumentando sua capacidade de *enforcement* para reformar as instituições do mercado. De outro, critica-se a gestão tecnocrática e o modelo regulatório da ANS, indicando a necessidade de a assistência à saúde ser encarada como um direito social específico no âmbito do mercado cuja materialização exigiria mudanças na Constituição, de modo que a regulação dos planos de saúde – orientada pelo interesse público – fosse reforçada pela adoção de um regime de concessão dos serviços públicos.

Na quarta, procurando sintetizar a economia política da crise regulatória e do mercado, sugerem-se a formação e a criação de *benchmarks*, que poderiam contribuir, a um só tempo, para mudar a lógica tecnocrática das ações da ANS e para integrar o mercado ao Sistema Único de Saúde (SUS), resistindo à captura dos oligopólios privados. Em suma, essas entidades poderiam servir como braço de apoio às atividades regulatórias para reduzir os preços dos prêmios, ampliar cobertura, melhorar a qualidade da atenção médica, induzir arranjos organizacionais solidários e, ainda, ajudar no cumprimento de metas clínicas e epidemiológicas definidas pelo Ministério da Saúde (MS), emprestando uma orientação pública à dinâmica do mercado de planos de saúde.

Ao discutir a possibilidade de se realizar uma reforma institucional do mercado em direção à unicidade do SUS, conclui-se indagando em que medida o Estado detém precondições para subordinar os oligopólios privados às diretrizes das políticas de saúde e que segmentos do mercado aceitariam internalizar esse tipo de orientação pública.

O LAISSEZ-FAIRE REGULATÓRIO: a concentração do mercado

A crise econômica dos planos de saúde apresenta especificidades em relação à crise econômica geral, além de ser difícil distinguir seu impacto sobre cada modalidade de pré-pagamento, em

um mercado tão diverso econômica e institucionalmente. Localizada sobretudo nas pequenas e nas médias operadoras, a natureza dessa crise e seus desdobramentos desafiam os analistas de políticas de saúde e os gestores da ANS (OCKÉ-REIS, 2004).

Paralelamente à crise econômica das operadoras, assiste-se ao acirramento da concorrência oligopolista dos grandes *players*, cujo objetivo é conquistar os usuários de baixo risco e renda elevada

Sem querer ofuscar, entretanto, que tal crise sirva de pretexto para que certas operadoras deixem de assumir os riscos da atividade econômica: seja o plano empresarial, em que a operadora repassa seu custo operacional para o empregador, seja o plano individu-

al de segunda linha, no qual o baixo valor pago ao prestador médico-hospitalar implica, geralmente, uma redução da qualidade dos serviços.

Após a Lei da regulamentação, mantidos a trajetória de custos crescentes do mercado e os baixos salários, é admissível supor que haja uma multiplicação da insolvência das operadoras menores e ineficientes e, por conseguinte, uma provável fusão de carteiras, acarretando uma concentração do mercado de planos de saúde. Nesse caso – como previne Mazzucchelli em um sentido geral –, isso significaria “[...] não apenas a fusão dos distintos capitais ou a anexação dos mais débeis aos mais fortes, mas acima de tudo o controle do capital social por um grupo cada vez mais reduzido de capitalistas” (MAZZUCHELLI, 1985, p. 93). Ademais, o prazo de maturação dessa crise deve acompanhar o cronograma estabelecido pela Agência para a constituição de garantias financeiras (capital mínimo, provisão de risco, margem de solvência etc.), conforme disposto na Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 77, de 17 de julho de 2001. Igualmente, Mazzucchelli lembra ademais que é “[...] na crise que se acirra a concorrência entre os capitais, de modo a determinar quais parcelas do capital total permanecerão ociosas, quais permanecerão ativas e quais serão efetivamente desalojadas” (MAZZUCHELLI, 1985, p. 60).

Paralelamente à crise econômica das operadoras, assiste-se ao acirramento da concorrência oligopolista dos grandes *players*, cujo objetivo é

conquistar os usuários de baixo risco e renda elevada, vinculados ao setor formal da economia, ao mesmo tempo em que se procura restringir o alto risco – a seleção adversa – da carteira dos planos individuais, para evitar “prejuízos” (CASTIGLIONE, 2004) que diminuam a rentabilidade da operadora. Aliás, é mais ou menos isso que está em jogo quando, após a decisão do Supremo, as operadoras reajustam, abusivamente, os preços dos planos antigos no contexto do programa de migração e adaptação. Afinal, esses *players* buscam o lucro extraordinário de monopólio, fazendo valer a definição conceitual de Schumpeter: “[...] passando este último [o monopólio] a ser visto não como o ‘contrário’, mas como o próprio motivo fundamental da concorrência” (POSSAS, 1989, p. 71).

Uma das alternativas para o mercado seria incorporar os setores de baixa renda por meio de planos individuais mais baratos e de menor qualidade. Contudo, isso foi freado por um ciclo econômico descendente e por uma legislação contrária à radicalização da seleção de riscos, isto é, contrária à subsegmentação do desenho dos produtos. Ao considerarem-se tais obstáculos, os oligopólios privados apostam no crescimento da carteira de planos coletivos, que hoje já alcança 70% do total do mercado. Não é à toa que Phelps (1997, p. 344) chama a atenção para as suas vantagens: economias de escala e diluição da seleção adversa. Poder-se-ia, assim, estar copiando os Estados Unidos, onde “os segmentos mais custosos do mercado, os idosos e os crônicos, são agora cobertos por programas públicos. No mercado, quase toda cobertura é agora comercializada por meio dos empregadores. [...]. O seguro individual é hoje apenas uma categoria residual” (GLIED, 2001, p. 959-960, trad. livre).

Igualmente, os grandes *players* acabam atuando como oligopsônios, achatando os preços dos prestadores médico-hospitalares, o que poderia prejudicar a qualidade da atenção médica prestada aos consumidores, sobretudo os usuários co-

bertos pelos planos individuais de segunda linha. Pode-se imaginar, portanto, que médicos e hospitais encontram-se espremidos entre os custos crescentes e o “mau pagador”, salvo aqueles que contam com estrutura empresarial própria ou larga reputação ou detêm o monopólio da prestação – seja por razões tecnológicas, seja pela localização geográfica.

Da ótica da política regulatória, entretanto, intriga-nos haver uma expectativa de que os oligopólios privados funcionem como saneadores da crise econômica dos planos mediante um processo de concentração. Pior: quando a Agência uniformiza as regras de funcionamento do mercado, fiscaliza as irregularidades econômico-financeiras das operadoras e elimina as empresas

fraudulentas, paradoxalmente, isso acaba favorecendo uma concentração em favor dos oligopólios privados, indo de encontro aos preceitos normativos da ANS em defesa do consumidor, da concorrência regulada e do interesse público.

Do ponto de vista da literatura, baseando-se na experiência norte-americana, essa concentração tenderia a prejudicar o cumprimento de tais preceitos normativos:

- a) “se determinado tipo de regulação produz preços mais baixos e maior cobertura depende da força relativa de seus efeitos intermediários sobre o número de operadoras e sobre a concentração do mercado” (CHOLLET *et al.*, 2000, p. 2, trad. livre);
- b) “é possível que haja ganhos de eficiência e um aumento do poder de monopólio resultantes de um mesmo processo de concentração. Se os consumidores estão piores ou melhores depende de que efeito é maior” (HAAS-WILSON, 2003, p. 140, trad. livre);
- c) torna-se difícil assegurar, precisamente, como internalizar os supostos ganhos de eficiência, isto é, como fazer que os agentes regulados produzam, de fato, preços competitivos (KAHN, 1998, v. II); e
- d) é importante reconhecer o “[...] impacto negativo

Em quase dez anos, verificou-se que as mensalidades dos planos de saúde subiram quase quatro vezes mais que a inflação geral e o reajuste das mensalidades foi quase o dobro da inflação do próprio setor saúde, sem expurgar o peso da inflação dos planos na taxa da inflação setorial

de longo prazo das fusões das seguradoras de saúde sobre os pacientes e os médicos” (AMA, 2004, trad. livre), como indicam os médicos norte-americanos, que lutam pela aprovação do Projeto de Lei intitulado *Health Care Antitrust Improvements Act*.

Se a transposição dessas constatações não assegura uma posição categórica sobre os efeitos colaterais do processo de concentração sobre a afirmação dos princípios da ANS, recorre-se a algumas evidências empíricas observadas no caso brasileiro para corroborar a suspeita:

a) levando em conta a estagnação do número de usuários do mercado de planos de saúde (ALMEIDA, 2003), o faturamento desse mercado não foi nada desprezível, sobretudo porque houve um leve crescimento nominal. Em valores correntes, observa-se na Tabela 1 um montante de quase R\$ 23 bilhões em 1999, e, de acordo com Cata Preta (2004, p. 20), essa magnitude subiu para R\$ 24 bilhões em 2003; e

Tabela 1

Brasil: faturamento segundo modalidade de pré-pagamento - 1999 (em milhões de R\$)

| Modalidades | Faturamento | % |
|----------------------|-------------|-------|
| Seguro-saúde | 4,9 | 21,5 |
| Medicina de grupo | 5,2 | 22,8 |
| Cooperativas médicas | 4,0 | 17,5 |
| Planos de autogestão | 8,7 | 38,2 |
| Total | 22,8 | 100,0 |

Fonte: Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE).

b) se se admitir que a concorrência do mercado é imperfeita – em que os pressupostos de equilíbrio são relaxados em oposição aos modelos de concorrência perfeita –, isso implica reconhecer que há uma concentração relativa, na qual poucas operadoras de planos cobrem a maioria dos usuários.

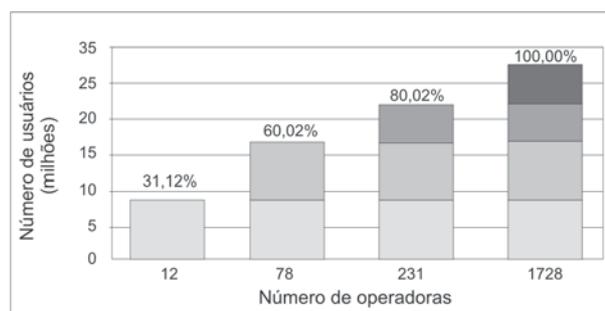
No Gráfico 1, vê-se que dentre as 1.728 operadoras, somente 12 detêm mais de 30% do mercado, ou em outra escala, 78 empresas abarcam 60%

do total. Trata-se de um padrão de concorrência oligopolista: seguindo a tradição de Labini, observa-se um oligopólio diferenciado, hierarquizado em produtos heterogêneos (SYLOS-LABINI, 1966). Pode-se dizer, então, que tendo em vista a

[...] existência de um pequeno número de firmas ou de poucas firmas com alta participação no mercado, surge em consequência o problema da interdependência entre as políticas das firmas. O grau de concentração de mercado passa, dessa forma, a ser um dos fatores relevantes na caracterização de um regime oligopolista (HOLANDA FILHO, 1983, p. 12-13); e

Gráfico 1

Brasil: concentração de usuários de planos de saúde, segundo número de operadoras – 2001



Fonte: ANS, fev. 2001

c) independentemente se ocorrida antes ou depois da Lei da regulamentação de 1998, a evolução da inflação do setor saúde – que representa uma *proxy* dos custos do mercado de planos – foi menor, quase na mesma proporção entre os períodos analisados, do que o crescimento dos prêmios (Tabelas 2 e 3).

Tabela 2

Município de São Paulo: taxa de inflação acumulada, geral, saúde e planos de saúde, julho/1994 a dezembro/1998

| Custo de Vida | Taxa | Índice | Índice |
|-----------------|--------|--------|--------|
| Geral | 70,86 | 1,00 | - |
| Saúde | 121,76 | 1,72 | 1,00 |
| Planos de Saúde | 189,33 | 2,67 | 1,55 |

Fonte: Índice de Custo de Vida - ICV / DIEESE.

Tabela 3

Município de São Paulo: taxa de inflação acumulada, geral, saúde e planos de saúde, janeiro/1999 a dezembro/2003

| Custo de Vida | Taxa | Índice | Índice |
|-----------------|--------|--------|--------|
| Geral | 59,03 | 1 | - |
| Saúde | 100,43 | 1,70 | 1 |
| Planos de Saúde | 169,50 | 2,87 | 1,69 |

Fonte: Índice de Custo de Vida - ICV / DIEESE.

Pelo contrário, em quase dez anos, verificou-se que as mensalidades dos planos de saúde subiram quase quatro vezes mais que a inflação geral e o reajuste das mensalidades foi quase o dobro da inflação do próprio setor saúde, sem expurgar o peso da inflação dos planos na taxa da inflação setorial (Tabela 4).

Tabela 4

Município de São Paulo: taxa de inflação acumulada, geral, saúde e planos de saúde, julho/1994 a dezembro/2003

| Custo de Vida | Taxa | Índice | Índice |
|-----------------|--------|--------|--------|
| Geral | 171,71 | 1 | - |
| Saúde | 344,46 | 2,01 | 1 |
| Planos de Saúde | 679,74 | 3,96 | 1,97 |

Fonte: Índice de Custo de Vida - ICV / DIEESE.

Sabemos que o mercado de planos é segmentado por nichos, isto é, pelo tipo de ocupação, pela posição funcional e pela renda das pessoas (Teixeira et al., 2002, p. 30). Isso poderia prejudicar a elaboração de uma análise agregada, por exemplo, quando comparamos a evolução dos preços dos planos individuais e empresariais *vis-à-vis* a inflação setorial, antes e depois da lei da regulamentação. No entanto, obtivemos resultados tão marcantes que tal generalização poderia nos ajudar a avaliar a política de reajustes da ANS. Voltada aos planos individuais a partir de 2000, parece que tal política acabou sancionando um aumento médio dos prêmios dos planos individuais maior do que o crescimento dos preços dos planos empresariais (Tabelas 5, 6 e 7), apesar de tal aumento, recentemente, ter seguido a variação dos preços médios desses mesmos planos oferecidos às empresas.

Tabela 5

Município de São Paulo: taxa de inflação acumulada, saúde, planos de saúde empresarial e individual, julho/1994 a dezembro/1998

| Custo de Vida | Taxa |
|---------------------------|--------|
| Saúde | 121,76 |
| Plano de Saúde Empresa | 195,26 |
| Plano de Saúde Individual | 187,94 |

Fonte: Índice de Custo de Vida - ICV / DIEESE.

Tabela 6

Município de São Paulo: taxa de inflação acumulada, saúde, planos de saúde empresarial e individual, janeiro/1999 a dezembro/2003

| Custo de Vida | Taxa |
|---------------------------|--------|
| Saúde | 100,43 |
| Plano de Saúde Empresa | 131,95 |
| Plano de Saúde Individual | 178,51 |

Fonte: Índice de Custo de Vida - ICV / DIEESE.

Tabela 7

Município de São Paulo: taxa de inflação acumulada, saúde, planos de saúde empresarial e individual, julho/1994 a dezembro/2003

| Custo de Vida | Taxa |
|---------------------------|--------|
| Saúde | 344,46 |
| Plano de Saúde Empresa | 584,85 |
| Plano de Saúde Individual | 701,93 |

Fonte: Índice de Custo de Vida - ICV / DIEESE.

Em que pese o estatuto do terceiro-pagador atribuído às operadoras, o qual permitiria a expansão da demanda dos serviços médicos e, por sua vez, o volume do sinistro – em especial da carteira de planos individuais –, parece plausível imaginar que uma das principais causas do crescimento acentuado dos prêmios tenha sido a configuração oligopolista do mercado. A própria formação sub-reptícia de cartéis, tendo em vista o poder econômico dos oligopólios, poderia também explicar o descolamento da evolução do preço dos prêmios em relação à inflação do setor saúde.

Grosso modo, somando esses argumentos teóricos aos dados empíricos, tal concentração poderia

implicar um aumento de preços, o qual prejudicaria consumidores e, visivelmente, a concorrência regulada. Apesar disso, continua-se apostando – de forma velada – que as operadoras mais aptas conseguiriam sanear o mercado, diminuindo preços e melhorando a qualidade dos serviços privados, mediante a concorrência oligopolista: garantidas as condições mais favoráveis para a rentabilidade desse subsistema, a concentração do mercado seria uma peça-chave para resolver a insolvência de parte das operadoras de pequeno e médio porte.

Para superar tanto o contraditório *laissez-faire* regulatório quanto atenuar o primado do lucro e da seleção de riscos presentes no mercado, deve-se estimular que a Agência desenvolva e potencialize sua *conditio sine qua non*: a capacidade de arbitrar o espaço de atuação das operadoras na intermediação do financiamento dos serviços privados de saúde. Por isso, critica-se essa proposta anônima e imobilista, cuja sobrevivência dos oligopólios privados e de seus lucros extraordinários aparece como única solução possível para estabilizar o marco regulatório.

Não se defende essa proposta, mas alguns analistas parecem acreditar que, inexoravelmente,

[...] a existência de uma regulação estatal com estabelecimento de regras mínimas para o jogo [...] vai determinar seguramente grandes modificações qualitativas e quantitativas, para o bem ou para o mal, dentre elas [...] a concentração das operadoras com eliminação crescente das ineficientes e das pequenas [...] e a atração de novos *players*, especialmente, as operadoras estrangeiras (MENDES, 2001, p. 84-85).

Nesse caldo de cultura, pretende-se também desobrigar o Estado de arcar com o ônus do financiamento da população assistida pelos planos, reduzindo seu escopo de atuação: seja na versão denunciada por Bahia et al. (2002, p. 583), isto é, “com o saldo dos ricos se atenderia aos pobres”, seja na versão apresentada pelo Fórum de Líderes Empresariais (Gazeta Mercantil, 1997), defendendo a expansão dos incentivos governamentais aos planos de saúde. Isso quando não se almeja copiar a reforma autoritária promovida por Pinochet em 1980, em que se adotou um tipo de financiamento direto aos planos – por meio de desconto na folha de salários dos trabalhadores – que permitiu o

crescimento desse mercado, apropriando-se dos fundos do seguro social e “ressuscitando a velha idéia conservadora de que somente os pobres e os indigentes deveriam receber proteção social do Estado” (LABRA, 2002, p. 1.046, trad. livre).

Em que pesem os desafios administrativos ante a dinâmica do mercado, a Agência deve procurar respondê-los combatendo a concentração por meio de ações de fiscalização e saneamento que pressuponham um programa de reforma institucional do mercado. Ao buscar integrar o mercado de planos ao SUS, à luz das diretrizes constitucionais e das Leis nº 8.080 e 8.142, propomos soluções de um novo tipo, sem descuidar das atividades precípuas em defesa do consumidor e da concorrência regulada. Tal solução passa pela costura de um contrato social regulatório, preenchendo o interesse público com um conteúdo – aberto e em movimento – que garantisse a aplicação específica do direito do acesso à saúde no mercado, em consonância com as políticas de Estado na área da saúde.

AS BASES DA REFORMA INSTITUCIONAL

Um projeto sistêmico e democrático

No ano de 2000, foi criada a ANS por intermédio da Lei nº 9.961. Superado o temor da “falta de estrutura”, o desempenho da diretoria colegiada da ANS – baseado em uma espécie de *learning by doing* – garantiu, tecnicamente, o exercício do seu mandato. Em especial, quando defendeu a supremacia do papel de atuação do MS em relação ao Ministério da Fazenda, tentou regular os contratos anteriores à Lei e generalizou o plano-referência no grupo assistencial (MONTONE, 2003, p. 7-17).

Não se discutiu nesta pesquisa a falta de coordenação entre suas diretorias, tampouco se havia “[...] necessidade ou não desta regulação acontecer via modelo de agência reguladora autônoma [...]” (PEREIRA, 2003, p. 7), especialmente em razão da necessidade de contratação de novos recursos humanos.

Contudo, reconhece-se que sem a montagem dessa estrutura organizacional não seria possível exigir nada da ANS, principalmente reivindicar

mudanças que produzissem transformações de natureza sistêmica no mercado, em busca da unicidade do SUS. Isso não quer dizer que inexistam problemas relacionados à gestão da agência reguladora. Entre eles, mencionar-se-ia, por exemplo, a proposta de estender o raio regulatório por meio do programa de migração e adaptação – em termos administrativos correta –, mas que, além de seus problemas de *timing*, concepção e articulação política, comete o mesmo equívoco da Medida Provisória nº 2.177-43, de 27 de julho de 2001, que procurou enfrentar os conflitos da ação regulatória e a crise econômica das operadoras, sem reduzir o poder econômico dos oligopólios privados (OCKÉ-REIS, 2001).

Na verdade, o mercado de planos de saúde reproduziu-se gozando de incentivos governamentais e das benesses oriundas da ausência de um quadro regulatório. A rigor, não houve um processo prévio de privatização, pois o sistema de saúde brasileiro nunca se constituiu em um *single payer*, nem o Estado foi o único proprietário da rede assistencial, tampouco o responsável pela concessão de atividades relacionadas à intermediação do financiamento da prestação médico-hospitalar privada. Pelo contrário, os planos atuaram sem nenhuma norma específica que fornecesse parâmetros econômicos e assistenciais para o seu funcionamento – exceto, pontualmente, as modalidades de autogestão e de seguro-saúde.

No fim da década de 1990, legislar, fiscalizar e sanear esse setor tornaram inadiáveis. Contudo, se, por um lado, isso seguiu a linha do Código de Defesa do Consumidor (CDC), por outro, ocorreu em paralelo ao processo de reforma liberal do Estado, uma vez que a assistência à saúde era considerada livre à iniciativa privada (ver o artigo 199 da Constituição e o artigo 21 da Lei nº 8.080). Pode-se, ainda, inferir que – no âmbito da Lei nº 8.884, de 11 de junho de 1994 –, em relação à liberdade de preços, a regulação dos planos ocorreu em opo-

sição a essa reforma liberal. Entre as atribuições da ANS, estão previstos o controle de preços dos planos individuais e o monitoramento do reajuste dos planos coletivos, em certa medida, indo de encontro à lógica do Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência (SBDC). Nas palavras de Considera,

tal sistema “[...] definitivamente abandona o controle de preços, trocando-o pela lei da demanda e oferta” (CONSIDERA, 2002, p. 24).

Cabe à ANS zelar pela defesa do consumidor e da concorrência regulada, buscando reestruturar o mercado com vistas à redução das práticas oligopolistas e à eliminação dos abusos econômicos. Em especial, como as ações e os serviços de saúde são considerados de relevância pública

no artigo 197 da Constituição, a Agência foi desenhada, naturalmente, para ser orientada em defesa do interesse público, seguindo à sua maneira a tradição das legislações antitruste. De acordo com Araújo Jr., a principal função de leis antitruste é preservar o interesse público nas economias capitalistas, porque

se todos os interesses privados fossem convergentes, não haveria razão para existirem instituições antitrustes, que no nosso caso constituem o SBDC, formado pelo Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE), pela Secretaria de Acompanhamento Econômico (SEAE), do Ministério da Fazenda, e pela Secretaria de Direito Econômico (SDE), do Ministério da Justiça (ARAÚJO JR., 2004).

Trata-se de uma tarefa complexa: a regulamentação pode determinar o padrão de competição do mercado e influir na rentabilidade das operadoras. Ao tomar-se como base a tipologia descrita por Costa, no âmbito das políticas públicas regulatórias na saúde, seria ingenuidade crer que “a agenda da eficiência (regulatória) aceite [...] soluções de soma positiva, quando todos os grupos afetados pela política têm a ganhar, permitindo soluções ótimas ou unânimes” (COSTA *et al.*, 2001, p. 195). Afinal, a relação com os agentes econômicos tende a ser

pouco cooperativa, principalmente se o *regulatory State* (MAJONE, 1997, p. 149) se opuser a um processo de concentração que favoreça os oligopólios privados.

Se não bastasse o notório conflito de interesses entre a agência reguladora e os grandes *players*, cumpre ressaltar que

[...] a regulamentação de uma lei não se confunde com a regulação de uma indústria ou de um mercado. É até possível que se faça uma boa regulação através da regulamentação de uma lei, mas, para isso, é essencial que na lei se estabeleçam de forma clara os princípios e o tipo de mercado que se quer promover. Essa discussão não existiu no Brasil em nível de governo ou do Congresso Nacional, como preâmbulo da privatização (ASSIS, 1997, p. 13).

Vale dizer que isso ocorreu com a regulação dos planos, pois, de um lado, os princípios normativos em defesa do consumidor, da concorrência regulada e do interesse público são sistematicamente afrontados, e, de outro, o mercado que se quer promover não está explicitamente delineado.

Além do mais, quando a Agência uniformiza as regras de funcionamento do mercado, fiscaliza as irregularidades econômico-financeiras das operadoras e elimina as empresas fraudulentas, paradoxalmente, isso acaba favorecendo uma concentração do mercado em favor dos oligopólios privados, indo de encontro aos princípios da ANS. Em outras palavras, por adquirir um contorno imediatista, tais medidas, de certo, imprescindíveis, são marcadas por certo grau de despolitização, revelando a presença de um estilo de gestão tecnocrático. Pior: descoladas da problemática do SUS e desvinculadas de uma reforma institucional do mercado como foi o caso do Piac, poder-se-ia estar sancionando um estranho *laissez-faire* regulatório, cuja expressão mais inquietante é a defesa obscura de uma concentração do mercado em favor dos grandes *players*, originando uma grave contradição no interior da Agência.

Questiona-se, portanto, a validade de uma administração pautada pelo pragmatismo, contingenciada pelos conflitos do cotidiano e cingida por um olhar microeconômico, obscurecendo o papel central do Estado como financiador e organizador do sistema de saúde.

Sem dúvida, uma gestão baseada em modelos de apreçamento e na supervisão econômico-financeira-assistencial das operadoras pode contribuir para iluminar os caminhos a serem adotados pela ANS. Afinal, a avaliação de desempenho do mercado exige uma boa fundamentação técnica e um sistema de informação e acompanhamento vigoroso, conferindo consistência às ações de fiscalização e saneamento. Tais ações visam monitorar, por um lado, as condições dos produtos (preço, cobertura, carências etc.) e, por outro, as regras de entrada, funcionamento e saída das operadoras, entre outros, o nível de reservas, a aplicação de garantias financeiras, a transferência de usuários das operadoras liquidadas etc. Logo, não há sentido em desconsiderar essa atividade precípua, que enfatiza, em termos usuais, a gestão regulatória dos negócios praticados nesse mercado.

Contudo, parece útil observar a advertência de Kahn, quando diz que ao perguntar-se à microeconomia questões relacionadas a decisões institucionais, “[...] nós nos encontramos lançados no interior de uma confusa arena política e social assim como observamos um comportamento econômico em um mundo real da ignorância, erro e corrupção, onde todas as instituições são imperfeitas em diversos níveis” (KAHN, 1998, p. ii, trad. livre).

Desse modo, embora se saiba a importância de utilizar conhecimentos científicos, técnicos e informacionais como base para aplicação de políticas voltadas para a regulação, o viés pragmatista acabaria enfraquecendo a capacidade regulatória de a Agência exercer seus princípios normativos. Além do mais, ao prestar-se atenção ao que ensinam Bobbio *et al.*, pode-se imaginar que a hegemonia de uma postura economicista configuraria “[...] a tecnocracia como um modelo de exercício do poder susceptível de substituir in toto, através de uma escala por etapas mais ou menos breves, a gestão política do poder” (BOBBIO *et al.*, 1998, p. 1235).

Parece essencial responder a esse pragmatismo, empregando um tipo de gestão que radicalize os princípios da ANS, na perspectiva de integrar o funcionamento dos sistemas público e privado de saúde, aliás, como já acontece com a experiência embrionária do ressarcimento ao SUS pelas operadoras: ao publicizar o mercado de planos, por meio

de mudanças na Constituição e de uma reforma institucional, dar-se-ia um passo decisivo para dotar o SUS da característica de único.

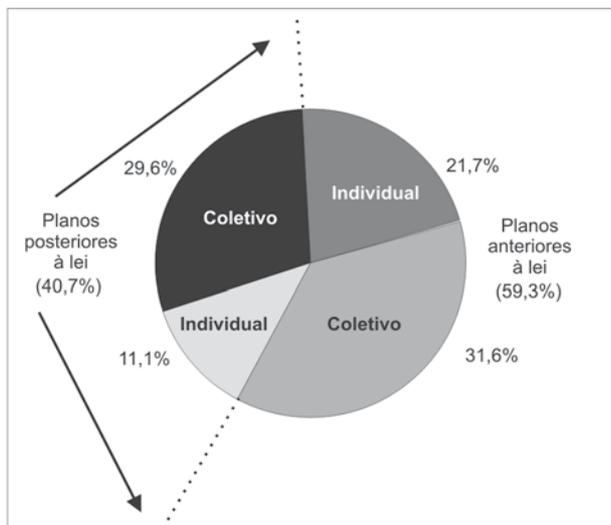
Os conflitos da ação regulatória e a crise econômica dos planos não deveriam, portanto, restringir o campo de atuação da Agência à resolução da crise de sinistralidade dos planos individuais ou à migração dos contratos antigos: ambos reproduzem, forçosamente, um través tecnocrático. Tanto é assim que, sem querer reduzir a complexidade do problema, caso não seja possível reverter os atuais critérios do programa de migração e adaptação dos contratos antigos com vistas ao barateamento dos seus custos de transferência, os consumidores poderão ter prejuízos econômicos e assistenciais, em especial aqueles pertencentes à carteira de planos individuais, que somam mais de 20% dos usuários do mercado (Tabela 8 e Gráfico 2).

Tabela 8
Brasil: número de usuários, segundo tipo de plano de saúde, 2003

| Planos/Usuários | Anteriores à Lei | Posteriores à Lei | Total |
|------------------|------------------|-------------------|------------|
| Planos de Saúde | 22.534.000 | 15.466.000 | 38.000.000 |
| Plano Coletivo | 14.288.000 | 11.248.000 | 25.536.000 |
| Plano Individual | 8.246.000 | 4.218.000 | 12.464.000 |

Fonte: ANS, out. 2003.

Gráfico 2
Brasil: percentual de usuários, segundo tipo de plano de saúde – 2003



Fonte: ANS, out. 2003.

Em um primeiro exame, apesar de os consumidores contarem, freqüentemente, com a jurisprudência do Código de Defesa do Consumidor (CDC) a seu favor e com a liminar do Superior Tribunal de Justiça (STJ), garantindo o reajuste de 11,75% em 2004, eles estão, entretanto, a reboque da decisão do Supremo, que fortaleceu a posição das operadoras nas ações julgadas pelo Poder Judiciário, pelo menos no que diz respeito ao reajuste de preços. Considerem-se o lucro acumulado das operadoras e a mensalidade do usuário como um depósito bancário em caderneta de poupança, cujo prêmio mensal cobriria o gasto das famílias em saúde – mecanismo de financiamento privado baseado no modelo dos *medical savings accounts* (DIXON, 2002, p. 408); em que pese a legislação passada não admitir esse tipo de arranjo, obrigando a retenção de lucros ou criando fundos solidários de longo prazo, quando os usuários mais precisam resgatar a “poupança”, isto é, quando alcançam uma idade avançada, as operadoras tentam expulsá-los da carteira aumentando preços – sob o manto da decisão do STF – a pretexto de cumprir o ritual do processo migratório estimulado pela Agência. É difícil prever qual será o desfecho dessa questão, pois o próprio Ministro da Saúde, Humberto Costa, já ameaçou intervir no setor: “estão ocorrendo grandes abusos e o governo não vai permitir que eles prevaleçam. Determinamos que a ANS seja dura e rigorosa, atuando as empresas. Caso haja persistência no descumprimento da lei, há a possibilidade de intervenção” (COSTA, 2004). Poder-se-ia admitir, até mesmo, que além da perda dos consumidores, o Estado seja compelido a adotar uma atitude passiva em relação à ineficiência gerencial das operadoras, seja patrocinando compensações pelo aumento de preços, seja aliviando-as de pesadas multas mediante termos de ajuste de conduta. Quem sabe, ainda, subsidiando diretamente as operadoras com recursos públicos ou cobrindo um novo contingente de pessoas por intermédio do SUS – sem nenhum planejamento prévio – nas grandes metrópoles.

Por omissão ou impossibilidade prática, a idéia de discutir um projeto regulatório sistêmico e democrático, indicando para uma regulamentação harmônica às diretrizes constitucionais do SUS, nunca foi

seriamente debatida entre a diretoria colegiada da ANS e o Conselho de Saúde Suplementar (CONSU). Isso permitiria postular uma regulação mais ampla – de natureza sistêmica –, forjando um contrato social regulatório que fosse audacioso para suplantando a já difícil tarefa de parametrizar contratos de direito privado em defesa do consumidor, da concorrência regulada e do interesse público.

Ao implementarem-se as mudanças na Constituição, intui-se que a integração dos planos ao SUS e a resistência à captura dos oligopólios privados poderiam ser sustentadas, entre outros fatores, formando e criando novas instituições, mediante um processo de reforma, com vistas à publicização do mercado. Essas instituições passariam a colaborar com as ações regulatórias da ANS em relação à regulação de preços, cobertura, qualidade da atenção médica, arranjos organizacionais solidários e cumprimento de metas clínicas e epidemiológicas definidas pelo MS. Faltaria discernir os limites e as possibilidades da aplicação específica do direito do acesso à saúde como preceito de cidadania. Afinal, embora regulado, o mercado de planos de saúde reproduz-se na lógica de valorização do capital e da radicalização da seleção de risco.

Em paralelo, respaldada pelo regimento interno, a diretoria colegiada da ANS tem a prerrogativa de tomar decisões políticas e técnicas em consonância com as deliberações do CONSU. Contudo, as demais instâncias consultivas, que também funcionam como mecanismos de participação social (a Câmara de Saúde Suplementar, as câmaras técnicas, as instâncias de consulta e audiência pública), poderiam ser alargadas – conforme propôs o relatório final da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Planos de Saúde (2003, p. 7) –, visando fortalecer o controle social sobre a Agência. Isso daria continuidade ao que já faz a Diretoria de Fiscalização, por intermédio do seu projeto “Parceiros da Cidadania”, que vem atuando em sinergia com os órgãos que compõem o Sistema Nacional de Defesa do Consumidor (SNDC).

Nessa linha, a Agência se organizaria não só segundo a racionalidade burocrática (teste de conformidade legal) e teleológica (teste de efetividade

funcional) (OFFE, 1984, p. 231), mas buscando construir um consenso democrático, em torno de um novo contrato social regulatório, que integrasse o sistema público e o privado de saúde.

Esse contrato se aproximaria do que Genro chama de

nova esfera pública, que deverá ter como motivação de fundo as pressões setoriais, operando para submeter o Estado e trazê-lo, da sua posição de estrutura acima da sociedade, para uma inversão que não seja estatizadora da sociedade, mas civilizadora do Estado, submetendo o seu movimento ao crivo permanente da sociedade civil (GENRO, 1995, p. 120).

O porta-voz desse projeto é a sociedade civil organizada – distinta da economia e do Estado, conforme Costa (1994, p. 40-41) –, pois se constitui em um espaço privilegiado para se fomentar propostas afastadas da posição liberal, na qual a integração social se concentra no mercado, e do estatismo, em que a sociedade civil aparece subsumida ao Estado.

Desse modo, a legitimidade democrática da regulação precederia sua viabilidade técnica, acompanhando a premissa geral formulada por Rivera (1995) no campo do planejamento social. Ancorada em mudanças constitucionais, a reforma institucional do mercado poderia oferecer uma maior capacidade de *enforcement* às ações regulatórias, desde que permitisse confrontar a vocação tecnocrática da ANS e interrogar os grandes *players* quanto à sua isenção para atuar como principais organizadores desse mercado.

Uma crítica à tecnocracia e ao modelo regulatório

Quando se propõe, nesta pesquisa, a adoção de um projeto sistêmico – que prevê a integração do mercado –, não se abandona a idéia de melhorar as condições administrativas da ANS. Em particular, a reciprocidade entre as esferas técnica e política permitiria à Agência conduzir um tipo de gestão especializada e democrática.

Cumpramos sublinhar que, segundo Bobbio et al., o conceito de tecnocracia está entre as noções mais ambíguas de todo o corpo conceitual das modernas ciências sociais. Em termos específicos, “[...] o

tecnocrata parte da competência e tem em vista a eficiência [...], é um perito em idéias gerais, caracterizado por uma polivalência de funções, por um conhecimento global das variáveis da ação” (BOBBIO *et al.*, 1998, p. 1234). Pode-se, então, identificar os tecnocratas como peritos gerais competentes em busca da eficiência, cuja atividade e ascensão levariam à seguinte situação: “[...] o tecnocrata indica, na base da competência, tanto os meios como os fins da ação social” (BOBBIO *et al.*, 1998, p. 1236).

À primeira vista, há um viés tecnocrático presidindo a cultura organizacional da ANS, expressa, *verbi gratia*, tanto em ações de fiscalização e saneamento pragmáticas, quanto em um projeto de migração e adaptação descolado da problemática do SUS. Não se trata, entretanto, de menosprezar a relevância da técnica especializada requerida para administrar a ANS. Contudo, sem valores, normas e práticas unificadoras em torno do reconhecimento da assistência à saúde como um direito social, a regulação tende a se reificar em uma espécie de “polícia securitária”, influenciada por um contexto histórico e ideológico, no qual, conforme Touraine (1999, p. 161), há o predomínio de uma razão instrumental (os meios a serviço dos fins).

Ceder lugar a medidas técnico-operacionais, competentes ou não, para regular um mercado condensado por interesses contraditórios, significaria apequenar o poder da ANS para radicalizar a defesa do consumidor, da concorrência regulada e do interesse público, conforme previsto em seus princípios normativos.

Ao investigar-se os critérios de racionalidade e os problemas funcionais da ação político-administrativa, Offe percorre um caminho teórico que parece aplicável nesse episódio. Segundo o sociólogo alemão,

do ponto de vista da simplificação das situações decisórias, as crises apontam uma vantagem dupla: elas fornecem critérios claros para o que deve ser feito e relegam para um segundo plano as reivindicações que não podem ser formuladas no quadro de referência da crise, ou que parecem adiáveis. Esta simplificação só é possível quando prevalece uma interpretação funcional da crise (i.e. “a crise é uma situação em que x deve ser realizado”) e não uma interpretação “causal” (“a situação foi provocada por certos interesses, ações, omissões, relações de poder”) (OFFE, 1984, p. 230-231).

Não se investigou a genealogia dos conflitos da ação regulatória e da crise econômica dos planos traçando uma interpretação causal das suas determinações, como sugeriu Offe. No entanto, ao negar uma interpretação funcional da crise nesse quadro de referência (i.e. a crise provocada pela decisão do STF obrigou a ANS a adotar um programa de migração e adaptação pragmático), gostar-se-ia de proclamar algo supostamente adiável, isto é, a reforma institucional do mercado, integrando o mercado ao SUS e resistindo à captura dos oligopólios privados.

O esboço de um projeto sistêmico e democrático permitiria, em tese, à Agência romper o círculo vicioso entre tecnocracia e razão instrumental. Contudo, para ganhar densidade política e se materializar na prática, tal projeto precisaria mudar o modelo regulatório na Constituição, caso se quisesse dotar o SUS da característica de único. Tal mudança facilitaria a formação e a criação de novas instituições – os *benchmarks*, demiurgos de um mercado que possa coexistir com as diretrizes do SUS.

Todavia, como a mudança do modelo regulatório poderia ajudar a estruturar braços de apoio às atividades regulatórias no mercado? Como ajudaria a publicizá-lo, tornando-o mais suscetível ao monitoramento de preços, cobertura, qualidade, arranjos solidários e metas clínicas e epidemiológicas do MS?

Para além da discussão do Projeto de Lei nº 3.337/2004, que trata das atribuições das agências reguladoras, é indispensável estabelecer regras claras, perenes e democráticas, visando estabilizar o marco regulatório dos planos de saúde. Ademais, concordamos com a autonomia advinda do modelo de autarquia especial, desde que se observe a distinção feita por Salgado, na qual a Agência agiria como tal ao aplicar políticas e diretrizes de governo, “[...] representando o que no programa de Reforma do Estado apresentado em 1995 denominou-se de agências executivas” (SALGADO, 2003, p. 45).

Contudo, se estiver correta a interpretação de Aragão, que o fundamento da independência repousa no impedimento de a Presidência da República exonerar *ad nutum* os membros da diretoria colegiada (ARAGÃO, 2002, p. 433), isso implica re-

conhecer que a dependência da ANS em relação ao Poder Executivo é apenas relativa. De outra parte, a concepção que atribui às agências reguladoras uma independência de *pouvoir neutre et intermédiaire* – com base na teoria dos poderes neutrais no campo do direito constitucional – é bastante polêmica, em específico quando se trata de dirimir o papel das ouvidorias, ou a quem compete o poder autorizativo de concessão dos serviços públicos: aos ministérios ou às agências. Tendo em vista seu “mandado de otimização”, isso permitiria às agências decidir *per sí*, gerando, quiçá, uma zona de atrito com os outros poderes de Estado e com a sociedade civil organizada. Tais atritos poderiam ser amenizados, de um lado, garantindo-se um maior espaço de discussão acerca das decisões da ANS e, de outro, adotando-se a noção de responsabilização (CARVALHO, 2002, p. 24), visando garantir a transparência das ações da diretoria colegiada, levando, excepcionalmente, à exoneração dos dirigentes no caso de descumprimento do contrato de gestão com o MS.

Ao considerar-se a independência relativa e a responsabilização da diretoria colegiada da ANS, a reformulação do modelo regulatório consolidar-se-ia com uma mudança constitucional, em que a regulação dos planos de saúde orientada pelo interesse público – fosse reforçada pelo regime de concessão dos serviços públicos, tendo como norte “[...] um fundamento conceitual e legal que instaure princípios para orientar a relação entre esses dois sistemas (público e privado) e para dar coerência na subordinação de ambos ao direito à saúde como preceito de cidadania” (NOGUEIRA, 2002, p. 105).

A nosso ver, a intermediação do financiamento privado à assistência médica deveria ser uma atividade sob a responsabilidade exclusiva do Estado, por intermédio do regime de concessão, afirmando uma maior eficácia à política regulatória, no sentido de garantir o direito à saúde no âmbito do mercado. Para isso, seria necessário alterar o arti-

A intermediação do financiamento privado à assistência médica deveria ser uma atividade sob a responsabilidade exclusiva do Estado, por intermédio do regime de concessão, afirmando uma maior eficácia à política regulatória, no sentido de garantir o direito à saúde no âmbito do mercado

go 199 da Constituição Federal e o artigo 21 da Lei nº 8.080 – em que se lê que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada – uma vez que “é destacado pela doutrina o maior âmbito do poder regulamentar incidente sobre os serviços públicos delegados, que permanecem sob a titularidade pública, se comparado com o existente nos setores da economia não publicizados” (ARAGÃO, 2002, p. 386).

Nesse novo contrato social regulatório, o interesse público deve ser revestido da garantia de aplicação específica do direito do acesso à saúde como preceito de cidadania, reformulando o artigo 199 da Constituição e a Lei nº 8.080. De fato, a relevância pública dos serviços de saúde definida no artigo 197 da Constituição não parece um arcabouço jurídico suficiente para sustentar uma reforma institucional do mercado de planos de saúde, que se situe além da complexa tarefa de parametrizar contratos de direito privado, em defesa do consumidor e da concorrência regulada.

Segundo Grotti, os serviços de saúde não são identificados como serviços públicos privativos do Estado “[...] quando desempenhados pelos particulares, uma vez que a Constituição não limitou a prestação deles ao Estado ou a quem lhe faça às vezes, embora [...] os serviços são de todo modo qualificados como de relevância pública” (GROTTI, 2002, p. 47). A autora em questão está se referindo às atividades da iniciativa privada no setor saúde, consideradas explicitamente de relevância pública no artigo 197 da Constituição de 1988. Parece-nos, então, pouco convincente a posição de Pereira Filho, quando escreve que “[...] as ações e serviços públicos de saúde podem ser executados por pessoas física ou jurídica de direito privado, sem perder a natureza de serviço público (art. 197 da Constituição), que não se confunde com o exercício de atividade tipicamente privada na área da saúde (art. 199)” (PEREIRA FILHO, 1999, p. 114). Não há dúvidas, portanto, de que segundo a Constituição Federal

de 1988, todas as ações e os serviços de saúde são de relevância pública.

No entanto, vale lembrar o argumento de Grau, segundo o qual “[...] a única função cumprida pelo conceito de relevância pública no quadro constitucional parece ser ensejar que o Ministério Público atue, em relação a eles, nos termos que dispõe o artigo 129, II da Constituição” (GRAU, 1992, p. 20). Se é importante contar com o Ministério Público para zelar pelo funcionamento do mercado, tendo em vista a fonte inesgotável de contradições entre o interesse das operadoras e dos consumidores, a nosso ver, “[...] qualquer aplicador do conceito jurídico de saúde está constitucionalmente obrigado a precisá-lo considerando a realização da função social da propriedade e a imediata exigência em todos os níveis do direito à saúde, definido como direito social” (DALLARI, 1995, p. 31).

Nessa linha defendida por Dallari, Nogueira apresenta uma proposição original e persuasiva, que inspirou a reflexão sobre as formas concretas que materializariam o direito à saúde no interior do mercado, em que pese a sutileza dessa reflexão, posto que, embora regulado, ele se reproduz na lógica de valorização do capital e da radicalização da seleção de risco. Segundo o autor,

[...] as intervenções administrativas do Estado, no que se refere a preços e tarifas, ou cláusulas contratuais, ou ainda, a direitos do consumidor, devem ser encaminhadas para satisfazer objetivos da saúde como direito de todos. [...]. Deve estar inscrito na missão institucional da ANS o propósito de fazer que os serviços prestados e as condições dos contratos subordinem-se ao objetivo de acesso, como parte da garantia constitucional do direito à saúde. Segundo esse raciocínio, se os planos e os seguros de saúde, por uma razão contratual ou de preços, dificultam o acesso à assistência, criando, dessa forma, condições injustas para os usuários, o direito à saúde está sendo contrariado. Vê-se que a lógica aqui é subordinar as questões de concorrência, de preço e, em geral, de defesa do consumidor, ao direito constitucional à saúde. Em resumo, a regulação das relações econômicas deveria ser subsidiária à regulação que tem em vista os fins da política social e dos direitos associados a esta (NOGUEIRA, 2002, p. 102-104).

Não se pretende esgotar a controvérsia em torno da discussão sobre o modelo regulatório, mas para mudar o pragmatismo das ações regulatórias da ANS – que sanciona um contraditório *laissez-faire* regulatório em favor dos grandes oligopólios

privados – caberia propor um projeto sistêmico e democrático, que pressupõe mudanças na Constituição, visando impulsionar uma reforma institucional do mercado, moldada por um contrato social regulatório publicista. Rumo à unicidade do SUS, restaria o desafio de indicar mecanismos institucionais concretos para a ANS tentar induzir a refundação de relações mercantis, por meio da formação e da criação de *benchmarks*, procurando fazer valer o direito específico ao acesso à saúde no mercado.

A CRIAÇÃO DE *BENCHMARKS*

Existe uma orientação básica na medicina homeopática segundo a qual cada doença deve ser tratada de acordo com o seu semelhante, denominada de *similia similibus curentur*. Não foi, certamente, o veneno homeopático que nos motivou a pensar essa questão, mas a constatação da existência de um método em que “semelhante cura semelhante”. Por analogia, esse método acabou se tornando uma fonte de inspiração acessória para formular uma proposta de reforma institucional, na qual a ANS definiria critérios políticos e técnico-científicos para formar ou criar organizações que funcionassem de acordo com seus valores e normas, cuja prática de gestão fosse espalhada para o conjunto do mercado.

Nos termos desta pesquisa, a idéia básica consistiria em indicar um *benchmark* (um ponto de referência) que apresentasse um desempenho satisfatório ao longo do tempo, observados os diferentes padrões de competição. Considerado o regime de concessão, sua formação ou criação forjaria um ambiente propício para dinamizar a reforma institucional, garantindo a parametrização dos contratos de direito privado em defesa do consumidor, da concorrência regulada e do interesse público, na perspectiva de integrar os planos ao SUS – como já acontece, de forma embrionária, com a figura do ressarcimento – e de resistir à captura dos oligopólios privados, dando um passo importante para se publicizar o mercado.

Em tese, uma regulação por desempenho (*yardstick competition*) promove um maior nível de eficiência quando diminui as assimetrias de infor-

mação (POSSAS *et al.*, 1997, p. 89). Em particular, informada pela teoria da Agência, Salgado chama atenção para os limites do contrato como peça certificadora do real esforço feito pelo agente regulado para atender à autoridade reguladora. Afinal, “[...] os contratos não podem ser contingentes em relação ao esforço, apenas em relação ao desempenho (este, sim, pode ser observado)” (SALGADO, 2003, p. 12). Portanto, o desempenho do mercado é aferido observando a referência escolhida, lembrando que a *yardstick competition* “[...] não operaria satisfatoriamente e seria menos efetiva quando os agentes fossem [...] heterogêneos” (MARINHO, FAÇANHA, 2001, p. 12).

Da perspectiva da ANS, ao comparar as operadoras com os resultados praticados pelo *benchmark*, seria inovador elevá-los à condição de parceiros na construção da política regulatória. Vale lembrar que isso não invalidaria aplicar penalidades de cunho antitruste, que evitassem a colusão entre estas, na repressão de práticas fraudulentas, como a simulação de dados. De qualquer maneira, a escolha de uma forma institucional superior à outra pode não ser politicamente crível e, por esse motivo, a teoria diz que a seleção deve levar em conta a sua viabilidade (COASE, 1994). Ora, compete à diretoria colegiada da ANS, por meio da instalação de uma câmara técnica e de uma consulta pública, convencer os agentes regulados e os consumidores acerca da oportunidade de formar ou criar *benchmarks*, ao induzir, por dentro, que a regulação crie braços de apoio às suas atividades regulatórias com vistas a relativizar o poder das grandes operadoras privadas.

Caberia mostrar, ademais, que tais iniciativas “[...] têm ilustrado a necessidade de definir políticas dentro dos sistemas de saúde que assegurem a coerência entre as avaliações e os processos regulatórios” (WAIT, 2004, trad. livre). Tendo em vista as normas previstas na lei da regulamentação, parece que a introdução de *benchmarks* cumpriria um outro papel *sui generis*: além de apoiar a política regulatória, permitiria avaliar a eficiência² dos segmentos do mercado, servindo como instru-

mento de avaliação adicional da sua performance.

A discussão da implantação de um sistema de avaliação bem como de um esquema de incentivos não será aprofundada, mas se supõe que a sua presença poderia melhorar a qualidade da gestão das operadoras de planos de saúde. Na verdade, ao atrelar o estatuto do *benchmark* à sanção permanente de um sistema de avaliação, que acabaria redefinindo, continuamente, a seleção e a alocação de incentivos, espera-se que, coordenadas pela ação da ANS, as próprias operadoras se sentissem motivadas a alcançar alguns resultados, tais como: produzir informações fidedignas acerca do seu desempenho e dos prestadores; incrementar a eficiência da sua gestão e dos prestadores; e permitir a livre troca de operadora ou plano, sem custos de transação abusivos para o consumidor.

Nesse quadro, a Agência levaria em conta a performance dos *benchmarks* – sem prejuízo da sua alternância – para orientar as ações regulatórias em relação a preços, cobertura, qualidade da atenção médica, arranjos organizacionais solidários e cumprimento de metas clínicas e epidemiológicas. O critério de escolha e o desempenho de suas atividades poderiam constar do contrato de gestão entre o MS e a ANS, e, desde já, sugerem-se três caminhos não-excludentes para formação e criação desse novo arranjo institucional:

a) *Criação de um ranking para avaliar o desempenho e a responsabilidade social das operadoras.* Identificar *clusters* no mercado de operadoras, segundo indicadores econômico-financeiros, a rede hospitalar credenciada, o desempenho médicoassistencial, o número de usuários e a localidade geográfica. No agrupamento selecionado, a ANS analisaria as operadoras por meio de um conjunto de variáveis e, em seguida, estruturaria índices de risco econômico-financeiro, índices de risco assistencial e índices de equidade organizacional.³ Ao avaliar a performance, a ANS indicaria aquelas que mais se aproximaram da *best practice* estipulada pela Agência, posicionando-

² Em dimensão simplificada, segundo Marinho e Façanha (2001, p. 2), o conceito de eficiência denotaria a “[...] competência para se produzir resultados com dispêndio mínimo de recursos e esforços”.

³ A idéia de construir esse índice organizacional – que mereceria maiores investigações – nasceu após a leitura de Paolucci et al. (2004), em que se discute a necessidade de se garantir esquemas de solidariedade em mercados de planos de saúde competitivos.

as em um ranking, que funcionaria tal qual um suporte acessório das ações regulatórias.

b) Seleção de empresas ou de uma modalidade de pré-pagamento.

Definir empresas-modelo ou determinadas modalidades de pré-pagamento, quer por suas características gerais, quer por seu comportamento no mercado. Em tese, parece razoável indicar organizações que apresentam uma performance satisfatória, combinando doses de eficiência e equidade na sua gestão administrativa, de modo que a Agência identifique, em seu preço, cobertura, solidariedade organizacional e aderência às políticas de saúde, elementos que poderiam funcionar como um farol para a regulação do mercado.

Ao considerar-se a necessidade de se estimular um papel mais proativo dos empregadores – públicos e privados – na gestão da saúde privada, destacam-se, nesta pesquisa, os planos de autogestão, em particular os típicos sistemas mutualistas de financiamento e administração, em razão do caráter não-lucrativo, da presença de subsídios cruzados entre os diferentes grupos de risco e de renda e dos baixos custos de comercialização e intermediação.

Esse arranjo, igualmente, estimularia a presença do terceiro setor na área da saúde, talvez mais suscetível a incorporar uma orientação pública no cotidiano da sua gestão. Afinal, trata-se de uma organização social que não é nem estatal nem mercantil, ou seja, são “[...] organizações sociais que, por um lado, sendo privadas, não visam ao lucro e, por outro lado, sendo animadas por objetivos sociais, públicos ou coletivos, não são estatais” (SANTOS, 1998, p. 5).

c) Instituição de novas estruturas organizacionais.

Criar *sponsors*, ativos agentes coletivos do lado da demanda, para intermediar a contratação das operadoras de planos de saúde, procurando, entre outros, aumentar o poder de barganha dos consumidores, evitar a seleção de risco e padronizar a cobertura. Por orientar a demanda – observando-se a experiência do *managed competition* norte-americano (HACKER, 1997,

p. 51-52) – tais entidades deteriam um poder de persuasão acentuado para incentivar as operadoras a orientar sua gestão, segundo o modelo do *benchmark* definido pela ANS.

No caso brasileiro, tais agentes poderiam estar representados por uma instância oriunda da própria Agência ou do MS. Se quisermos adotar um via mais corporativa, essa representação poderia se dar mediante os sindicatos patronais, por exemplo a Confederação Nacional da Indústria (CNI), e pelas centrais sindicais, como a Central Única dos Trabalhadores (CUT). Em relação às pequenas e às médias operadoras – cuja clientela em boa parte é de trabalhadores informais ou oriundos de microempresas – poder-se-ia pensar na atuação no Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (Sebrae).

Constituir um plano de saúde co-gestário entre servidores públicos e governo federal, contando com a participação das instituições públicas. O *benchmark* estaria, agora, encarnado no próprio Estado. Tendo em vista a larga escala do número de usuários e o volume do gasto federal com a assistência médica dos servidores, cujo valor em 2002 – projetado para 2004 – correspondeu a R\$ 1,2 bilhão (Tabela 9), o plano estaria, a princípio, dotado de uma boa capacidade de gestão, cuja centralização permitiria um corte nos gastos de custeio da máquina burocrática. Além disso, contaria com um poder razoável de negociação com os prestadores médico-hospitalares, usando seu poder de oligopsônio para calibrar preços, mas sem ajustes que prejudiquem a qualidade dos serviços privados prestados.

Tabela 9
Gasto social federal por área de atuação: Assistência médica aos servidores federais - 2001-2002 (Em milhões de R\$)

| Anos | Valor corrente | Valor - junho de 2004 ¹ |
|------|----------------|------------------------------------|
| 2001 | 752 | 1.146 |
| 2002 | 914 | 1.227 |

Fonte: SIAFI/SIDOR
¹ Deflator: IGP-DI / FGV - IBRE.

Além da sua aderência às políticas de saúde, o êxito desse plano criaria precondições favoráveis para se conjecturar a possibilidade de se arquitetar um plano de saúde do Estado, de viés bismarkiano (seguro social público), voltado à cobertura dos servidores públicos federais, que teria dupla função: fortalecer o modelo Beverediano e mediar o crescimento do modelo liberal. O próprio Alain Enthoven, comprometido com a introdução de mecanismos de mercado para incentivar os prestadores a alcançar melhores resultados no que se refere à satisfação dos pacientes e à redução dos custos, afirmou que

[...] o fato de que alguma coisa é feita no setor privado não significa que incentivos econômicos racionais sejam aplicados. O fato de que alguma é no setor público não significa necessariamente que não sejam. Nos Estados Unidos, são os empregadores do setor público quem têm feito o melhor trabalho na implementação de estruturas econômicas racionais para a atenção médica dos empregados (ENTHOVEN, 2002, trad. livre).

É verdade que, ao incentivar a afiliação de funcionários da administração direta a esquemas privados de intermediação financeira, destinando recursos para custear parte do valor dos prêmios, o governo federal poderia estar fragilizando o SUS nas três esferas de governo. Contudo, é preciso discutir alternativas organizacionais e assistenciais para os trabalhadores do setor público, tornando transparente a sua relação com os planos de saúde. Além do mais, considerando as restrições fiscais impostas ao SUS, não seria mais vantajoso ser coberto por um plano de autogestão do Estado, em uma gestão tripartite, do que por um plano de saúde privado, que muitas vezes impõe de forma discricionária seu preço?

Nessa linha, de um lado, em razão da tendência à concentração do mercado, essa opção se sustentaria tendo em vista o poder oligopsônico do Estado, garantindo maiores condições para publicizar o mercado; de outro, como os gastos tributários – que patrocinam o consumo privado de planos de saúde – são estimados na ordem de R\$ 2,4 bilhões em 2004 (Tabela 10), poder-se-ia reivindicar que tal renúncia de arrecadação – a permanecer – fosse alocada de forma equitativa como um incentivo no contexto da reforma institucional.

Tabela 10
Projeção gasto tributário por função orçamentária e por modalidade de benefício - 2004
(Em milhões de R\$)

| Saúde | Valor corrente | (%) |
|--|----------------|---------------|
| Despesas médicas - IRPF* | 1.729 | 37,46 |
| Ass. Médica, Odontológica e Farmacêutica a Empregados IRPJ** | 689 | 14,93 |
| Entidades Sem Fins Lucrativos - Assistência Social | 1.232 | 26,70 |
| Medicamentos | 965 | 20,91 |
| TOTAL | 4.615 | 100,00 |

Fonte: Coordenação-Geral de Política Tributária / SRF.

* IRPF - Imposto de Renda Pessoa Física.

** IRPJ - Imposto de Renda Pessoa Jurídica.

A presença de um plano de saúde do Estado reforçaria a capacidade de a Agência regular a dinâmica econômica das operadoras, com vistas ao cumprimento dos preceitos normativos da ANS em defesa do consumidor, da concorrência regulada e do interesse público.

Não se chegou pelo mesmo caminho, mas o próprio *mainstream* econômico reconhece que seria necessário desenhar instituições sociais não-mercantis para superar as falhas do mercado de planos de saúde (ARROW, 1963, p. 947). Desse modo, a formação e a criação de *benchmarks*, a um só tempo, favoreceriam a mudança da gestão tecnocrática da ANS e sedimentaria um novo modelo regulatório baseado no regime de concessão. Afinal, tais *benchmarks* poderiam se constituir em uma instituição-chave para irradiar os princípios normativos da Agência, no contexto dos conflitos de interesse da ação regulatória e da crise econômica do mercado.

Em suma, a reforma institucional se orientaria a partir de um contrato social regulatório publicista, visando integrar os sistemas público e privado de saúde e resistir à captura dos oligopólios privados. Essas medidas seriam fundamentais para se publicizar o mercado, em especial tensionando-o a incorporar o direito social à saúde em seu domínio.

CONCLUSÕES

É indispensável estabelecer regras claras, perenes e democráticas, visando estabilizar o marco regulatório dos planos de saúde. Em direção à uni-

dade do SUS, seria oportuno repactuar a lei da regulamentação no Congresso Nacional, mas antes parece fundamental responder qual é o papel e a abrangência de tais planos no interior do sistema, caso se queira mesmo dotá-lo da característica de único. Do ponto de vista do enfrentamento da crise econômica das operadoras, as ações de fiscalização da ANS devem ser ampliadas e aperfeiçoadas. No entanto, se a aplicação dos mecanismos de direção fiscal e de liquidação extrajudicial funciona como um instrumento efetivo de saneamento, ela pode, paradoxalmente, patrocinar um contraditório *laissez-faire* regulatório, acelerando a concentração do mercado, indo de encontro aos princípios normativos da Agência em defesa dos consumidores, da concorrência regulada e do interesse público.

Não há uma postura *par excellence* antimerca- do, mas nem tampouco a lei da regulamentação foi feita para expandir a rentabilidade das operadoras. Sublinha-se, entretanto, que descolada da proble- mática do SUS e desvinculada da reforma instituci- onal, a lei pode sancionar uma concentração em favor dos grandes *players*, originando uma grave contradição no interior da ANS. Ao não se levar em conta as diferenças econômicas e institucionais das operadoras, essa concentração tende a se consolidar, trazendo uma dificuldade adicional para reinventar o SUS, com um subsistema privado pro- penso a excluir, especialmente, os crônicos e os idosos. Garantida a integração do mercado ao SUS, por meio do regime de concessão de serviços públicos, poder-se-ia até indagar se a permissão à internacionalização do setor acentuaria ou não tal exclusão.

Tendo em vista a tendência à concentração do mercado de planos de saúde, valeria a pena refletir sobre a possibilidade de o Estado criar braços de apoio às atividades regulatórias da ANS com vistas a relativizar o poder das grandes operadoras priva- das. Nessa direção, poder-se-ia estimular a forma- ção e a criação de *benchmarks* para atuar em parceria com a ANS na regulação de certos nichos de mercado. Sem prejuízo dos consumidores, deve-se avaliar, até mesmo, como tais *benchmarks* poderiam colaborar no processo de migração e adaptação dos planos antigos, na alienação da car- teira dos usuários e na transferência do controle

(acionário e securitário) das operadoras, de acordo com os critérios definidos pela diretoria colegiada, em consonância com a Câmara de Saúde Suple- mentar e o Conselho Nacional de Saúde (CNS). Em contrapartida, eles poderiam funcionar como um farol para redução de preços, ampliação da co- bertura, melhoria da qualidade da atenção médica, adoção de arranjos organizacionais solidários e cumprimento de metas clínicas e epidemiológicas do MS.

Não adianta, entretanto, publicizar o mercado sem expandir e alocar de forma mais eficiente os recursos financeiros destinados ao SUS – se possível – como uma caricatura de políticas neokeynesianas (OCKÉ-REIS, 1999, p. 142), produzindo uma política de saúde eficaz, geradora de empregos, renda e produto, no marco do novo contrato social regulatório. Em uma conjun- tura pautada por restrições fiscais – a despeito da possível aprovação de projeto de lei que atua- liza os percentuais mínimos de participação da União, dos estados e dos municípios no bojo da Emenda Constitucional (EC) nº 29 –, é difícil pre- ver o que acontecerá se o desfecho dos conflitos da ação regulatória e da crise econômica dos planos resultar em pesados danos aos consumi- dores. Dessa maneira, o Estado pode ser com- pelido a adotar uma atitude passiva em relação à ineficiência gerencial das operadoras, quando se observa, por exemplo, uma pressão para repas- sar automaticamente o aumento de sinistralidade para os prêmios. Da mesma forma, isso se verifi- caria quando a ANS acena a possibilidade de re- ajustar os planos individuais em 25%, na data-base de 2005, ou, ainda, alivia as grandes operadoras de pesadas multas mediante os ter- mos de ajuste de conduta. Esse cenário poderia se repetir, também, de forma indireta, no caso da cobertura de um novo contingente de pessoas por intermédio do SUS – sem nenhum planeja- mento prévio – nas grandes metrópoles, ou mes- mo subsidiando as operadoras com recursos públicos. Ademais, ao incentivar tão-somente um programa de migração e adaptação, isso poder- ia, de um lado, prejudicar os usuários em rela- ção ao aumento abusivo de preços e à restrição de cobertura e, de outro, pressionaria a demanda

por serviços públicos. Nesse quadro, a ANS vem sofrendo uma dura crítica do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC) e da Fundação Procon, que exigem a suspensão do Piac até a rediscussão das regras estabelecidas pela Resolução Normativa (RN) nº 64. Alega-se, especialmente, que tanto o CDC quanto o Superior Tribunal de Justiça (STJ) já consideram abusivos as exclusões das doenças crônico-degenerativas, os tetos de utilização e os limites de dias de internação e, desse modo, não caberia à Agência forçar a adoção de um programa de migração de efeitos duvidosos para os consumidores.

Na verdade, contando com o apoio de recursos financeiros e organizacionais do Estado, a ANS poderia se constituir em uma instituição capaz de dirigir uma reforma em bases favoráveis aos seus preceitos normativos. A rigor, reformar as instituições do mercado significaria subordinar o mercado de planos a um preceito de cidadania, considerando que os bens e os serviços privados produzidos na área da saúde são – à sua maneira – demarcados pela lógica do direito social. Como nos chama atenção o Prêmio Nobel de Economia de 1998, Amartya Sen, as atividades empreendidas na saúde são portadoras de motivações e externalidades que extrapolam a *racionalidade* mercantil (SEN, 1999, p. 31-38). Esse caráter meritório da assistência à saúde deveria ser introjetado conscientemente nas ações da Agência. Além disso, considerando as incertezas relativas ao adoecer e à eficácia da intervenção médica, além da presença de custos catastróficos em determinados casos, aderimos ao projeto que atribui tão-somente um caráter suplementar ao mercado de planos de saúde no sistema de saúde brasileiro.

Afinal, esse é um mercado que prima pelo lucro e pela radicalização da seleção de riscos, em um país muito desigual socialmente. Restaria saber, por um lado, em que medida o Estado detém precondições para subordinar os oligopólios às diretrizes das políticas de saúde e, por outro, quais seriam os segmentos do mercado que aceitariam mais facilmente internalizar esse tipo de função social, sem trocadilhos, vital.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. Indefinições na área da saúde no novo governo. *Revista de Medicina Social (ABRAMGE)*, ano XVI, n. 181, abr./maio/jun. 2003 (Editorial).
- AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (AMA). Antitrust reform: physicians need the right to negotiate. *Amednews*, v. 47, n. 33, Sep. 2004. Disponível em: <<http://www.amaassn.org/amednews/2004/09/06/edsa0906.htm>>. Acesso em: 21 de setembro de 2004.
- ARAGÃO, A. *Agências reguladoras e a evolução do direito administrativo econômico*. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2002.
- ARAÚJO JR, J. A decisão do Cade e o seu contexto histórico, 17/02/2004. Disponível em: <<http://www.fazenda.gov.br/seae>>. Acesso em: 17 de julho de 2004.
- ARROW, K. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, Vol. LIII, n. 5, p. 941-973, 1963.
- ASSIS, J. *A nêmesis da privatização*. Rio de Janeiro: Editora Mecs, 1997.
- BAHIA, L.; ARIZA, L.; SCHEFFER, M. Hospitais universitários públicos e planos e seguros de saúde. In: NEGRI, B.; VIANA, A. (Orgs.). *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime/Cealag, 2002, p. 573-585.
- BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. *Dicionário de política*. v. 2. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1998.
- CARVALHO, V. Regulação de serviços públicos e intervenção estatal na economia. In: FÁRIA, J. (Org.). *Regulação, direito e democracia*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2002, p. 13-26.
- CASTIGLIONE, L. Mercado segurador brasileiro: seguro-saúde – rumo a UTI. Disponível em: <<http://www.segs.com.br/Artigos/segurossauderumoauti.htm>>. Acesso em: 24 de agosto de 2004.
- CATA PRETA, H. *Gerenciamento de operadoras de planos privados de assistência à saúde: atendimento aos usuários, controle de custos operacionais e efetividade e qualidade dos serviços*. Rio de Janeiro: Fundación Mapfre Estudios/Funenseg, 2004.
- CHOLLET, D. J.; KIRK, A. M.; SIMON, K. I. *The impact of access regulation on health insurance market structure*. Washington: document submitted to the US Department of Health and Human Services, 2000. Disponível em: <<http://www.aspe.hhs.gov/health/reports/impact>>. Acesso em: 30 de maio de 2004.
- COASE, R. Economic and contiguous discipline. *Essays in Economics and economists*. Chicago: University of Chicago Press, 1994. Apud SALGADO, L. *Agências regulatórias na experiência brasileira: um panorama do atual desenho institucional*. Rio de Janeiro: Ipea, 2003 (Texto para discussão, n. 941).
- COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO (CPI). CPI dos Planos de Saúde da Câmara dos Deputados. Síntese do Relatório Final, dezembro 2003 (documento avulso).
- CONSIDERA, C. A defesa da concorrência no Brasil. A história da concorrência brasileira é marcada pela intervenção estatal. *Revista FAE Business*, n. 4, p. 22-26, 2002.
- COSTA, H. *Ministro ameaça intervir em planos de saúde*. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/jornal/Economia/143566299.asp>>. Acesso em: 10 de julho de 2004.

- COSTA, N. et al. O desenho institucional da reforma regulatória e as falhas de mercado no setor saúde. *Revista de Administração Pública*, v. 35, n. 2, p. 193-233, 2001.
- COSTA, S. Esfera pública, redescoberta da sociedade civil e movimentos sociais no Brasil. Uma abordagem tentativa. *Novos Estudos Cebrap*, n. 38, março, p. 38-52, 1994.
- DALLARI, S. *Os estados brasileiros e o direito à saúde*. São Paulo: Editora Hucitec, 1995.
- DIXON, A. Are medical savings accounts a viable option for funding health care? *Croatian Medical Journal*, v. 43, n. 4, p. 408-416, 2002.
- ENTHOVEN, A. *Introducing market forces into health care: a tale of two countries*. Paris: Paper presented at the Fourth European Conference on Health Economics, July 2002.
- GAZETA MERCANTIL. Fórum de líderes empresariais. *Grupo temático: saúde*. Reunião Plenária de 3 de novembro de 1997.
- GENRO, T. *Utopia possível*. Porto Alegre: Artes e Ofícios Editora, 1995.
- GLIED, S. Health insurance and market failure since Arrow. *Journal of Health Politics, Policy and Law* (Special Issue: Kenneth Arrow and the Changing Economics of Health Care), v. 26, n. 5, p. 957-966, 2001.
- GRAU, E. O conceito de "relevância pública" na Constituição de 1988. In: DALLARI, S. (Org.). *O conceito constitucional de relevância pública*. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, p.13-20, 1992 (Série Direito e Saúde 1).
- GREÄ, S.; OKMA, K.; WASEM, J. *Private health insurance in social health insurance countries. Market outcomes and policy implications*. Greifswald: Ernst Moritz Arndt Universität, 2002 (Diskussionspapier, n.1). Disponível em: <http://www.rs.uni-greifswald.de/bwl/pdf/2002/01_2002.pdf>. Acesso em: 7 de julho de 2004.
- GROTTI, D. Teoria dos serviços públicos e sua transformação. In: SUNDFELD, C. (Org.). *Direito Administrativo Econômico*. São Paulo: Malheiros Editores, 2002, p. 39-71.
- HACKER, J. The road to nowhere. *The genesis of president Clinton's plan for Health security*. New Jersey: Princeton University Press, 1997.
- HASS-WILSON, D. Managed care and monopoly power. *The antitrust challenge*. United States of America: Harvard University Press, 2003.
- HOLANDA FILHO, S. *Estrutura industrial no Brasil: concentração e diversificação*. Rio de Janeiro: Ipea/Inpes, 1983.
- KAHN, A. *The economics of regulation*. United States of America: Massachusetts Institute of Technology Press, Vol. II, 1998.
- LABRA, M. La reinversión neoliberal de la inequidad en Chile. El caso de la salud. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, n. 4, 2002, p. 1041-1052.
- MAJONE, G. From the positive to the regulatory state: causes and consequences of changes in the mode of governance. *Journal of Public Policy*, v. 17, n. 2, p. 139-167, 1997.
- MARINHO, A., FAÇANHA, L. *Programas sociais: efetividade, eficiência e eficácia como dimensões operacionais da avaliação*. Rio de Janeiro: Ipea, 2001 (Texto para discussão, n. 787).
- MAZZUCHELLI, F. *A contradição em processo*. O capitalismo e suas crises. São Paulo: Editora Brasiliense, 1985.
- MENDES, E. *Os grandes dilemas do SUS*. Tomo I. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.
- MONTONE, J. *Evolução e desafios da regulação do setor saúde*. Rio de Janeiro: ANS, 2003 (Série ANS 4).
- NOGUEIRA, R. *As agências reguladoras da saúde e os direitos sociais*. Brasília: Ipea, p. 101-105, 2002 (Boletim de Políticas Sociais, n. 5).
- OCKÉ-REIS, C. *Challenges in the regulation of Brazilian private health insurance*. Rio de Janeiro: Ipea, 2004 (Texto para discussão, n. 1013).
- _____. *A regulamentação dos planos de saúde: uma questão de Estado*. Brasília: Ipea, p. 103-108, 2002 (Boletim de Políticas Sociais, n. 4).
- _____. Co-pagamento nos hospitais universitários. In: ANDREAZZI, F.; TURA, L. (Orgs.). *Financiamento e gestão do setor saúde: novos modelos*. Rio de Janeiro: Editora Escola Anna Nery, p. 133-144, 1999.
- OFFE, C. Critérios de racionalidade e problemas funcionais da ação político-administrativa. In:
- OFFE, C. (Org.). *Problemas estruturais do estado capitalista*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, p. 216-235, 1984.
- ORGANIZATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). *Proposal for taxonomy of health insurance*. Paris: OECD (Study on private health insurance), 2004.
- PAOLUCCI, F.; DEN EXTER, A.; VAN DE VEN, W. *Solidarity in competitive health insurance markets: analyzing the relevant "EC legal framework"*. Draft paper presented at the 5th European Conference on Health Economics (ECHE). London School of Economics/England, September, 2004.
- PEREIRA, C. *O marco regulatório no setor de saúde suplementar: contextualização e perspectivas*. Rio de Janeiro: Fórum de Saúde Suplementar/ANS, 2003. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/forum_saude/EaAbrangenciaderegulacao.asp>. Acesso em: 16 de agosto de 2004.
- PEREIRA FILHO, L. Iniciativa privada e saúde. *Revista Estudos Avançados USP: dossiê saúde pública*, v. 13, n. 35, p. 109-116, 1999.
- PHELPS, C. *Health economics*. United States of America: Addison-Wesley Educational Publishers, 1997.
- POSSAS, M. *Dinâmica e concorrência capitalista*. Uma interpretação a partir de Marx. São Paulo: Editora Hucitec/Unicamp, 1989.
- POSSAS, M.; PONDE, J.; FAGUNDES, J. Regulação da concorrência nos setores de infra-estrutura no Brasil: elementos para um quadro conceitual. In: REZENDE, F.; DE PAULA, T. (Orgs.). *Infra-estrutura: perspectivas de reorganização; regulação*. Brasília: Ipea, p. 85-113, 1997.
- RIVERA, F. *Agir comunicativo e planejamento social (Uma crítica ao enfoque estratégico)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.
- SALGADO, L. *Agências regulatórias na experiência brasileira: um panorama do atual desenho institucional*. Rio de Janeiro: Ipea, 2003 (Texto para discussão, n. 941).

SANTOS, B. *A reinvenção solidária e participativa do Estado*. Texto apresentado no Seminário Internacional Sociedade e Reforma do Estado. São Paulo: março de 1998.

SEN, A. *Sobre ética e economia*. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

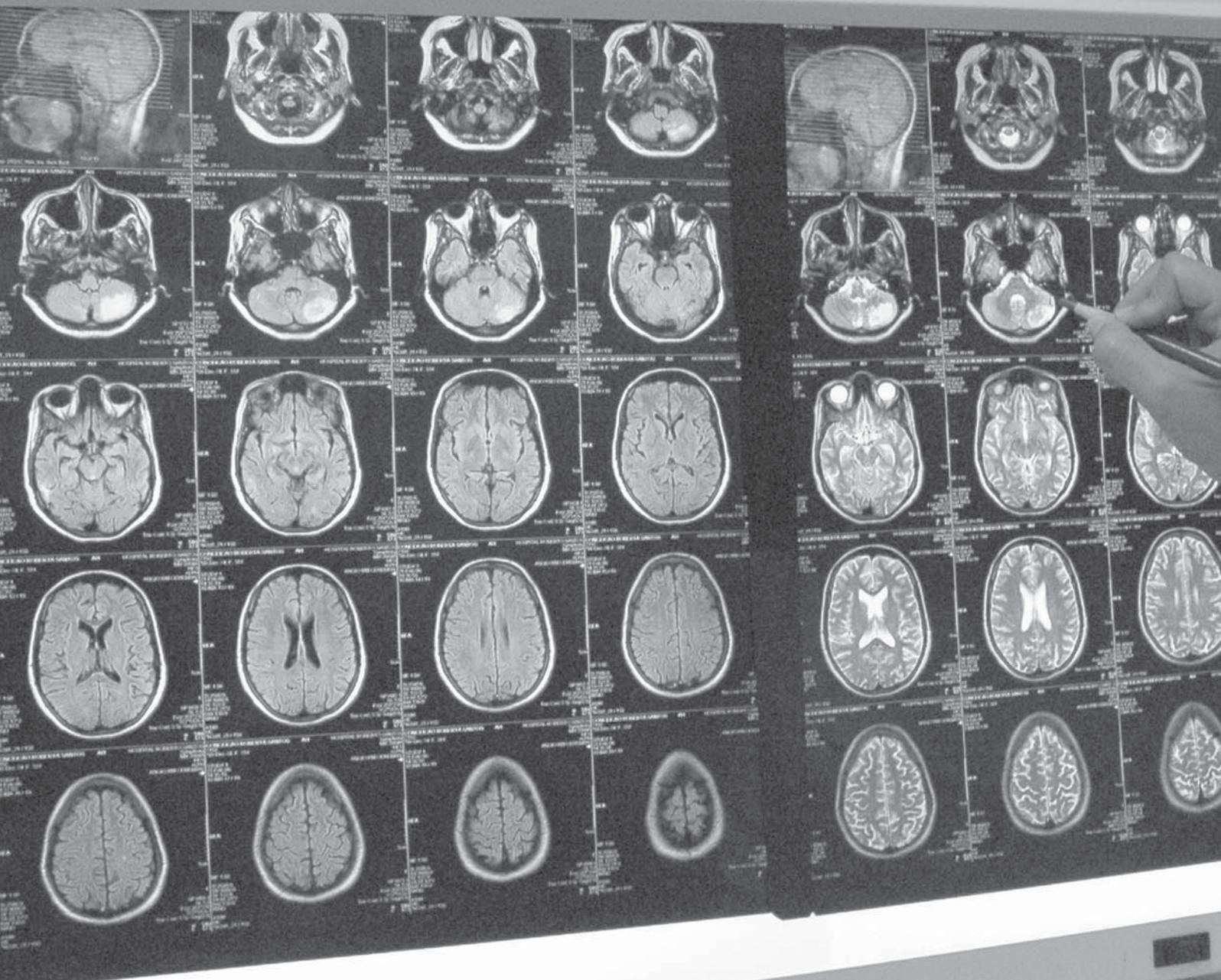
SYLOS-LABINI, P. *Oligopolio y progreso técnico*. Barcelona: Einaudi, 1966.

TEIXEIRA, A.; BAHIA, L.; WERNECK VIANNA, M. Nota sobre a regulação dos planos de saúde de empresas, no Brasil. In: ANS (Org.). *Regulação & Sociedade*. Estrutura, Evolução e Perspectivas da Assistência Médica. Rio de Janeiro: ANS, p. 19-35, 2002.

TOURAINÉ, A. *Crítica da modernidade*. Petrópolis: Vozes, 1999.

WAIT, S. *Benchmarking: a policy analysis*. London: Nuffield Trust, 2004.

WEBER, M. *Economía y sociedad: esbozo de sociología comprensiva*. México: Fondo de Cultura Económica, 1997.





**Eficiência
em Sistemas
de Saúde**

Eficiência do setor de saúde nos estados brasileiros

*Cristiane Márcia dos Santos**, *Flávio Dias Leal***, *Adriano Provezano Gomes****

Resumo

O acompanhamento da eficiência do setor de saúde é indispensável para a formulação de políticas públicas adequadas, as quais devem alocar os recursos sociais de forma coerente com os resultados alcançados. Partindo dessa afirmação, este trabalho tem como objetivo analisar a eficiência relativa dos Estados brasileiros na prestação de serviço no setor de saúde no ano de 2003. A metodologia utilizada é a abordagem não-paramétrica de análise envoltória de dados (DEA) em conjunto com a análise de regressão (Tobit), para determinar o impacto de alguns fatores na determinação da eficiência relativo dos estados. Os resultados indicaram que existe heterogeneidade significativa na eficiência do setor de saúde entre as Unidades Federativas.

Palavras-chave: Saúde Pública, Brasil, Análise Envoltória de Dados, Alocação de Recursos.

Abstract

The accompaniment of the efficiency of the health sector is indispensable for the formularization of adequate public politics, which must place the social resources of coherent form with the reached results. Leaving of this affirmation, this work has as objective to analyze the relative efficiency of the Brazilian States in the rendering of services in the sector of health in the year of 2003. The used methodology is the not-parametric boarding of Data Envelopment Analysis (DEA) in set with the regression analysis (Tobit), to determine the impact of some factors in the determination of the relative efficiency of the states. The results had indicated that significant heterogeneities in the efficiency of the sector of health between the Federative Units.

Key words: Public Health, Brazil, Data Envelopment Analysis, Resource Allocation.

INTRODUÇÃO

O setor de saúde é um dos pontos centrais de qualquer política econômica, sendo responsável pela captação de boa parte dos recursos públicos. A análise de eficiência nesse setor é de fundamental importância para os formuladores de políticas públicas. O setor é um dos principais receptores de recursos públicos, e tem como missão cuidar do mais precioso bem humano: a vida. Em um país onde os recursos econômicos são escassos, o acompanhamento da eficiência do setor de saúde é indispensável para a formulação de políticas públicas adequadas, as quais devem alocar os recur-

sos sociais de forma coerente com os resultados alcançados. A saúde da população é um dos fatores mais importantes na análise do desenvolvimento de um país, uma região, um estado ou mesmo um município. Justifica-se sua importância na medida em que isso mostra o sucesso ou fracasso da política de atendimento às necessidades básicas da população.

Sendo assim, o acompanhamento da eficiência é um pré-requisito indispensável para a formulação de políticas públicas de saúde, na medida em que relaciona os resultados obtidos e os escassos recursos sociais colocados à disposição dos Estados. As políticas públicas relacionadas ao setor saúde no Brasil têm como um dos pilares fundamentais a descentralização das ações e dos recursos até o nível municipal. De acordo com dados fornecidos pelo Ministério da Saúde, no Brasil, em

* Economista, Doutoranda em Economia Aplicada do Departamento de Economia Rural da Universidade Federal de Viçosa, crikamarcia@hotmail.com.

** Economista, fdileal@yahoo.com.br.

*** Professor do Departamento de Economia da UFV, apgomes@ufv.br.

2003, eram credenciados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), 5.580 hospitais de todas as naturezas, que ofereceram 441.591 leitos, realizando 11,6 milhões de internações, com tempo médio de permanência igual a 6,1 dias e custo de R\$ 5,8 bilhões (BRASIL..., 2006).

No estudo de caso focado neste artigo, analisa-se a eficiência na alocação de recursos no setor de saúde nos estados brasileiros e no Distrito Federal durante o período de 2003. Espera-se, com isso, que este estudo possa auxiliar os formuladores de política pública do setor de saúde do Brasil, no sentido de adotarem políticas mais coerentes com as especificidades regionais, levando-se em conta as diferenças de cada região na eficiência na alocação dos recursos disponíveis.

METODOLOGIA

A mensuração da eficiência de qualquer organização (um hospital, um posto de arrecadação tributária, uma escola, uma firma, etc.) que usa múltiplos *inputs* (insumos) para produzir múltiplos *outputs* (produtos ou resultados) é uma tarefa complexa de comparação entre as várias unidades organizadas.

A abordagem que aqui será discutida e utilizada é conhecida por DEA (Data Envelopment Analysis), uma técnica fundamentada na teoria da produção microeconômica e que se baseia na programação linear para mensurar performances relativas entre unidades de "produção" (COELLI, 1996; MARINHO; FAÇANHA, 2000; MARINHO; MORENO; CAVALINI, 2001). O DEA envolve o estudo comparativo de unidades organizadas (ou DMUs, do inglês Decision Making Units, é um termo utilizado na técnica DEA para referenciar unidades homogêneas) que usam os mesmos *inputs* para produzir os mesmos *outputs*, objetivando usar estas informações para construir uma fronteira de eficiência sobre os dados.

Segundo Charnes *et al.* (1994), para estimar e analisar a eficiência relativa das DMUs, a DEA utiliza a definição de ótimo de pareto, segundo o qual nenhum produto pode ter sua produção aumentada sem que sejam aumentados os seus insumos ou diminuída a produção de outro produto, e, de forma

alternativa, quando nenhum insumo pode ser diminuído sem ter que diminuir a produção de algum produto. A eficiência é analisada, relativamente, entre as unidades.

A utilização do modelo DEA com orientação-produto se deve ao fato de esta orientação ser mais condizente com os objetivos do trabalho e, sob a pressuposição de retornos constantes à escala, de o resultado do modelo ser o mesmo, independente da orientação utilizada, procura maximizar o aumento proporcional nos níveis de produto, mantendo fixa a quantidade de insumos e, de acordo com Charnes *et al.* (1994) e Estellita Lins e Meza (2000), pode ser representado, algebricamente, por

$$\begin{aligned} \max_{\phi, \lambda} \quad & \phi, \\ \text{s.a.} \quad & \phi y_i - Y\lambda \leq 0, \\ & -x_i + X\lambda \leq 0, \\ & -\lambda \leq 0, \end{aligned}$$

em que y_i é um vetor ($m \times 1$) de quantidades de produto da i -ésima DMU; x_i é um vetor ($k \times 1$) de quantidades de insumo da i -ésima DMU; Y é uma matriz ($n \times m$) de produtos das n DMUs; X é uma matriz ($n \times k$) de insumos das n DMUs; λ é um vetor ($n \times 1$) de pesos; e ϕ é um escalar que tem valores iguais ou maiores do que 1 (um) e indica o escore de eficiência das DMUs, em que um valor igual a 1 (um) indica eficiência técnica relativa da i -ésima DMU, em relação às demais, e um valor maior do que um evidencia a presença de ineficiência técnica relativa. O $(\phi - 1)$ indica o aumento proporcional nos produtos que a i -ésima DMU pode alcançar, mantendo constante a quantidade de insumo. Nota-se, também, que $1/\phi$ é o escore de eficiência técnica da i -ésima DMU e varia de 0 (zero) a 1 (um). O problema apresentado em (1) é resolvido n vezes - uma vez para cada DMU, e, como resultado, apresenta os valores de ϕ e λ , sendo ϕ o escore de eficiência da DMU sob análise e λ fornece os *peers* (as DMUs eficientes que servem de referência ou *Benchmark* para a i -ésima DMU ineficiente).

Com relação às medidas com orientação-produto, pode-se observar, na Figura 1, considerando retornos constantes à escala, a tecnologia representada pela curva de possibilidade de produção C_e . Localizando-se sob esta curva, o ponto

G representa uma DMU ineficiente, em que a distância FG representa sua ineficiência técnica, isto é, equivale às quantidades de produtos que podem ser elevados, mantendo as mesmas quantidades dos insumos. A eficiência técnica da DMU que realiza sua produção em G é determinada por

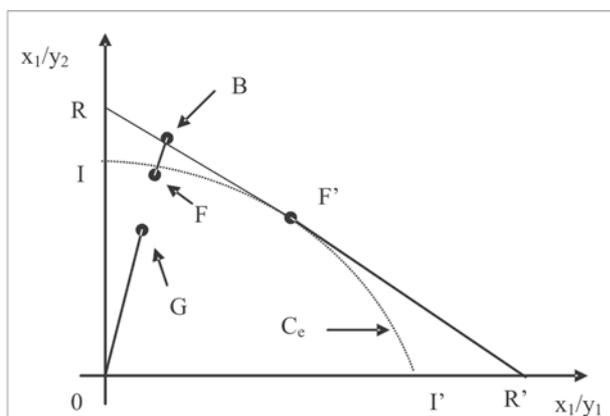
$$ET = \frac{OG}{OF}$$

é representada por $EA = \frac{OF}{OB}$, conseqüentemente, a distância FB refere-se à ineficiência alocativa desta microrregião.

A eficiência econômica é obtida do produto entre as eficiências técnica e alocativa:

$$EE = ET \times EA = \frac{OG}{OF} \times \frac{OF}{OB} = \frac{OG}{OB}$$

Figura 1
Medidas de eficiência com orientação produto



Fonte: Coelli, Rao e Battese (1998).

Em geral, apesar de a eficiência econômica apresentar suma relevância no que tange à maximização dos lucros, para que seja alcançada, faz-se necessário que a unidade produtora seja, *a priori*, eficiente tecnicamente. Isso torna as análises sobre as medidas de eficiência técnica e de escala condição fundamental para posteriores análises acerca da eficiência econômica das unidades produtivas.

No presente estudo, as DMUs consideradas são as unidades federativas (26 estados brasileiro e o Distrito Federal), tendo como contexto de estudo as práticas do SUS durante o ano de 2003. Assim, os *outputs* considerados são: 1) Número de interna-

ções *per capita*; e 2) O inverso da taxa de mortalidade. Já os *inputs* considerados são: 1) Despesas totais *per capita*; 2) Valor médio das internações; e, 3) Leitos por hospitais. Por questões técnicas, a taxa de mortalidade, que é um indicador clássico de qualidade na avaliação de prestadores de serviço do setor saúde, e que é um resultado (*output*), não deve ser, obviamente, maximizada. Desse modo, tomou-se o inverso dessa taxa como variável a ser maximizada no modelo. As bases de dados utilizadas foram retiradas do site DATASUS (www.datasus.gov.br) do Ministério da Saúde.

RESULTADOS

No que se refere aos escores de eficiência, pode-se observar na Tabela 1 que permite verificar que o menor valor foi observado no estado do Rio de Janeiro (59,80%) e o maior (100%) em oito estados. A média geral, do Brasil, é 86,60%, o que se configura em valor elevado. A região Centro-Oeste (96,00%) apresentou a melhor eficiência. Essas regiões somavam 12,3 milhões de habitantes, apenas 6,96% do total da amostra. Os piores índices estão nas regiões do Sudeste (69,10%) e Sul (88,40%) que somam 57,34% da população total da amostra.

Desse modo, apenas 10% da população da amostra estão sujeitos a valores extremos de eficiência, com 90% da população submetidos a eficiências medianas.

A Tabela 2 e a Tabela 3 apresentam os valores realizados e projetados para os recursos e para produtos utilizados para calcular a eficiência do setor de saúde nos estados brasileiros e no Distrito Federal. Esses valores projetados significam, para os recursos, os valores mínimos de consumo e, para os produtos, os valores máximos de produção que poderiam ser atingidos no conjunto da amostra. A consecução desses valores levaria os estados ineficientes para a fronteira de eficiência. Quanto maior a distância (acima ou abaixo) dos resultados da divisão dos valores realizados pelos projetados em relação à unidade, maior o “desperdício” (quer dizer a distância entre o valor observado e o valor projetado (ótimo) do recurso) de recursos ou menor a eficiência na produção. Assim,

Tabela 1
Escores de eficiência relativa em serviços de saúde e população nas Unidades Federativas Brasileiras, em 2003

| Região/Unidade Federativa | Eficiência | População |
|----------------------------|--------------|--------------------|
| Região Norte | 0,899 | 13.784.895 |
| Rondônia | 1,000 | 1.455.914 |
| Acre | 1,000 | 600.607 |
| Amazonas | 0,763 | 3.031.079 |
| Roraima | 0,684 | 357.296 |
| Pará | 1,000 | 6.574.990 |
| Amapá | 1,000 | 534.821 |
| Tocantins | 0,848 | 1.230.188 |
| Região Nordeste | 0,885 | 49.357.119 |
| Maranhão | 1,000 | 5.873.646 |
| Piauí | 1,000 | 2.923.695 |
| Ceará | 0,784 | 7.758.437 |
| Rio Grande do Norte | 1,000 | 2.888.087 |
| Paraíba | 0,856 | 3.518.607 |
| Pernambuco | 0,726 | 8.161.828 |
| Alagoas | 0,821 | 2.917.678 |
| Sergipe | 0,854 | 1.874.597 |
| Bahia | 0,921 | 13.440.544 |
| Região Sudeste | 0,691 | 75.392.023 |
| Minas Gerais | 0,795 | 18.553.335 |
| Espírito Santo | 0,714 | 3.250.205 |
| Rio de Janeiro | 0,598 | 14.879.144 |
| São Paulo | 0,655 | 38.709.339 |
| Região Sul | 0,840 | 26.024.981 |
| Paraná | 0,874 | 9.906.812 |
| Santa Catarina | 0,787 | 5.607.160 |
| Rio Grande do Sul | 0,858 | 10.511.009 |
| Região Centro-Oeste | 0,960 | 12.317.233 |
| Mato Grosso do Sul | 1,000 | 2.169.704 |
| Mato Grosso | 0,998 | 2.651.313 |
| Goiás | 0,881 | 5.306.424 |
| Distrito Federal | 0,960 | 2.189.792 |
| Brasil | 0,866 | 176.876.251 |

Fonte: Resultados da pesquisa

no caso dos *inputs*, resultados da razão realizado/projetado maiores do que 1,000 significam “desperdícios” tanto maiores quanto maior o valor encontrado. Já no caso dos *outputs*, valores dessa razão menores do que 1,000 representam hiatos na produção tanto mais acentuados quanto menores os valores encontrados. No que se refere aos recursos, pode-se notar que o valor das despesas totais *per capita* não apresentou um desajuste acentuado entre os estados. O estado de São Paulo foi o que apresentou o maior “desperdício”, por estar 11,6% acima do valor ótimo. Na variável leitos por hospitais, o Distrito Federal apresentou o maior desperdício, ficou 318,80% acima do ótimo, e as regiões Sudeste e Centro-Oeste apresentaram os maiores “desperdícios”, na ordem de 89,90% e 86,50% respectivamente. A variável - valor médio por internações - apresentou o maior desperdício no estado

Tabela 2
Valores Realizados (A), Valores Projetados (T) e Razão (A/T) entre Valores Realizados e Projetados para os Diferentes Produtos Agregados nas Unidades Federativas Brasileiras

| Região/Unidade Federativa | Valores Realizados | | Valores Projetados | | Realizados/Projetados | |
|----------------------------|--------------------|--------------|--------------------|--------------|-----------------------|--------------|
| | P1 | P2 | P1 | P2 | P1 | P2 |
| Região Norte | 0,060 | 0,611 | 0,069 | 0,688 | 0,863 | 0,888 |
| Rondônia | 0,061 | 0,730 | 0,061 | 0,730 | 1,000 | 1,000 |
| Acre | 0,074 | 0,508 | 0,074 | 0,508 | 1,000 | 1,000 |
| Amazonas | 0,048 | 0,556 | 0,069 | 0,729 | 0,701 | 0,762 |
| Roraima | 0,031 | 0,565 | 0,062 | 0,826 | 0,496 | 0,684 |
| Pará | 0,076 | 0,719 | 0,076 | 0,719 | 1,000 | 1,000 |
| Amapá | 0,057 | 0,625 | 0,057 | 0,625 | 1,000 | 1,000 |
| Tocantins | 0,071 | 0,578 | 0,086 | 0,682 | 0,831 | 0,848 |
| Região Nordeste | 0,069 | 0,522 | 0,080 | 0,614 | 0,872 | 0,850 |
| Maranhão | 0,063 | 0,877 | 0,063 | 0,877 | 1,000 | 1,000 |
| Piauí | 0,086 | 0,719 | 0,086 | 0,719 | 1,000 | 1,000 |
| Ceará | 0,065 | 0,446 | 0,084 | 0,569 | 0,772 | 0,785 |
| Rio Grande do Norte | 0,061 | 0,476 | 0,061 | 0,476 | 1,000 | 1,000 |
| Paraíba | 0,074 | 0,422 | 0,086 | 0,543 | 0,859 | 0,777 |
| Pernambuco | 0,062 | 0,319 | 0,087 | 0,439 | 0,716 | 0,728 |
| Alagoas | 0,070 | 0,435 | 0,086 | 0,530 | 0,814 | 0,820 |
| Sergipe | 0,068 | 0,485 | 0,082 | 0,673 | 0,835 | 0,721 |
| Bahia | 0,076 | 0,521 | 0,082 | 0,704 | 0,922 | 0,740 |
| Região Sudeste | 0,059 | 0,273 | 0,086 | 0,448 | 0,683 | 0,610 |
| Minas Gerais | 0,066 | 0,301 | 0,084 | 0,488 | 0,790 | 0,617 |
| Espírito Santo | 0,061 | 0,342 | 0,087 | 0,479 | 0,701 | 0,715 |
| Rio de Janeiro | 0,052 | 0,212 | 0,087 | 0,412 | 0,596 | 0,514 |
| São Paulo | 0,056 | 0,237 | 0,087 | 0,412 | 0,648 | 0,575 |
| Região Sul | 0,071 | 0,313 | 0,085 | 0,458 | 0,829 | 0,683 |
| Paraná | 0,075 | 0,356 | 0,087 | 0,412 | 0,865 | 0,864 |
| Santa Catarina | 0,066 | 0,327 | 0,085 | 0,463 | 0,778 | 0,706 |
| Rio Grande do Sul | 0,071 | 0,255 | 0,084 | 0,499 | 0,844 | 0,511 |
| Região Centro-Oeste | 0,078 | 0,445 | 0,083 | 0,550 | 0,947 | 0,810 |
| Mato Grosso do Sul | 0,087 | 0,412 | 0,087 | 0,412 | 1,000 | 1,000 |
| Mato Grosso | 0,074 | 0,498 | 0,076 | 0,723 | 0,979 | 0,688 |
| Goiás | 0,073 | 0,472 | 0,085 | 0,552 | 0,863 | 0,855 |
| Distrito Federal | 0,079 | 0,400 | 0,083 | 0,513 | 0,948 | 0,780 |

Fonte: Resultados da pesquisa.

P1 = Internações per capita e P2 = Inverso da Taxa Mortalidade

do Rio Grande do Sul, na ordem de 40,20%, o que contribuiu para a Região Sul apresentar o maior índice de “desperdício” (34,70%), e o menor desperdício foi encontrado em Roraima (0,10%). Os desajustes do sistema provêm mais do número excessivo de unidades de leitos da rede hospitalar das Unidades Federativas. Os custos *per capita* estão razoavelmente ajustados (Tabela 2).

No que se refere aos produtos do sistema, as internações *per capita*, a Região do Centro-Oeste apresentou o melhor resultado, que corresponde a 0,947% da produção ótima, e em segundo lugar ficou a região Nordeste, com 0,872% da produção ótima. Embora a comparação não seja imediata por

Tabela 3

Valores Realizados (A), Valores Projetados (T) e Razão entre A e T para os Diferentes Recursos Agregados nas Unidades Federativas Brasileiras

| Região/Unidade Federativa | Valores Realizados | | | Valores Projetados | | | Realizados/Projetados | | |
|----------------------------|--------------------|----------------|----------------|--------------------|---------------|----------------|-----------------------|--------------|--------------|
| | R1 | R2 | R3 | R1 | R2 | R3 | R1 | R2 | R3 |
| Região Norte | 85,587 | 54,432 | 327,271 | 84,449 | 52,774 | 313,561 | 1,013 | 1,031 | 1,044 |
| Rondônia | 85,762 | 39,881 | 262,130 | 85,762 | 39,881 | 262,130 | 1,000 | 1,000 | 1,000 |
| Acre | 91,837 | 70,524 | 306,300 | 91,837 | 70,524 | 306,300 | 1,000 | 1,000 | 1,000 |
| Amazonas | 77,630 | 48,253 | 356,960 | 79,399 | 48,253 | 305,755 | 0,978 | 1,000 | 1,167 |
| Roraima | 95,112 | 54,143 | 324,760 | 86,342 | 54,143 | 321,419 | 1,102 | 1,000 | 1,010 |
| Pará | 72,912 | 55,399 | 344,380 | 72,912 | 55,399 | 344,380 | 1,000 | 1,000 | 1,000 |
| Amapá | 69,519 | 56,538 | 275,450 | 69,519 | 56,538 | 275,450 | 1,000 | 1,000 | 1,000 |
| Tocantins | 106,333 | 56,288 | 420,920 | 105,372 | 44,678 | 379,491 | 1,009 | 1,260 | 1,109 |
| Região Nordeste | 97,769 | 59,356 | 407,682 | 98,450 | 50,455 | 393,929 | 0,993 | 1,176 | 1,035 |
| Maranhão | 86,646 | 61,634 | 352,560 | 86,646 | 61,634 | 352,560 | 1,000 | 1,000 | 1,000 |
| Piauí | 106,275 | 42,960 | 370,890 | 106,275 | 42,960 | 370,890 | 1,000 | 1,000 | 1,000 |
| Ceará | 93,789 | 58,842 | 452,890 | 95,041 | 52,730 | 399,606 | 0,987 | 1,116 | 1,133 |
| Rio Grande do Norte | 104,047 | 38,705 | 443,480 | 104,047 | 38,705 | 443,480 | 1,000 | 1,000 | 1,000 |
| Paraíba | 100,883 | 60,043 | 411,210 | 101,558 | 51,253 | 411,210 | 0,993 | 1,172 | 1,000 |
| Pernambuco | 97,900 | 71,293 | 499,260 | 98,824 | 56,158 | 435,250 | 0,991 | 1,270 | 1,147 |
| Alagoas | 100,162 | 76,483 | 420,840 | 101,193 | 51,899 | 414,359 | 0,990 | 1,474 | 1,016 |
| Sergipe | 96,981 | 63,702 | 353,180 | 98,454 | 50,676 | 353,180 | 0,985 | 1,257 | 1,000 |
| Bahia | 93,236 | 60,545 | 364,830 | 94,013 | 48,078 | 364,830 | 0,992 | 1,259 | 1,000 |
| Região Sudeste | 101,651 | 106,899 | 553,013 | 97,612 | 56,293 | 432,147 | 1,041 | 1,899 | 1,280 |
| Minas Gerais | 91,381 | 75,510 | 496,870 | 92,411 | 56,736 | 417,927 | 0,989 | 1,331 | 1,189 |
| Espírito Santo | 100,125 | 73,954 | 470,370 | 100,427 | 54,086 | 426,581 | 0,997 | 1,367 | 1,103 |
| Rio de Janeiro | 104,791 | 137,877 | 593,050 | 98,804 | 57,175 | 442,040 | 1,061 | 2,411 | 1,342 |
| São Paulo | 110,307 | 140,254 | 651,760 | 98,804 | 57,175 | 442,040 | 1,116 | 2,453 | 1,474 |
| Região Sul | 95,384 | 70,913 | 575,450 | 94,909 | 56,908 | 427,349 | 1,005 | 1,246 | 1,347 |
| Paraná | 102,427 | 60,040 | 619,340 | 98,804 | 57,175 | 442,040 | 1,037 | 1,050 | 1,401 |
| Santa Catarina | 93,152 | 67,709 | 526,190 | 94,470 | 56,878 | 425,693 | 0,986 | 1,190 | 1,236 |
| Rio Grande do Sul | 90,572 | 84,989 | 580,820 | 91,453 | 56,671 | 414,313 | 0,990 | 1,500 | 1,402 |
| Região Centro-Oeste | 94,575 | 97,266 | 439,465 | 95,867 | 52,164 | 396,647 | 0,987 | 1,865 | 1,108 |
| Mato Grosso do Sul | 98,804 | 57,175 | 442,040 | 98,804 | 57,175 | 442,040 | 1,000 | 1,000 | 1,000 |
| Mato Grosso | 95,308 | 42,424 | 416,820 | 96,976 | 42,424 | 328,997 | 0,983 | 1,000 | 1,267 |
| Goiás | 95,688 | 52,466 | 463,350 | 97,418 | 52,466 | 405,694 | 0,982 | 1,000 | 1,142 |
| Distrito Federal | 88,500 | 237,000 | 435,650 | 90,271 | 56,590 | 409,855 | 0,980 | 4,188 | 1,063 |

Fonte: Resultados da pesquisa.

R1 = Despesas totais per capita; R2 = Leitos por hospitais e R3 = Valor médio das internações

se tratar de taxas, pode-se notar que existe uma distância entre o valor observado e o desejável para a taxa de mortalidade na região Sudeste, a média da taxa é quase duas vezes maior do que o valor ótimo (Tabela 3).

Algumas variáveis que impactam a eficiência dos serviços de saúde dos estados e Distrito Federal não estão sob controle dos seus administradores, como é o caso do Produto Interno Bruto (PIB), da população e do prazo médio de internação. Estas variáveis podem ser imediatamente classificadas como *input* ou *output* (no caso do prazo médio de internação).

Para investigar a natureza das relações entre essas variáveis e os escores de eficiência, recor-

reu-se à combinação da DEA com uma análise de regressão. Utilizou-se o recurso de inverter o escore de eficiência (inverso que varia entre 0,01 e ∞) e aplicou-se uma regressão censurada do tipo Tobit, conforme fizeram Dor (1994) e Kooreman (1994). O inverso dos escores de eficiência (ES-CORE) é a variável dependente, e o PIB *per capita*, estadual e distrital (PIB/POP) e o Prazo médio de internação (INTERMED) são as variáveis explicativas. A amostra pode ser dividida entre estados eficientes e ineficientes, seguindo a recomendação de Bardhan, Cooper e Kumbhakar (1998), que assinalam a possibilidade de os coeficientes da regressão serem, nas unidades ineficientes, diferen-

tes daqueles presentes em uma função de produção subjacente às unidades eficientes.

Diversos modelos foram executados, incluindo todos os estados e o Distrito Federal, ou apenas os ineficientes. No conjunto de todos os estados, no nível de teste de 1%, o prazo médio de permanência é significativo e tem sinal negativo. Conclui-se que quanto maior o prazo médio de internação, menor é o escore de eficiência técnica dos estados. O valor do PIB *per capita* não foi significativo, o seu coeficiente foi praticamente igual a zero. Para os estados ineficientes, no nível de 1%, pode-se inferir uma relação direta entre tamanho do PIB *per capita* e eficiência e uma relação inversa entre a eficiência e o prazo médio de internação. Esses resultados estão apresentados na Tabela 4.

Tabela 4
Regressão de Eficiência dos Estados Brasileiros e do Distrito Federal

| Todos os Estados e Distrito Federal | | | |
|-------------------------------------|-------------------------|--------------------|-----------|
| Variáveis | $\hat{\beta}$ | S($\hat{\beta}$) | Teste "Z" |
| Intercepto | 128,60* | 11,08 | 11,60 |
| PIB/POP | - 0,00002 ^{ns} | 0,0010 | -0,014 |
| INTERMED | -7,14* | 2,24 | -3,18 |
| Estados Ineficientes | | | |
| Variáveis | $\hat{\beta}$ | S($\hat{\beta}$) | Teste "z" |
| Intercepto | 110,42* | 6,86 | 16,10 |
| PIB/POP | 0,001689* | 0,0006 | 2,69 |
| INTERMED | -6,98* | 1,46 | -4,78 |

* : significativo a 1%; ns: não significativo
Fonte: Resultados da Pesquisa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os níveis gerais de eficiência relativa nos estados brasileiros e no Distrito Federal estão dispersos, e os melhores eficiências se concentram na Região Norte (4 estados) Nordeste (3 estados) e Centro-Oeste (2 estados).

Pode-se concluir que o valor das despesas totais per capita não apresentou um desajuste acentuado entre os estados, o estado de São Paulo foi o que apresentou o maior desperdício, por estar 11,6% acima do valor ótimo. Na variável leitos por

hospitais o Distrito Federal apresentou o maior desperdício, que ficou 318,80% acima do ótimo, e as regiões Sudeste e Centro-Oeste apresentaram os maiores “desperdícios” na ordem de 89,90% e 86,50%, respectivamente. A variável - valor médio por internações - apresentou o maior “desperdício”

No que refere se aos produtos do sistema, as internações *per capita*, a Região do Centro-Oeste apresentou o melhor resultado, que corresponde a 0,947% da produção ótima

no estado do Rio Grande do Sul, na ordem de 40,20%, que contribuiu para a Região Sul apresentar o maior índice de desperdício (34,70%), e o menor “desperdício” foi encontrado no Estado de Roraima (0,10%). No que se refere aos produtos do sistema, as internações *per capita*, a Região do Centro-Oeste apresentou o melhor resultado, que corresponde a 0,947% da produção ótima, e em segundo lugar ficou a região Nordeste, com 0,872% da produção ótima. Na região Sudeste existe uma distância entre o valor observado e o desejável para a taxa de mortalidade na região Sudeste, a média é quase duas vezes maior do que o valor ótimo.

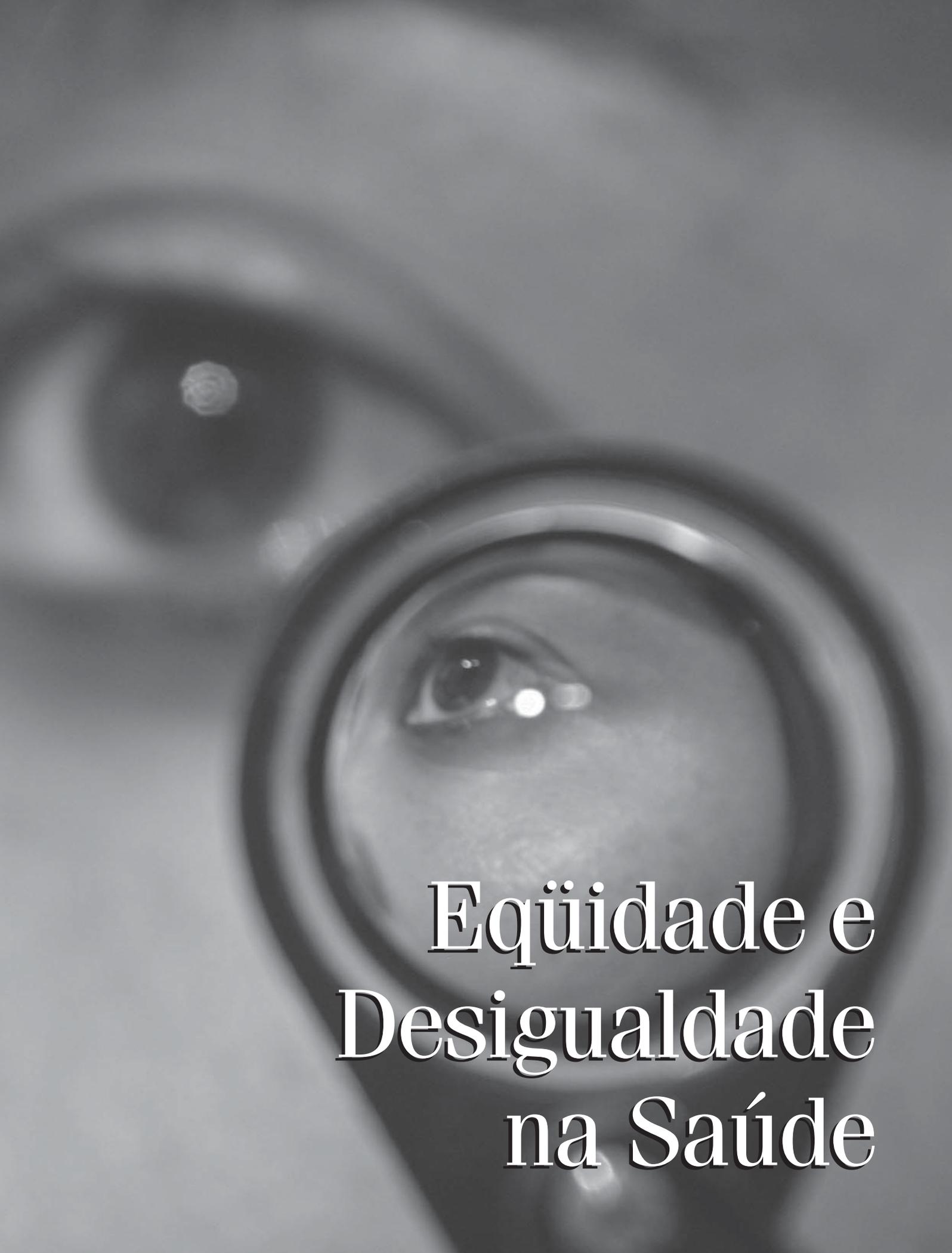
Foram encontradas evidências de que existem relações inversas entre o prazo médio das internações e o fator eficiência do conjunto de todas as unidades federativas brasileiras. Esse resultado mostra que, as Unidades Federativas podem auferir ganhos de eficiência reduzindo os prazos médios de internação, além dos resultados esperados da melhor administração dos recursos e produtos da saúde.

As Unidades Federativas ineficientes com maiores valores para o PIB *per capita* tendem a apresentar escores de eficiência maiores do que Unidades Federativas ineficientes mais pobres. O escore de eficiência das unidades federativas brasileiras ineficientes aumenta com a redução do prazo de permanência médio de internações, *ceteris paribus*.

Portanto, acredita-se que estes resultados sejam imprescindíveis para os tomadores de decisão, no sentido que sejam adotadas políticas coerentes com as necessidades de gestão do setor de saúde, por meio das quais seja garantido à população brasileira um serviço de saúde mais eficiente, contribuindo, assim, para que a economia do Brasil se desenvolva mais rapidamente.

REFERÊNCIAS

- BARDHAN, I. R.; COOPER, W. W.; KUMBHAKAR, S. C. A simulation study of joint uses of data envelopment analysis and statistical regressions for production function estimation and efficiency evaluation. *Journal of Productivity Analysis*, v. 9, p. 249- 278, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 9 maio 2006.
- CHARNES, A. et al. *Data envelopment analysis: theory, methodology, and application*. Dordrecht: Kluwer Academic, 1994. 513 p.
- COELLI, T. J.; RAO, P.; BATTESE, G.E. *An introduction to efficiency and productivity analysis*. Dordrecht: Kluwer Academic, 1998. 275 p.
- DOR, A. Non-minimum cost functions and the stochastic frontier: on applications to health care providers. *Journal of Health Economics*, v. 13, p. 329-334, 1994.
- ESTELLITA LINS, M. P.; MEZA, L. A. *Análise envoltória de dados e perspectivas de integração no ambiente de apoio à tomada de decisão*. Rio de Janeiro: COPPE/UFRJ, 2000. 232 p.
- KOOREMAN, P. Nursing home care in the netherlands: a nonparametric efficiency analysis. *Journal of Health Economics*, v. 13, p. 301-316, 1994.
- MARINHO, A.; FAÇANHA, L. O. Hospitais universitários: avaliação comparativa de eficiência técnica. *Economia Aplicada*, v. 4, n. 2, p. 315-349, abr./jun. 2000.
- MARINHO, A.; MORENO, A. B.; CAVALINI, L. T. *Avaliação descritiva da rede hospitalar do Sistema Único de Saúde — SUS*. Brasília: IPEA, 2001. Mimeografado.



Eqüidade e
Desigualdade
na Saúde

A sobreutilização do cuidado de saúde no sistema suplementar brasileiro¹

Ana Carolina Maia*, Mônica Viegas Andrade**, Ana Maria Hermeto Camilo de Oliveira***

Resumo

Este artigo investiga a presença de sobreutilização de serviços no sistema de saúde brasileiro a partir de uma análise contrafactual. Duas variáveis de utilização do cuidado médico foram selecionadas: consultas médicas e dias de internação. Os resultados sugerem a presença de sobreutilização para os dois tipos: para o modelo de consultas, encontramos que cada indivíduo utiliza, na média, 24% mais serviços que se não tivesse plano de saúde. Para a estimativa de internação, encontramos que cada indivíduo utiliza, na média, 22% mais serviços que se não tivesse plano de saúde.

Palavras-chave: sobreutilização, risco moral, sistemas de saúde, demanda por serviços de saúde.

Abstract

This paper explores the existence of an overuse of services in the Brazilian health system by a counter-factual analysis. We selected two healthcare utilization variables: medical visits, and the number of hospitalization days. The results suggest an overuse of both: for the visits model, we found that each individual uses, in average, 24% more services than if he/she did not have a health insurance plan. In regard to hospitalization, we found that each individual uses, in average, 22% more services than if he/she did not have a health insurance plan.

Keywords: overuse, moral hazard, health system, demand for health services.

INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro é um sistema misto, com atuação dos setores público e privado no provimento e financiamento dos bens e serviços de saúde. O setor de saúde suplementar, caracterizado pelo financiamento privado, representa uma importante e significativa parcela do mercado de assistência médica no Brasil. Segundo dados de 1998, da PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar), cerca de 25% da população possui algum tipo de plano ou seguro de saúde. Diversos

estudos têm analisado o comportamento dos indivíduos quanto à utilização dos serviços de saúde diante de diferentes formas de financiamento desses (NEWHOUSE, 1996; MANNING *et al.*, 1987). Em geral, observa-se que, quanto maior a cobertura do plano ou seguro de saúde, maior é o incentivo para os indivíduos escolherem mais cuidado de saúde, resultando, dessa forma, em um problema de risco moral. A introdução de mecanismos que minimizem as distorções no uso dos serviços resulta em ganhos de bem-estar para a sociedade, daí a importância de se conhecer a magnitude desses efeitos. Ainda são poucos os trabalhos que investigam as inter-relações entre os setores de saúde público e privado no Brasil, bem como a atuação da assistência suplementar no mercado de bens e serviços de saúde.

O objetivo desse trabalho é estimar a sobreutilização dos serviços de saúde no sistema suplemen-

¹ Este estudo faz parte do projeto ESTUDOS EM MÉTODOS QUANTITATIVOS APLICADOS À DEFESA DA CONCORRÊNCIA E A REGULAÇÃO ECONÔMICA da Secretaria de Direito Econômico (SDE/MJ), contrato 0001/2004 com a ANPEC, sob coordenação técnica do IPEA.

* Pesquisadora do CEDEPLAR – UFMG anacmaia@cedepplar.ufmg.br.

** Professora Adjunta do Departamento de Ciências Econômicas da UFMG. mviegas@cedepplar.ufmg.br. Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Economia da UFMG (CEDEPLAR-UFMG).

*** Pesquisadora do CEDEPLAR – UFMG.

tar *vis-à-vis* o sistema público de saúde. A sobreutilização é entendida como a utilização excessiva observada entre usuários do sistema suplementar de saúde e usuários do sistema público. Optamos por denominar essa diferença de sobreutilização, já que essa não é uma medida exata do que se denomina risco moral na literatura econômica. A diferença poderia ser interpretada como uma medida do risco moral, conforme definido na teoria econômica, se supusermos que os custos envolvidos na utilização do sistema público correspondem aos custos monetários com que os indivíduos se defrontariam na ausência de um sistema de seguro. Por outro lado, essa diferença pode refletir também as dificuldades de acesso ao serviço público se supusermos que o padrão ótimo de utilização é o observado no setor privado. Provavelmente, a diferença estimada se deve tanto a um problema de risco moral, quanto a diferenças no acesso entre os dois setores.

A estimativa da magnitude da sobreutilização é realizada através de uma análise contrafactual, em que a diferença entre a utilização média estimada dos indivíduos que possuem plano subtraindo a utilização média estimada para esses mesmos indivíduos, caso não possuíssem plano privado, nos fornece o valor esperado da sobreutilização no sistema de saúde suplementar.

Utilizamos os dados da PNAD de 1998, realizada pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), que fornece uma ampla variedade de informações individuais e domiciliares. Em 1998, foi a campo um suplemento que indaga a respeito das características de saúde dos indivíduos.

As categorias de cuidado médico selecionadas foram: (i) o número de consultas realizadas nos últimos doze meses e (ii) o número de dias internado na última internação, nos últimos doze meses.

Os principais resultados encontrados apontam a presença de sobreutilização no sistema de saúde suplementar para ambos os tipos de cuidado. Para consultas médicas, a sobreutilização foi estimada em 0,63 consultas *per capita* por ano, e

para dias de internação, foi de 0,14 dias *per capita* por ano. Esses valores representam 22% do número de médio de consultas estimado e 25% do número médio de dias internado estimado. A interpretação desses resultados como uma medida do risco moral sugere que os contratos no sistema

suplementar podem não estar desenhados adequadamente. A sociedade pode estar incorrendo em perdas de bem-estar, uma vez que os indivíduos com cobertura privada escolhem mais cuidado do que escolheriam na ausência de seguro e as seguradoras, por sua vez, antecipam esse comportamento elevando o prêmio de seguro. A

elevação do prêmio do seguro pode resultar em restrição do acesso à cobertura privada. Uma mudança institucional importante envolveria a incorporação de mecanismos de divisão de custos com consumidores ou até mesmo a adoção de práticas de cuidado gerenciado.

O mercado de bens e serviços de saúde é um mercado que apresenta particularidades quando comparado aos demais. Ressaltamos dois aspectos: o ambiente de incerteza e a presença de informação assimétrica

O RISCO MORAL

O mercado de bens e serviços de saúde é um mercado que apresenta particularidades quando comparado aos demais. Ressaltamos dois aspectos: o ambiente de incerteza e a presença de informação assimétrica. A incerteza está presente em dois momentos da decisão de consumo individual. Primeiro, existe incerteza quanto à necessidade do uso dos serviços médicos, uma vez que, em sua maior parte, este uso é decorrente de choques estocásticos. Segundo, existe incerteza quanto ao diagnóstico clínico e quanto à eficácia do tratamento. Além disso, a distribuição das despesas médicas, tanto na população quanto ao longo do ciclo de vida dos indivíduos não é normal, assumindo valores muito altos para poucos episódios.

A assimetria de informações está presente na relação entre os três agentes envolvidos no estabelecimento de um contrato de seguro de saúde: o consumidor, a seguradora e o provedor dos bens e serviços de saúde, e pode resultar em problemas de agência. Os consumidores e a seguradora

correspondem à demanda de mercado, podendo o sistema de seguros ser de natureza pública ou privada; enquanto que os provedores correspondem à oferta de mercado.

A relação entre o segurador, seja com o provedor ou com o consumidor, apresenta problemas de risco moral. Com o provedor o problema se registra na medida em que estes podem induzir a uma sobreutilização dos serviços, dado que possuem maior quantidade de informação que os financiadores/seguradores. Essa indução de demanda pode ocorrer tanto para elevar os rendimentos diretos dos provedores, quanto para reduzir a incerteza do diagnóstico, e, com isso, obter também ganhos de reputação. Entre o consumidor e o segurador, o risco moral pode ocorrer na presença de seguro pleno. Nesse caso, os consumidores tendem a sobreutilizar os serviços, já que o custo marginal do produto demandado é zero.

A evidência teórica e empírica já apontou, em diversos estudos (CUTLER; ZECKHAUSER, 2000; NEWHOUSE, 1996; MANNING *et al.* 1987; CAMERON *et al.*, 1988; SAPELLI; VIAL, 2003; CHIAPORRI, 1998) que o risco moral é um dos principais problemas no mercado de seguros de saúde. O risco moral gera perdas de bem-estar, na medida em que parte da população não está apta a adquirir um plano ou seguro de saúde devido ao aumento dos custos com conseqüente elevação dos preços. Acontece isso porque a seguradora antecipa o comportamento dos indivíduos, elevando os preços do seguro, excluindo, com essa medida, uma parcela da população.

Existe, portanto, um *trade-off* entre a diluição do risco na população (possibilitando a transferência de renda entre os diferentes estados da natureza) e a introdução de incentivos adequados. Ou seja, o aumento do grau de cobertura do seguro implica em uma divisão de riscos mais ampla, mas também leva ao aumento de perdas de bem-estar, porque os indivíduos escolhem mais cuidado (risco moral) e os provedores ofertam mais cuidado (indução de demanda) (CUTLER; ZECKHAUSER, 2000). Entre os mecanismos usuais para minimizar o risco moral no comportamento do consumidor, podemos citar os mecanismos de divisão de custos, como co-pagamentos, co-seguros e franquias.

A principal referência na literatura empírica é o estudo coordenado por NEWHOUSE, entre 1971 e 1982, denominado de *RAND Health Insurance Study*, o qual se constitui de um experimento longitudinal que tem como um de seus objetivos analisar o comportamento do indivíduo diante de diferentes arranjos de seguro saúde. Um dos principais resultados desse trabalho é a mensuração da elasticidade preço da demanda por serviços de saúde. A utilização dos serviços diminui na medida em que os consumidores desembolsam diretamente uma parcela do pagamento. Manning e outros (1987) estimam, para a população do experimento, valores entre -0,1 e -0,2, dependendo do tipo de cuidado considerado e da variação na taxa de copagamento. Na literatura empírica não existe um consenso acerca dessa magnitude, os valores encontrados variam de -0,14 a -1,5, dependendo do tipo de cuidado considerado e do método de estimação (CUTLER; ZECKHAUSER, 2000).

Uma dificuldade dos trabalhos empíricos que analisam o problema de risco moral é a presença da endogeneidade entre a escolha de adquirir plano de saúde e a utilização dos serviços de saúde. Essa endogeneidade se deve ao fato da decisão de obter um plano ser realizada com base na expectativa de utilização dos serviços. Dessa forma, características específicas dos indivíduos que adquirem planos podem influenciar sua utilização, resultando em um problema de viés de seleção amostral. As bases longitudinais constituem uma forma de solucionar o problema da endogeneidade. Essas bases acompanham o mesmo indivíduo ao longo do tempo, identificando o impacto das mudanças nas características individuais e nas características dos planos ou seguros sobre a utilização. Além disso, é possível identificar o momento de adesão ao plano e controlar o estado de saúde do indivíduo.

Cameron e outros (1988) são os pioneiros no desenvolvimento de um modelo que interage a demanda por seguro de saúde e a utilização do cuidado de saúde. A implementação empírica do trabalho, a partir de dados cross-section do *Australian Health Survey* de 1977-78, consiste em utilizar variáveis instrumentais da escolha do seguro de saúde como variável dependente do modelo

de utilização do cuidado de saúde. É estimado um modelo para a probabilidade de ter um determinado tipo de seguro,² e o valor predito da probabilidade é a variável instrumental da escolha de ter seguro sendo incluída no modelo de utilização. O resultado mostra que o uso do cuidado é maior para aqueles que possuem uma cobertura mais ampla, indicando a presença de risco moral.

Spelli e Vial (2003) estimam risco moral e seleção adversa no sistema de saúde chileno. Para mensurar a presença de risco moral, compara-se a utilização do serviço de saúde na presença do seguro com a utilização caso o indivíduo não houvesse obtido aquele seguro. São analisadas duas variáveis de utilização do cuidado médico: número de consultas médicas e número de dias internado. O risco moral não é encontrado para dias internado, mas é encontrado para consultas médicas.

Utilizando dados longitudinais durante dois anos, na França, Chiappori e outros (1998) avaliam a presença de risco moral no uso do cuidado médico. O trabalho analisa os impactos da divisão de custos entre seguradores e pacientes, através da alteração na taxa de copagamento. A análise considera apenas a decisão de realizar ao menos uma consulta, para três tipos de cuidado: consultas realizadas no consultório, consultas realizadas em casa e consultas no consultório de um médico especialista. Os principais resultados indicam a presença de risco moral para consultas em casa, mas não para consultas no consultório, sugerindo risco moral na demanda pelo cuidado médico quando custos não monetários também são importantes. Ou seja, custos como de deslocamento e tempo podem representar uma importante fração do custo total considerado pelo consumidor, tendendo a diminuir o impacto da mudança de preços sobre a utilização.

No Brasil, existem poucos estudos que investigam empiricamente a presença do risco moral no sistema de saúde. O trabalho desenvolvido por Stancioli e Zylberstajn (2002), valendo-se das informações da PNAD de 1998, aponta a presença de risco moral. A escassez desses trabalhos se deve, provavelmente, à restrita disponibilidade de bases que contemplem dados de utilização do serviço de

saúde associados a características individuais, como cobertura por algum plano de saúde, características sócio-econômicas, de estado de saúde, entre outras.

A regulamentação do setor de saúde suplementar brasileiro, de 1998, não apresenta nenhuma restrição ao uso de mecanismos de divisão de custos (como, por exemplo, copagamento) e o cuidado gerenciado.³ Mesmo não havendo restrições, esses mecanismos ainda são pouco difundidos no setor privado e inexistentes no setor público. Segundo dados da PNAD de 1998, apenas 28% dos indivíduos com plano de saúde pagam, além da mensalidade, algum valor pelos atendimentos a que têm direito, ou seja, pequena parte da população com plano está sujeita a algum mecanismo de divisão de custos.⁴

No caso de sistemas públicos, a introdução desses mecanismos financeiros é pouco usual e, quando existe, incide apenas sobre alguns grupos de serviços. A dificuldade de implementação de mecanismos de divisão de custos em sistemas públicos, isto é, a racionalização do uso dos serviços, através de custos monetários impostos aos pacientes, reside na questão distributiva. Os impactos desses mecanismos são distintos, dependendo do nível de renda. Esses sistemas, em geral, empregam mecanismos de racionalização indiretos/não monetários. No caso do sistema público brasileiro, os mecanismos de racionalização do uso não estão implementados institucionalmente, embora, na prática, ocorra a restrição do acesso através de filas de espera.

MODELO EMPÍRICO

A abordagem empírica proposta neste trabalho consiste em uma análise contra-factual, em que estimamos a utilização dos serviços de saúde para dois segmentos do sistema de saúde brasileiro, conside-

² Quatro tipos de seguro de saúde são considerados

³ O termo Cuidado Gerenciado se refere, de uma forma genérica, às práticas adotadas para administrar os serviços prestados pelos provedores contratados pelos planos e seguradoras de saúde.

⁴ As perguntas da PNAD são insuficientes para permitir uma comparação entre os grupos de indivíduos com plano de saúde sujeitos a mecanismos de divisão de custos e os indivíduos com plano de saúde sem mecanismos de divisão de custos. O nível de detalhamento não informa sobre que tipos de serviços o copagamento incide e de que forma.

rando o status de cobertura de plano de saúde dos indivíduos. O uso desses serviços é estimado em dois modelos separados: o primeiro para a subamostra com plano de saúde e o segundo para a subamostra sem plano de saúde e é mensurado através de dois indicadores: número de consultas médicas realizadas nos últimos doze meses e número de dias internado na última internação realizada nos últimos doze meses. As consultas médicas e o número de dias internado representam diferentes tipos de cuidado de saúde e diferentes processos de decisão. No caso de consultas médicas, a decisão de consumir o serviço é, na maior parte, realizada pelo próprio indivíduo, enquanto que, no caso da internação, a decisão é usualmente tomada pelos médicos.

Para estimar a utilização dos serviços médicos, tomamos como base modelos de dados de contagem. Escolha que se justifica na medida em que a utilização é mensurada através do número de visitas médicas e do número de dias internado, os quais consistem de valores não negativos e inteiros. O modelo de Poisson é considerado básico no arcabouço dos modelos de dados de contagem, tendo como alternativo o Binomial Negativo, onde a distribuição permite mais flexibilidade na modelagem da variância. O Binomial Negativo é o modelo paramétrico padrão para o caso de sobredispersão dos dados, ou seja, o caso onde a variância condicional excede a média. A fim de verificar se os dados são sobredispersos, efetuamos o teste da razão de verossimilhança, que indica a sobredispersão dos dados.

Esse modelo é estimado em duas etapas: na primeira, é usado um *probit* para explicar a decisão de compra do plano de saúde. Já na segunda, o modelo foi o binomial negativo a fim de explicar a utilização dos serviços. Ou seja:

$$\text{Prob}(D_i = 1) = \text{Prob}(Z_i \alpha > \mu_i) \quad (1)$$

$$E[y_i / D_i, \varepsilon_i] = \exp(X_i \beta + \varepsilon_i) \quad (2)$$

Onde:

$i = 1, 2, 3, \dots$ Indivíduos;

D_s = variável binária igual a 1, se o indivíduo possui plano de saúde ;e igual a 0 ,se não possui plano;

α_K = Parâmetros estimados para as K variáveis;
 β_M = Parâmetros estimados para as M variáveis;
 y_i = Utilização do serviço de atenção médica. O mesmo modelo é estimado para duas variáveis dependentes separadamente, número de consultas e número de dias internado;

μ_i e ε_i = erros aleatórios;

Z e X = vetores de características individuais.

A equação (1) corresponde à probabilidade de ter um plano de saúde. A equação (2) corresponde ao modelo de utilização, que é estimado separadamente para a subamostra com e sem plano de saúde. A segunda etapa do modelo tem como variável explicativa o valor predito da probabilidade. Esse procedimento procura controlar a presença do viés de seleção.

A estimativa da sobreutilização consiste em uma análise contrafactual, onde o valor esperado da sobreutilização é a diferença entre (i) o número esperado de serviços consumido pelo indivíduo i após adquirir um plano de saúde e (ii) o número esperado de serviços que o indivíduo i poderia consumir, caso ele não adquirisse o plano de saúde.

Temos, portanto, que:

$$\text{Sobreutilização} = E(y_s / X, D_s=1) - E(y_s / X, D_s=0)$$

Onde y_s é a utilização da sub-amostra com plano de saúde; X é o vetor de atributos dos indivíduos com plano de saúde; $D_s=1$ são indivíduos que possuem algum plano de saúde (sistema suplementar) e $D_s=0$ são indivíduos que não possuem nenhum tipo de plano de saúde.

No caso de um valor positivo para a estimativa da sobreutilização, o valor esperado é maior para aqueles que adquirem um plano, que para os mesmos indivíduos, caso não tivessem comprado um plano de saúde. Uma fragilidade para essa estimativa de risco moral, como discutido anteriormente, é que ela pode estar superestimada, na medida em que a diferença pode refletir, em parte, o custo de acesso ao setor público, que, por sua vez, está associado ao custo de oportunidade de uso dos serviços públicos.

BANCO DE DADOS E ANÁLISE DESCRITIVA

Nesta seção, descrevemos o banco de dados e as principais variáveis incluídas na estimação.

Banco de dados

A base de dados utilizada é a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios do ano de 1998, realizada pelo IBGE. A pesquisa traz um suplemento inédito com informações a respeito das características de saúde dos moradores.

A seguir, descrevemos o efeito esperado das variáveis do modelo de utilização. A Tabela 6, em anexo, explica como as variáveis foram incluídas na primeira e na segunda etapa da estimação.

Variáveis explicativas usadas nas equações de utilização:

1. *Renda familiar per capita*. A variável renda pode apresentar dois efeitos: o primeiro se refere a um aumento na utilização na presença de seguro, devido ao baixo custo marginal de uso, que dá ao indivíduo a possibilidade de aumentar o consumo de bens e serviços de saúde; e o segundo, na direção contrária, que aumenta o custo de oportunidade (custo de tempo) de utilização dos serviços.
2. *Grupos de Idade*. Consideramos nove grupos de idade: de 0 a 2 anos, de 3 a 5 anos, de 6 a 10 anos, de 11 a 25 anos, de 26 a 40 anos, de 41 a 50 anos, de 51 a 60 anos, de 61 a 70 anos e 71 ou mais. O grupo de referência é de 6 a 10 anos de idade. Essa segmentação procura abranger diferentes grupos de risco. A divisão dos grupos etários procurou contemplar padrões de utilização homogêneos.
3. *Gênero*. A variável sexo busca sinalizar para a diferença de necessidade de utilização do serviço de saúde entre homens e mulheres. Espera-se que mulheres utilizem mais o serviço de saúde que homens.
4. *Área de residência*. As *dummies* para área de residência (região metropolitana, urbana e rural) têm como objetivo captar diferentes densidades populacionais. Espera-se que áreas de baixa densidade tenham efeito negativo tanto na utilização dentro do segmento dos planos de saúde, quanto do segmento da população coberta apenas pelo SUS. O efeito está associado ao custo de tempo de deslocamento para acessar os serviços e à reduzida oferta de provedores nessas áreas.
5. *Unidades da Federação*. As *dummies* das Unidades da Federação têm como objetivo controlar as diferenças na oferta e acesso aos serviços de saúde. A unidade de referência é o estado de São Paulo.
6. *Anos de estudo*. Quanto maior a escolaridade, maior deve ser a utilização do serviço de saúde, uma vez que os indivíduos mais escolarizados têm maior capacidade de valorizar o cuidado recebido. O grau de informação tende a impactar principalmente a utilização preventiva. Desse modo, o efeito esperado é diferente para os modelos de consultas e de internação.
7. *Número de filhos por faixas etárias*. O controle do número de filhos, por faixa etária, pode alterar a utilização dos serviços de saúde, na medida em que o tempo disponível para realizar um atendimento de saúde (custo de oportunidade) diminui com o aumento do número de filhos na família.
8. *Saúde auto avaliada*. A pergunta sobre saúde auto-avaliada refere-se a uma medida do estado de saúde auto-avaliado. São cinco categorias de resposta, muito bom, bom, regular, ruim ou muito ruim. É esperado que, quanto pior for esse indicador de saúde, maior seja a utilização dos serviços de saúde. Agrupamos as categorias de resposta em uma variável binária onde indivíduos que reportam saúde muito boa e boa foram considerados saudáveis e indivíduos que reportaram saúde regular, ruim e muito ruim foram considerados com estado de saúde precário.
9. *Presença de doença crônica*. Foram incluídas 12 *dummies* para indicar a presença de doença crônica. A presença de determinada doença crônica deve aumentar a utilização do serviço de saúde (fator de risco).
10. *Acesso*. A variável de acesso foi construída com o objetivo de se tentar controlar o diferencial de acesso aos serviços de saúde entre a população possuidora de plano e a população com cobertura apenas do sistema público de saúde. A construção da variável está explicada no anexo.

11. *Qualidade.* A variável *proxy* de controle da qualidade refere-se a uma medida sobre como o indivíduo considera o atendimento de saúde recebido. São cinco categorias de resposta: muito bom, bom, regular, ruim ou muito ruim. Essa pergunta refere-se apenas àqueles indivíduos que receberam algum atendimento de saúde no último ano. Agrupamos as classes de resposta em uma variável categórica, atribuindo aos indivíduos que não receberam atendimento no último ano o valor zero; valor um (1) para aqueles que reportam o atendimento recebido como regular, ruim e muito ruim e valor dois (2) para aqueles que reportam o atendimento recebido como muito bom e bom.

12. *Probabilidade de ter um plano de saúde.* Quanto maior a probabilidade de possuir um plano de saúde, maior deve ser a utilização dos serviços de saúde.

Análise descritiva

A Tabela 1 sistematiza o número médio de consultas e de dias internado na última internação para os indivíduos com plano, sem plano de saúde e total da população. Observamos que os indivíduos com plano têm média e desvio-padrão de consultas superiores a daqueles sem plano.⁵

Tabela 1
Número médio de consultas e dias de internação nos últimos doze meses

| Variáveis | Consultas médicas | | Dias de internação | | | |
|---------------|-------------------|-----------|--------------------|-----------|------|------|
| | Com plano | Sem plano | Com plano | Sem plano | | |
| Média | 3,18 | 1,80 | 2,14 | 0,10 | 0,09 | 0,09 |
| Desvio-padrão | 4,85 | 3,72 | 4,07 | 0,44 | 0,45 | 0,45 |

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da PNAD/98

A média de dias internado na última internação também é maior entre os indivíduos com plano em relação aos indivíduos sem plano, sendo esta diferença pouco acentuada.

Para analisar como as variáveis de risco influenciam as chances de se utilizar os serviços, estimamos

⁵ O teste de médias indica que as médias são diferentes ao nível de significância de 1%.

um modelo *probit* para a probabilidade de realizar ao menos uma consulta e ficar pelo menos um dia internado. As variáveis de controle usadas foram as mesmas do modelo de utilização.

A Tabela a seguir sistematiza a probabilidade média de uso, ao menos uma vez, do cuidado de saúde.

Tabela 2
Probabilidade média de utilizar ao menos uma vez o cuidado de saúde

| Variáveis | Consultas médicas | | Dias de internação | | | |
|---------------|-------------------|-----------|--------------------|-----------|------|------|
| | Com plano | Sem plano | Com plano | Sem plano | | |
| Média | 0,63 | 0,53 | 0,55 | 0,06 | 0,07 | 0,07 |
| Desvio-padrão | 0,16 | 0,18 | 0,18 | 0,06 | 0,07 | 0,07 |

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da PNAD/98

A probabilidade de realizar ao menos uma consulta no ano é maior entre os indivíduos com plano em comparação àqueles sem plano. Essa direção se inverte quando consideramos a probabilidade de ficar, pelo menos, um dia internado na última internação, ou seja, para indivíduos sem plano a chance de ficar ao menos um dia internado é maior.

Os dados da Tabela 3 mostram a probabilidade estimada de utilizar ao menos uma vez o cuidado de saúde, segundo a cobertura de plano de saúde e os atributos de risco sexo, grupos de idade e saúde auto-avaliada. Com relação ao gênero, o resultado indica que as mulheres têm maior probabilidade de utilizar os dois tipos de cuidado, independente da cobertura de plano de saúde. Isto pode representar tanto uma maior aversão ao risco quanto uma maior taxa de risco. Entre os grupos de idade, um padrão observado é que entre primeiro e o segundo grupo sempre há um decréscimo significativo da probabilidade estimada, sendo que o menor valor para essa probabilidade, no caso de consultas, é no grupo de idade de 11 a 25 anos, passando, então, a aumentar conforme a idade. Quanto à variável de saúde auto-avaliada, observamos uma grande diferença na probabilidade entre aqueles que julgam seu estado de saúde como bom e ruim.

Tabela 3
Probabilidade média de utilizar ao menos uma vez o cuidado de saúde segundo atributos de risco

| Variáveis | Consultas médicas | | Dias de internação | |
|--------------------------|-------------------|-----------|--------------------|-----------|
| | Com plano | Sem plano | Com plano | Sem plano |
| Homem | 0,57 | 0,45 | 0,05 | 0,05 |
| Mulher | 0,71 | 0,6 | 0,08 | 0,08 |
| De 0 a 2 anos | 0,83 | 0,72 | 0,1 | 0,1 |
| de 3 a 5 anos | 0,71 | 0,58 | 0,05 | 0,05 |
| de 6 a 10 anos | 0,6 | 0,46 | 0,03 | 0,03 |
| de 11 a 25 anos | 0,54 | 0,41 | 0,05 | 0,05 |
| de 26 a 40 anos | 0,64 | 0,52 | 0,07 | 0,07 |
| de 41 a 50 anos | 0,67 | 0,57 | 0,06 | 0,07 |
| de 51 a 60 anos | 0,72 | 0,63 | 0,08 | 0,09 |
| de 60 a 70 anos | 0,77 | 0,69 | 0,11 | 0,12 |
| 71 ou mais | 0,79 | 0,72 | 0,16 | 0,16 |
| Saúde auto-avaliada boa | 0,61 | 0,46 | 0,05 | 0,04 |
| Saúde auto-avaliada ruim | 0,83 | 0,73 | 0,15 | 0,10 |

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da PNAD/98

RESULTADOS

A primeira parte dessa seção apresenta a estimativa da sobreutilização para consultas médicas e número de dias internado. A segunda parte analisa os principais coeficientes do modelo de utilização para ambos os tipos de cuidado e a terceira parte apresenta as considerações finais do trabalho.

Existe sobreutilização?

Como explicado anteriormente, estimamos a sobreutilização dos serviços de saúde a partir de uma análise contrafactual, onde a diferença dos valores médios estimados para os mesmos indivíduos possuidores ou não de plano de saúde nos fornece a estimativa do risco moral.

O número médio de consultas médicas por ano estimado para indivíduos que possuem plano é de 3,24. Enquanto que, para esses mesmos indivíduos, o número médio de consultas médicas, caso eles não tivessem plano de saúde, é de 2,46.⁶ Assim a estimativa da sobreutilização de consultas médicas é de 0,78 consultas por indivíduo, por ano.

Ou seja, a sobreutilização de consultas é dada pela diferença:

⁶ O teste de médias indica que as médias são diferentes a um nível de significância de 1%.

$$E(y_s / X, D_s=1) - E(y_s / X, D_s=0) =$$

Sobreutilização = 3,24 - 2,46 = 0,78

Para a estimativa da sobreutilização de dias de permanência internado em hospital, temos que a média estimada de dias internado na última internação entre indivíduos chefes de família que possuem plano é de 0,54 dias e a média encontrada para esses indivíduos se não possuísem plano foi de 0,42 dias⁷. Nesse sentido, a sobreutilização desse tipo de cuidado é de 0,12 dias per capita na última internação.

$$E(y_s / X, D_s=1) - E(y_s / X, D_s=0) =$$

Sobreutilização = 0,54 - 0,42 = 0,12

Sobreutilização como % da utilização média estimada

| | |
|---|-----|
| Consultas médicas (0,78 como % de 3,24) | 24% |
| Internação (0,12 como % de 0,54) | 22% |

Dessa forma, os resultados indicam que existe sobreutilização tanto no cuidado hospitalar quanto no ambulatorial. Para o primeiro caso, uma possível associação é que os provedores podem estar induzindo a utilização excessiva, uma vez que esse cuidado depende, sobretudo, da decisão do médico.

A sobreutilização dos cuidados de saúde pode comprometer a eficiência dos contratos de plano ou seguro de saúde, gerando perdas de bem-estar, na medida em que os preços praticados estariam acima do nível ótimo. O nível ótimo pode ser entendido como o nível de preços no qual o número máximo de indivíduos estaria apto a adquirir o plano ou seguro de saúde sem que qualquer indivíduo incorra em perdas. Nesse caso, uma das implicações mais significativas é a não cobertura pelo sistema suplementar de saúde de indivíduos que não adquirem plano devido a sua restrição orçamentária.

Uma das formas usuais de se inibir a sobreutilização dos serviços é a implementação de instrumentos de contenção de demanda. A evidência empírica indica que a demanda por serviços médicos é elástica em relação aos preços, ou seja, a implementação de instrumentos de divisão de custos com os consumidores como co-pagamentos,

⁷ O teste de médias indica que as médias são diferentes a um nível de significância de 1%.

co-seguros e franquias tende a alterar a utilização dos serviços. Entretanto, a redução nos procedimentos afeta, de forma diferenciada, os indivíduos de diferentes classes de risco. Ou seja, aqueles com alta probabilidade de ocorrência do evento (no caso a doença) e sujeitos a algum mecanismo de divisão de custos têm que arcar com uma despesa desembolsada maior que aqueles com uma baixa probabilidade de ocorrência do evento, diminuindo, dessa forma a divisão de riscos nesse *pool* de consumidores.

Análise dos principais coeficientes

O objetivo desta seção é apresentar os resultados do modelo de utilização para consultas médicas e dias de internação estimado para a amostra com e sem plano de saúde. De uma forma geral, estamos interessados nas variáveis associadas ao risco, caracterizadas como aquelas que aumentam a chance de utilização dos serviços de saúde, e na diferença da magnitude entre os coeficientes estimados nos dois grupos de indivíduos.

Consultas médicas

Os resultados gerais indicam que variáveis de risco como idade, sexo e estado de saúde são importantes na explicação do modelo de utilização de consultas.

Observamos que a variável gênero apresenta o resultado esperado: mulheres têm uma maior utilização esperada que homens. Os coeficientes estimados para a amostra com e sem plano não apresentam uma substancial diferença quanto a sua magnitude.

A segunda variável de risco importante nas equações de utilização é a idade. Os resultados apontam que a utilização tende a ser maior nos grupos extremos, esse comportamento é um fato estilizado na literatura: gastos elevados nos anos iniciais da vida, decrescentes em seguida e crescentes a partir de determinada idade.

Considerando as doenças crônicas, os coeficien-

tes foram, na maioria, significativos e positivos. Esse resultado indica que a presença de problema crônico tende a aumentar a utilização de consultas. Observamos que, em geral, os coeficientes estimados são maiores para a amostra sem plano que na amostra com plano de saúde. Isto indica uma maior utilização esperada, controlando-se as demais características, na presença de doença crônica entre indivíduos sem plano de saúde. Esse resultado pode estar associado tanto ao tratamento preventivo, quanto à expectativa de acesso ao serviço de saúde. Caso indivíduos com plano sejam mais avessos ao risco, e tenham maior facilidade no

acesso aos serviços de saúde, o tratamento preventivo é realizado com maior frequência, resultando em um diagnóstico mais precoce de doenças e em um tratamento que demanda menos utilização dos serviços na presença da doença. Por outro lado, os indivíduos sem nenhum plano de saúde privado podem formar expectativas negativas sobre o atendimento no sistema público, que pode ser reflexo, em parte, de uma demanda não atendida no passado, resultando numa diminuição do tratamento preventivo e em um conseqüente aumento do tratamento curativo na presença de doença.

A saúde auto-avaliada também é uma variável de risco importante nas equações de utilização. Essa variável capta, sobretudo, a predisposição do indivíduo a procurar um serviço de saúde, pois quanto pior o estado de saúde sob a ótica pessoal, maior deve ser a chance de utilizar o serviço. Os resultados indicam que quanto melhor o estado de saúde auto-avaliado, menor é a utilização, independente da cobertura por plano de saúde.

Com relação à renda familiar per capita, constatamos que quanto maior a renda, menor é a utilização de consultas na amostra sem plano. Esse resultado sugere que o custo de oportunidade de utilização aumenta com a renda. É interessante observar que a renda parece ser mais importante na determinação da escolha de adquirir plano que nas equações de utilização propriamente.⁸ Resultado

⁸ Os resultados do modelo que estima a probabilidade de possuir plano encontram-se no anexo.

semelhante é encontrado na literatura internacional (CAMERON *et al.*, 1998; SAVAGE; WRIGHT, 2002). Entre indivíduos possuidores de plano, o resultado indica que quanto maior a renda maior é a utilização de consultas.

O coeficiente da probabilidade estimada de possuir plano de saúde é significativo e positivo nos dois modelos de utilização de consultas. O coeficiente estimado para a amostra dos não possuidores de plano é maior que o estimado para a amostra dos que têm plano, o que indica que um aumento na probabilidade de ter plano tende a impactar mais a utilização daqueles que não possuem que entre aqueles que possuem plano de saúde.

A Tabela 4 apresenta os coeficientes do modelo binomial negativo estimado para a variável de utilização consultas médicas, tanto para a amostra dos possuidores de plano, quanto para a amostra daqueles que não têm plano de saúde.

Dias de internação

Na seção anterior descrevemos os principais resultados encontrados para a variável de utilização de consultas médicas. Nesta seção, procuramos refazer o mesmo exercício, considerando a utilização de dias de internação.

De uma forma geral, os resultados, quando comparados ao modelo de utilização de consultas médicas, diferem quanto à significância das variáveis explicativas. Nesse caso, não foram significativas as *dummies* de anos de estudo, sexo, grupos de idade intermediários e unidade da federação. Esse resultado pode estar refletindo uma inadequação das variáveis de controle, uma vez que a decisão de internar alguém em hospital está mais associada ao comportamento do provedor do que aos atributos dos pacientes. Apesar desta fragilidade, a PNAD não apresenta outras variáveis que permitam controlar para as características da oferta. Entre as variáveis de risco com melhor ajuste ao modelo, destacamos os resultados encontrados para o estado de saúde.

O resultado da variável saúde auto-avaliada mantém o padrão encontrado no caso de consultas: quanto melhor é o estado de saúde auto-avaliado, menor é a utilização do número de dias

Tabela 4
Consultas médicas - Modelo de utilização binomial negativo

| Variáveis | Amostra com plano | Amostra sem plano |
|---|------------------------|-------------------|
| | Coeficientes estimados | |
| Log Renda | 0.0146* | -0.0190 |
| De 0 a 2 anos | 0.5288 | 0.5449 |
| de 3 a 5 anos | 0.2924 | 0.2799 |
| de 11 a 25 anos | -0.1857 | -0.1453 |
| de 26 a 40 anos | -0.0831 | -0.0700 |
| de 41 a 50 anos | -0.0837 | -0.0548 |
| de 51 a 60 anos | -0.0875 | -0.0666 |
| de 60 a 70 anos | -0.1161 | -0.0796 |
| 71 ou mais | -0.0707 | -0.0997 |
| Sexo | -0.3182 | -0.4163 |
| Metropolitana | 0.2596 | 0.338 |
| Urbana | 0.0410* | 0.1396 |
| Rondônia | -0.2131 | -0.3612 |
| Acre | -0.0334* | -0.3519 |
| Amazonas | -0.1370 | -0.3704 |
| Roraima | 0.0415* | -0.0511* |
| Pará | -0.1737 | -0.2686 |
| Amapá | -0.1570* | -0.2672 |
| Tocantins | -0.3236 | -0.2209 |
| Maranhão | -0.0796* | -0.4898 |
| Piauí | -0.0313* | -0.2620 |
| Ceará | -0.0280* | -0.1562 |
| Rio Grande do Norte | 0.1683 | 0.0013* |
| Paraíba | 0.0668 | -0.1369 |
| Pernambuco | 0.0541 | -0.0500 |
| Alagoas | 0.0694* | -0.2105 |
| Sergipe | 0.1647 | -0.1764 |
| Bahia | 0.0415* | -0.1447 |
| Minas Gerais | -0.0493 | -0.0924 |
| Espírito Santo | 0.2389 | 0.0919 |
| Rio de Janeiro | -0.0285* | -0.1032 |
| Paraná | -0.0054* | -0.0643 |
| Santa Catarina | -0.1203 | -0.2652 |
| Rio Grande do Sul | 0.0456 | -0.0543 |
| Mato Grosso do Sul | 0.0036* | -0.0279* |
| Mato Grosso | -0.1456 | -0.3418 |
| Goiás | -0.1369 | -0.1542 |
| Distrito Federal | 0.0157* | -0.1234 |
| até 3 anos de estudo | -0.1341 | -0.0788 |
| de 4 a 7 anos de estudo | -0.0929 | 0.0498* |
| de 8 a 10 anos de estudo | -0.0533 | 0.0850 |
| de 11 a 14 anos de estudo | -0.0235* | 0.0899 |
| filhos de 0 e 1 anos | 0.2509 | 0.2217 |
| filhos de 2 a 7 anos | -0.0404 | -0.0285 |
| filhos de 8 a 15 anos | -0.0893 | -0.0796 |
| filhos de 16 a 25 anos | -0.0582 | -0.0730 |
| saúde auto-avaliada | -0.4586 | -0.6756 |
| coluna | 0.1683 | 0.1995 |
| artrite | 0.0298* | 0.0755 |
| câncer | 0.5892 | 0.8152 |
| diabete | 0.2887 | 0.3860 |
| asma | 0.3429 | 0.4445 |
| hipertensão | 0.2186 | 0.3356 |
| coração | 0.2006 | 0.2792 |
| renal | 0.1974 | 0.1147 |
| depressão | 0.2768 | 0.2540 |
| tuberculose | 0.3763 | 0.5432 |
| tendinite | 0.2034 | 0.1630 |
| cirrose | 0.2968 | 0.2532 |
| acesso | 0.1907 | 0.1612 |
| qualidade | 0.3596 | 0.5206 |
| probabilidade estimada de possuir plano | 0.1080 | 0.1668 |
| constante | 11.412 | 0.8851 |

internado. A magnitude dos parâmetros varia entre os modelos estimados para a amostra com e sem plano de saúde, sendo menor o coeficiente no caso da amostra com plano de saúde, indicando uma menor permanência de internação.

Com relação às doenças crônicas observamos que a presença do problema tende a aumentar a utilização do número de dias de internação tanto para os indivíduos com cobertura privada como para os sem cobertura. Na comparação da magnitude dos coeficientes entre os dois grupos não é possível identificar um padrão.

Considerando a variável da renda, um aumento de rendimentos tende a diminuir a permanência de dias de internação, tanto no modelo estimado para indivíduos com e sem plano. Esse resultado coincide com o encontrado no caso da utilização de consultas (apenas no modelo para indivíduos sem plano) e a justificativa, provavelmente é a mesma, quanto maior a renda, maior é o custo de oportunidade de utilização do cuidado de saúde.

A Tabela 5, apresenta os coeficientes estimados para a utilização de dias de internação, tanto para a amostra com plano de saúde privado, quanto para a amostra sem plano de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho procurou investigar a sobreutilização dos serviços de saúde no sistema suplementar brasileiro. Consideramos dois indicadores de utilização dos serviços, sendo os modelos estimados separadamente. As variáveis de cuidado de saúde analisadas foram o número de consultas médicas e o número de dias internado na última internação. Os resultados encontrados indicam que existe sobreutilização para ambos os tipos de cuidado. No caso de consultas, o valor estimado foi de 0,78 consultas per capita por anos e dias de internação 0,12 dias per capita, na última internação dos últimos doze meses.

Este resultado é importante na medida em que o Brasil é um país em desenvolvimento com restrições na sua capacidade de financiamento e provimento dos bens e serviços considerados meritórios. Além disso, a sustentabilidade de um sistema público de saúde universal e integral conforme pre-

Tabela 5
Dias de Internação - Modelo de utilização binomial negativo

| Variáveis | Amostra com plano | Amostra sem plano |
|---|-------------------|-------------------|
| Coeficientes estimados | | |
| Log Renda | -0.1025 | -0.0898 |
| De 0 a 2 anos | 0.3233 | 0.7078 |
| de 3 a 5 anos | -0.0055* | 0.3983 |
| de 11 a 25 anos | -0.0777* | 0.3380 |
| de 26 a 40 anos | 0.2109* | 0.5016 |
| de 41 a 50 anos | 0.3006 | 0.5064 |
| de 51 a 60 anos | 0.2036* | 0.3717 |
| de 60 a 70 anos | 0.5214 | 0.7422 |
| 71 ou mais | 0.9517 | 0.7676 |
| Sexo | -0.0421* | -0.0236* |
| Metropolitana | 0.0715* | 0.1159* |
| Urbana | -0.0163* | 0.1420 |
| Rondônia | 0.3449* | 0.2116* |
| Acre | 0.2996* | 0.2449* |
| Amazonas | -0.4974 | -0.4309 |
| Roraima | -0.5396* | 0.7186* |
| Pará | -0.0072* | -0.1207* |
| Amapá | 0.3281* | 0.2075* |
| Tocantins | -0.3578 | 0.0544* |
| Maranhão | -0.6408 | -0.1281* |
| Piauí | -0.0245* | 0.0141* |
| Ceará | -0.5784 | 0.2489 |
| Rio Grande do Norte | -0.2832* | 0.2541* |
| Paraíba | 0.2328* | 0.0269* |
| Pernambuco | -0.3342 | 0.2573 |
| Alagoas | -0.5549 | 0.0839* |
| Sergipe | -0.2327* | 0.0613* |
| Bahia | -0.3248 | -0.0347* |
| Minas Gerais | -0.2441 | 0.2552 |
| Espírito Santo | 0.0728* | 0.0066* |
| Rio de Janeiro | -0.3199 | 0.0344* |
| Paraná | -0.2137* | 0.2775 |
| Santa Catarina | 0.1169* | 0.1540* |
| Rio Grande do Sul | 0.0748* | 0.3538 |
| Mato Grosso do Sul | 0.2475* | 0.1925* |
| Mato Grosso | 0.2249* | 0.0165* |
| Goiás | 0.0239* | 0.2378 |
| Distrito Federal | -0.1840* | -0.0330* |
| até 3 anos de estudo | -0.3820 | 0.2124* |
| de 4 a 7 anos de estudo | -0.2605* | 0.2659* |
| de 8 a 10 anos de estudo | -0.0528* | 0.1295* |
| de 11 a 14 anos de estudo | -0.2510 | 0.1962* |
| filhos de 0 e 1 anos | 0.9596 | 0.7952 |
| filhos de 2 a 7 anos | -0.0947 | -0.0650 |
| filhos de 8 a 15 anos | -0.0656* | -0.1569 |
| filhos de 16 a 25 anos | -0.0765 | -0.1019 |
| saúde auto- avaliada | -0.9480 | -12.922 |
| coluna | 0.0878* | -0.1451 |
| artrite | -0.1831 | -0.1081 |
| câncer | 14.875 | 13.690 |
| diabete | 0.3600 | 0.4859 |
| asma | 0.5966 | 0.5146 |
| hipertensão | 0.2390 | 0.0935 |
| coração | 0.7437 | 0.5603 |
| renal | 0.8492 | 0.5752 |
| depressão | 0.4430 | 0.6941 |
| tuberculose | 10.268 | 12.441 |
| tendinite | 0.0194* | 0.1858* |
| cirrose | 12.753 | 13.328 |
| acesso | 0.4388 | 0.3734 |
| qualidade | 0.4482 | 0.5545 |
| probabilidade estimada de possuir plano | -0.3714* | -0.4584 |
| constante | 0.1067* | -0.9219 |

* Não significativo

visto na legislação do SUS pode ser pouco viável, sobretudo considerando as inovações tecnológicas contínuas na área da saúde. O setor privado é, certamente, uma opção para viabilizar o acesso aos serviços de saúde para parte da população brasileira; e a atuação conjunta entre os setores público e privado está proposta desde a concepção do SUS, em 1988. Estudos, como este, que de alguma forma se propõem a analisar a adequação dos contratos no setor privado, podem oferecer subsídios para políticas de gestão, possibilitando extensão da cobertura.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, M. V.; LISBOA, M. B. A economia da saúde no Brasil In: LISBOA, M. B.; MENEZES FILHO, N. (Org.). *Microeconomia e sociedade no Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2001. p. 285-332.
- _____. Velhos dilemas no provimento de bens e serviços de saúde: uma comparação dos casos canadense, inglês e americano. *Nova Economia*. Belo Horizonte. v. 10, n. 2, p. 73-115, dez. 2000.
- ARROW, K. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review*, v. 53, n. 5.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>>.
- BANCO MUNDIAL. Disponível em: <<http://www.worldbank.org/>> Dados citados do Brasil Disponíveis em: <<http://devdata.worldbank.org/hnpstats/HnpAtaGlance.asp?sCtry=BRA,Brazil>> Acesso em : abril de 2004.
- CAMERON, A. C. et al. A Microeconomic model of the demand for health care and health insurance in Australia. *Review of Economic Studies*, v. 55, n. 1, p. 85-106, 1988.
- CAMERON, A. C.; TRIVEDI, P. K. *Regression analysis of count data*. Cambridge, UK; New York, NY, USA: Cambridge University Press. 1998.
- CUTLER, D. M., ZECKHAUSER, R. J. The anatomy of health insurance. In: CULYER, A. J.; NEWHOUSE, J. P. (Org.). *Handbook of health economics*. Amsterdam: North-Holland Press, 2000. p. 563-643.
- CHIAPPORI, Pierre-André et al. *Moral hazard and the demand for physician services: first lessons from a French natural experiment*. *European Economic Review*, n. 42, p 499-511. 1998
- MAIA, A. C. *Seleção adversa e risco moral no sistema de saúde brasileiro*. 2004. Dissertação (Mestrado) - CEDEPLAR/UFMG, Belo Horizonte, 2004.
- MANNING, W. G. et al. Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment. *American Economic Review*, v.77, n. 3, p 251-277, 1987.
- NEWHOUSE, J. P. Free for all?: Lessons from the RAND health insurance experiment. Harvard University Press, 2 ed, 1996.
- REIS, C. O. O. O Estado e os planos de saúde no Brasil. *Revista do Serviço Público*, v. 51. n. 1. p.123-146, 2000.
- ROTHSCHILD, M. STIGLITZ, J. Equilibrium in competitive insurance markets: an essay on the economics of imperfect information. *Quarterly Journal of Economics*, Cambridge, (MASS), p. 629-650, 1976.
- SAPELLI, C.; VIAL, B. Self-selection and moral hazard in Chilean health insurance. *Journal of Health Economics*, n. 830. p.1-18, 2003.
- SAVAGE, E.; WRIGHT, D. J. Moral hazard and adverse selection in Australian private hospitals. *Journal of Health Economics*, n. 826. p.1-29, 2002.
- STANCIOLI, A. E.; ZYLBERSTAJN, H. Incentivos e risco moral nos planos de saúde no Brasil. 2002. 81 f. Dissertação (Mestrado em Economia) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, 2002.
- WOOLDRIDGE, J. M. *Econometric Analysis of Cross Section and Panel Data*. The MIT press Cambridge, Massachusetts London, England. 2002

ANEXO:

Quadro 1

Definição das variáveis explicativas

| Características sócio-econômicas | |
|------------------------------------|--|
| Renda | Logaritmo da renda familiar per capita |
| Grupos de idade | Nove grupos de idade |
| Gênero | Dummy, sendo 0 para mulheres e 1 para homens |
| Área de residência | Conjunto de dummy, área de residência metropolitana, urbana e rural, padronizado pela região rural. |
| Unidade da Federação | Conjunto de 27 variáveis dummy. |
| Anos de estudo | Conjunto de dummies para os seguintes níveis de escolaridade: 0 a 3 anos de estudo, 4 a 7 anos de estudo, 8 a 10 anos de estudo, 11 a 14 anos de estudo e 15 anos ou mais. A categoria de referência usada é de 15 anos ou mais de estudo. |
| Número de filhos | Conjunto de quatro variáveis discretas, referente ao número de filhos na família, com as seguintes faixas de idade: 0 e 1 ano, 2 a 7 anos, 8 a 15 anos, 16 a 25 anos. |
| Posição na ocupação | Conjunto de oito variáveis dummy, empregado com carteira, empregados sem carteira, trabalhador doméstico, conta própria, empregador, trabalhador não remunerado ou na produção para o próprio uso/consumo, não pea e desocupados. Padronizado pelos empregados com carteira. |
| Número de componentes na família | Variável discreta |
| Qualidade | Variável categórica igual a zero se o indivíduo não utilizou nenhum serviço de saúde, igual a um se utilizou e considerou este atendimento ruim, regular ou muito ruim e igual a dois, se considerou este atendimento muito bom ou bom (Questão V1367 da PNAD: Considera que este atendimento de saúde foi: muito bom, bom, regular, ruim ou muito ruim) |
| Acesso | Variável dummy, igual a 1, se o indivíduo teve problema de acesso e 0, do contrário. A construção dessa variável consiste em uma combinação de três questões referentes à utilização dos serviços de saúde. Variável V1350: Nas duas últimas semanas, procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde? Caso a resposta seja afirmativa: variável V1354: Nessa primeira vez que procurou atendimento de saúde, nas duas últimas semanas, foi atendido? Sim (não houve problema de acesso). Não (houve problema de acesso). Caso a resposta a V1350 seja negativa, ir para variável V1368: Nas duas últimas semanas, por que motivo não procurou atendimento de saúde? Não houve necessidade (não houve problema de acesso). Categorias de resposta de 02 a 10, por ex: não tinha dinheiro, horário incompatível (houve problema de acesso). |
| Probabilidade de ter plano | Valor predito da variável dependente do modelo probit |
| Características do estado de saúde | |
| Saúde auto- avaliada | Dummy, igual a 1, se o indivíduo avalia o seu estado de saúde como bom ou muito bom e 0, se avalia como regular, ruim e muito ruim. |
| Presença de doença crônica | A PNAD questiona sobre a presença de 12 tipos diferentes de doenças crônicas: coluna, artrite ou reumatismo, câncer, diabetes, bronquite ou asma, hipertensão, doença do coração, doença renal crônica, depressão, tuberculose, tendinite e cirrose. Foi incluída uma variável dummy para cada doença. Caso o indivíduo responda que possui a doença, a categoria de resposta é igual a 1; do contrário, zero. |

Tabela 6

Resultados dos coeficientes estimados pelo modelo probit

| Variáveis | Coeficientes estimados |
|----------------------------------|------------------------|
| Rondônia | -0.2488*** |
| Acre | -0.7472*** |
| Amazonas | -0.2567*** |
| Roraima | -1.2389*** |
| Pará | -0.0508 |
| Amapá | -0.3250*** |
| Tocantins | -0.2528*** |
| Maranhão | -0.4743*** |
| Piauí | -0.2609*** |
| Ceará | -0.2986*** |
| Rio Grande do Norte | -0.4314*** |
| Paraíba | -0.1019** |
| Pernambuco | -0.1088** |
| Alagoas | -0.2942*** |
| Sergipe | -0.1405*** |
| Bahia | -0.1585*** |
| Minas Gerais | -0.0357* |
| Espírito Santo | -0.0279 |
| Rio de Janeiro | -0.2441*** |
| Paraná | -0.3192*** |
| Santa Catarina | -0.2961*** |
| Rio Grande do Sul | -0.1618*** |
| Mato Grosso do Sul | -0.0280 |
| Mato Grosso | -0.5040*** |
| Goiás | -0.0468* |
| Distrito Federal | -0.4804*** |
| sexo | -0.1042*** |
| idade | -0.0038*** |
| idade2 | 0.0001*** |
| Raça | 0.1109*** |
| metropolitana | 0.4702*** |
| Urbana | 0.3056*** |
| Log Renda Familiar per capita | 0.4625*** |
| até 3 anos de estudo | -1.1729*** |
| de 4 a 7 anos de estudo | -0.8728*** |
| de 8 a 10 anos de estudo | -0.5897*** |
| de 11 a 14 anos de estudo | -0.3029*** |
| filhos de 0 e 1 anos | 0.0844*** |
| filhos de 2 a 7 anos | 0.0322*** |
| filhos de 8 a 15 anos | 0.0618*** |
| filhos de 16 a 25 anos | 0.0268*** |
| saúde auto-avaliada | 0.0035 |
| numero de componentes na família | -0.0204*** |
| empregado sem carteira | -0.7196*** |
| trabalhador doméstico | -0.7514*** |
| conta-própria | -0.6952*** |
| empregador | -0.5348*** |
| não remunerado | -0.2746*** |
| não pea | -0.2174*** |
| desocupados | -0.1784*** |
| constante | 2.1645 |

*** Significativo a 1%

** Significativo a 5%

* Significativo a 10%

Desigualdade no acesso aos serviços de saúde no estado da Bahia a partir dos dados da PNAD/2003

Ricardo Luciano Silva Pereira de Souza*

Resumo

Este trabalho busca identificar quais características são mais relevantes para manter os indivíduos na condição desfavorável em relação ao acesso aos serviços de saúde no Estado da Bahia. Tem por objetivo revelar os grupos que são mais vitimados quanto à desigualdade no acesso aos serviços de saúde. Para tanto, utiliza o modelo de regressão logística multivariada (modelo de estimação logit) no intuito de obter estimativas de razões de chance (odds ratio) entre grupos de pessoas com determinadas características estarem ou não em situação de desigualdade. Infere-se que os indivíduos pobres consomem menos serviços de saúde quando comparados aos indivíduos mais ricos. Além disso, como as chances de adoecimento se reduzem na medida em que a renda aumenta, as pessoas que teriam as maiores necessidades de saúde, na verdade, são as que menos consomem saúde no Estado da Bahia.

Palavras-chave: desigualdade em saúde, acesso a serviços de saúde, Bahia, economia da saúde, PNAD/2003.

Abstract

This work aims to identify which characteristics are more relevant to keep the individuals in the unfavorable condition in relation to the access to health services in the State of Bahia. It has for objective to disclose the groups that are more affected by the inequality in the access to the health services. For that, it uses the model of multivariate logistic regression (estimate model logit) in order to get estimates of reasons of possibility (odds ratio) among groups of people with determined characteristic of been or not in inequality situation. It is inferred that the poor individuals consume less health services when compared with the richest individuals, moreover, as the disease possibilities are reduced with the increase of the income, the people that would have the biggest necessities of health, in fact, are those that less consume health in the State of Bahia.

Key words: inequality in health, access to the health services, Bahia, health economics, PNAD/2003.

INTRODUÇÃO

No Brasil, desde a Constituição de 1988, uma das metas das políticas de saúde tem sido promover uma distribuição equitativa de saúde. Entretanto, diversos trabalhos empíricos¹ existentes no País sugerem a presença de iniquidades no acesso aos

serviços de saúde, favorecendo os grupos de alta renda. Tal fato constitui-se um dos principais problemas que atinge o país.

O Sistema Único de Saúde (SUS), com as diretrizes que o norteiam, busca sanar esses problemas. No entanto, a sua implementação, que se inicia com a promulgação das leis 8.080 e 8.142, de 1990, encontra um contexto político e econômico bastante desfavorável, pois coincide com o acirramento de práticas neoliberais que impedem que políticas sociais mais amplas de caráter redistributivo sejam adotadas.

* Economista – Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Especialista em Economia da Saúde – Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – UFBA. Pesquisador do Programa Economia da Saúde – ISC – UFBA. Professor de Economia da Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas de Petrolina – FACAPE. ricpereira@hotmail.com.

¹ Ver, por exemplo, Neri e Soares (2002), Travassos *et al.* (2000).

Assim, na medida em que o período da década de 1980 foi consideravelmente fértil e propício para o debate político na área da saúde, a década de 1990 se caracteriza por oferecer obstáculos às ações do SUS na busca de cumprir com os seus princípios fundamentais. Vale aqui verificar o que reza o artigo 196 da Constituição Federal de 1988:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2000, p. 113.).

As diretrizes neoliberais que associavam política fiscal, política monetária e desregulamentação de economias em desenvolvimento, como o Brasil, terminou fortalecendo o panorama de problemas sociais em que o País já estava imerso, culminando em restrições orçamentárias ainda maiores, que comprometeram avanços de quaisquer políticas sociais. Em especial, estas ações irão trazer dificuldades que implicam diretamente a gestão da saúde em seus mais diversos níveis, seja ele Federal, Estadual ou Municipal.

Por isso este trabalho pretende identificar quais características são mais relevantes para manter os indivíduos na condição desfavorável em relação ao acesso aos serviços de saúde no Estado da Bahia. Interessa, portanto, conhecer os grupos que são mais vitimados pela desigualdade no acesso aos serviços de saúde.

Esses grupos serão conhecidos a partir da aplicação do modelo de regressão logística multivariada (modelo de estimação logit²), com o objetivo de obter estimativas de razões de chance (odds ratio) entre grupos de pessoas com determinadas características estarem ou não em situação de desigualdade.

O trabalho está dividido em cinco partes, sendo esta a sua primeira seção. A segunda seção trata da desigualdade e da exclusão social, trazendo conceitos importantes para a compreensão deste. A terceira seção trata da análise empírica das desigualdades na Bahia. Mostra as características da população estudada, utilizando os da-

dos da Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar – PNAD do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Na quarta seção está a explicação do modelo de regressão multivariado (Logit), bem como os resultados encontrados com sua aplicação. A última seção é conformada pelas considerações finais.

DESIGUALDADE E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Desigualdade e exclusão social

Alguns conceitos, que serão recorrentes durante todo este trabalho, precisam ser elucidados. A desigualdade social se refere “à distribuição diferenciada, numa escala de mais a menos, das riquezas materiais e simbólicas produzidas por uma determinada sociedade e apropriadas pelos seus participantes” (NASCIMENTO, 2000, p. 58). A desigualdade pode ser compreendida também como a distância social entre os mais ricos e os mais pobres. Numa sociedade em que estas distâncias são tão grandes, o fosso social é tão imenso que parece existir uma impossibilidade de haver uma linguagem comum de convívio social, o que pode caracterizar-se como um *apartheid* social (SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2005).

Em algumas investigações, há demonstração da relação entre os agravos à saúde e o nível socioeconômico. Esta relação é ainda mais desfavorável para os mais pobres e são agravadas na medida em que o país tem baixo desempenho econômico (FLEURY, 1995).

A associação entre a pobreza e a doença reflete uma relação de causalidade bidirecional. A enfermidade ou a fecundidade excessivamente alta podem ter um considerável efeito nos rendimentos familiares e marcar, inclusive, a diferença de se estar acima ou abaixo da linha de pobreza. Ademais, a doença se associa frequentemente a consideráveis custos de atenção sanitária. Mas a pobreza e os baixos rendimentos também são causa de moléstia. Os países pobres e as pessoas pobres sofrem múltiplas privações que se expressam em altos níveis de enfermidades. Deste modo, as pessoas pobres se vêem enredadas em um círculo vicioso: a pobreza engendra doença e esta mantém a pobreza (WAGSTAFF *apud* SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2005, p.132).

² Será utilizado o software “Statistical Package for Social Sciences” (SPSS for Windows v. 11), sendo o modelo ajustado pelo método das diferenças.

Esse círculo vicioso ocorre em função de vários fatores. Dentre estes fatores, um primeiro diz respeito ao nível de escolaridade, que atua fortemente sobre a saúde, já que a quantidade de analfabetos ou de pessoas com menor tempo de escolaridade é maior entre os pobres, implicando “desconhecimento dos mecanismos de adoecimento” e mesmo das formas de prevenção. A reidratação oral – que é uma forma eficiente de combater diarreia, mais freqüente entre os mais pobres – tem menor utilização justamente entre os mais pobres.

O segundo fator é a violência, que torna os moradores da periferia e de favelas mais suscetíveis de sofrerem algum tipo de agressão por armas e morte por causas externas. Outro fator é a falta de saneamento básico em regiões pobres, que aumenta a fragilidade dessas populações. O quarto fator diz respeito à falência do sistema de saúde, com instalações precárias, desmotivação de profissionais e mesmo a falta deles. Todos esses fatores atuam para que o círculo vicioso da pobreza e da falta de saúde permaneça. Portanto, é preciso reconhecer que as iniquidades no âmbito da saúde estão inseridas num contexto maior, o das desigualdades sociais.

Acesso e utilização

Outro conceito importante para um entendimento maior do escopo do trabalho é o de acesso, que é definido como a liberdade ou capacidade de obter ou fazer uso de alguma coisa. No campo da saúde, representa as dificuldades ou facilidades que viabilizam a entrada de cada usuário ou paciente na rede de serviços para obter o tratamento desejado, em seus diferentes níveis de complexidade e modalidades de atendimento, estando, portanto intrinsecamente ligada às características da oferta e disponibilidade de recursos (PRO-ADESS, 2003).

Vouri (1991) corrobora com esta afirmação ao considerar que acesso diz respeito à remoção de obstáculos físicos, financeiros e outros para a utilização dos serviços disponíveis. Para Jcaho (1993),

acesso refere-se ao grau com que o cuidado ou intervenção adequada está disponível para responder às necessidades dos pacientes.

O conceito de acesso é bastante amplo e é utilizado muitas vezes de maneira imprecisa em relação ao uso dos serviços de saúde, variando inclusive no tempo e no contexto em que é abordado. O termo também é variável, é utilizado como acessibilidade – qualidade do que é acessível – ou mesmo como acesso – ato de ingressar –, ou até mesmo das duas formas, para mostrar o grau de facilidade com que as pessoas conseguem os cuidados em saúde.

Donabedian (1973) denomina acessibilidade ao conjunto de fatores que intervêm entre a capacidade de produzir serviços e a produção de fato ou consumo de serviços. O acesso é um fator que intervêm sobre a utilização dos serviços.

A acessibilidade é definida “como um dos aspectos da oferta de serviços relativa à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população” (DONABEDIAN *apud* TRAVASSOS; MARTINS, 2004, p. 191). Este conceito é mais amplo que a disponibilidade de recursos em um determinado momento e lugar apenas. A acessibilidade é, portanto, relevante para explicar as variações no uso dos serviços de saúde de grupos populacionais.

Donabedian (1973) considera a existência de duas dimensões da acessibilidade. A primeira delas é a sócio-organizacional, que inclui todas as características da oferta de serviços, exceto aspectos geográficos, que obstruem ou aumentam a capacidade das pessoas no uso dos serviços. A segunda é a acessibilidade geográfica, que se relaciona à fricção de espaço que pode ser medida pela distância linear, distância e tempo de locomoção, custo de viagem, etc.

Outro conceito é o de utilização, muitas vezes confundido com acesso aos serviços de saúde. A utilização dos serviços de saúde pode ser uma medida de acesso. Apesar de o acesso ser um importante determinante da utilização, o uso efetivo dos serviços de saúde resulta de uma multiplicidade de fatores.

A quantidade de analfabetos ou de pessoas com menor tempo de escolaridade é maior entre os pobres, implicando “desconhecimento dos mecanismos de adoecimento” e mesmo das formas de prevenção

A utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde. Significa “todo contato direto – consultas médicas, hospitalizações – ou indireto – realização de exames preventivos e diagnósticos – com os serviços de saúde” (TRAVASSOS; MARTINS, 2004, p. 190).

A demanda por serviços de saúde é determinada pela conjugação de alguns fatores, tais como sociais e culturais. É de grande relevância o conhecimento da formação da demanda para que as respostas a estas demandas se estabeleçam tendo como critério à equidade no processo de alocação de recursos (SAWYER *et al.*, 2002).

Assim, “as desigualdades no uso de serviços de saúde refletem não somente as desigualdades individuais no risco de adoecer e morrer, mas também as diferenças no comportamento do indivíduo perante a doença e as características da oferta de serviços que cada sociedade disponibiliza para seus membros” (TRAVASSOS; MARTINS, 2004, p.190).

A utilização dos serviços de saúde de um determinado grupo populacional pode ser explicada a partir do perfil de necessidade de saúde. No entanto, alguns outros fatores atuam, e estes podem ser internos ou mesmo externos ao setor de serviços de saúde; eles estão relacionados à estrutura de oferta de serviços e às preferências dos consumidores deste tipo de serviço.

Além das escolhas individuais, “a disponibilidade, o tipo, a quantidade de serviços e recursos (financeiros, humanos, tecnológicos), a localização geográfica, a cultura médica local, a ideologia do prestador” (TRAVASSOS *et al.*, 2000, p. 134) são aspectos que influenciarão o padrão de utilização do serviço de saúde.

Alguns estudos apontam que a posição dos indivíduos na estrutura social irá influenciar na determinação das necessidades de saúde destes indivíduos. Ademais, o padrão de risco aponta para uma desvantagem para os indivíduos pertencentes a grupos sociais menos privilegiados. A estrutura de consumo de serviços entre grupos de renda mostrou que os grupos sociais de mais alto rendi-

mento consomem mais serviços ambulatoriais, enquanto que os serviços hospitalares têm seu consumo aumentado na medida em que o rendimento decresce (TRAVASSOS *et al.*, 2000).

As desigualdades sociais, inclusive a distribuição de renda, exercem uma forte pressão sobre a saúde de uma população. Isto porque um indivíduo pode não ter acesso a melhores condições de saúde não por uma decisão particular sua ou por não se preocupar com sua saúde, mas sim por haver desigualdades sociais que impeçam este indivíduo de obter uma boa saúde.

Assim, a justiça social atua sobre os indivíduos de forma imponderável. Uma enfermidade não tratada e também não prevenida por motivos sociais, tais como pobreza e epidemias, é bem distinta de uma enfermidade ocorrida por decisão própria do indivíduo, como o hábito de fumar. Estes fatores vão repercutir fortemente sobre a justiça social (SEN, 2002).

Um indivíduo pode não ter acesso a melhores condições de saúde não por uma decisão particular sua ou por não se preocupar com sua saúde, mas sim por haver desigualdades sociais que impeçam este indivíduo de obter uma boa saúde

ANÁLISE EMPÍRICA DA DESIGUALDADE NA BAHIA

Este trabalho utiliza os microdados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) nos anos de 1998 e 2003. A PNAD é uma pesquisa domiciliar feita por amostragem, sendo representativa para o estado da Bahia. Esta pesquisa tem como objetivo gerar informações para o estudo e o desenvolvimento socioeconômico do Brasil. Investiga diversas características socioeconômicas, algumas de caráter permanente, como características gerais da população, trabalho, educação, rendimento e habitação. Outras características investigadas possuem periodicidade variável, como fecundidade, nutrição e a saúde, que está no cerne deste trabalho.

Neste capítulo, portanto, serão apresentadas as características da população pesquisada pela PNAD para o estado da Bahia. Na Tabela 1 tem-se os valores dos quintis de renda per capita em valores reais atualizados até dezembro de 2005. O que

se observa é que houve um ganho de renda neste período, sendo que o maior ganho se deu no quinto quintil, ou seja, favorecendo mais aos ricos.

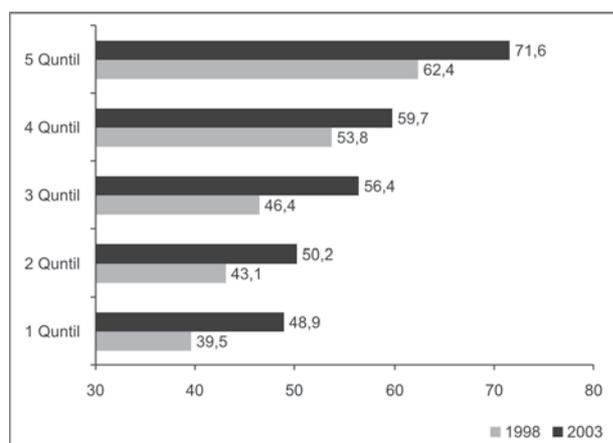
Tabela 1
Quintis de renda per capita em Reais – valores de dezembro de 2005 atualizados pelo IPC - FIPE, Bahia - 1998 e 2003

| Quintil de renda per capita | 1998 | 2003 |
|-----------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| 1 Quintil | até R\$ 48,00 | até R\$ 50,79 |
| 2 Quintil | acima de R\$ 48,00 a R\$ 83,20 | acima de R\$ 50,79 a R\$ 90,29 |
| 3 Quintil | acima de R\$ 83,20 a R\$ 138,68 | acima de R\$ 90,29 a R\$ 145,78 |
| 4 Quintil | acima de R\$ 138,68 a R\$ 240,01 | acima de R\$ 145,7 a R\$ 270,88 |
| 5 Quintil | acima de R\$ 240,01 | acima de R\$ 270,88 |

Fonte: PNAD/1998 e PNAD/2003

O Gráfico 1 mostra a distribuição percentual de pessoas que consultaram o médico por quintil de renda para os anos de 2003 e 1998. O que percebe-se quando se analisam esses dois anos é que o percentual de pessoas que consultaram o médico para todos os quintis de renda melhorou. No entanto, as diferenças de acesso continuam, pois na medida em que se elevam os níveis de rendimento há uma melhora no acesso. Enquanto 48,9% das pessoas de menor renda declararam ter consultado o médico nos últimos 12 meses, esse valor sobe para 71,6% no caso daquelas pessoas no topo da distribuição de renda para 2003.

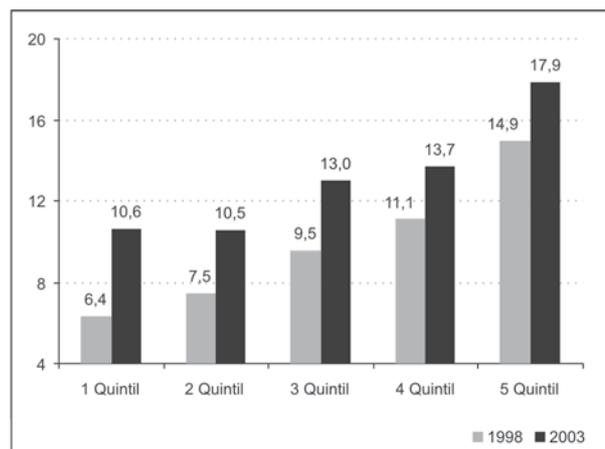
Gráfico 1
Distribuição percentual das pessoas que consultaram o médico nos últimos 12 meses, por quintil de renda per capita, Bahia – 1998 e 2003.



Fonte: Microdados das PNAD/1998 e PNAD/2003

O Gráfico 2 mostra o percentual de pessoas que procuraram o serviço de saúde nas duas últimas semanas por quintil de renda tanto para 1998 quanto para 2003. Percebe-se que houve aumento da procura por serviços de saúde para todos os quintis de renda entre os dois anos de análise.

Gráfico 2
Distribuição percentual das pessoas que procuraram o serviço de saúde por quintil de renda per capita, Bahia – 1998 e 2003.

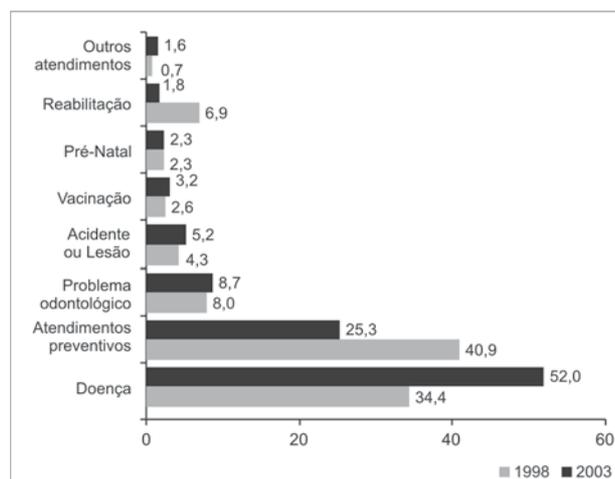


Fonte: Microdados das PNAD/1998 e PNAD/2003

Analisando-se o motivo pelo qual o indivíduo buscou o serviço de saúde (Gráfico 3), percebe-se que o maior motivo de busca por serviços de saúde é doença, com 52% em 2003, percentual bem superior ao de 1998, que era de 34,4%. Vale ressaltar também o percentual de busca por atendimentos preventivos, que em 1998 foi de 40,9% e em 2003 caiu para 25,3%. Há também uma queda na busca de serviços de reabilitação, que em 1998 era de 6,9% e em 2003 foi registrado 1,8%.

Analisando a Tabela 2, que mostra o percentual de pessoas que procuraram o serviço de saúde por quintis de renda média familiar na Bahia em 1998 e em 2003, percebe-se que os indivíduos com rendimentos mais baixos buscam em maior número os serviços para tratar de doenças. Para as pessoas do primeiro quintil de renda, o maior motivo de busca por serviços de saúde é para tratar de doenças, 41,6% em 1998, se elevando para 57,4% em 2003. Percebe-se que no quinto quintil houve um crescimento grande, já que em 1998 o percentual era de 23,9% e em 2003 se elevou para 42,5%.

Gráfico 3
Distribuição percentual das pessoas que procuraram o serviço de saúde nas duas últimas semanas, por motivo principal da procura, Bahia – 1998 e 2003



Fonte: Microdados das PNAD/1998 e PNAD/2003

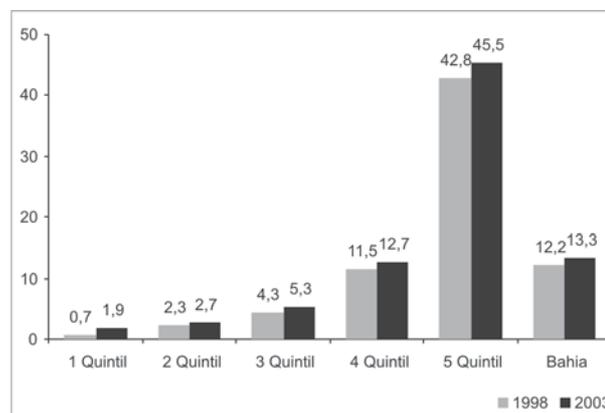
Esse fato fez com que para todos os quintis de renda o maior motivo de busca por serviços de saúde seja doença. Este resultado se diferencia do verificado no ano de 1998, que registrava para o quarto e quinto quintil, ou seja, os indivíduos com maior poder aquisitivo, atendimentos preventivos como maior motivo de busca por serviços de saúde. No entanto, a tendência de que quanto maior a renda, maior a busca por serviços de prevenção, verificada em 1998, se confirma em 2003.

Em relação aos planos de saúde, o Gráfico 4 ilustra bem a desigualdade na Bahia. Enquanto a cobertura de planos chega a 13,3% da população, 45% das pessoas que se situam no quinto quintil

de renda possuem planos de saúde, valor bem acima da média. Vale lembrar que este é o único quintil que supera a média de cobertura do Estado. Esta análise é importante, porque possuir ou não um plano de saúde é um grande determinante do consumo de serviços de saúde no Brasil. O consumo de serviços de saúde neste caso relaciona-se mais com o acesso a estes serviços do que às necessidades de saúde propriamente ditas.

Observa-se em 2003 uma associação positiva entre cobertura de plano de saúde e renda familiar per capita. A cobertura é de 1,9% no primeiro quintil, cresce para 2,7% entre as pessoas do segundo quintil, e passa a crescer com maior intensidade nos demais quintis, atingindo 45,5% das pessoas no quinto quintil.

Gráfico 4
Distribuição percentual das pessoas com cobertura de plano de saúde, por quintil de renda per capita, Bahia – 1998 e 2003.



Fonte: Microdados das PNAD/1998 e PNAD/2003

Tabela 2
Distribuição percentual das pessoas que procuraram o serviço de saúde, por motivo principal da procura segundo quintis de renda familiar per capita, Bahia – 1998 e 2003

| Procurou serviço de saúde para | 1 Quintil | | 2 Quintil | | 3 Quintil | | 4 Quintil | | 5 Quintil | |
|--------------------------------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|-------|
| | 1998 | 2003 | 1998 | 2003 | 1998 | 2003 | 1998 | 2003 | 1998 | 2003 |
| Doença | 41,6 | 57,4 | 41,8 | 54,4 | 40,7 | 53,1 | 33,6 | 56,4 | 23,9 | 42,5 |
| Atendimentos preventivos | 37,4 | 19,7 | 35,8 | 21,1 | 37,3 | 23,2 | 42,2 | 24,5 | 46,5 | 33,7 |
| Problema odontológico | 4,9 | 6,3 | 5,4 | 8,6 | 6,9 | 9,3 | 7,1 | 6,7 | 11,9 | 11,8 |
| Acidente ou lesão | 2,6 | 4,8 | 2,9 | 5,8 | 4,2 | 4,9 | 5,5 | 5,0 | 4,8 | 5,3 |
| Vacinação | 4,0 | 5,9 | 4,1 | 5,2 | 3,6 | 3,7 | 2,2 | 1,8 | 0,8 | 0,9 |
| Pré-natal | 2,7 | 3,0 | 2,9 | 1,6 | 2,6 | 2,3 | 2,0 | 2,6 | 1,8 | 2,0 |
| Reabilitação | 5,9 | 0,9 | 6,7 | 1,7 | 3,8 | 1,4 | 6,8 | 1,6 | 9,5 | 2,8 |
| Outros atendimentos | 0,8 | 2,0 | 0,4 | 1,7 | 0,8 | 2,0 | 0,6 | 1,4 | 0,7 | 1,1 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Fonte: Microdados da PNAD/1998 e PNAD/2003

Considerando a Tabela 3, que mostra o motivo pelo qual o indivíduo não conseguiu atendimento na primeira vez que buscou o serviço de saúde, nota-se que no quintil mais baixo o motivo ‘não conseguiu vaga’ é muito alto, o que pode revelar a dificuldade de acesso que os pobres têm aos serviços de saúde. Analisando os quintis mais altos, esse mesmo quesito se reduz. Este resultado é indicativo de iniquidade no acesso a estes serviços.

Tabela 3
Motivo pelo qual não foi atendido na primeira vez que procurou atendimento

| Descrição | 1 Quintil | 2 Quintil | 3 Quintil | 4 Quintil | 5 Quintil | Total |
|----------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------|
| Não conseguiu vaga | 66,8 | 48,4 | 50,4 | 40,1 | 48,9 | 50,5 |
| Não tinha médico | 15,5 | 17,2 | 30,0 | 28,4 | 19,9 | 22,5 |
| Não tinha serv. ou prof. espec. | 0,0 | 5,6 | 8,3 | 0,0 | 5,4 | 4,1 |
| Serv. ou equip. não estava func. | 3,7 | 0,0 | 1,3 | 1,5 | 3,2 | 1,8 |
| Esperou muito e desistiu | 5,3 | 12,0 | 1,3 | 3,0 | 1,6 | 4,8 |
| Outro motivo | 8,6 | 16,8 | 8,8 | 26,9 | 21,0 | 16,4 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Fonte: Microdados da PNAD/2003

Tabela 4
Distribuição percentual das pessoas pelo principal atendimento que recebeu por quintil de renda familiar per capita, Bahia – 2003

| Principal atendimento que recebeu | 1 Quintil | 2 Quintil | 3 Quintil | 4 Quintil | 5 Quintil | Total |
|-------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------|
| Consulta médica | 71,3 | 66,9 | 72,9 | 73,5 | 71 | 71,4 |
| Consulta odontológica | 5,4 | 2,8 | 4,1 | 6,8 | 9,6 | 8,6 |
| Exames complementares | 6,7 | 6,6 | 5,9 | 5,3 | 6,6 | 6,3 |
| Vacinação/injeção/-curativo/pressão | 7,3 | 12,9 | 9,6 | 6,0 | 4,8 | 5,5 |
| Internação hospitalar | 2,9 | 4,2 | 0,9 | 1,3 | 1,6 | 1,7 |
| Consulta outros prof. de saúde | 0,5 | 0,5 | 1,2 | 1,3 | 1,6 | 1,5 |
| Consulta na farmácia | 1,1 | 1,2 | 1,8 | 1,1 | 0,9 | 1,0 |
| Cirurgia em ambulatório | 0,2 | 0,0 | 0,0 | 0,9 | 1,0 | 0,9 |
| Gesso ou imobilização | 2,1 | 1,2 | 0,9 | 1,2 | 0,7 | 0,8 |
| Outros atendimentos | 2,3 | 3,6 | 2,6 | 2,5 | 2,3 | 2,4 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Fonte: Microdados da PNAD/2003

A Tabela 4 mostra qual foi o atendimento recebido pelas pessoas por quintis de renda. O que se verifica é que há algum equilíbrio quanto à utilização de serviços de baixa complexidade, porém, serviços de mais alta complexidade tendem a ser usufruídos por indivíduos com maior poder aquisitivo. Um exemplo disso é a consulta a outros profissionais de saúde, que se eleva na medida em que aumenta o nível de renda. Cirurgias ambulatoriais também apresentam essa tendência, ou seja, possuem um percentual de utilização maior nos quintis de renda mais elevados.

Esse tipo de análise é importante porque esses procedimentos são mais caros, e o favorecimento na utilização desses por indivíduos dos quintis de renda mais elevados pode significar um acirramento das desigualdades sociais em saúde.

DETERMINANTES DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Análise multivariada: modelo LOGIT

Será utilizado um modelo de regressão logística multivariada (modelo de estimação logit) para obter estimativas de razões de chance (odds ratio) entre grupos de pessoas com determinadas características estarem ou não em situação de desigualdade. Este modelo permite controlar co-variáveis que podem estar funcionando como fatores de confusão (SCHLESSELAMN, apud PROGRAMA..., 2005).

Será estimada a probabilidade de o indivíduo estar em determinada condição, utilizando algumas variáveis relevantes para definir tal situação. Os indivíduos possuem uma série de características, sejam elas adquiridas (escolaridade, renda, plano de saúde, etc.) ou não adquiridas, mas socialmente “atribuídas” e, portanto, impossíveis de serem mudadas (idade, gênero, raça ou cor, etc.).

Modelo logístico:

$$\text{Prob}(Y = 1|X_1, X_2, X_3, X_4) = \pi(X) = \frac{e^{\beta X}}{1 + e^{\beta X}} \quad (1)$$

$$\text{Prob}(Y = 0|X) = (1 - \text{Prob}(Y = 1|X)) \quad (2)$$

Segundo Azevedo (1998), o modelo logístico é usado para modelar probabilidade através da

transformação logito. Desta forma, uma variável resposta com $Y=1$ representa condições adversas em relação à saúde dos indivíduos e X representa um vetor de variáveis independentes. A probabilidade condicional $P(Y = 1|X) = p(x)$ que pode representar a chance de um indivíduo estar numa determinada condição, dada certa característica X , é modelada pela função logística como:

$$\pi(x) = \frac{1}{1 + 1 + e^{\beta x}} = (1 + 1 + e^{\beta x})^{-1} \text{ e notamos que } f(x) = \pi(x) \text{ com } y = B'x$$

Aplicando-se a transformação logito, tem-se:

$$G(x) - \text{Logito } \pi(x) = \ln \left[\frac{\pi(x)}{1 - \pi(x)} \right] = \ln P(Y = 1|x) / P(Y = 0|x) = \beta'x \quad (3)$$

A transformação logito busca estabelecer uma relação linear entre a variável dependente e as variáveis independentes $[\pi(x)/(1-\pi(x))]$ que, assim, não se apresentam mais de maneira discreta e $\ln[\pi(x)/(1-\pi(x))]$ dá um caráter linear à expressão anterior.

Como avaliar os coeficientes estimados

De acordo com o Programa Economia da Saúde (2005), com o objetivo de verificar a significância estatística das variáveis independentes individualmente, o teste de WALD é o mais usado.

Quadro 1

Especificação das variáveis para a serem utilizadas no modelo logístico

| Descrição | Variáveis independentes | Notação | Especificação |
|-----------------------------|-------------------------|------------------|--|
| Atributos adquiridos | Escolaridade | ESC1 | 0 analfabetos, 1 demais (referência) |
| | | ESC2 | 1 De 1 a 7 anos de estudo, 0 demais |
| | | ESC3 | 1 De 8 a 10 anos de estudo, 0 demais |
| | | ESC3 | 1 Acima de 11 anos de estudo, 0 demais |
| | Quintis de renda | QUIN2 | 0 de R\$ 0,0 a R\$45,00, 1 demais (referência) |
| | | QUIN3 | 1 de R\$ 45,01 a 80,00, 0 demais |
| | | QUIN4 | 1 de R\$ 80,01 a 129,16, 0 demais |
| | | QUIN5 | 1 de R\$ 129,17 a R\$ 240,00, 0 demais |
| | | QUIN5 | 1 > R\$ 240,00, 0 demais |
| | Urbana ou rural | RURBA | 1 Rural, 0 Urbana |
| Plano de saúde | PLANSAUD | 1 Tem, 0 Não Tem | |
| Atributos natos | Sexo | SEXO | 1 Mulher, 0 Homem |
| | Raça ou cor | COR 1 | 0 Parda, 1 demais (referência) |
| | | COR 2 | 1 Branca, 0 demais 1 Negra, 0 demais |
| | Idade | IDADE1 | 0 Crianças (0 a 14 anos), 1 demais (referência) |
| | | IDADE2 | 1 Adulto 1 (De 15 a 39 anos), 0 demais |
| | | IDADE3 | 1 Adulto 2 (De 40 a 64 anos), 0 demais 1 Idoso (Acima de 65 anos), 0 demais |
| Morbidade | Estado de saúde | ESTSAUDE | 1 ruim, 0 bom |
| | Esteve acamado | ESTACAM | 1 sim, 0 não |
| | Deixou atividade | DEKATM | 1 sim, 0 não |

Fonte: Nossos cálculos

Teste de Wald:

$W = (\text{coeficiente estimado} / \text{erro padrão do coeficiente estimado})$

A realização do teste de Wald é descrita passo a passo da forma que se segue:

Após dividir o coeficiente estimado pelo seu erro padrão e elevando o resultado ao quadrado, compara-se o valor obtido com o da tabela (teste de Wald) com 1 grau de liberdade. A hipótese alternativa é sempre que o coeficiente $b \neq 0$. Se o teste de Wald for maior que o valor crítico observado na tabela então se rejeita a hipótese alternativa (PROGRAMA ..., 2005, p. 35).

Especificação:

Consulta ao médico = $f(\text{sexo} + \text{cor} + \text{escolaridade} + \text{plano de saúde} + \text{estado de saúde} + \text{idade} + \text{esteve acamado} + \text{deixou de fazer alguma atividade} + \text{quintil de renda} + \text{local de residência})$.

$CM = \beta_0 + \beta_1 \text{sex} + \beta_2 \text{cor} + \beta_3 \text{esc} + \beta_4 \text{p. saúde} + \beta_5 \text{est. saúde} + \beta_6 \text{idade} + \beta_7 \text{est. acam.} + \beta_8 \text{deixou atividade} + \beta_9 \text{quint} + \beta_{10} \text{rurba}$.

Descrição das variáveis:

As variáveis utilizadas neste modelo foram as mesmas apresentadas na parte descritiva deste trabalho, porém, com alguma alteração, já que precisaram ser transformadas em variáveis *dummie*³.

³ Variáveis binárias que assumem valor 0 ou 1.

Algumas, no entanto, sofreram alterações no intuito de se obter um melhor resultado.

Resultados do modelo

O resultado do modelo mostra que as mulheres utilizam mais os serviços de saúde quando comparadas aos homens. As chances de uma mulher consultar o médico são 2,9 vezes a probabilidade dos homens consultarem. Em relação à cor ou raça, percebe-se que os brancos utilizam os serviços de saúde mais que os pardos. Os pardos são quem menos utilizam os serviços de saúde em relação aos negros e brancos.

Quanto à escolaridade, o que se percebe é que, na Bahia, quanto maior o nível de escolaridade, maior também serão as chances de um indivíduo consultar o médico. Sendo que os indivíduos que possuem mais de 11 anos de escolaridade têm

1,84 vezes mais chances de consultar o médico do que um indivíduo analfabeto. Já quem tem plano de saúde utiliza mais os serviços de saúde. Essa razão é da ordem de 2,3 vezes mais.

Esse resultado corrobora com outros trabalhos, que mostram que os indivíduos com maior escolaridade tendem a ter uma melhor percepção dos efeitos do tratamento sobre a saúde, bem como maior conhecimento das especialidades médicas para cada tipo de tratamento (NORONHA; VIEGAS, 2002).

Os indivíduos que se auto-avaliam em estado bom de saúde utilizam menos os serviços de saúde do que os indivíduos que se auto-avaliam em estado ruim de saúde. As pessoas que se auto-avaliam em estado ruim utilizam 2,47 mais os serviços que as pessoas que se auto-avaliam como tendo uma boa saúde. Este resultado pode ter relação com o nível de escolaridade e/ou informação dos indivíduos, já que a população mais pobre não tem acesso a um

Tabela 5

Modelo de Regressão logística da utilização dos serviços de saúde medido pela consulta ao médico nos últimos 12 meses

| Variáveis | B | E.T. | Wald | gl | Sig. | Exp(B) |
|---|-------------|----------|------------------|----------|----------|-------------|
| Sexo de referência – Masculino | | | | | | |
| Feminino | 1,07 | 0 | 470094,71 | 1 | 0 | 2,92 |
| Cor de referência – Parda | | | | | | |
| Branco | 0,11 | 0 | 3324 | 1 | 0 | 1,12 |
| Negro | 0,22 | 0 | 9201,38 | 1 | 0 | 1,25 |
| Escolaridade de referência - Analfabetos | | | | | | |
| De 1 até 7 anos de estudo | 0,19 | 0 | 8288,52 | 1 | 0 | 1,21 |
| De 8 a 10 anos de estudo | 0,37 | 0 | 15823,98 | 1 | 0 | 1,45 |
| Acima de 11 anos de estudo | 0,61 | 0 | 42043,57 | 1 | 0 | 1,84 |
| Idade de referência – Crianças | | | | | | |
| 15 a 39 anos | 0,55 | 0,04 | 214,27 | 1 | 0 | 1,73 |
| 40 a 64 anos | 0,83 | 0,04 | 485,69 | 1 | 0 | 2,29 |
| Acima de 64 anos | 1,14 | 0,04 | 916,64 | 1 | 0 | 3,13 |
| Renda familiar de referência - quintil 1 (até R\$ 45,00) | | | | | | |
| Quintil 2 (de R\$ 45,01 a R\$ 80,00) | -0,06 | 0 | 532,14 | 1 | 0 | 0,94 |
| Quintil 3 (de R\$ 80,01 a R\$ 129,16) | 0,09 | 0 | 1091,6 | 1 | 0 | 1,09 |
| Quintil 4 (de R\$ 129,17 a R\$ 240,00) | 0,02 | 0 | 52,3 | 1 | 0 | 1,02 |
| Quintil 5 (acima de 240,00) | 0,27 | 0 | 9479,31 | 1 | 0 | 1,32 |
| Zona de referência – Urbana | | | | | | |
| Rural | 0,3 | 0 | 28701,75 | 1 | 0 | 1,35 |
| Plano de Saúde referência - Não tem plano de saúde | | | | | | |
| Tem plano de saúde | 0,84 | 0 | 88464,22 | 1 | 0 | 2,31 |
| Auto avaliação do estado de saúde referência - Bom | | | | | | |
| Ruim | 0,91 | 0 | 237141,29 | 1 | 0 | 2,47 |
| Esteve acamado por motivo de doença referência - Não | | | | | | |
| Esteve acamado | 0,4 | 0,01 | 3816,59 | 1 | 0 | 1,49 |
| Deixou realizar ativ. p/ motivo doença referência - Não | | | | | | |
| Deixou de realizar | 1,13 | 0 | 52979,59 | 1 | 0 | 3,1 |
| Constante | -1,82 | 0,04 | 2326,7 | 1 | 0 | 0,16 |

Variável dependente: 1 - consultou o médico nos últimos doze meses, 0 - não consultou o médico.

Fonte: Nossos cálculos

maior nível de informação e pode desconhecer seu verdadeiro estado de saúde. É importante frisar que esta variável deve ser tratada com bastante cuidado, pois a respostas ao inquérito domiciliar pode ser condicionada ao estado de saúde de pessoas tanto no domicílio quanto na comunidade em que o indivíduo está inserido (NORONHA; ANDRADE, 2005), como já foi abordado no capítulo 3.

É importante explicar ainda que a PNAD considera cinco categorias de resposta para a auto-avaliação do estado de saúde. São elas: muito bom, bom, regular, ruim ou muito ruim. No entanto, no modelo utilizado neste trabalho, estas variáveis foram agregadas da seguinte forma: muito bom e bom foram consideradas como bom e as demais categorias como ruim.

Quanto à idade, percebe-se que quanto mais idade possui o indivíduo, mais serviços irá demandar. Assim, os idosos possuem 3,13 mais chances de utilizar os serviços de saúde em relação às crianças. Os intervalos de 15 a 39 anos e de 40 a 64 anos possuem 1,73 e 2,29, respectivamente, mais chances de utilizar os serviços que as crianças.

O fato de que o indivíduo esteve acamado contribui positivamente para a utilização do serviço de saúde, pois este indivíduo tem 1,49 vezes mais chances de consultar o médico que um indivíduo que não esteve acamado. Além disso, quando há referência de que deixou de realizar alguma atividade habitual por motivo de doença, as chances de consultar o médico são 3,1 vezes maiores do que quem não teve essa referência.

O local de residência dos indivíduos também atua, favorecendo o acesso daqueles que residem em localidades urbanas, que possuem 1,35 mais chances de utilizarem os serviços que os moradores de localidades rurais.

Quanto à renda familiar, apesar de os indivíduos do segundo quintil utilizarem menos que os indivíduos do primeiro quintil, a tendência é que na medida em que se aumenta a renda familiar, a utilização dos serviços de saúde também aumente. As chances de um indivíduo do quinto quintil consultar o médico são 1,32 vezes maiores que um indivíduo do primeiro quintil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que se percebe neste trabalho é que as desigualdades sociais, ou seja, fatores socioeconômicos, inclusive a distribuição de renda, exercem uma forte pressão sobre a saúde dos indivíduos. Isto acontece porque grande parte da população da Bahia não tem acesso a melhores condições de saúde não por uma decisão particular sua ou por não se preocupar com sua saúde, mas sim por haver desigualdades sociais que impedem esta população de obter uma boa saúde.

Quando se compara os quintis de renda das PNADs 1998 e 2003 em Reais, valores atualizados até dezembro de 2005, verifica-se que houve um ganho de renda neste período para todas as faixas, porém, houve um maior ganho no último quintil de renda, ou seja, esse ganho favoreceu em maior medida aos ricos.

A justiça social atua sobre os indivíduos de forma imponderável, pois uma enfermidade não tratada e também não prevenida por motivos sociais, tais como pobreza e epidemias, é bem diferente de uma enfermidade ocorrida por decisão própria do indivíduo, como o hábito de fumar.

Há desigualdade favorável às mulheres e aos idosos, que utilizam mais os serviços que os adultos. Nota-se também que a utilização dos serviços se dá de forma diferenciada entre pardos, brancos e negros. Os pardos, que são a maioria da população do Estado da Bahia, com 66% dos indivíduos, utilizam menos os serviços que os brancos, que representam apenas 21,3% dos indivíduos e também utilizam menos os serviços que os negros, que por sua vez representam 12,8% da população do Estado.

Há também desigualdade em saúde na utilização dos serviços quando nos referimos à escolaridade, pois na medida em que esta aumenta, a possibilidade de os indivíduos terem acesso também aumenta, chegando à razão de chance de 1,84 vezes mais favorável às pessoas com escolaridade superior a 11 anos de estudo contra os indivíduos analfabetos. Em relação aos rendimentos familiares, a desigualdade também se evidencia, pois na medida em que aumenta a renda da famí-

Na Bahia, quanto maior o nível de escolaridade, maior também serão as chances de um indivíduo consultar o médico

lia, a probabilidade de se consultar um médico também se eleva, chegando à razão de chance de 1,32 para o último quintil em relação ao primeiro quintil.

Esses dados, na questão do acesso, se agravam na medida em que os mais pobres esperam mais que o dobro do tempo para serem atendidos, já que o tempo de espera para as pessoas que possuem seguro privado é em média a metade do tempo das pessoas sem seguro (TRAVASSOS *et al.*, 2000).

Há predominância na utilização de clínicas e consultórios particulares entre os indivíduos com cobertura e há uma predominância no uso de hospitais, postos e centros de saúde para o grupo de não cobertos (TRAVASSOS *et al.*, 2000). Estes fatos se agravam na medida em que quem tem plano de saúde utiliza mais que quem não tem e a razão de chance é da ordem de 2,31 vezes mais, sendo favorável a quem tem plano, sendo que apenas 13,11% da população do estado possuem plano de saúde. Além disso, os indivíduos que residem em zona urbana possuem 1,35 mais chances de utilizarem os serviços que os moradores de zonas rurais.

Nota-se, portanto, que os indivíduos pobres consomem menos serviços de saúde quando comparados aos indivíduos mais ricos. Além disso, como as chances de adoecimento se reduzem na medida em que a renda aumenta, as pessoas que teriam as maiores necessidades de saúde, na verdade, são quem menos consomem saúde no Estado da Bahia.

REFERÊNCIAS

- AZEVEDO, José Sérgio G. de. Trabalho da criança e do adolescente: referência à decisão familiar sobre a entrada na PEA. *Revista Econômica do Nordeste*, Fortaleza, v. 29, n. especial, jul. 1998, p. 787 – 804.
- BURSZTYN, M. Da pobreza à miséria, da miséria à exclusão. In: BURSZTYN, M. (Org.). *No meio da rua: nômades excluídos e viradores*. Rio de Janeiro: Garamond, 2000. p. 27-54.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 26. ed. São Paulo: Saraiva, 2000.
- DONABEDIAN, A. *Aspects of Medical Care Administration*. Boston NE: Harvard University Press., 1973.
- ESCOREL, S. Vivendo de teimosos: moradores de rua da cidade do Rio de Janeiro. In: BURSZTYN, M. (Org.). *No meio da rua: nômades excluídos e viradores*. Rio de Janeiro: Garamond, 2000. p. 139-171.
- FLEURY, S. Iniquidades nas políticas de saúde: o caso da América Latina. *Revista de Saúde Pública*, v. 29, n. 3, p. 243-250, jun. 1995.
- GUJARATI, D. N. *Econometria básica*. 3. ed. São Paulo: Pearson Makron Books, 2000.
- IBGE. *Pesquisa nacional de amostra de domicílios*. Rio de Janeiro: IBGE, 2003. Cd-Rom.
- JCAHO. *The measurement mandate – on the road performance improvement in health care*. Chicago IL: Department of Publications, 1993. 53 p.
- NASCIMENTO, E. P. Dos excluídos necessários aos excluídos desnecessários. In: BURSZTYN, M. (Org.). *No meio da rua: nômades excluídos e viradores*. Rio de Janeiro: Garamond, p. 56-86. 2000.
- NERI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, p. 77-87, 2002. Suplemento.
- NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. A gestão do sistema único de saúde: características e tendências. In: NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V (Org.). *Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa*. Brasília, 2004. p. 45-94.
- NORONHA, K. V. M. S.; ANDRADE, M. V. Desigualdade social no acesso aos serviços de saúde na Região Sudeste do Brasil. In: SEMINÁRIO SOBRE ECONOMIA MINEIRA, 10., 2000. Disponível em: <<http://ideas.repec.org/h/cdp/diam02/200240.html>>. Acesso em: 15 jun. 2005.
- NORONHA, K. V. M. S.; ANDRADE, M. V. *Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre idosos na América Latina*. 2005. Mimeografado.
- NORONHA, K. V.; VIEGAS, M. Desigualdades sociais em saúde: evidências empíricas sobre o caso brasileiro. *Revista Econômica do Nordeste*, v. 32, p.877-897, 2002. Edição Especial.
- PAIM, J. S. Atenção à saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.15-44
- PROGRAMA ECONOMIA DA SAÚDE. *As diferentes faces da desigualdade em saúde: iniquidade, discriminação e exclusão*. Salvador: Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva, 2005. Mimeografado.
- PORTO, S. M. Justiça social, equidade e necessidade em saúde. In: PIOLA, S. F., VIANNA, S. M. (Org.). *Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde*. Brasília: IPEA, 1995. p.123-140.
- PRO-ADESS. Projeto: Desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. Relatório Final. Rio de Janeiro, Agosto. 2003.

RAWLS, J. *Uma teoria da justiça*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

SAWYER, D. O.; LEITE, I. C.; ALEXANDRINO, R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002.

SEN, A. K. *Desenvolvimento como liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

_____. Por qué la equidad em salud? *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 11, n. 5-6, p. 302-309, maio 2002,

SIQUEIRA-BATISTA, R.; SCHRAMM, F. R. A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 129-142, 2005.

TRAVASSOS, Cláudia et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, jan./jul. 2000.

TRAVASSOS, Cláudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, nov./dez. 2004. Suplemento 2.

VOURI, H. A qualidade da saúde. *Divulgação em Saúde para Debates*, n. 3, p. 17-25, 1991.

VERAS, M. P. B. Notas preliminares sobre exclusão social, um problema brasileiro de 500 anos. In: _____. (Org.). *Por uma sociologia da exclusão social*. O debate com Serge Paugam. São Paulo: EDUC, 1999. p. 13-46.

Financiamento público da saúde no estado da Bahia: uma análise da equidade dos gastos federais com saúde em 2003

*Edson Correia Araujo**, *Luciano Damasceno Santos***, *Gileno Novaes Júnior****, *Guillermo Etkin*****,
*Sebastião Antonio Loureiro******

Resumo

Este trabalho busca identificar até que ponto a distribuição dos recursos públicos para Saúde no estado da Bahia segue o princípio da equidade. Para medir a equidade na alocação desses recursos foi calculado um Índice de Necessidades em Saúde (INS) para cada município do estado e este índice foi comparado com as transferências federais *per capita* destinadas para o Sistema Único de Saúde (SUS) nos municípios, no ano de 2003. O INS e as transferências federais *per capita* para os municípios não apresentaram correlação significativa, porém foi possível identificar iniquidades em grupos específicos de municípios. O INS calculado permite monitorar as desigualdades em saúde no estado e orientar políticas voltadas para equilibrar a oferta de serviços de saúde às necessidades da população nas diferentes regiões do estado.

Palavras-chave: financiamento da saúde, necessidades em saúde, equidade em saúde, alocação de recursos em saúde; economia da saúde.

Abstract

This paper aims to identify the degree in which the current distribution of financial resources follows the equity principle in the State of Bahia. To measure equity in the resource allocation a Health Need Index (HNI) was calculated for each municipality and compared to the financial resources for health transferred in 2003 from the Federal Government per capita to the Brazilian Public Health System "Sistema Único de Saúde" (SUS) for the different municipalities. Results show a non significant association between the HNI and the monetary transfers. Nevertheless, it is possible to verify a high degree of inequality in specific groups of municipalities. The HNI allows us to observe the inequities in health in the state of Bahia and to guide health policies aiming to bring balance to the supply of health resources to the population's needs in different state regions.

Key words: health financing, needs in terms of health, health equity, resource allocation for health services, health economics.

INTRODUÇÃO

O setor de saúde tem aumentado constantemente sua participação na produção geral de riquezas nas últimas décadas, os gastos com o

setor já representam percentuais significativos do PIB de vários países. Além disso, a saúde é identificada como um dos requisitos básicos para o desenvolvimento econômico sustentado. Assim, analisar o setor com a perspectiva da ciência econômica representa um importante passo para a criação de sistemas de saúde mais eficientes, tanto na racionalização dos gastos, quanto no atendimento satisfatório das necessidades de saúde da população.

Tendo em vista que os recursos são escassos e, portanto, faz-se necessário racionalizar o seu uso,

* Economista (UFBA), Mestre em Economia da Saúde (Univ. of York), doutorando em Economia da Saúde (IIHD/QMUC), pesquisador do PECS/ISC/UFBA.

** Economista (UFBA), Mestre em Economia (UFBA), pesquisador do PECS/ISC/UFBA.

*** Graduando em economia UFBA, estagiário PECS/ISC/UFBA.

**** Graduando em economia UFBA, estagiário PECS/ISC/UFBA.

***** Médico (UFBA), PhD em epidemiologia (Univ. Texas), coordenador do PECS/ISC/UFBA.

parte importante da análise dos sistemas de saúde é o monitoramento das necessidades em saúde. Alocar os recursos de acordo com as reais necessidades das populações pode representar ganhos indiscutíveis de eficiência e de justiça social. A discussão sobre eqüidade na alocação de recursos em saúde está cada dia mais na ordem do dia entre gestores públicos e pesquisadores da área. No Brasil, estudos recentes têm apontado para as desigualdades existentes na alocação dos recursos públicos para a saúde entre regiões, estados e mesmo entre níveis de assistência (SANTOS, 2003; REHEM *et al.*, 2005). Recentemente tem sido incorporado ao debate o conceito de eqüidade, ou seja, mais importante do que estabelecer alocações igualitárias é estabelecer alocações eqüitativas (que levem em conta as necessidades reais da população) visto que o estado de saúde não segue padrões como a renda, educação e etnia.

Nesse sentido este trabalho buscou identificar até que ponto a distribuição dos recursos públicos para saúde no estado da Bahia segue o princípio da eqüidade. Na próxima seção serão discutidos brevemente alguns temas relativos ao financiamento do setor de saúde. Será feita também uma caracterização das particularidades do mercado de bens e serviços de saúde, suas imperfeições e peculiaridades que determinam os arranjos institucionais do setor nos diferentes países ao redor do mundo em busca de sistemas mais eqüitativos e eficientes. Por fim, será apresentado um panorama do financiamento da saúde no Brasil nos últimos anos e a situação dos gastos públicos com saúde no estado da Bahia.

A seção 2 abordará a questão da definição das necessidades em saúde e discutirá as principais metodologias utilizadas na sua mensuração. Tratará ainda da utilização de um indicador (ou índice) de necessidades como instrumento para orientar as políticas de distribuição de recursos no setor. Apresentará também a metodologia utilizada no cálculo do Índice de Necessidades em Saú-

de (INS) para os municípios do estado da Bahia. Serão detalhados: o banco de dados utilizado (fontes, disponibilidade das informações), as variáveis selecionadas e a metodologia de cálculo (análise fatorial).

A seção 4 trará o cruzamento do INS calculado e a distribuição de recursos federais para saúde no estado da Bahia. Com isso, buscou-se constatar se as desigualdades verificadas no âmbito nacional persistem dentro do estado da Bahia. Para medir a eqüidade na alocação desses recursos comparou-se o INS calculado com as transferências federais *per capita* destinadas para o Sistema Único de Saúde (SUS) em cada município do estado. O objetivo foi verificar se municípios com INS altos recebem proporcionalmente mais recursos federais para saúde, o que caracterizaria uma distribuição eqüitativa de recursos. Na seção seguinte são evidenciadas as principais conclusões da análise dos dados. Os resultados se apresentam como um instrumento valioso tanto para monitorar as desigualdades em saúde no estado como para orientar políticas voltadas para equilibrar a oferta de serviços de saúde às necessidades da população nas diferentes regiões do estado notadamente no contexto da implantação do Plano de Regionalização pela Secretaria Estadual de Saúde.

FINANCIAMENTO DA SAÚDE

O financiamento é um dos principais temas na análise dos sistemas de saúde em todo o mundo. Vários trabalhos têm analisado o movimento de necessidades crescentes de mais recursos para garantir o funcionamento dos sistemas de saúde nos diferentes países, independente do grau de desenvolvimento (LUBITZ, 1995; MILLER, 2001; JONES, 2002). Tanto no que se refere à importância macroeconômica do setor quanto em relação à importância da saúde como gerador de bem-estar para população e, conseqüentemente, seus impactos em termos de produtividade, o financiamento

O mercado de bens e serviços de saúde se diferencia da maioria dos mercados estudados pelos economistas. Essas diferenças se originam tanto da natureza do bem, ou serviço, que é transacionado no setor, quanto do fato de a saúde ser um requisito indispensável para o bem-estar

do setor saúde tem se destacado como matéria relevante do ponto de vista econômico.

O mercado de bens e serviços de saúde se diferencia da maioria dos mercados estudados pelos economistas. Essas diferenças se originam tanto da natureza do bem, ou serviço, que é transacionado no setor, quanto do fato de a saúde ser um requisito indispensável para o bem-estar dos indivíduos e, assim, ser um direito do cidadão (ARROW, 1963). O uso de análises próprias da ciência econômica para caracterizar o mercado de bens e serviços de saúde permite aos economistas da saúde e gestores do setor identificar as imperfeições deste mercado e, assim, buscar os arranjos institucionais que possibilitem maior eficiência possível em termos econômicos e, ao mesmo tempo, garantam o acesso de todos os cidadãos aos bens e serviços de saúde, dado que saúde é considerada um *bem de mérito*¹. Dessa forma, as discussões sobre o financiamento do setor de saúde devem levar em conta, de um lado a busca da *eficiência econômica* e, de outro, a *igualdade* no acesso aos serviços de saúde.

Desses dois princípios se originam os arranjos institucionais que irão prover os bens e serviços de saúde em diferentes partes do mundo. Países, como o Brasil, Reino Unido e Canadá, por exemplo, optaram por sistemas públicos universais. Outros, como os EUA, adotam sistemas mais voltados para a iniciativa privada, onde o papel do seguro privado é predominante. Na maioria dos casos, entretanto, coexistem serviços públicos, financiados pelo Estado e serviços privados pagos através de seguros ou pagamento direto pelos usuários (ANDRADE; LISBOA, 2000).

A escolha do arranjo institucional de financiamento e provimento dos bens e serviços relacionados aos cuidados de saúde está atrelada à discussão sobre qual o mecanismo mais eficiente para garantir o acesso da população aos bens meritórios. Tão importante quanto se definir os mecanismos mais eficientes de financiamento dos bens e

serviços de saúde é observar como os recursos destinados ao setor são distribuídos entre a população e quais os resultados efetivos dessa distribuição. Assim, princípios como os da igualdade e da equidade precisam ser levados em conta quando analisamos os sistemas de saúde. O princípio da igualdade tem base no princípio da cidadania, segundo o qual todos os indivíduos são iguais e, portanto, têm os mesmos direitos. Já o princípio da equidade leva em consideração algum valor de justiça, pois o princípio da equidade reconhece que os indivíduos são diferentes entre si e, portanto, merecem tratamento diferenciado, de modo a reduzir as desigualdades existentes (IPEA/OPAS/OMS, 2001). Por outro lado, nem todas as desigualdades são injustas, pois algumas delas decorrem de condições naturais de sobrevivência. Assim, identificamos iniquidade como uma *'desigualdade injusta'*, na medida em que são desigualdades que poderiam ser reduzidas, evitadas (WHITEHEAD, 2000). Para a *International Society for Equity in Health*, a definição de equidade é "a ausência de diferenças sistemáticas potencialmente remediáveis em um ou mais aspectos da saúde da população ou de subgrupos definidos social, econômica, demográfica ou geograficamente" (MACINKO; STARFIELD, 2002, p.1).

No campo da saúde o conceito de equidade refere-se às questões relacionadas ao acesso, à utilização e ao financiamento dos serviços de saúde, pois a igualdade em saúde propriamente dita está associada a aspectos fora da esfera das políticas de saúde (depende de fatores socioeconômicos como renda, ocupação, educação, discriminação de gênero, raça ou etnia, condições de moradia, entre outros). Na distribuição dos recursos públicos para a saúde deve-se levar em conta o princípio da equidade, repartindo os recursos de acordo com as necessidades da população de cada região, estado e município.

No Brasil, a criação do SUS (Sistema Único de Saúde), a partir da Constituição de 1988, estabeleceu que o sistema de saúde brasileiro deveria obedecer aos princípios da universalidade, equidade e integralidade. O financiamento do SUS tem sido, ao longo dos anos, um dos principais entraves para se alcançar esses princípios. Ainda persistem problemas estruturais, seja em relação ao estabeleci-

¹ Bem de Mérito: "Bem de consumo individual cujo consumo dá origem a benefícios superiores àqueles gozados pelo consumidor. A qualidade de bem de mérito provém da existência de externalidades positivas, tais como efeitos indiretos da vacinação ou satisfação que a comunidade obtém ao saber que todos os cidadãos tem acesso aos serviços de saúde" (PIOLA e VIANNA, 2002).

mento de fontes seguras e estáveis de recursos para o setor, seja na distribuição desses recursos entre a população. O crescimento do setor privado de saúde (que, segundo algumas estimativas representa 56% dos gastos totais com saúde no país, ver UGÁ; SANTOS, 2005) é um reflexo da incapacidade do sistema público em absorver as demandas da população.

Em relação aos gastos públicos com saúde, este é majoritariamente de responsabilidade do Governo Federal, que respondia por 51% do gasto público total no país (sendo que o total de gastos dos municípios brasileiros representava 27% e dos estados 22%. SIOPS/MS, 2003). Mais importante que o volume total dos gastos é observar como se realizou a distribuição desses gastos entre as regiões e estados do país e depois dentro de cada estado. Analisando-se a distribuição dos recursos entre regiões, encontra-se uma situação de grande desequilíbrio, enquanto as regiões Sudeste e Sul absorvem 61% dos recursos federais (46% e 15% respectivamente), as demais regiões recebem apenas 40% do total de recursos (Nordeste 26%, Centro-Oeste e Norte aproximadamente 7% cada uma). A seguir, Tabela 1 mostra que enquanto o gasto total *per capita* na região Nordeste está abaixo do *per capita* nacional (representa 73% desse valor), na região Sudeste esse valor é ultrapassado (107% do *per capita* nacional). Já o gasto *per capita* no estado da Bahia foi de R\$ 211, 43, o que representa 70% do *per capita* nacional.

Tabela 1
Gastos com ações e serviços públicos de saúde de Brasil e regiões – 2003, em R\$ mil correntes

| Regiões | Total* | Per capita em R\$ correntes | % do per capita regional em relação ao per capita nacional |
|---------------|-------------------|-----------------------------|--|
| Norte | 3.944.336 | 286,13 | 94% |
| Nordeste | 10.917.138 | 221,19 | 73% |
| Bahia | 2.841.726 | 211,43 | 70% |
| Sudeste | 24.438.445 | 324,15 | 107% |
| Sul | 7.012.294 | 269,44 | 89% |
| Centro-Oeste | 3.606.551 | 292,81 | 97% |
| Brasil | 53.623.918 | 303,17 | 100% |

FONTE: SIOPS/MS – elaboração própria

* incluídos gastos dos três níveis de governo (Federal, Estadual e Municipal).

Quando se compara esses gastos com alguns indicadores epidemiológicos, percebe-se o grau de iniquidades na distribuição desses recursos. Tomando dados do DATASUS/MS para o ano de 2002, a expectativa de vida, ao nascer, na Região Nordeste era 5,25 anos menor do que a verificada na região Sul (a maior do país, 71,03), sendo a expectativa de vida na Região Nordeste (65,78) menor que a média brasileira (68,55). No que se refere à taxa de mortalidade infantil por doenças diarreicas, a taxa verificada na região Nordeste é 3,2 vezes maior que a verificada na Região Sudeste e 1,5 maior que a taxa para todo o Brasil. Grandes disparidades entre as regiões são observadas também no que se refere à oferta de leitos e a profissionais de saúde.

No estado da Bahia, em 2003, o total dos gastos públicos foi de R\$2.8 bilhões. Desses, 51% foram gastos do governo federal, 25% do governo estadual e os 24% restantes foram gastos dos municípios com saúde (SIOPS/MS). Como os recursos aplicados em saúde em cada município não podem ser passíveis de uma redistribuição e grande parcela dos gastos do governo estadual é para manter hospitais e unidades de saúde que pertencem ao Estado, este trabalho analisa a distribuição da parcela dos recursos federais que são distribuídos diretamente aos municípios baianos. Essa parcela, segundo dados do SIOPS, foi de **R\$ 562.545.527,00**. A análise da equidade na distribuição dos gastos com saúde será feita comparando-se a parcela desses recursos destinada a cada município baiano e o respectivo INS.

O ÍNDICE DE NECESSIDADES EM SAÚDE

Em termos ideais, o conceito de necessidades em saúde refere-se à distância existente entre o estado atual (ou real) de saúde e bem-estar de determinado grupo populacional e um estado ótimo de saúde e bem-estar definido normativamente (MACHADO *et al.*, 2004). Uma forma mais operacional de se medir as necessidades em saúde é considerá-las em termos relativos, através da comparação da situação de saúde de diferentes grupos populacionais. Neste sentido, o desafio é identificar medidas de necessidade em saúde que

sejam comparáveis e que melhor descrevam a situação de saúde dos diferentes grupos.

Como a saúde é um conceito multidimensional e com diversos determinantes, a escolha das medidas e/ou indicadores de necessidades em saúde torna-se uma tarefa complexa e de pouco consenso entre os especialistas da área. Definir necessidades em saúde, do ponto de vista dos indicadores de saúde, não satisfaz os objetivos gerais das políticas de saúde, pois estas devem observar também os fatores sociais, econômicos e demográficos que influenciam na situação de saúde da população e, portanto, nas suas necessidades em saúde. Em geral, as necessidades em saúde de uma população são medidas a partir de um conjunto de variáveis socioeconômicas, epidemiológicas e demográficas. A dificuldade, neste caso, inicia-se na disponibilidade e confiabilidade de indicadores para todas essas dimensões e, posteriormente, em se sintetizar todos esses indicadores em um índice (ou medida) para medir as necessidades.

A composição de uma medida *proxy* das necessidades em saúde é de grande utilidade dentro dos estudos e planejamento do setor saúde. Representa uma ferramenta importante para identificar as desigualdades em saúde através de grupos populacionais e/ou geográficos e pode ser utilizada como instrumento valioso para fins distributivos e para adequação da oferta dos serviços de saúde às necessidades da população. A necessidade de alocar recursos em saúde de forma mais eficiente, devido à elevação dos gastos no setor, e a cobrança da sociedade por um sistema mais equitativo, fizeram com que muitos países adotassem mecanismos de alocação de recursos baseados nas necessidades em saúde de suas populações (os casos Inglês, Canadense e Sueco são os mais citados na literatura). Entretanto, uma breve revisão dos trabalhos publicados sobre o tema mostra a falta de consenso sobre quais os determinantes das necessidades em saúde das populações e menos consenso ainda existe sobre como melhor mensurá-las (DIDERICHSEN *et al.*, 1996; PAMPALON *et al.*, 1996).

No estado da Bahia, em 2003, o total dos gastos públicos foi de R\$2.8 bilhões. Desses, 51% foram gastos do governo federal, 25% do governo estadual e os 24% restantes foram gastos dos municípios com saúde

No Brasil, onde de acordo com os dados apresentados, os mecanismos de financiamento público da saúde têm sido amplamente criticados por beneficiarem estados e regiões mais ricas em detrimento de regiões mais pobres e que, por sua vez, teriam maiores necessidades em saúde (NUNES, A. 2004; SANTOS, G. F. 2003; PORTO *et al.*, 2001; VIACAVA *et al.*, 1999), tem crescido o debate sobre a viabilidade de se adotar tais mecanismos na distribuição dos recursos financeiros do SUS. Nos últimos anos algumas medidas foram tomadas com o objetivo de corrigir o quadro de desigualdades existentes. Porém, prevalece o comportamento histórico da cultura alocativa baseada na produção dos serviços, que privilegia as regiões com maior capacidade instalada e que reproduz, no setor saúde, as desigualdades existentes em outras esferas da sociedade brasileira.

Alocação de recursos e necessidades em saúde

Definir critérios para alocar recursos em saúde é uma prática conhecida como 'ajustamento de risco'. Este ajustamento pode ser entendido como a definição de um montante de recursos *per capita* que deve ser aplicado em cuidados de saúde em determinada região geográfica (RICE; SMITH, 1999). A maioria dos países que fazem este tipo de ajustamento busca formas de identificar as necessidades em saúde de sua população e destinar os recursos de acordo com as necessidades relativas de cada região geográfica, ou seja, mais recursos para regiões com maiores necessidades (seguindo o princípio equidade vertical, WEST; CULLIS, 1979).

Nesse sentido tem crescido o interesse nas medidas de necessidades em saúde para fins de alocação de recursos em saúde. Geralmente são levadas em conta as características socioeconômicas e indicadores epidemiológicos da população. Alguns modelos tentam ainda captar a influência da oferta de serviços na utilização (tentam controlar o que os economistas chamam de *indução de demanda* que ocorre quando existe a oferta de determinados serviços de saúde e o

custo marginal da utilização é zero). Assim, incorporam-se aos tradicionais indicadores socioeconômicos e epidemiológicos as características da oferta de serviços de saúde, como forma de mensurar os efeitos dessa oferta nas necessidades em saúde da população (CARR-HILL, 1994).

Um dos países pioneiros neste tipo de ajustamento é a Inglaterra que desde os anos 1970 distribui parte dos recursos financeiros de acordo com as necessidades em saúde de cada região geográfica. A fórmula RAWP (*resource allocation working party*) utilizava, inicialmente, como *proxy* de necessidades em saúde a taxa de mortalidade padronizada. A fórmula RAWP foi criticada por levar em conta apenas esse indicador de necessidades em saúde, na medida em que existiam variações em termos de morbidade que influenciavam as necessidades e não eram levadas em conta pela SMR. Para superar as limitações teóricas da fórmula RAWP foi desenvolvido um modelo que buscou captar outras dimensões que a fórmula anterior não captava (PORTO *et al.*, 2003; CARR-HILL *et al.*, 1994). Esse modelo (*modelo Carr-Hill*) é conhecido como um modelo teórico de demanda por serviços de saúde, e busca, a partir de dados sobre o uso dos serviços de saúde, epidemiológicos e socioeconômicos estimar a demanda potencial aos serviços, estimando assim as necessidades em saúde, e ajustando-as pela distribuição da oferta dos serviços.

A aplicação da metodologia CARR-HILL (1994), para o caso do sistema de saúde brasileiro obteve resultados distintos aos observados na Inglaterra. No Brasil os indicadores de necessidades em saúde mostraram-se inversamente relacionados ao uso dos serviços de saúde, mesmo após o ajuste pela distribuição da oferta. Assim, áreas com piores indicadores socioeconômicos apresentaram, no modelo, menor volume estimado de utilização dos serviços do que áreas com melhores indicadores (PORTO *et al.*, 2003). Outros trabalhos desenvolveram e aplicaram metodologias alternativas que apresentaram resultados mais adequados à realidade brasileira (MACHADO *et al.*, 2003, 2004a, e 2004b para o estado de Minas Gerais e a simulação feita por PORTO *et al.*, 2001, para o estado de Santa Catarina). O principal modelo testado mede as necessidades em saúde a partir da construção de um Índice de

Necessidade em Saúde (INS), calculado através de análise multivariada de um conjunto de indicadores epidemiológicos e socioeconômicos. O INS criado possibilita definir uma distribuição de recursos mais eqüitativa na medida em que capta as desigualdades em saúde entre as diferentes unidades geográficas consideradas (municípios ou regiões sanitárias) através de um conjunto de indicadores socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos.

Neste trabalho foi calculado o INS para os municípios do estado da Bahia, a partir das experiências desenvolvidas por PORTO (2001 e 2003). Ainda que fundamental, o cálculo do INS apenas não permite definir uma metodologia de alocação de recursos financeiros para saúde. Faz-se necessário corrigir o índice calculado por um indicador de oferta de serviços (na medida em que é preciso alocar recursos não apenas onde existam necessidades em saúde, mas onde exista também a oferta de serviços. Sem esquecer que para certos serviços a escala de produção é um fator importante para garantir a eficiência). A seguir é apresentada a metodologia utilizada para o cálculo do INS e os principais resultados encontrados para o estado da Bahia.

Cálculo do Índice de Necessidades em Saúde para o estado da Bahia

Variáveis:

Neste trabalho foi definido um grupo de indicadores para serem utilizados no cálculo do INS, tais indicadores refletem as condições socioeconômicas, demográficas e epidemiológicas da população residente nos municípios do estado da Bahia. Essas três dimensões estão usualmente associadas ao estado de saúde dos indivíduos e, conseqüentemente, às suas necessidades em saúde. O estado de saúde é afetado pelas condições socioeconômicas na medida em que as condições de emprego, renda e educação afetam diretamente a saúde dos indivíduos. Por sua vez, as variáveis demográficas (principalmente idade e sexo) determinam em grande medida o uso dos serviços, uma vez que as mulheres (especialmente na idade fértil), crianças e idosos têm maior propensão a utilizar os serviços de saúde. Por

fim, associação entre as variáveis epidemiológicas e necessidade de saúde é direta, pois regiões com piores indicadores epidemiológicos implicam maiores necessidades em saúde (MACHADO *et al.*, 2004).

Os indicadores foram selecionados consultando-se os sistemas de informação de base municipal com dados mais atualizados. Assim, foram coletados dados: do Censo Demográfico de 2000 (IBGE); da Secretaria da Fazenda do Estado da Bahia (SEFAZ-BA); do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) e do Sistema de Nascidos Vivos (SINASC), esses do Ministério da Saúde.

Para seleção das variáveis utilizadas foram priorizadas aquelas de que existem evidências na literatura científica, indicando associação positiva entre elas e as necessidades de saúde. Além desse critério, outros dois foram utilizados: variáveis com maior consistência e adequado grau de cobertura entre os 417 municípios baianos. A partir de um amplo conjunto de indicadores epidemiológicos, socioeconômicos e demográficos para o estado da Bahia, foram selecionadas 23 variáveis e essas foram utilizadas no cálculo do INS para os municípios baianos. O Quadro 1, a seguir, apresenta todos os indicadores utilizados com respectivas fontes e ano de referência.

Quadro 1
Indicadores socioeconômicos e epidemiológicos selecionados

| Indicadores | Comentário | Fonte | Ano |
|--|---|--------|------|
| Índice de Envelhecimento | Relação entre a população com 65 e mais anos e a população com 0 a 14 anos, medida em %. | IBGE | 2000 |
| Proporção de População Rural | Relação entre a população residentes em área rural e a população total, medida em % | IBGE | 2000 |
| Densidade Domiciliar | Média do número de moradores por domicílio | IBGE | 2000 |
| Percentual de domicílios sem abastecimento de água | Porcentagem de domicílios sem abastecimento adequado de água | IBGE | 2000 |
| Percentual de domicílios sem instalações sanitárias | Porcentagem de domicílios sem instalações sanitárias adequadas | IBGE | 2000 |
| Taxa de Analfabetismo | % de pessoas com 5 anos ou mais de idade sem instrução ou menos de 1 ano de estudo | IBGE | 2000 |
| Razão de Dependência | Relação entre a população de 0 a 14 anos com 65 e mais anos e a população de 15 a 64, medida em %. | IBGE | 2000 |
| Proporção de mulheres em idade fértil | Proporção de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) | IBGE | 2000 |
| Inverso do Rendimento Médio do Chefe de Família | Inverso do Rendimento Médio do Chefe de Família | IBGE | 2000 |
| Proporção de mães adolescentes | Proporção de mães adolescentes (entre 10 e 19 anos de idade) | SINASC | 2002 |
| Proporção de nascidos vivos com baixo peso | Proporção de nascidos vivos com baixo peso | SINASC | 2000 |
| Coefficiente de fecundidade | Razão entre o número de nascidos vivos e o número de mulheres com idade de 15 a 49 anos | SINASC | 2000 |
| Coefficiente de mortalidade infantil proporcional | % de óbitos infantis no total de óbitos | SIM | 2000 |
| Proporção de óbitos infantis sem definição da causa básica | Proporção de óbitos infantis sem definição da causa básica - SIM 2000 | SIM | 2000 |
| Taxa de mortalidade 1-64 anos de idade/100.000 hab. | Taxa de mortalidade 1-64 anos de idade (para cada 100.000 habitantes) | SIM | 2002 |
| Taxa de mortalidade 65 anos e mais de idade/100.000 hab. | Taxa de mortalidade 65 anos e mais de idade (para cada 100.000 habitantes) | SIM | 2002 |
| Taxa de mortalidade por 1.000 hab. | Taxa de mortalidade por 1.000 habitantes | SIM | 2000 |
| Taxa de mortalidade por DIP/100.000 hab. | Taxa de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias padronizada por sexo e idade por 100.000 | SIM | 2002 |
| Taxa de mortalidade por Neoplasias/100.000 hab. | Taxa de mortalidade por Neoplasias padronizada por sexo e idade por 100.000 | SIM | 2002 |
| Taxa de mortalidade por DCV/100.000 hab. | Taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares padronizada por sexo e idade por 100.000 | SIM | 2002 |
| Taxa de mortalidade por DAC/100.000 hab. | Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório padronizada por sexo e idade por 100.000 | SIM | 2002 |
| Taxa de mortalidade por causas externas/100.000 hab. | Taxa de mortalidade por causas externas de morbi-mortalidade padronizada por sexo e idade por 100.000 | SIM | 2002 |
| Taxa de internação por DIP/100.000 hab. | Taxa de internação por doenças infecciosas e parasitárias padronizada por sexo e idade por 100.000 | SIH | 2002 |
| Taxa de internação por DAC/100.000 hab. | Taxa de internação por doenças do aparelho circulatório padronizada por sexo e idade por 100.000 | SIH | 2002 |
| Taxa de internação por DAR/100.000 hab. | Taxa de internação do aparelho respiratório padronizada por sexo e idade por 100.000 | SIH | 2002 |

FONTE: elaboração própria

Metodologia de cálculo:

Para o cálculo do INS foi utilizada a análise multivariada, o método de Componentes Principais (Análise Fatorial). Esta técnica permite reduzir um conjunto de variáveis observáveis a um número menor de dimensões ou fatores latentes sem perder a capacidade explicativa das variáveis originais (AZEVEDO *et al*, 2003). O objetivo da análise fatorial é alcançar economia, pois a técnica é utilizada quando se necessita de convergência de informações de muitas variáveis em poucas ou em apenas uma, sendo, por isso, classificada como uma técnica de redução de dados. As variáveis que “alimentam” a análise fatorial são chamadas de variáveis observadas, enquanto que as variáveis geradas a partir da análise fatorial são chamadas de variáveis latentes ou subjacentes. Uma boa definição de Análise Fatorial (AF) é dada por ARTES, 1998:

Uma técnica estatística multivariada que, a partir da estrutura de dependência existente entre as variáveis de interesse (em geral representada pelas correlações ou covariâncias entre essas variáveis), permite a criação de um conjunto menor de variáveis (variáveis latentes, ou fatores) obtidas como função das variáveis originais. (ARTES, 1998).

Para um melhor ajuste do modelo de análise fatorial, é necessário que as variáveis tenham uma distribuição normal, pois casos de variáveis muito diferentes da normal podem não ser ajustados aos modelos. Foi realizado o teste *Kolmogorov-Smirnov* para testar a normalidade das variáveis selecionadas. Nos casos em que não foi verificada a normalidade das variáveis foi necessário utilizar métodos de normalização (logaritmo neperiano para as variáveis que não apresentavam valor igual a zero e estatística z para as demais).

Com a finalidade de definir as variáveis para compor o INS foram analisadas as comunalidades. Comunalidades “são índices atribuídos às variáveis originais que expressam, em termos percentuais, o quanto da variabilidade de cada variável é explicada pelo modelo de AF estimado” (ARTES, 1998). Portanto, a comunalidade expressa a pro-

porção da variância de uma determinada variável que é expressa por fatores (ou atributos subjacentes) comuns. Uma comunalidade alta (acima de 0,6) significa que a variável tem seu comportamento altamente associado aos fatores comuns (AZEVEDO, 2001).

A análise dos dados da comunalidade tem como objetivo identificar que variáveis poderão estar associadas aos principais fatores de análise. Quando o valor das comunalidades é menor que 0,6, deve-se pensar em aumentar a amostra ou eliminar as variáveis. Como seria impossível aumentar a amostra, já que corresponde aos municípios do Estado, foram eliminadas as variáveis com valor de comunalidade abaixo de 0,6. No quadro 2, abaixo, é apresentado o valor da comunalidade para cada uma das variáveis que compõem o cálculo do índice de necessidade em saúde. Ao final da análise, de um conjunto de 25 variáveis, foram selecionados apenas 17.

Quadro 2**Comunalidades associadas a cada variável**

| Comunalidades | Extração |
|--|----------|
| Índice de Envelhecimento | 0,87 |
| Proporção de População Rural | 0,79 |
| Percentual de domicílios sem abastecimento de água | 0,76 |
| Percentual de domicílios sem instalações sanitárias | 0,80 |
| Taxa de Analfabetismo | 0,68 |
| Razão de Dependência | 0,73 |
| Inverso do Rendimento Médio do Chefe de Família | 0,72 |
| Coefficiente de fecundidade | 0,75 |
| Taxa de mortalidade 1-64 anos de idade/100.000 hab. | 0,66 |
| Taxa de mortalidade 65 anos e mais de idade/100.000 hab. | 0,83 |
| Taxa de mortalidade por 1.000 hab. | 0,75 |
| Taxa de mortalidade por Neoplasias/100.000 hab. (normalizada est. z) | 0,63 |
| Taxa de mortalidade por DCV/100.000 hab. (normalizada est.z) | 0,84 |
| Taxa de mortalidade por DAC/100.000 hab. (normalizada est.z) | 0,90 |
| Taxa de internação por DIP/100.000 hab. (normalizada ln) | 0,81 |
| Taxa de internação por DAC/100.000 hab. (normalizada ln) | 0,84 |
| Taxa de internação por DAR/100.000 hab. (normalizada ln) | 0,89 |

Fonte: elaboração própria.

A análise fatorial (método componentes principais) permitiu identificar que cinco fatores explicam 77,85% da variância total. O Quadro 3 apresenta os resultados das cargas dos fatores gerados: o fator 1 reflete essencialmente o grupo de variáveis socioeconômicas com a maior associação com o percentual de domicílios sem abastecimento de água (0,842), percentual de domicílios sem instalações sanitárias (0,815), e o inverso do rendimento médio do chefe de família (0,781) e, em menor grau, com a proporção da população rural e escolaridade (0,778 e 0,749, respectivamente). Já o fator 2 contém uma participação do grupo Mortalidade, com associação mais alta com taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório e doenças cardiovasculares (0,893 e 0,861, respectivamente). Já a composição do fator 3 é dominada pelas variáveis do grupo Morbidade (internação), com destaque para taxa de internação por doenças do aparelho respiratório (0,936). A taxa de mortalidade 65 anos e mais de idade e o índice de envelhecimento ficaram asso-

ciados ao fator 3, que também incorpora as variáveis taxa de mortalidade por 1.000 habitantes, todas as variáveis correlacionadas positivamente com o fator. Por fim, no fator 5 está correlacionado às variáveis 'Coeficiente de fecundidade' e 'razão de dependência'.

O passo seguinte para obtenção do INS foi ponderar dos fatores gerados (variáveis latentes) em função do percentual da variância explicada de cada fator². Como o fator composto (INS) apresentou uma amplitude de variação de -1,28 a 1,43, foi feita uma transformação linear para que os valores ficassem compreendidos entre 1 e 2. Utilizou-se a seguinte expressão:

$$INS = \frac{f_p^m - f_p^{\min}}{f_p^{\max} - f_p^{\min}} + 1$$

Onde: *INS* = Índice de Oferta em Saúde; f_p^m = fator observado no município; f_p^{\min} = fator mínimo; f_p^{\max} = fator máximo.

Quadro 3

Resumo da carga dos fatores rotacionados para as variáveis que compõem o INS/Bahia

| Variáveis | Fator 1 | Fator 2 | Fator 3 | Fator 4 | Fator 5 |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|
| Percentual de domicílios sem abastecimento de água | 0,842 | -0,047 | -0,09 | -0,09 | -0,172 |
| Percentual de domicílios sem instalações sanitárias | 0,815 | -0,335 | -0,087 | -0,102 | 0,038 |
| Inverso do Rendimento Médio do Chefe | 0,781 | -0,318 | 0,036 | 0,097 | -0,035 |
| Proporção de População Rural | 0,778 | -0,395 | -0,098 | 0,008 | -0,132 |
| Taxa de Analfabetismo | 0,749 | -0,256 | -0,033 | -0,172 | 0,136 |
| Est. Z da Taxa de mortalidade por DAC/100.000 hab. | -0,307 | 0,893 | 0,054 | 0,077 | 0,007 |
| Est. Z da Taxa de mortalidade por DCV/100.000 hab. | -0,291 | 0,861 | 0,1 | 0,081 | -0,025 |
| Est. Z da Taxa de mortalidade por Neoplasias | -0,284 | 0,73 | 0,009 | 0,126 | -0,057 |
| Taxa de mortalidade 1-64 anos de idade/100.000 hab. | -0,345 | 0,562 | 0,073 | 0,417 | 0,219 |
| Ln da Taxa de internação por DAR/100.000 hab. | -0,059 | -0,048 | 0,936 | -0,031 | 0,077 |
| Ln da Taxa de internação por DIP/100.000 hab. | 0,031 | 0,024 | 0,896 | 0,079 | -0,017 |
| Ln da Taxa de internação por DAC/100.000 hab. | -0,158 | 0,194 | 0,88 | 0,013 | 0,054 |
| Taxa de mortalidade 65 anos e mais de idade/100.000 hab. | -0,007 | 0,262 | 0,072 | 0,866 | 0,068 |
| Índice de Envelhecimento | 0,009 | -0,17 | -0,004 | 0,85 | -0,341 |
| Taxa de mortalidade por 1.000 hab. | -0,243 | 0,316 | -0,019 | 0,71 | 0,287 |
| Coeficiente de fecundidade | -0,141 | 0,042 | 0,1 | 0,056 | 0,844 |
| Razão de Dependência | 0,57 | -0,199 | -0,031 | -0,152 | 0,582 |

FONTE: elaboração própria.

² Matematicamente equivale à expressão: $INS = \text{Fator 1} \times (23,30\%) + \text{Fator 2} \times (18,25\%) + \text{Fator 3} \times (14,79\%) + \text{Fator 4} \times (13,36\%) + \text{Fator 5} \times (8,14\%)$.

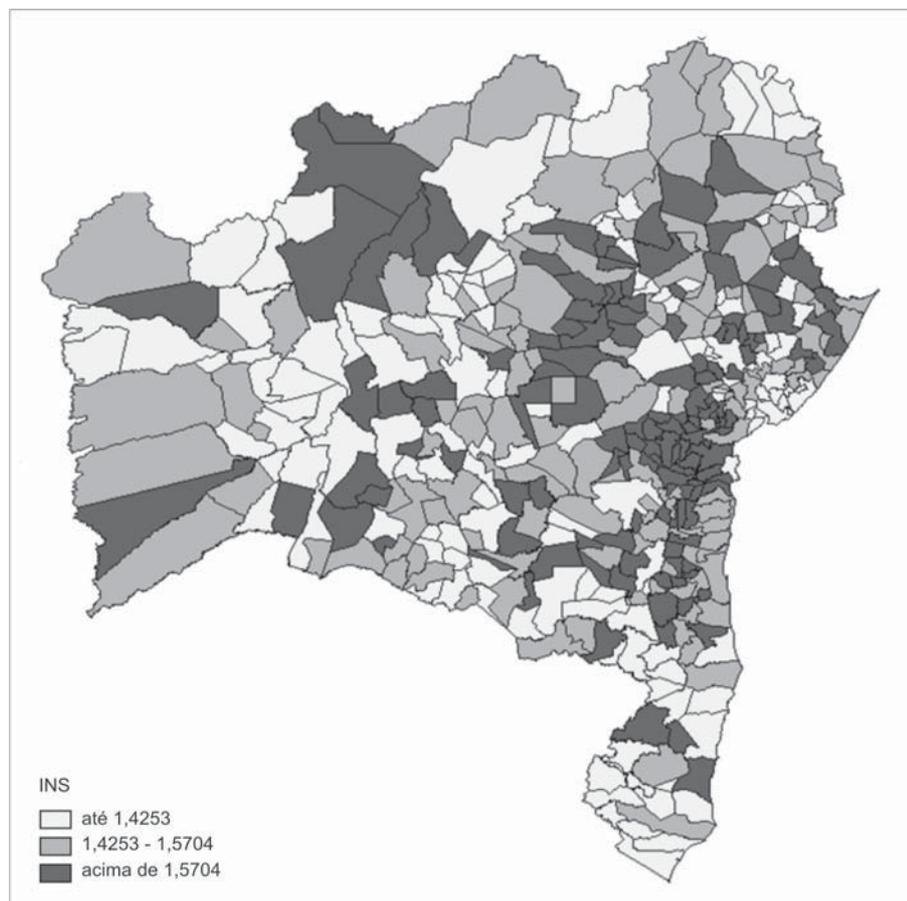
Desse modo fez-se que o INS Saúde variasse entre 1 e 2. Os municípios com menor (maior) valor apresentam menor (maior) oferta de serviços de saúde. A Figura 1, a seguir, apresenta a distribuição dos índices de necessidade de saúde entre os municípios do estado da Bahia. O INS foi estratificado em três níveis:

INS E A DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS

Calculado o INS, o passo seguinte é observar até que ponto a distribuição de recursos federais para saúde no estado segue o princípio da equidade, ou seja, se existe alguma correlação entre o INS dos municípios e quanto cada um deles recebe de transferências federais para o SUS. O valor total dessas transferências foi, em 2003, segundo o SIOPS, de **R\$ 562.545.527,00**. Este valor representa 20% do total dos gastos públicos com saúde no estado e, aproximadamente, 40% dos recursos do governo federal destinados à saúde no estado no mesmo ano.

Para evitar distorções em termos do tamanho da população em cada município (pois parte dos recursos para o SUS são transferidos *per capita*, como é o caso dos recursos para a atenção básica), foi utilizado o valor *per capita* das transferências federais. Considerando-se o conjunto dos municípios, esse valor *per capita* foi de R\$ 42,29, porém há uma grande variabilidade. O maior valor *per capita* chega a R\$179,93 (425% maior que o estadual) e o menor valor é foi de R\$ 13,39 (30% do valor estadual), esses municípios são, respectivamente, Itabuna e Adustina. A tabela 2 a seguir, apresenta os municípi-

Figura 1
Distribuição geográfica do Índice de Necessidades por Municípios do estado da Bahia



Fonte: elaboração própria

os com maiores e menores valores *per capita* de transferências federais para saúde.

Observando-se esses valores, percebe-se que a lógica do financiamento do SUS replica entre os municípios baianos as mesmas disparidades observadas entre as regiões e estados do país. Como em sua maior parte, os recursos federais para saúde são transferidos para custear serviços ambulatoriais e hospitalares (apesar das recentes mudanças em prol do fortalecimento da atenção primária, através dos incentivos ao Programa de Saúde da Família e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde, além da implementação do Piso da Atenção Básica). Assim, recebem mais recursos as regiões, os estados e os municípios que possuem mais capacidade instalada (leitos hospitalares, por exemplo). No caso do estado da Bahia, verifica-se que os municípios com maior transferência federal *per*

Tabela 2
Municípios com maiores e menores valores *per capita* de transferência federal para o SUS, Bahia – 2003

| Municípios maiores valores | Per capita R\$ | Municípios menores valores | Per capita R\$ |
|----------------------------|----------------|----------------------------|----------------|
| 1 Itabuna | 179,93 | 1 Adustina | 13,39 |
| 2 Itaberaba | 138,46 | 2 Guajeru | 13,69 |
| 3 Vitória da Conquista | 133,89 | 3 Jaguaripe | 14,76 |
| 4 Eunápolis | 122,44 | 4 Maetinga | 15,26 |
| 5 Santa Teresinha | 107,50 | 5 Mansidão | 15,74 |
| 6 Juazeiro | 107,07 | 6 Ibititá | 15,88 |
| 7 Itaju do Colônia | 104,54 | 7 Caraibas | 15,97 |
| 8 Barreiras | 102,27 | 8 Boa Nova | 15,98 |
| 9 Jequié | 102,09 | 9 Piripá | 16,14 |
| 10 Uauá | 101,42 | 10 Belo Campo | 16,22 |
| 11 Medeiros Neto | 101,16 | 11 Ibipeba | 16,30 |
| 12 Canápolis | 98,67 | 12 Sítio do Mato | 16,41 |
| 13 Teixeira de Freitas | 95,33 | 13 Simões Filho | 16,42 |
| 14 Senhor do Bonfim | 94,32 | 14 Itiúba | 16,53 |
| 15 Barro Preto | 93,53 | 15 Caetanos | 16,59 |

Fonte: SIOPS - elaboração própria

capita são municípios com relativamente alta oferta de serviços (com exceção do município de Salvador, com um *per capita* de R\$ 20,24). Esse quadro fica mais claro quando se observa que os municípios que apresentam menores *per capita* são aqueles que têm baixa capacidade instalada. Importante saber se há uma relação direta (e em que intensidade) entre a oferta dos serviços de saúde e as necessidades em saúde da população em cada município. Esse dado pode ser obtido indiretamente, observando-se a relação entre o INS calculado e as transferências federais para o SUS.

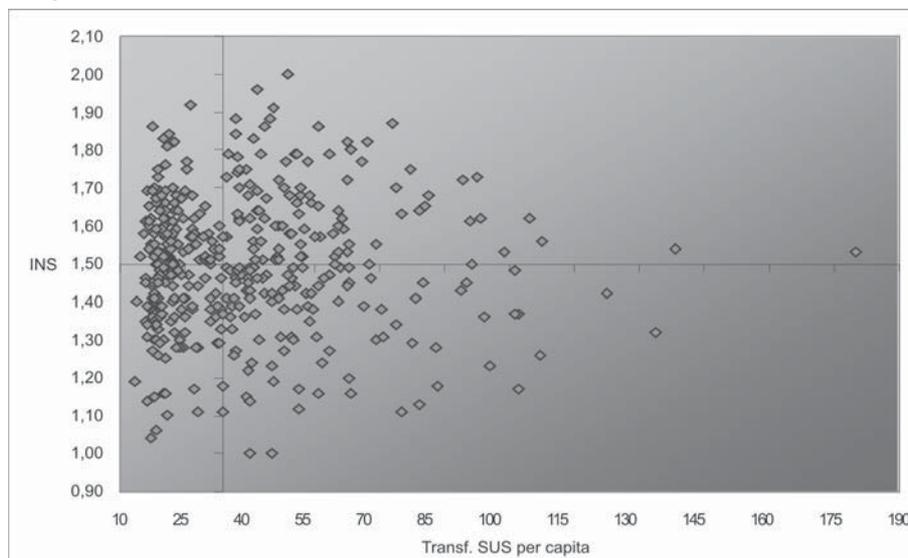
A Figura 2, ao lado, contém um gráfico onde são representados, no eixo horizontal, os valores *per capita* das transferências federais para

os municípios baianos e, no eixo vertical, o INS calculado para cada município (por motivos de disponibilidade dos dados, são apresentados 408 municípios). Da análise do gráfico pode-se observar que não existe uma relação determinada entre necessidades em saúde (dadas pelo INS) e a distribuição dos recursos federais no estado, o coeficiente de correlação entre essas duas variáveis é baixo ($p = - 0,003$). A maior parte dos municípios encontra-se perto dos valores medianos tanto do INS como das transferências *per capita*.

As linhas que cruzam o Gráfico são os valores da mediana de cada variável (1,5 para o INS e R\$33,58 para o valor *per capita* das transferências federais). Essas linhas dividem os municípios baianos em 4 blocos: o primeiro (acima à direita) são os municípios que apresentam alto INS e alto valor de transferência *per capita*; o segundo (acima à esquerda) são os municípios com alto INS e baixo valor *per capita*; já os municípios no canto esquerdo inferior apresentam valores de INS e *per capita* baixos; por fim, os municípios localizado à direita e abaixo da linha mediana do INS são os municípios com alto valor de transferências *per capita* e baixo INS.

A análise do Gráfico, a partir desses 'quadrantes', indica que segundo e o quarto grupo são os que apresentam os maiores desequilíbrios (iniqüi-

Figura 2
Índice de Necessidades em Saúde e transferências federais para o SUS, municípios baianos – 2003



Fonte: elaboração própria

dades e ineficiência na distribuição dos recursos financeiros federais para saúde), o segundo, por apresentar altos INS (necessidades) e baixos valores de transferência e o quarto, por apresentar baixo INS e altos valores de transferência *per capita*. No grupo de altos INS e baixos valores *per capita* de transferências federais, os 05 municípios com INS mais altos e mais baixos *per capita* são: Brejões (INS = 1,86 e *per capita* = R\$ 17,52); Miguel Calmon (1,83 e R\$ 20,16); Itajuípe (1,76 e R\$ 20,40); Itapitanga (1,75 e R\$ 18,57); e Gandu (1,73 e 18,68). No outro grupo, com baixos INS e altos valores *per capita* de transferências federais, os 05 municípios com INS mais baixos e mais altos *per capita* estão: Irecê (com INS = 1,11 e transferência *per capita* de R\$ 74,94); Santana (1,12 e 51,13); Madre de Deus (1,13 e R\$ 79,23); Ibirapuã (1,16 e R\$ 79,23); e Alagoinhas (1,16 e R\$ 55,66).³

CONCLUSÕES

Este trabalho buscou analisar o grau de equidade na distribuição de recursos públicos para Saúde no estado da Bahia. Conforme a literatura discutida, mais equitativa será a alocação de recursos quando mais prioridades forem dadas aos indivíduos (e populações) em condições mais vulneráveis, ou seja, mais recursos para aqueles com maiores necessidades. Com esse objetivo foi calculado uma *proxy* de necessidades em saúde (o INS) para cada município baiano e buscou-se observar qual a relação entre necessidades em saúde no estado da Bahia e as transferências de recursos federais para saúde no estado. O resultado da análise do INS e das transferências federais para os municípios não apresentou correlação significativa, porém foi possível identificar iniquidades em grupos específicos de municípios. No contexto da regionalização da assistência à saúde no estado, faz-se necessário analisar também a oferta dos serviços de saúde (leitos, profissionais e equipamentos), pois apenas o INS não pode ser um instrumento de alocação de recursos em saúde. Além disso, é

³ A lista completa dos INS por municípios pode ser obtida junto ao Programa Economia da Saúde do ISC/UFBA.

necessário observar as deficiências nas fontes de dados, problemas de subnotificação são comuns em muitos indicadores de saúde, por exemplo. Em relação à parcela do recurso financeiro utilizado para este exercício faz-se necessário incorporar os valores pagos diretamente pelo governo federal aos prestadores nos municípios assim como as transferências estaduais para os municípios.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, M. V. ; LISBOA, M. B. Velhos Dilemas no Provimento de Bens e Serviços de Saúde: Uma comparação dos Casos Canadense, Inglês e Americano. *Revista Nova Economia*, Belo Horizonte, CEDEPLAR, v.10, n.2, p.73-116, dez. 2000.
- ARROW, K. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review*, vol.53, n5, p.941-973, dec.1963.
- ARTES, R. Aspectos estatísticos da análise fatorial de escalas de avaliação. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v.25, n.5, p.223-228, 1998.
- AZEVEDO, J. S.; SANTOS, L. D.; PAIVA JUNIOR, G. N.; GHIRARDI, A. G. Análise Multivariada de Indicadores de Desempenho Escolar: Impactos de variáveis sócio-econômicas. In: *BAHIA, Avaliação de desempenho do ensino fundamental do estado da Bahia*. Agência de Avaliação. Salvador, 270P., 2003.
- CARR-HILL, R. A. et al. Allocating resources to health authorities: development of method for small area analysis of use of impatient services. *British Medical Journal*, v.309, p. 1046-1049, 1994.
- DIDERICHSEN, F.; VARDE, E.; WHITEHEAD, M. Resource allocation for health authorities: the quest for an equitable formula in Britain and Sweden. *British Medical Journal*, v.315, n. 7112, p.875-878, 1997.
- IPEA/OPAS/OMS. *Medindo Desigualdades em Saúde no Brasil: Uma Proposta de Monitoramento*, Brasília, 2001.
- JONES, C. I. 2002. *Why Have Health Expenditures as a Share of GDP risen So Much?* Department of Economics, U.C. Berkeley and NBER.
- LUBITZ, J.; JAMES, B. and COLIN, B. Longevity and Medicare Expenditures. *New England Journal of Medicine*, v.332, n.15, p.999-1003, Abril-1995.
- MACINKO, J. A.; STARFIELD, B. Annotated bibliography on Equity in Health, 1998-2001. *International Journal for Equity in Health*, v.1, n.1, 2002.
- MACHADO, E. N. M *et al.* Alocação equitativa de recursos para atenção básica: uma proposta para redistribuição de recursos entre microrregiões e municípios de Minas Gerais. Termo de Cooperação Técnica e Financeira entre a Secretaria de Estudo da Saúde (SUS-MG) e a Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 20p., 2003.

- MACHADO, E. N. M *et al.* Metodologia de Alocação eqüitativa de recursos: uma proposta para Minas Gerais. Termo de Cooperação Técnica e Financeira entre a Secretaria de Estudo da Saúde (SUS-MG) e a Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 52P., Ago-2004a.
- MACHADO, E. N. M *et al.* Fator de Alocação de Recursos Financeiros para Atenção à Saúde. Termo de Cooperação Técnica e Financeira entre a Secretaria de Estudo da Saúde (SUS-MG) e a Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 5P., Out-2004b.
- MILLER, T. Increasing Longevity and Medicare Expenditures. *Demography*, v.38, n.2, p.215-226, May-2001.
- NUNES, A. A Alocação Eqüitativa Inter-regional de Recursos Públicos Federais do SUS: A Receita Própria do Município como Variável Moderadora. *Departamento de Economia da Saúde/Ministério da Saúde, Relatório de Consultoria*, Brasília, 60p, Set-2004.
- PAMPALON, R. *et al.* The selection of needs indicators for regional resource allocation in the fields of health and social services in Québec. *Social Science and Medicine*, London, v. 42, n. 6, p. 909-922, 1996.
- PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde. 3. ed. Brasília: IPEA, 293p, 2002.
- PORTO, S.M. *et al.* Metodologia de Alocação Eqüitativa de Recursos. *Relatório final de projeto REFORSUS*, Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2001.
- PORTO, S. Justiça, eqüidade e necessidades em saúde. *Tese de doutorado*. Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.
- PORTO, S. *et al.* Alocação eqüitativa de recursos financeiros: uma alternativa para o caso brasileiro. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.27, n.65, p.376-388, 2003.
- REHEM, R.; ARAÚJO, E.C.; ESPERIDIÃO, M. A.; LOUREIRO, S. A. Desigualdades no financiamento federal da assistência à saúde no Brasil. *Programa Economia da Saúde* - Instituto de Saúde Coletiva/UFBA, Salvador, Mimeo, 35p., 2005.
- RICE, N.; SMITH, P. Approaches to capitation and risk adjustment in health care: an international survey. University of York, discussion paper, 81p., October 1999.
- SANTOS, G. F. Financiamento e Investimento na Saúde Pública do Brasil no Período 1995/2002. *Dissertação de Mestrado*, Instituto de Saúde Coletiva/UFBA, Salvador, 2003.
- UGÁ, M. A.; SANTOS, S. I. Uma análise da equidade do financiamento do sistema de saúde Brasileiro. *Relatório de Pesquisa*, Projeto "Justiça no Financiamento do Setor Saúde"; ENSP/FIOCRUZ, Jan-2005.
- VIACAVA, F., PORTO, S. M. & MARTINS, M. Equidade em Saúde: Dinâmica Intermunicipal de Oferta e Demanda de Serviços Hospitalares no Estado do Rio de Janeiro. *Anais do V Congresso Nacional de Economia da Saúde*, Salvador, p.11-18, 1999.
- WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. *Programme on Health Policies and Planning*, World Health Organization, Geneva, European Health for all Series nº1, 2000.
- WEST, P.; CULLIS, J. 1979. *Introducción a la Economía de la Salud*. Oxford.

Identificação de regiões homogêneas no oferecimento de serviços de saúde pública em Minas Gerais

Cristiane Márcia dos Santos, Adriano Provezano Gomes***

Resumo

Este estudo identificou grupos homogêneos de microrregiões no estado de Minas Gerais. A metodologia que deu suporte a esta pesquisa baseou-se na análise fatorial e análise de agrupamento. Para identificar as microrregiões homogêneas, foram construídos dois grupos: Grupo 1 composto por 42 microrregiões e o Grupo 2, por 24 microrregiões. Os resultados indicam que, entre as microrregiões dos dois grupos formados, as políticas de promoção do setor de saúde devem ser diferenciadas entre as microrregiões, levando-se em consideração tais diferenças. Uma forma de eliminar as disparidades regionais em Minas Gerais é a mudança na forma de alocação de recursos no setor de saúde, uma vez que a distribuição de recursos leva em consideração apenas a população de cada microrregião.

Palavras-chave: saúde pública, análise multivariada, Minas Gerais, grupos homogêneos, equidade.

Abstract

This study identified homogeneous groups of microregions in the state of Minas Gerais. Factorial analysis and cluster analysis were the methods used to support this study. Two groups of microregions were built to identify the microregions: Group 1 with 42 microregions, and Group 2 with 24 microregions. The results indicate that, in regard to the microregions of the two groups above, politics promoting the public health sector should be differentiated taking the differences into account. A way to eliminate the regional disparities in Minas Gerais is to change the way resources are allocated in the public health sector, once the distribution of resources only takes into account the population of each microregion.

Key words: public health, multivariate analysis, Minas Gerais, homogeneous groups, equity.

INTRODUÇÃO

O setor de saúde é de grande importância para a população de um país, uma vez que as aspirações individuais e coletivas de viver mais, com a melhor qualidade de vida possível e, ao mesmo tempo, desfrutar o sentimento de segurança quanto à possibilidade de acesso aos serviços de saúde sempre que necessário, estão entre os valores mais cultuados pela população. Mas a importância da saúde é, de certa forma, ainda maior do que

muitas pessoas pensam, até porque os demais problemas percebidos pela população como importantes, tais como desemprego, educação, violência, drogas e falta de saneamento, têm evidentes rebatimentos na saúde. A perda do emprego significa, em última análise, a impossibilidade, total ou parcial, de comprar medicamentos e, ou de pagar a mensalidade do plano de saúde. O nível de escolaridade afeta, diretamente, as condições de saúde; é bem conhecida a correlação entre baixa escolaridade da mãe e alta mortalidade infantil. Violência, falta de saneamento básico e uso de drogas são determinantes na demanda por serviços médico-assistenciais.

* Economista, Doutoranda em Economia Aplicada do Departamento de Economia Rural da Universidade Federal de Viçosa, crikamarcia@hotmail.com.

** Professor do Departamento de Economia da UFV, apgomes@ufv.br.

Assim, pode-se dizer que a preocupação no desenvolvimento de métodos de alocação equitativa dos recursos de saúde se deve à importância da saúde na prosperidade e bem-estar dos indivíduos. Quanto maior o nível de saúde, maior a disposição para o trabalho, evidenciando uma correlação positiva entre saúde individual, produtividade e nível de renda. Desta forma, a maioria dos governos tem como objeto de política de saúde organizar a oferta e o financiamento de alguns desses bens e serviços, de forma a garantir um acesso equitativo a toda a população.

A aplicação do princípio da equidade na distribuição regional de recursos públicos em saúde tem desafiado as instituições acadêmicas e os formuladores de políticas em todo o mundo. Segundo Bambas e Casas (2001), citados por Fundação João Pinheiro – FJP (2003), as razões da urgência em se desenvolver processos sistemáticos de avaliação da equidade, na distribuição de recursos, são a persistência de doenças infecciosas entre os pobres, o aumento generalizado da carga de doenças ligadas a estilos de vida e às desigualdades crescentes entre as regiões.

Contudo, como salienta Noronha (2001), a evidência empírica mostra que em alguns países existe desigualdade social no acesso aos serviços de saúde, favorecendo às camadas mais ricas da população. Esta constatação sugere que países com maiores problemas sociais e má distribuição de renda, como é o caso do Brasil, podem apresentar

maior desigualdade na distribuição de recursos à saúde e no acesso aos serviços deste setor. Na Tabela 1, nota-se que, ao longo dos anos, poucas mudanças ocorreram para reduzir a iniquidade da distribuição espacial dos gastos públicos.

A questão das atuais desigualdades, existentes na área de saúde brasileira, está ligada à história recente do setor. Em geral, pode-se dizer que a reforma do sistema de saúde brasileiro teve início no final da década de 80, baseando-se em princípios estabelecidos no Artigo 198 da Constituição Federal de 1988. Até este período, a política de atenção à saúde era marcada pela ineficiência da gestão pública e pela baixa efetividade das ações no atendimento às necessidades da população.

A Constituição de 1988 introduziu importantes modificações no sistema de saúde do País com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja gestão ficou a cargo do Ministério da Saúde. Antes da criação do SUS, o Ministério da Saúde atuava apenas por meio de alguns poucos hospitais especializados. A mais expressiva atuação do poder público nessa área se dava através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que depois passou a ser denominado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). A assistência à saúde desenvolvida pelo INAMPS beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, com carteira assinada, e seus dependentes, ou seja, não tinha caráter universal (SOUZA, 2002).

Atualmente, na sociedade brasileira, que é marcada por uma grande heterogeneidade tanto em variáveis econômicas, quanto geográficas e sociais, ainda coexistem profundas desigualdades espaciais na oferta do setor de saúde (Tabela 2).

No Brasil coexistem desigualdades, tanto em variáveis econômicas quanto geográficas e sociais: uma região norte/nordeste com níveis baixos de desenvolvimento humano contrastando com as regiões sul/sudeste com níveis mais altos de desenvolvimento. E no setor de saúde, a Região Sudeste possui a maior concentração dos gastos públicos.

No Brasil coexistem desigualdades, tanto em variáveis econômicas quanto geográficas e sociais: uma região norte/nordeste com níveis baixos de desenvolvimento humano contrastando com as regiões sul/sudeste com níveis mais altos de desenvolvimento

Tabela 1
Distribuição regional nos gastos públicos no setor de saúde no Brasil, anos de 1986 e 2002

| Região | Gasto da região sobre total do País (%) | |
|--------------|---|--------|
| | 1986 | 2002 |
| Norte | 2,27 | 7,30 |
| Nordeste | 18,10 | 20,40 |
| Sudeste | 59,28 | 45,44 |
| Sul | 15,14 | 12,28 |
| Centro-Oeste | 5,02 | 8,02 |
| Brasil | 100,00 | 100,00 |

Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS, 2006.

Tabela 2**Oferta do setor de saúde nas regiões brasileiras no ano de 2003**

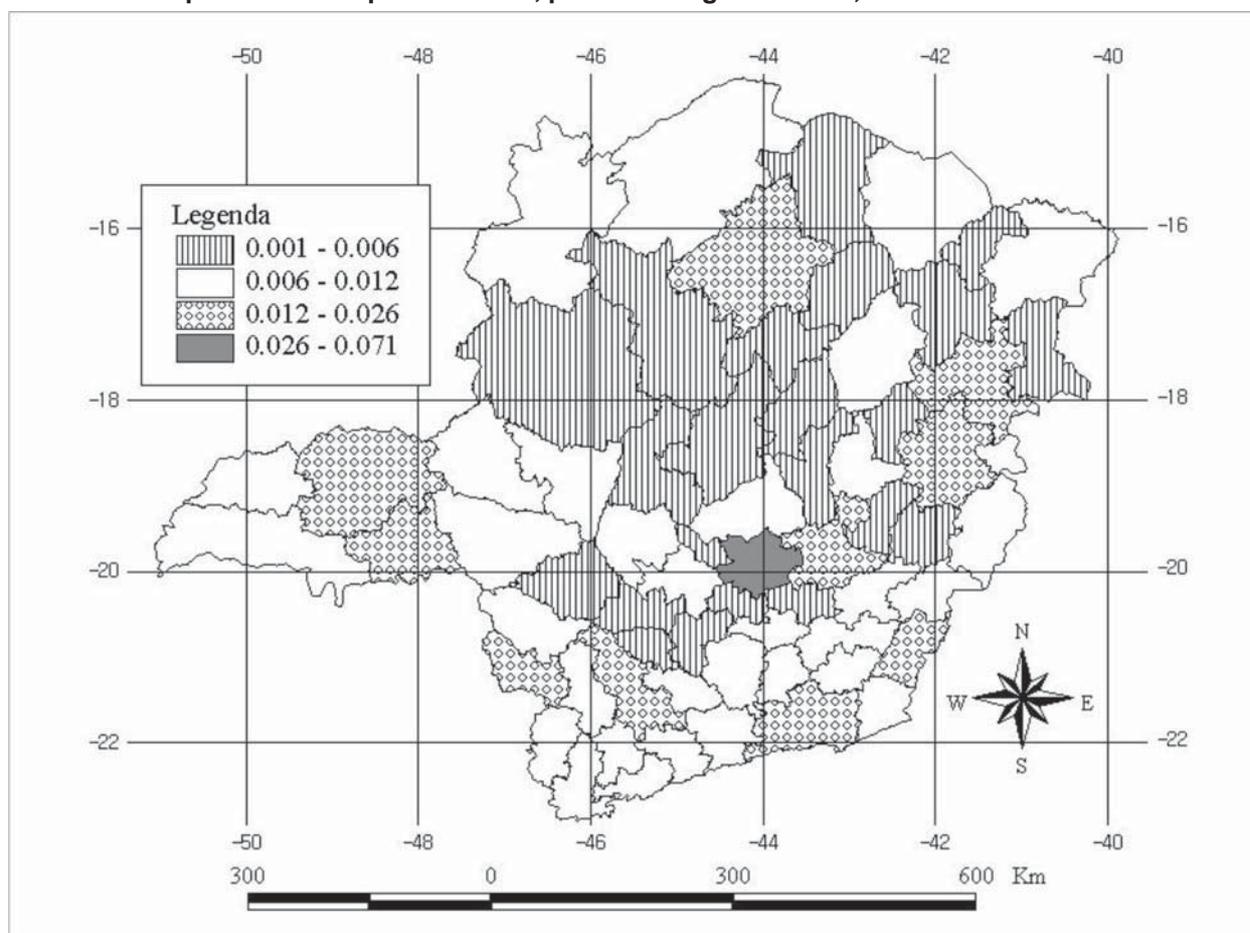
| Variáveis | Norte | Nordeste | Sudeste | Sul | Centro-Oeste | Brasil |
|---------------------------------|--------|----------|---------|--------|--------------|--------|
| Médicos p/1000hab | 0,57 | 0,88 | 2,08 | 1,02 | 1,39 | 1,42 |
| Leitos/1000 hab | 1,77 | 2,52 | 2,40 | 2,65 | 2,74 | 2,45 |
| Valor médio de internação (R\$) | 341,58 | 407,51 | 589,78 | 585,34 | 444,39 | 503,66 |
| Tempo médio de internação (dia) | 4,20 | 5,20 | 7,40 | 6,10 | 5,20 | 6,10 |
| Número de hospitais | 468 | 2.026 | 1.669 | 1.050 | 651 | 5.584 |

Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS, 2006.

Especificamente em Minas Gerais, pode-se dizer que coexistem realidades tão diversas quanto aquelas encontradas no Brasil. Parte desta disparidade pode ser explicada por sua extensão territorial e pela concentração da produção e da população em determinadas áreas. Segundo Noronha e Andrade (2002), os estados que compõem a Região Sudeste apresentam elevadas desigualdades sociais em saúde, favoráveis às camadas mais ricas da popula-

ção, e no estado de Minas Gerais essa desigualdade é mais acentuada.

De acordo com dados fornecidos pelo Ministério da Saúde, em 2003, no estado de Minas Gerais, estavam estabelecidos e credenciados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) 627 hospitais de todas as naturezas, que ofereciam 95.634 leitos e custo médio de internações de R\$ 496,87, sendo que estas variáveis estão distribuídas de forma dispersa entre as sessenta e seis mi-

Figura 1**Cobertura hospitalar no SUS por 1000 hab., por microrregião mineira, 2003**

Fonte: Ministério da Saúde/SE/DATASUS

corregiões mineiras. A microrregião de Belo Horizonte apresenta o maior número de hospitais (71) enquanto que as microrregiões de Bocaiúva e Grão Mogol oferecem menor oferta de hospitais, apresentando apenas 1(um) hospital cada uma (Figura 1).

Comparando a distribuição do número de leitos, nota-se que as disparidades entre as microrregiões do estado de Minas Gerais são elevadas, sendo que a microrregião de Belo Horizonte é provida de 25.185 leitos e a microrregião de Bocaiúva de apenas 60 leitos (Figura 2).

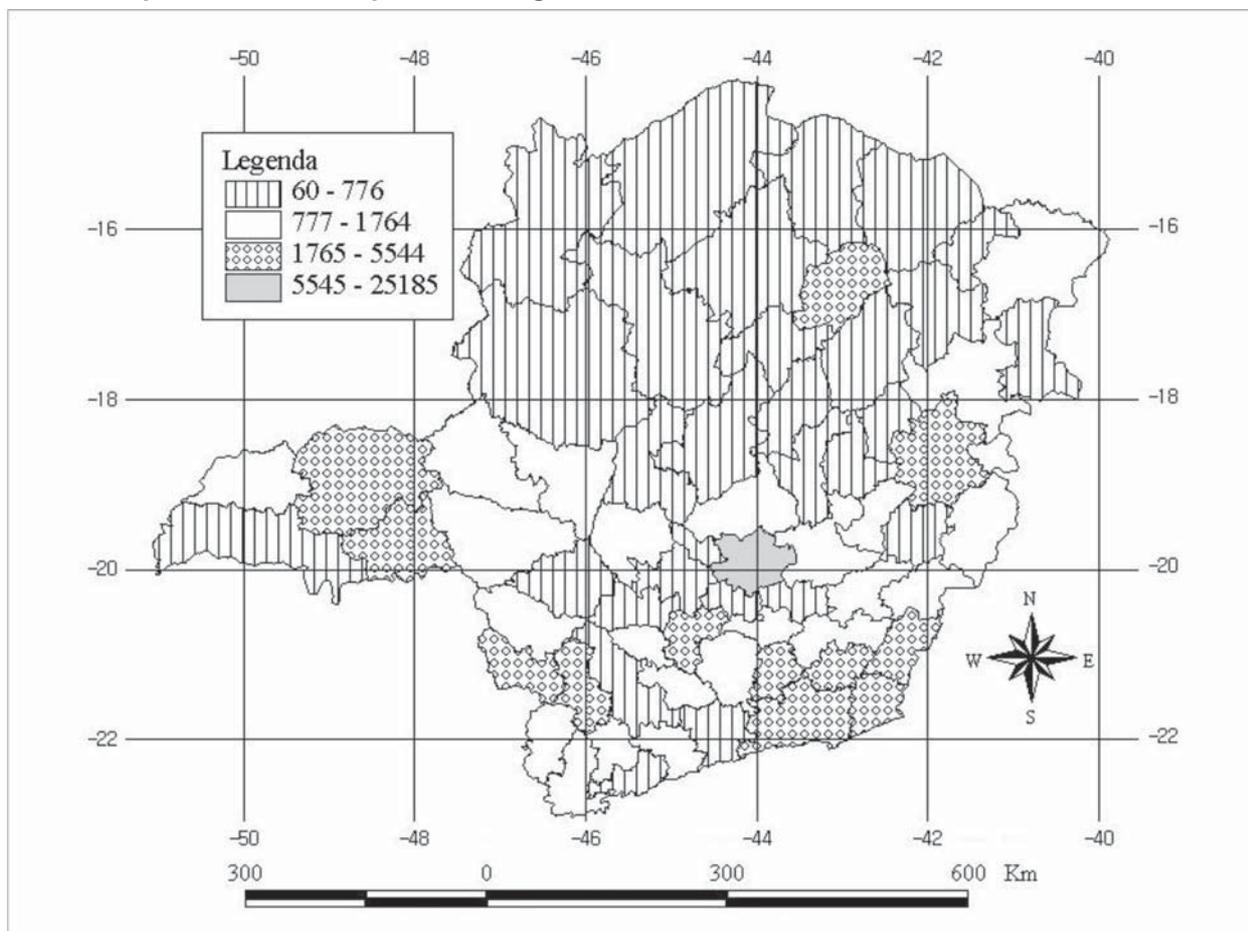
Em relação ao custo médio de internações, verifica-se também a desigualdade entre as microrregiões mineiras, pois, o maior custo de internações encontra-se na microrregião de Barbacena com o valor de R\$800,20, enquanto que o menor valor, R\$ 252,79, é encontrado na microrregião de Conceição do Mato Dentro (Figura 3).

Outra variável que comprova as diferenças entre as microrregiões mineiras é o número de médicos, sendo que a microrregião de Belo Horizonte conta com 18,21 médicos por mil habitantes, enquanto que a microrregião de Grão Mogol tem apenas 0,03 médicos por mil habitantes (Figura 4).

Parte dessas diferenças regionais pode ser também atribuída às disparidades no oferecimento de serviços de saúde. Pode-se dizer que a dificuldade de acesso aos serviços públicos de saúde, por parte da população, condiciona essa parcela da população em um nível social de menor desenvolvimento.

Em outras palavras, a busca pela redução das disparidades socioeconômicas deve passar, necessariamente, por melhorias na alocação de recursos de saúde, tendo, sempre, o referencial fornecido pelo princípio de equidade. Contudo, nos dados apresentados na Tabela 3, percebe-se que as

Figura 2
Leitos hospitalares no SUS, por microrregião mineira, 2003



Fonte: Ministério da Saúde/SE/DATASUS

Tabela 3
Coefficiente de variação de alguns indicadores de desenvolvimento socioeconômico nos municípios de Minas Gerais, no período de 1991 e 2000*

| Especificação | 1991 | 2000 |
|---------------------------------|--------|--------|
| IDHM** - Renda | 12,65 | 11,30 |
| IDHM** - Longevidade | 8,43 | 7,61 |
| Número de médicos por habitante | 185,60 | 170,23 |
| Mortalidade até 1 ano de idade | 29,55 | 36,22 |

Fonte: PNUD/IPEA/FJP (2003).

* O coeficiente de variação, expresso em porcentagem, é obtido pela razão entre a média e o desvio-padrão.

** IDHM = Índice de Desenvolvimento Humano Municipal.

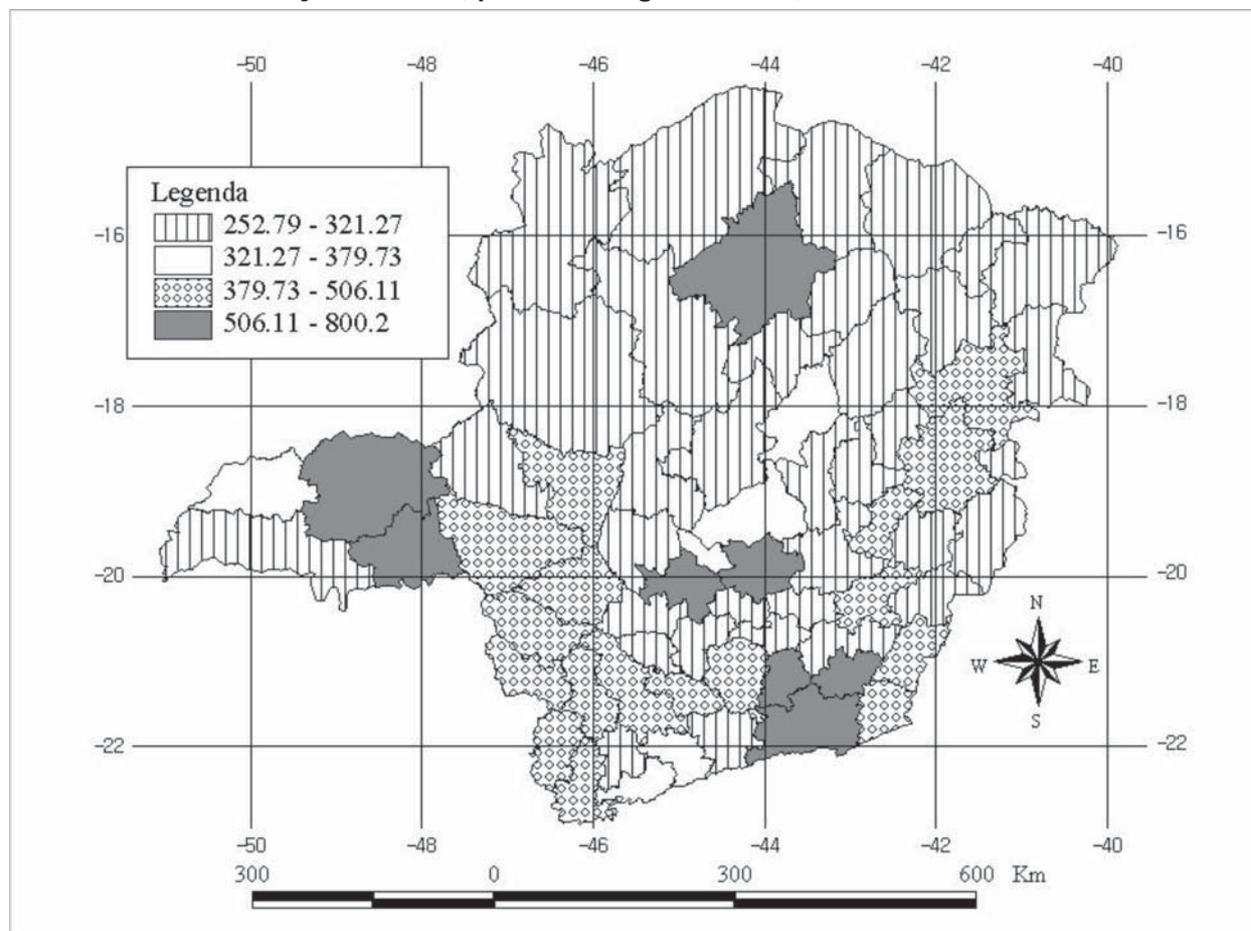
disparidades socioeconômicas regionais não sofreram redução significativa na última década.

No entanto, observa-se que, nos indicadores em que foram verificadas reduções na dispersão dos valores, essas reduções não foram significativas. Por outro lado, a dispersão de da mortalidade até 1

(um) ano de idade aumentou, resultado contrário àquele esperado na presença de políticas equitativas de alocação de recursos. Portanto, é necessário o conhecimento sobre as condições de vida da população, bem como a identificação e localização dos riscos a que está submetida, de modo a orientar o planejamento das ações a serem desenvolvidas. É importante que as condições de saúde sejam similares, em todas as microrregiões do estado, possibilitando a convergência na qualidade de vida entre as regiões. Esta é uma primeira etapa para garantir o desenvolvimento sustentável e igualitário em todo o estado e não apenas em pólos regionais.

Neste sentido, o presente trabalho teve como objetivo identificar grupos homogêneos de microrregiões em Minas Gerais, em relação a serviços de saúde, para que sejam reduzidas as fontes de desigualdades neste setor. Espera-se que os resulta-

Figura 3
Valor médio de internações no SUS, por microrregião mineira, 2003



Fonte: Ministério da Saúde/SE/DATASUS

dos contribuam para a avaliação dos efeitos de uma política pública de distribuição de recursos, com base em critérios que atendam às necessidades de cada microrregião, levando-se em consideração suas diferenças.

METODOLOGIA

Análise fatorial e análise de agrupamento

O princípio básico da análise fatorial é a redução do número original de variáveis, por meio da extração de *fatores* independentes, de tal forma que esses fatores possam explicar, de forma simples e reduzida, as variáveis originais.¹

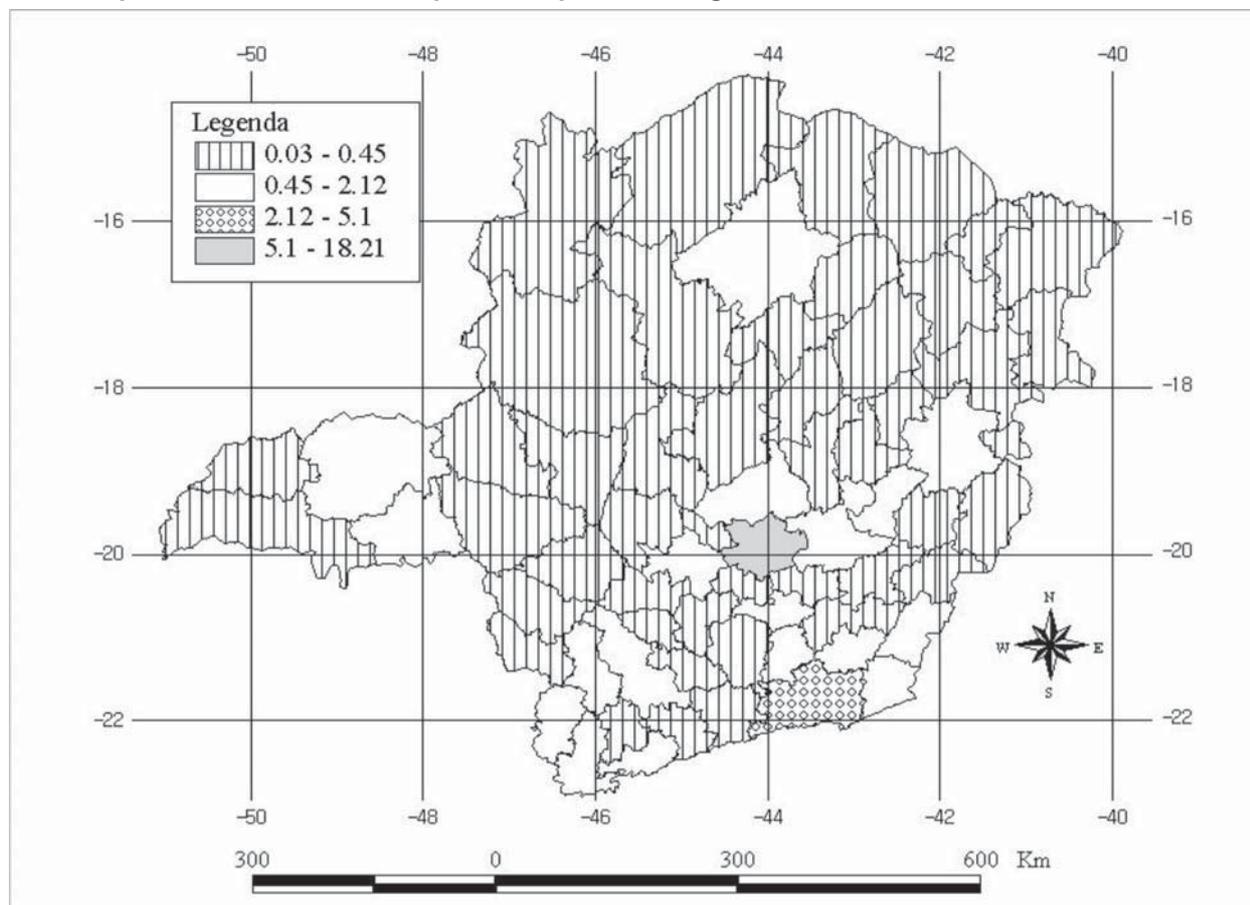
Geralmente a análise fatorial realiza-se através do método de componentes principais, que faz com que o primeiro componente/fator contenha o maior

percentual de explicação da variância total das variáveis da amostra, sendo que o segundo fator, por sua vez, contém o segundo maior percentual e assim por diante.

Portanto, cada fator consiste de uma combinação linear das variáveis originais padronizadas incluídas neste estudo. Na composição desses fatores, têm-se os seguintes princípios: as variáveis mais correlacionadas combinam-se dentro de um mesmo fator; as variáveis que compõem um fator são praticamente independentes das que compõem outros fatores; a derivação dos fatores processa-se no sentido de maximizar a percentagem de variância total relativa a cada fator consecutivo; e os fatores não são correlacionados entre si.

Procura-se, assim, determinar os coeficientes que relacionam as variáveis observadas com os fatores comuns. Esses coeficientes são denomina-

Figura 4
Médicos por 1000 hab contratados pelo SUS, por microrregião mineira, 2003



Fonte: Ministério da Saúde/SE/DATASUS

¹ Informações detalhadas sobre a análise fatorial podem ser encontradas em Kim e Muelher (1979) ou Manly (1986).

dos *cargas fatoriais* e desempenham a mesma função dos coeficientes de correlação. Para facilitar a interpretação dos fatores, é realizada uma rotação ortogonal pelo método Varimax, que procura minimizar o número de variáveis fortemente relacionadas a cada fator, possibilitando, assim, a obtenção de fatores mais facilmente interpretáveis.

O modelo de análise fatorial pode ser expresso, algebricamente, da seguinte forma:

$$X_i = a_{i1}F_1 + a_{i2}F_2 + \dots + a_{im}F_m + e_i \quad (1)$$

em que, X_i representa o i -ésimo escore da variável padronizada, com média zero e variância unitária ($i = 1, 2, \dots, m$); F_j indica os fatores comuns não correlacionados, com média zero e variância unitária; a_{ij} representa as cargas fatoriais; e e_i , o termo de erro que capta a variação específica de X_i não explicada pela combinação linear das cargas fatoriais com os fatores comuns.

O quadrado das cargas fatoriais representa a contribuição relativa de cada fator para a variância total de uma variável. A soma dessas cargas fatoriais ao quadrado, para cada variável, fornece a estimativa da comunalidade, que, por sua vez, indica a proporção da variância total de cada variável, que é explicada pelo conjunto de fatores comuns.

Para testar a adequabilidade do modelo de análise fatorial, geralmente utiliza-se a estatística de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e o teste de *Bartlett*. O KMO é um indicador, que compara a magnitude do coeficiente de correlação observado com a magnitude do coeficiente de correlação parcial. Levando-se em conta que os valores deste teste variam de 0 (zero) a 1 (um), pequenos valores de KMO (abaixo de 0,50) indicam a inadequabilidade da análise. Por sua vez, o teste de esfericidade de *Bartlett* serve para testar a hipótese nula de que a matriz de correlação é uma matriz identidade. Se esta hipótese for rejeitada, a análise pode ser realizada.

Na determinação do número de fatores necessários à representação do conjunto de dados, deve-se considerar a sua contribuição individual e adicional para a variância "explicada". Usualmente, consideram-se apenas os fatores cuja raiz característica é maior do que a unidade, isto é, aqueles que correspondem a uma proporção da variância

superior àquela atribuída a uma variável isolada. No entanto, não há critério definitivo para esta determinação, que é uma tarefa dos pesquisadores, cuja decisão se baseia na análise do significado descritivo dos fatores.

Após a determinação e interpretação dos fatores, é possível, finalmente, calcular os escores fatoriais para cada uma das microrregiões. Esses escores serão utilizados para identificar e agrupar as microrregiões em grupos homogêneos, por meio da análise de agrupamento.

A técnica de análise de agrupamento é utilizada para identificar e classificar unidades (variáveis ou objetos) em grupos distintos, de acordo com determinadas características, a partir de indicadores de semelhança (MANLY, 1986). No presente estudo, realizou-se a análise de agrupamento de objetos (microrregiões).

A análise de agrupamento utiliza o conceito de distância entre as unidades de classificação. Há diversos métodos para mensuração dessa distância, sendo mais utilizada a distância euclidiana. Assim, são selecionadas as variáveis a serem padronizadas e, em seguida, é construída uma matriz de distância euclidiana para o processo de agrupamento dos objetos. Esta distância é expressa, algebricamente, por

$$D_{AB} = \sqrt{\sum_{i=1}^m (X_{Aj} - X_{Bj})^2} \quad (2)$$

em que, D_{AB} é a medida de distância euclidiana do objeto A ao B; j é o indexador das variáveis. Quanto mais próxima de zero for a distância, maior a similaridade entre os objetos em comparação.

Há diversos métodos disponíveis para combinação dos objetos em grupos, os quais são classificados como hierárquicos e não-hierárquicos. Os métodos hierárquicos podem ser aglomerativos ou divisivos. Neste estudo, utilizou-se o método seqüencial, aglomerativo e hierárquico.

Para determinação do número de grupos a serem considerados, não há critério preestabelecido, sendo necessária a avaliação crítica dos pesquisadores em cada caso específico.

A análise fatorial e análise de agrupamento foram utilizadas para obter grupos de microrregiões homogêneas, pois, espera-se que haja similaridade nas

necessidades do setor de saúde da população nessas microrregiões. Com este procedimento, evita-se a comparação entre as microrregiões, onde a necessidade da população tem características diferentes, pois, os resultados poderiam não ser significativos, ou não corresponder à realidade dessas microrregiões. Para a determinação dos fatores capazes de diferenciar as microrregiões, foram utilizadas as seguintes variáveis, referentes ao ano de 2000:

- X₁ - Renda *per capita* (RPC);
- X₂ - Percentual de pessoas que vivem em domicílios com água encanada (Água);
- X₃ - Percentual de pessoas que vivem em domicílios urbanos com serviço de coleta de lixo (Lixo);
- X₄ - Percentual de pessoas que vivem em domicílios com rede geral de esgoto (Esgoto);
- X₅ - Índice de desenvolvimento humano (IDH);
- X₆ - Intensidade de pobreza (Pobreza);
- X₇ - Esperança de vida (EPV);
- X₈ - Valor médio de internações (VMI);
- X₉ - Taxa de mortalidade (TXM); e
- X₁₀ - Número de médicos *per capita* (Médico).

Estas variáveis foram obtidas junto ao Atlas de Desenvolvimento do Brasil do programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e Fundação João Pinheiro (FJP).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados são apresentados e discutidos em duas seções. Na primeira seção discute-se sobre o agrupamento das microrregiões, condição necessária para atender à necessidade de homogeneidade nas características de cada população.

Após separar as microrregiões em grupos homogêneos, na segunda seção realiza-se a caracterização dos grupos formados.

Obtenção das microrregiões homogêneas

No intuito de separar as sessenta e seis microrregiões do estado de Minas Gerais de acordo com suas semelhanças, foram utilizadas a análise fatorial e análise de agrupamento nos dados.

Quanto à análise fatorial, para agrupar as microrregiões, observa-se que o teste de esfericidade de *Bartlett*, com valor 894,598, mostrou-se significativo a 1%, rejeitando a hipótese nula de que a matriz de correlação é uma matriz identidade. Para a análise da adequabilidade da amostra, o teste de KMO apresentou um valor de 0,838, sendo que, de acordo com Hair *et. al.* (1995), os valores acima de 0,80 no teste KMO permitem classificar a adequação como acima da média ou meritória. Assim, de acordo com ambos os testes, conclui-se que a amostra de dados é passível de ser analisada por meio da análise fatorial.

A análise fatorial, via método de componentes principais, gerou dois fatores com raízes características maiores que um. Para facilitar a interpretação, realizou-se uma rotação ortogonal pelo método Varimax. Ressalta-se que a rotação não modifica a contribuição conjunta da variância dos fatores. A principal vantagem da rotação é permitir que os novos fatores se relacionem, mais claramente, com determinados grupos de variáveis, facilitando a análise da solução encontrada.

Portanto, os dois fatores obtidos são capazes de diferenciar as microrregiões, pois, em conjunto, explicam 85,9% da variância total dos dados. A contribuição individual dos fatores F1 e F2, na explicação da variância total dos indicadores utilizados, foi de 57,6% e 28,3%, respectivamente (Tabela 4).

Tabela 4
Raízes características da matriz de correlações simples para as microrregiões de Minas Gerais - 2000

| Fator | Raiz Característica | % da variância | % acumulada |
|-------|---------------------|----------------|-------------|
| 1 | 5,8 | 57,6 | 57,6 |
| 2 | 2,8 | 28,3 | 85,9 |

Fonte: Resultados da pesquisa.

Os dados apresentados na Tabela 5 permitem identificar os fatores que se relacionam com quais variáveis, ao exibir as cargas fatoriais, além de apresentar as comunalidades. A comunalidade mede a contribuição dos fatores para explicar a variância total da variável, sendo igual à soma dos quadrados das cargas fatoriais. Pode-se considerar que os fatores são capazes de explicar grande

Tabela 5
Cargas fatoriais e comunalidades, após a rotação ortogonal pelo método Varimax

| Variáveis | Cargas fatoriais | | Comunalidade |
|--|------------------|---------|--------------|
| | Fator 1 | Fator 2 | |
| Renda per capita (RPC) | 0,93 | 0,23 | 0,92 |
| Percentual de pessoas que vivem em domicílios com água encanada (Água) | 0,89 | 0,30 | 0,88 |
| Percentual de pessoas que vivem em domicílios urbanos com serviço de coleta de lixo (Lixo) | 0,87 | 0,28 | 0,83 |
| Percentual de pessoas que vivem em domicílios com rede geral de esgoto (Esgoto) | 0,77 | 0,53 | 0,87 |
| Índice de desenvolvimento humano (IDH) | 0,95 | 0,24 | 0,95 |
| Intensidade de pobreza (Pobreza) | -0,94 | -0,23 | 0,94 |
| Esperança de vida (EPV) | 0,89 | 0,13 | 0,81 |
| Valor médio de internações (VMI) | 0,10 | 0,90 | 0,82 |
| Taxa de mortalidade (TXM) | 0,32 | 0,81 | 0,75 |
| Número de médicos per capita (Médico) | 0,27 | 0,86 | 0,82 |

Fonte: Resultados da pesquisa.

parte da variância de cada série de dados, pois, todas as comunalidades são superiores a 0,7.

Desta forma, foi possível identificar dois fatores bem definidos, que possuem cargas fatoriais superiores a 0,7. O primeiro fator é composto por variáveis relacionadas à condição de vida da população de cada microrregião. Este fator está positivamente, correlacionado com as variáveis RPC, água, lixo, esgoto, IDH e EPV, mas, negativamente correlacionado com pobreza. Desta forma, as microrregiões que apresentam maiores condições sociais de vida possuem maiores escores fatoriais.

No segundo fator, predomina a condição de saúde da população, sendo que este fator possui correlação positiva com as variáveis VMI, TXM e médico. Esta relação indica que as microrregiões, que possuem oferta e demanda de serviços de saúde maiores, possuem maiores escores fatoriais.

De posse dos escores fatoriais de cada fator, para cada microrregião, realizou-se a análise de agrupamento. As distâncias foram obtidas pelo quadrado das distâncias euclidianas, pois, desta maneira,

Tabela 6
Microrregiões mineiras pertencentes a cada grupo segundo a análise de agrupamento

| Grupos | Microrregiões |
|---------|---|
| Grupo 1 | Aimorés, Alfenas, Andreândia, Araxá, Bom Despacho, Campo Belo, Cataguases, Cons. Lafaiete, Divinópolis, Formiga, Frutal, Itabira, Itaguara, Itajubá, Ituiutaba, Lavras, Manhuaçu, Muriaé, Oliveira, Ouro Preto, Pará de Minas, Paracatu, Passos, Patos de Minas, Patrocínio, Piuí, Poços. Caldas, Pouso Alegre, Santa Rita Sapucaí, São João Del Rei, São Lourenço, São Seb. Paraíso, Sete Lagoas, Três Marias, Ubá, Uberlândia, Unai e Varginha. |
| Grupo 2 | Almenara, Araçuaí, Bocaiúva, Capelinha, Caratinga, Conc. M. Dentro, Curvelo, Diamantina, Gov. Valadares, Grão Mogol, Guanhães, Ipatinga, Janaúba, Januária, Mantena, Montes Claros, Nanuque, Peçanha, Pedra Azul, Pirapora, Ponte Nova, Salinas, Teófilo Otoni e Viçosa. |
| Grupo 3 | Barbacena, Belo Horizonte, Juiz de Fora e Uberaba. |

Fonte: Resultados da pesquisa.

ra, foram potencializadas as diferenças entre as microrregiões. Dentre os métodos de agrupamento existentes, utilizou-se o método de ligações completas. A utilização deste agrupamento possibilitou a agregação das microrregiões em 3 grupos distintos, sendo 38 microrregiões no Grupo 1, 24 microrregiões no Grupo 2 e 4 microrregiões no terceiro grupo (Tabela 6 e Figura 5).

Devido à proximidade geográfica, optou-se por incluir as microrregiões do Grupo 3 no Grupo 1. Esta incorporação das microrregiões do grupo 3 no Grupo 1 é justificada pela semelhança nos valores das variáveis utilizadas na análise fatorial (Tabela 7).

Tabela 7
Valores médios das variáveis utilizadas para classificação dos três grupos

| Especificação | Grupos | | |
|---|--------|--------|--------|
| | 1 | 2 | 3 |
| Renda per capita (R\$/mês) | 217,86 | 114,04 | 210,48 |
| Domicílios com água encanada (%) | 92,89 | 62,61 | 93,50 |
| Domicílios com coleta de lixo (%) | 92,55 | 67,25 | 91,37 |
| Domicílios com rede geral de esgoto (%) | 68,95 | 35,20 | 80,55 |
| Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) | 0,75 | 0,66 | 0,75 |
| Intensidade de pobreza | 36,32 | 51,78 | 38,87 |
| Esperança de vida ao nascer | 71,48 | 66,74 | 70,69 |
| Valor médio de internações (R\$) | 314,70 | 281,68 | 617,48 |
| Taxa de mortalidade | 2,87 | 2,17 | 4,02 |
| Médicos per capita | 0,002 | 0,001 | 0,005 |

Fonte: Resultados da pesquisa.

Observando-se os dados da Tabela 7, percebe-se que as microrregiões pertencentes ao Grupo 3 assemelham-se mais ao Grupo 1 do que ao Grupo 2. Desse modo, o conjunto de microrregiões pertencentes ao Grupo 1 e ao Grupo 3, passando a ser denominado de Grupo 1, composto de quarenta e duas microrregiões, e o Grupo 2, composto por vinte e quatro microrregiões, conforme ilustrado na Figura 6.

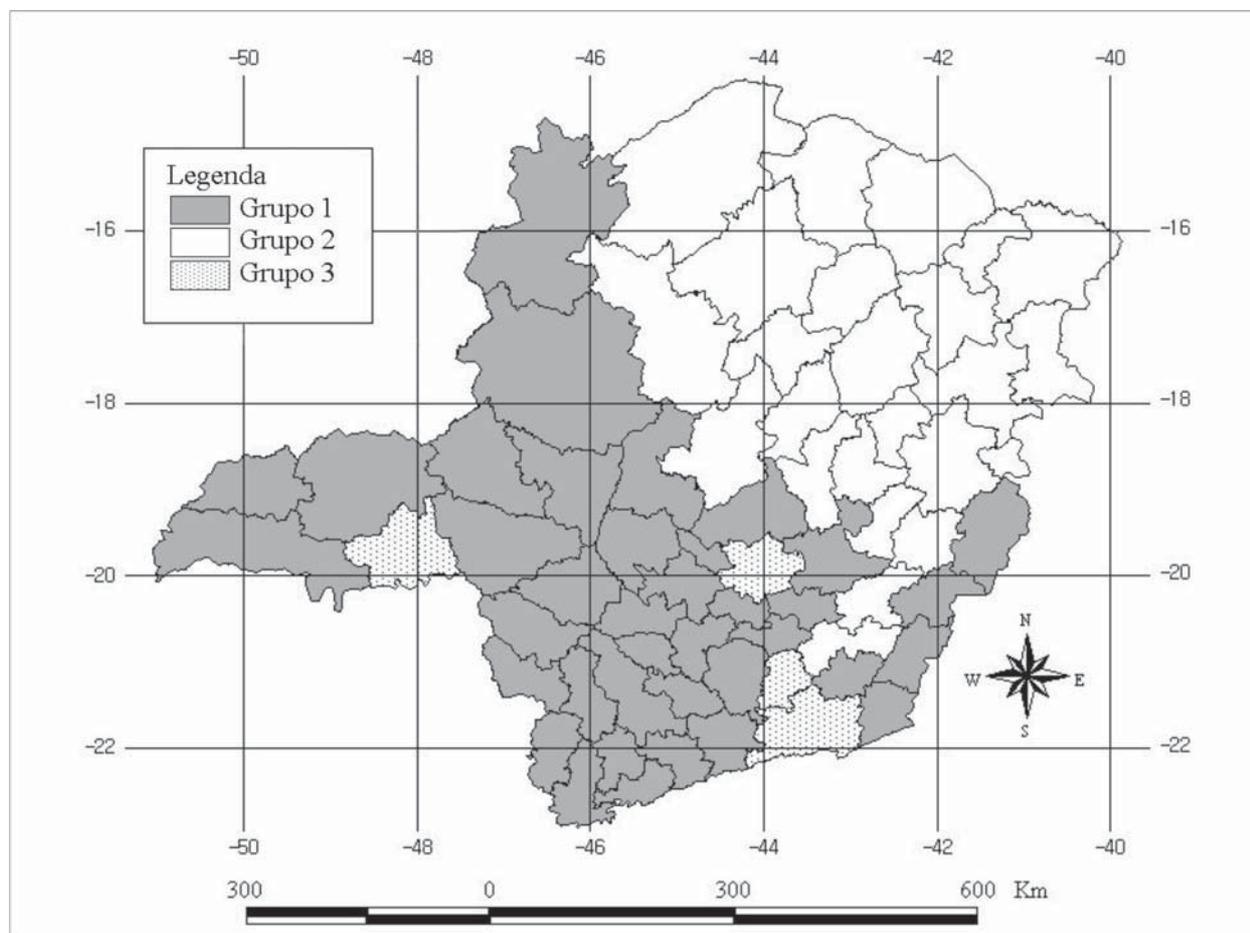
Fazem parte do Grupo 1 todas as microrregiões pertencentes às mesorregiões Campos das Vertentes (3), Noroeste (2), Oeste de Minas (5), Sul de Minas (10) e Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba (7). Além dessas, fazem parte do grupo duas microrregiões pertencentes à mesorregião Central Mineira, sete microrregiões pertencentes à mesorregião Metropolitana, cinco microrregiões pertencentes à mesorregião da Zona da Mata e uma microrregião pertencente à mesorregião do Vale do Rio Doce.

No Grupo 2 fazem parte as duas microrregiões pertencentes à mesorregião do Vale do Mucuri, as sete microrregiões pertencentes ao Norte de Minas, as cinco pertencentes ao Jequitinhonha, seis microrregiões pertencentes ao Vale do Rio Doce, uma microrregião da Central Mineira, uma da Metropolitana e duas da Zona da Mata.

Caracterização dos grupos de microrregiões homogêneas

Após separar as microrregiões em grupos homogêneos, passa-se, agora, a caracterizar os grupos formados, no intuito de validar o agrupamento realizado. É importante salientar que o objetivo da separação das microrregiões não é fazer uma comparação entre os grupos, mas sim mostrar que o estado de Minas Gerais possui grupos homogêneos.

Figura 5
Microrregiões mineiras pertencentes a cada grupo.



Fonte: Resultados da pesquisa

os e que são necessárias políticas públicas diferenciadas para cada grupo, e que, com isso, seja reduzidas as disparidades regionais entre as microrregiões pertencentes ao mesmo grupo.

Caracterização dos grupos de microrregiões segundo variáveis socioeconômicas

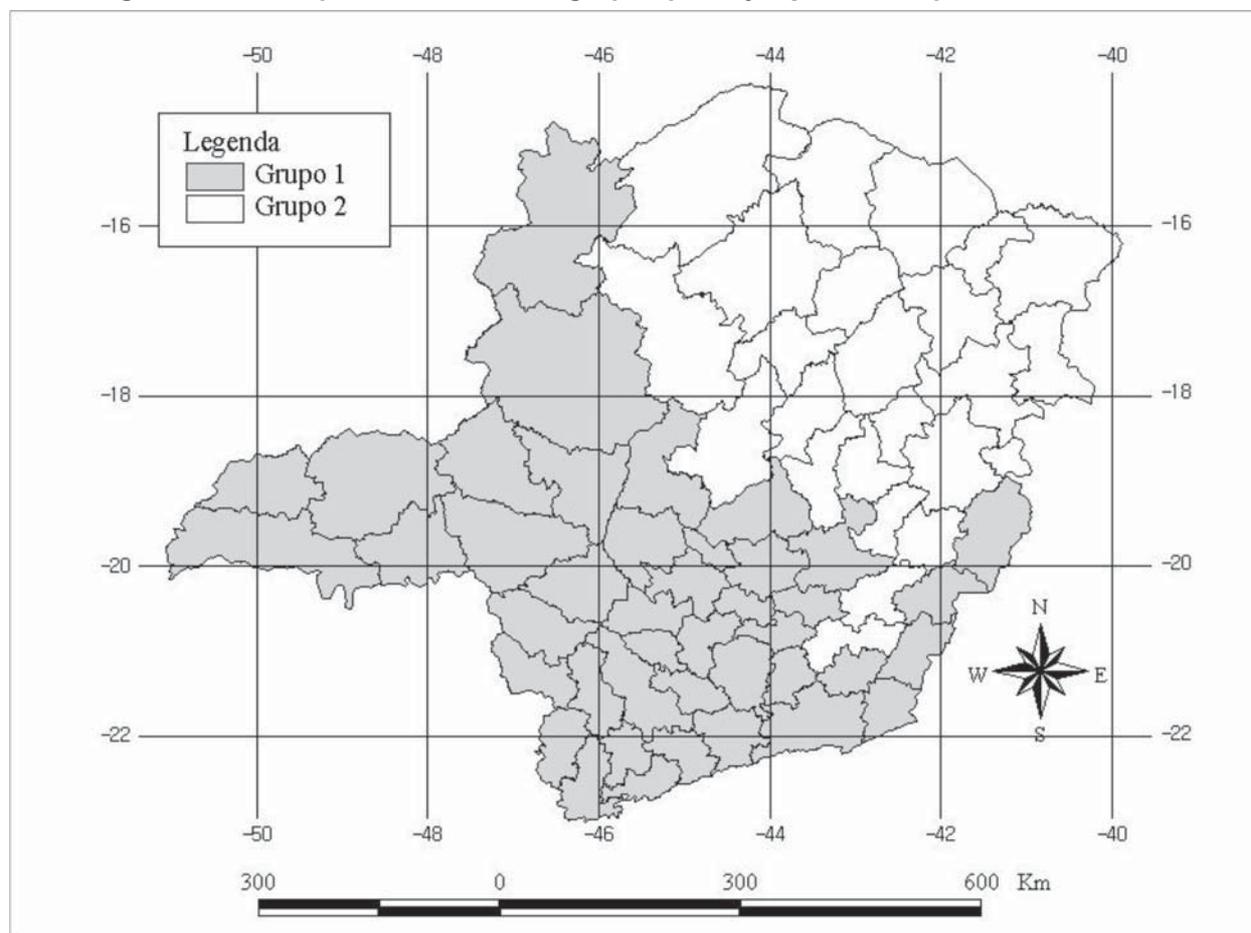
Do total da população mineira em 2000, 74% estão compreendidas no Grupo 1 e 26% no Grupo 2. O IDH médio do Grupo 1 é 0,75 e do Grupo 2 é 0,66, sendo que nos dois grupos, entre os subíndices que compõem o IDH. O subíndice de Educação foi que apresentou a maior taxa, sendo este subíndice no Grupo 1 maior do que no Grupo 2. Mesmo nos outros dois subíndices do IDH, renda e longevidade, o Grupo 1 apresentou maiores índices do que o Grupo 2. Em relação à taxa de al-

fabetização, o Grupo 1 é maior do que o Grupo 2, sendo esta taxa de 86,38% e 73,71%, respectivamente, no Grupo 1 e Grupo 2. A probabilidade de sobrevivência até 60 anos dos grupos é outra variável em que o Grupo 1 apresentou um valor maior do que o Grupo 2 (Tabela 8).

Vale ressaltar que não é intuito deste trabalho fazer uma comparação entre os grupos, apesar de o Grupo 1, em relação as variáveis da Tabela 8, apresentar valores maiores do que o Grupo 2. Este fato indica que as microrregiões que compõem o Grupo 1 apresentam condições sociais melhores do que as microrregiões que compõe o Grupo 2.

A idéia desta pesquisa é mostrar a importância de se incorporar as questões específicas de desigualdades existentes entre as microrregiões de Minas Gerais, na alocação de recursos do SUS, uma vez que a forma de distribuição destes recursos

Figura 6
Microrregiões mineiras pertencentes cada grupo após a junção do Grupo 1 e 3



Fonte: Resultados da pesquisa

Tabela 8
Comparação dos grupos de microrregiões homogêneas de Minas Gerais, dados referentes ao de 2000

| Especificação | Grupos | |
|--|------------|-----------|
| | 1 | 2 |
| IDH | 0,75 | 0,66 |
| IDH-Educação | 0,82 | 0,74 |
| IDH-Longevidade | 0,77 | 0,70 |
| IDH-Renda | 0,66 | 0,55 |
| Taxa de alfabetização (%) | 86,38 | 73,71 |
| Probabilidade de sobrevivência até 60 anos (%) | 82,03 | 73,73 |
| Taxa mortalidade até cinco anos de idade (%) | 27,36 | 44,01 |
| População (hab.) | 13.317.537 | 4.575.957 |

Fonte: Resultados da pesquisa.

tem como base apenas a população de cada município, e a população referenciada, ou seja, a população de municípios que utilizam os serviços de saúde dos municípios vizinhos.

Assim, como se verificou que em Minas Gerais existem dois grupos homogêneos, espera-se este trabalho sirva de apoio aos tomadores de decisão na hora da alocação de recursos do SUS, e que as disparidades existentes sejam reduzidas e a equidade nos serviços de saúde aumente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou identificar as diferenças existentes, nas sessenta e seis microrregiões do estado de Minas Gerais, relacionadas a variáveis socioeconômicas e outras relacionadas à saúde da população de cada microrregião. No primeiro momento, três grupos foram criados. Para a análise seguinte, foram considerados dois grupos. Considerando que o terceiro grupo apresentou características homogêneas com o Grupo 1, fez-se a junção destes grupos.

Após a formação dos grupos, desenvolveu-se uma caracterização dos grupos, no intuito de validar o agrupamento realizado. E, através desta caracterização, concluiu-se que são necessárias políticas públicas diferenciadas para cada grupo, e com isto sejam reduzidas as disparidades regionais entre as microrregiões pertencentes ao mesmo grupo.

Assim, este trabalho conclui que no estado de Minas Gerais a alocação de recursos do SUS não deve

levar em consideração apenas a população, mas sim outras variáveis que incorporem as diferenças de cada grupo. Sugere-se que mudanças de regras de alocação poderiam ser alcançadas por meio de incorporação de variáveis que levem em consideração as disparidades existentes entre os grupos formados.

Portanto, acredita-se que estes resultados sejam imprescindíveis para os tomadores de decisão, no sentido que sejam adotadas políticas coerentes com as necessidades de gestão do setor de saúde, por meio das quais seja garantido à população mineira um serviço de saúde mais eficiente, contribuindo, assim, para que a economia do estado de Minas Gerais se desenvolva mais rapidamente.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde - Banco de dados DATASUS [09/05/2006]. (<http://www.datasus.gov.br/>)

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. Centro de Estudos Econômicos e Sociais. *Alocação equitativa de recursos para atenção básica: Uma proposta para redistribuição de recursos entre microrregiões e municípios de Minas Gerais*. Belo Horizonte, 2003. [20/01/2006]. (<http://www.fjp.gov.br/>)

HAIR, J.F.; ANDERSON, R.E.; TATHAM, R.L.; BLACK, W.C. *Multivariate Data Analysis: With Readings*. Prentice Hall, New Jersey, 1995.

KIM, J.O; MUEHLER, C.W. *Introduction to factor analysis: What it is and how to do it*. Beverly Hills: SAGE, 1978. 79 p. (Series quantitative Applications in the Social Science, 7-13).

MANLY, B.F.J. *Multivariate statistical methods – a primer*. New York: Chapman and Hall, 1986. 159 p.

NORONHA, K. V. M. S; *Dois ensaios sobre desigualdade social em saúde*. Dissertação (Mestrado em Economia). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001. [10/01/2005]. (<http://www.cedeplar.ufmg.br/>)

NORONHA, K. V. M. S; ANDRADE, M.V. *Desigualdade social no acesso aos serviços de saúde na Região Sudeste do Brasil*. 2002. [10/01/2005]. (<http://www.cedeplar.ufmg.br/diamantina2002/textos/D40.PDF>)

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD), INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA), FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO (FJP). *Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil*. 2003. CD-ROM. (<http://www.pnud.org.br>)

SOUZA, R.R. *Construindo o SUS - A lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo*. Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social da UERJ. 2002. Dissertação. (Mestrado em Administração de Saúde) [14/02/2006]. (<http://dtr2001.saude.gov.br>)

Metodologia de alocação equitativa de recursos estaduais para os serviços hospitalares em Minas Gerais

Mônica Viegas Andrade*, Sueli Moro**, Kenya Noronha***, Edite Novais da Mata Machado****, Ana Carolina Maia*****

Resumo

Uma preocupação recorrente entre os formuladores de políticas públicas é a redução das iniquidades. No caso da Saúde, em que grande parte dos recursos que lhe são destinados é oriunda de transferências entre as esferas governamentais, a definição de metodologias de distribuição de recursos que sejam equitativas é fundamental para garantir uma alocação que garanta nível de bem estar social mais elevado. Este artigo propõe uma metodologia de alocação equitativa de recursos para cuidados hospitalares de média complexidade. A metodologia busca incorporar cinco aspectos: diferenças na estrutura demográfica, diferenças no perfil epidemiológico, diferenças na capacidade de financiamento das regiões, diferenças nas condições de acesso e diferenças na infra-estrutura de oferta. Apresentamos uma aplicação para a distribuição de recursos da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Minas Gerais para as microrregiões de saúde definidas pela própria Secretaria.

Palavras-chave: equidade, alocação de recursos, hospitais, Minas Gerais.

Abstract

A recurrent concern among the creators of public policies, is the reduction of the iniquities. Considering Health, where a big part of the resources come from transferences made between governmental sectors, the definition of methodologies for equitable resource distribution is fundamental to assure an allocation that will guarantee a higher social welfare. This paper suggests an equitable allocation methodology of resources for medium complexity hospital services. The methodology aims to incorporate five aspects: differences in the demographic structure, differences in the epidemiologic profile, differences in the regions' financing capacity, differences in the access condition, and differences in the supply infrastructure. We present an application for the distribution of resources by the Health State Department of the State of Minas Gerais for health micro-regions defined by the same department.

Keywords: equity, allocation of resource, hospitals, Minas Gerais.

INTRODUÇÃO

O estado de Minas Gerais é caracterizado pela presença de fortes desigualdades sociais e regionais que se refletem no setor Saúde, tanto no que se refere aos resultados epidemiológicos e de

morbidade, como na distribuição de serviços desse setor entre as localidades. Essas desigualdades tornam relevante a elaboração de políticas públicas que busquem melhorar as condições de acesso aos serviços de saúde. Atualmente, as políticas de investimento na oferta dos serviços de saúde e de repasse dos recursos de custeio são muito dependentes das condições socioeconômicas de cada município, tendendo a favorecer localidades mais desenvolvidas. A alocação de recursos federais de saúde para os estados e municípios brasileiros está baseada em dois critérios, de acordo com o tipo de cuidado médico considerado. Para os servi-

* Professora Adjunta do Departamento de Ciências Econômicas da UFMG. Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Economia da UFMG (CEDEPLAR-UFMG). mviegas@cedeplar.ufmg.br.

** Professora Adjunta do Departamento de Ciências Econômicas da UFMG (CEDEPLAR-UFMG).

*** Professora Adjunta do Departamento de Ciências Econômicas da UFMG (CEDEPLAR-UFMG).

**** Pesquisadora da Fundação João Pinheiro/MG. edite.machado@fjp.mg.gov.br.

***** Pesquisadora da UFMG (CEDEPLAR-UFMG).

ços de atenção básica, a alocação dos recursos é realizada em função do tamanho da população, enquanto que a distribuição dos recursos para os serviços hospitalares ocorre de acordo com a oferta existente. Essas políticas desconsideram as características de morbidade e socioeconômicas da população, o que contribui para acirrar as desigualdades na alocação e no acesso aos recursos de saúde entre as regiões. Nesse sentido, cabe ao Estado coordenar a distribuição dessa oferta, identificando localidades que não conseguem atender a demanda de sua população.¹

No estado de Minas Gerais, critérios de equidade têm sido considerados pelos gestores de políticas públicas. Com o objetivo de reduzir as iniquidades no acesso aos serviços de saúde, a Secretaria Estadual de Saúde desenvolveu um método de alocação equitativa concretizado na construção do Fator de Alocação (FA) de recursos para os municípios.² Essa proposta metodológica tem sido utilizada na alocação de recursos estaduais para serviços de atenção básica.

O objetivo deste trabalho é dar continuidade à elaboração de critérios que priorizem uma alocação equitativa de recursos estaduais. Em particular, desenvolveremos uma metodologia de alocação equitativa para os cuidados hospitalares de média complexidade. A construção de uma metodologia específica para este setor decorre das particularidades da produção dos serviços hospitalares, diferindo-a da produção dos serviços de atenção básica. Os serviços hospitalares, sobretudo, os cuidados de média e alta complexidade, são caracterizados pela presença de economias de escala e de escopo, o que pode comprometer a eficiência do seu provimento.

Nesse trabalho, como estamos considerando como unidade de análise a microrregião de saúde

definida pela Secretaria de Estado da Saúde (SES/MG), a necessidade de uma escala populacional estaria garantida. A desagregação municipal, conforme indicada na metodologia aplicada para os serviços de atenção básica, pode resultar em uma distribuição ineficiente para os cuidados hospitalares, especialmente em Minas Gerais, tendo em vista a elevada quantidade de municípios de pequeno porte. Apesar de a unidade de análise microrregional garantir escala populacional, é importante ressaltar que a metodologia aqui proposta não estabelece critérios para quantidade de hospitais, porte e perfil de cada unidade hospitalar, assim como a alocação entre hospitais de cada microrregião. Para tanto, é necessário o desenvolvimento de estudos sobre eficiência hospitalar, que dependem da estrutura desses serviços em cada hospital e em cada microrregião. Esta questão será contemplada em uma outra etapa desta pesquisa.

A análise aqui apresentada refere-se apenas aos recursos destinados aos procedimentos de média complexidade. Para os procedimentos de alta complexidade, as políticas de alocação de recursos desenvolvidas pela SES/MG são formuladas na esfera macrorregional, devido às especificidades desses cuidados, que requerem uma escala populacional maior para seu provimento.

REVISÃO DA LITERATURA

Evidências internacionais

A preocupação com o desenvolvimento de métodos de alocação equitativa dos recursos de saúde se deve à importância da saúde na prosperidade e bem-estar dos indivíduos. Quanto maior o nível de saúde maior a disposição para o trabalho, o que evidencia uma correlação positiva entre o nível de saúde individual e a produtividade e nível de renda. Assim, a maioria dos governos tem como objeto de política de saúde organizar a oferta e o financiamento de alguns desses bens e serviços, de forma a garantir um acesso equitativo a toda a população. Nos países desenvolvidos como Bélgica, Austrália, Canadá e Itália, essa preocupação tem dado origem a metodologias de alocação de recursos que considerem critérios de equidade (RICE;

¹ Diversos estudos realizados para o Brasil apontam para uma desigualdade na distribuição de recursos federais entre as regiões, com as regiões Sudeste e Sul as mais favorecidas pelo atual sistema de alocação de recursos de saúde (PORTO *et al*, 2001). Além disso, alguns trabalhos têm apontado a presença da desigualdade social no acesso aos serviços desse setor favorável às camadas mais ricas da população. Essa desigualdade parece ser mais evidente quando se consideram os cuidados preventivos de saúde (NORONHA; ANDRADE, 2001).

² O FA considera as necessidades relativas de cuidados com a saúde e a capacidade relativa de autofinanciamento (porte econômico) do município, sendo composto pela média simples do Índice de Necessidade em Saúde (INS) e do Índice de Porte Econômico (IPE), que serão explicados mais adiante.

SMITH, 1999). Entretanto, a principal dificuldade na definição dessas metodologias tem sido encontrar indicadores capazes de medir, de forma abrangente, a necessidade de cuidados com a saúde de uma população.

A metodologia de alocação desenvolvida para o caso inglês constitui-se no paradigma dessa literatura. A primeira proposta surgiu em 1975, com o desenvolvimento de uma fórmula de alocação regional de recursos que ficou conhecida como *Resource Allocation Working Party* (RAWP). A fórmula baseia-se em critérios que refletem as necessidades da população em substituição daqueles que vinham sendo adotados, os quais eram baseados na oferta, na demanda e na aplicação histórica.

O RAWP é construído em três etapas, sendo a primeira a definição da distribuição de recursos, com base nas diferenças na estrutura demográfica de cada região. Esse procedimento resume-se em atribuir a cada categoria de sexo e idade a taxa de utilização nacional média respectiva à categoria, obtendo-se dessa forma a utilização esperada de um determinado serviço para cada região. As demais etapas são um refinamento dessa distribuição original, e incluem outros parâmetros importantes na determinação da necessidade de saúde da população. A segunda etapa corresponde a uma correção para as diferenças de necessidade, empregando-se como *proxy* a taxa de mortalidade padronizada (SMR).³ Essa última é definida como a razão entre a taxa de mortalidade de uma região e a taxa nacional. Assim, regiões que possuam taxa de mortalidade maior que a média nacional tenderão a receber mais recursos, pois o fator de correção dessas regiões é maior do que 1. Finalmente, a terceira etapa consiste no ajuste para as diferenças regionais nos custos de provimento dos serviços de saúde, como, por exemplo, diferenças nos custos de transporte, honorários médicos, etc.

A principal crítica à especificação original da fórmula RAWP refere-se à utilização da mortalidade como *proxy* de necessidade. Argumenta-se que a SMR não reflete variações nas morbidades associ-

adas com as condições socioeconômicas. Além disso, existem várias doenças que raramente são causas de morte, mas que, no entanto, geram uma procura elevada pelos serviços de saúde e requerem um volume expressivo de recursos. Outra crítica diz respeito à falta de fundamentação empírica para a relação linear entre a necessidade de recursos e as SMRs, estabelecida pela fórmula RAWP. A revisão do RAWP, realizada em 1985, procurou promover alterações fundamentando-se numa base mais empírica. A nova fórmula ficou conhecida como “fórmula de capitação ponderada”, e teve como principal mudança o emprego da raiz quadrada das taxas de mortalidade padronizadas para o ajustamento segundo necessidades.

Atualmente, a fórmula RAWP não é mais aplicada como critério alocativo na Inglaterra. Carr-Hill e outros (1994) propuseram um modelo de demanda de serviços de saúde onde a utilização desse tipo de serviços é tomada como *proxy* de necessidade. Segundo esse modelo, a utilização é estabelecida pelas variáveis de morbidade e socioeconômicas e pela oferta dos serviços de saúde. Para corrigir a endogeneidade, o modelo é estimado pelo método dos mínimos quadrados em dois estágios. A dificuldade na implementação de modelos de demanda (utilização) como medida de necessidade de saúde, compreende a determinação simultânea da oferta e do uso dos serviços de saúde. Para estimar a necessidade através da utilização dos serviços de saúde duas condições precisam ser satisfeitas: a primeira é a eliminação do efeito da oferta, de forma a obter apenas a parte da utilização atribuível às necessidades. A segunda se refere à necessidade de que haja igualdade de acesso entre os diferentes grupos sociais. No caso brasileiro, a falta de uniformidade no acesso aos serviços de saúde dificulta a adoção da utilização como medida de necessidade. Os principais resultados desse estudo mostraram que, além das taxas de mortalidade padronizadas, existem outros indicadores relevantes para medir a demanda, como por exemplo, a morbidade auto-avaliada, além de fatores socioeconômicos.

Além da Inglaterra, outros países desenvolvidos têm buscado construir fórmulas de capitação de recursos. Na Itália, desde a criação do Sistema Nacional de Saúde, em 1980, foram realizadas diversas

³ O RAWP padroniza ainda essas taxas de mortalidade por grupos de idade e sexo, e pela Classificação Internacional de Doenças. Essas últimas padronizações foram abandonadas a partir da revisão do RAWP na década de 80.

tentativas para elaborar um método de distribuição eqüitativa de recursos entre as regiões. Em 1996, estabeleceu-se um novo critério de alocação, em substituição ao método de capitação simples, adotado desde 1992. Esse novo método, bastante similar ao inglês, considera o tamanho populacional, a estrutura demográfica e medidas de necessidade em saúde para a distribuição dos recursos de saúde. As variáveis de necessidade consideradas são as taxas de mortalidades padronizadas para os indivíduos com menos de 75 anos, indicadores epidemiológicos e indicadores específicos de determinadas localidades. A estimativa dos recursos a serem distribuídos do governo central para cada localidade é realizada separadamente para cada tipo de cuidado e, depois, somada.

No Canadá, os recursos federais são alocados segundo critérios *per capita* para cada uma das províncias. Estas, por sua vez, distribuem os recursos para as autoridades regionais, segundo seus próprios critérios de alocação. Na maior parte das províncias, a alocação baseia-se na adoção de dois critérios, em função do tipo de cuidado considerado. Para os serviços médicos ambulatoriais, os recursos são distribuídos com base no sistema *fee-for-service*, ou seja, conforme os procedimentos médicos realizados. Para os serviços de internação hospitalar, a distribuição é determinada através de negociações entre a província e o provedor. Essa forma de alocação, entretanto, não leva em conta aspectos relacionados à necessidade em saúde. Recentemente, algumas localidades têm procurado adotar metodologias que preencham essa lacuna. Em Quebec, a fórmula de capitação de recursos utiliza uma metodologia similar àquela desenvolvida pelo sistema de saúde inglês. Em Alberta, desde 1997/98, usa-se o Modelo de Financiamento Baseado na População, metodologia que consiste em classificar os indivíduos em grupos, segundo estrutura etária e sexo, etnia (proporção de aborígenes) e classes de renda. A partir dessa classificação, é construída uma matriz de contingência, cujas células representam grupos populacionais mutuamente exclusivos. Para cada um desses grupos, estima-se a utilização por tipo de serviço de saúde que, combinada com as informações dos custos por unidade de serviços da província, determina

a quantidade total de recursos a ser alocada para cada autoridade regional de Saúde.

Evidências nacionais

No Brasil, o debate sobre a eqüidade no acesso aos serviços de saúde e na alocação de recursos é recente, apesar de a questão estar presente na Constituição Federal de 1988 e nas Normas Operacionais Básicas (NOBs) do Sistema de Saúde. Atualmente, os princípios que norteiam a distribuição dos recursos federais de Saúde para os estados e municípios baseiam-se nas características da oferta (no caso dos serviços de internação) e no tamanho da população (no caso dos serviços de atenção básica). Como consequência, as localidades mais desenvolvidas, que apresentam melhores indicadores de saúde e socioeconômicos, recebem uma parcela maior de recursos, o que contribui para acentuar as desigualdades sociais no acesso aos serviços desse setor.

Mais recentemente, foram desenvolvidos alguns trabalhos com o objetivo de construir metodologias de alocação que levem em consideração as diferenças nas necessidades de cuidados entre os estados e municípios. Com base nos modelos de análise da situação de saúde e condições de vida, desenvolvidos por Castellanos (1991) e Breilh e Gandra (1986), Heimann e outros (2002) construíram dois indicadores de necessidade: o Índice de Condições de Vida e de Saúde e o Índice de Respostas do Sistema. O Índice de Condições de Vida e Saúde (ICVS) é composto pela média aritmética de cinco indicadores sintéticos: biológico, renda, habitação, educação e oferta dos serviços de saúde. O Índice de Resposta do Sistema de Saúde (IRSS) é composto por um conjunto de indicadores que medem os resultados das ações dos serviços e do sistema de saúde. Segundo Heimann e outros (2002), as medidas que melhor representam esses resultados são os indicadores de mortalidade por causas evitáveis, definidas como mortes desnecessárias, que ocorrem prematuramente. Agregam-se a esse conceito as causas de mortes que poderiam ter sido evitadas através do intermédio de alguma ação de saúde. A soma do ICVS e do IRSS forne-

ce um fator de equidade, que pode ser utilizado para alocar os recursos financeiros do SUS.

A construção desse indicador, entretanto, apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar, as informações de mortalidade para alguns municípios não são confiáveis. Para esses municípios, Heimann e outros (2002) optaram por construir apenas o ICVS, sugerindo que nesse caso, a alocação de recursos se baseasse somente nesse critério. Em segundo lugar, a fórmula de alocação atribui peso igual a cada um dos indicadores construídos (ICVS e IRSS), procedimento que carece de fundamentação empírica.

Porto e outros (2001) construíram uma fórmula de alocação dos recursos federais de saúde destinados para custeio, não sendo considerados os recursos para investimento. A análise foi realizada separadamente para os serviços hospitalares e ambulatoriais, discriminando os serviços hospitalares em internações de curta permanência, de longa permanência, psiquiátricas, de reabilitação e obstétricos. As unidades geográficas consideradas foram as capitais dos 26 estados, o Distrito Federal, os municípios com mais de 200 000 habitantes e as áreas geográficas correspondentes ao conjunto dos demais municípios para cada unidade federativa, totalizando 134 unidades geográficas determinadas a partir do censo de 2000. Inicialmente, os autores empregaram a metodologia desenvolvida por Carr-Hill e outros (1994) para mensurar a necessidade de cuidados referentes à saúde. A utilização dessa metodologia, entretanto, não se mostrou adequada para o caso brasileiro. Os resultados encontrados apresentaram sinais negativos para os coeficientes das variáveis de necessidade nos dois tipos de serviços de saúde analisados, sugerindo que as regiões com os piores indicadores de saúde deveriam receber menos recursos. Isso ocorre devido à desigualdade social no acesso aos serviços de saúde, indicando a existência de uma demanda não atendida pelos grupos socioeconômicos mais baixos. Os autores sugeriram, então,

Com o objetivo de reduzir as iniquidades no acesso aos serviços de saúde, a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais desenvolveu um método de alocação equitativa concretizado na construção do Fator de Alocação de recursos para os municípios (FA), a ser utilizado em diferentes propostas de políticas de saúde

um método alternativo para estimar um fator de necessidade em saúde para o Brasil. O indicador foi construído empregando-se o método de análise de componentes principais. Foram encontrados dois fatores caracterizando, respectivamente, as condições socioeconômicas e de mortalidade infantil e a situação de mortalidade geral. O índice de necessidade foi obtido a partir da média ponderada desses dois fatores, tomando-se como ponderação o percentual total da variância explicado por cada fator.

Para o estado de Minas Gerais, os estudos existentes baseiam-se nesta metodologia proposta por Porto e outros (2001). Machado e outros (2003) elaboraram um indicador de ne-

cessidade de cuidados com a saúde para a alocação de recursos provenientes do Piso de Atenção Básica (PAB). O indicador composto foi obtido através da análise fatorial por componentes principais e o resultado da análise deu origem a um único fator de necessidade, com poder explicativo de 80% da variância total das regiões. O fator calculado apresentou uma relação positiva com as variáveis taxa de analfabetismo, proporção da população na área rural e coeficiente de mortalidade infantil, e uma relação negativa com o percentual de domicílios com abastecimento de água e servidos de esgoto.

Com o objetivo de reduzir as iniquidades no acesso aos serviços de saúde, a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais desenvolveu um método de alocação equitativa concretizado na construção do Fator de Alocação de recursos para os municípios (FA), a ser utilizado em diferentes propostas de políticas de saúde. O FA considera as necessidades relativas de cuidados com a saúde e a capacidade relativa de autofinanciamento (porte econômico) do município, sendo composto pela média simples do Índice de Necessidade em Saúde (INS) e do Índice de Porte Econômico (IPE). O INS é um indicador composto por um conjunto de seis variáveis epidemiológicas e socioeconômicas, que foram combinadas através de uma análise estatística multivariada (análise fatorial por componentes prin-

cipais) para compor o INS. O Índice de Porte Econômico (IPE) corresponde ao logaritmo do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) *per capita*, refletindo as potencialidades do município em termos do desempenho econômico e, conseqüentemente, a sua capacidade de financiar com recursos próprios os cuidados com a saúde. Atualmente, esse fator é utilizado na implementação de políticas de incentivos ao Programa de Saúde da Família (PSF).

O fator de alocação foi utilizado para permitir que a Secretaria diferenciasse os municípios segundo as necessidades de recursos financeiros para atenção à saúde. Municípios com diferentes necessidades têm graus de dificuldade diferenciados para implementar as equipes do PSF e, portanto, os recursos alocados entre os municípios devem ser distintos. Os municípios foram classificados em ordem crescente, segundo o valor do Fator de Alocação, e sua distribuição foi dividida em quatro partes iguais (quartis), resultando nos grupos 1, 2, 3 e 4. Desse modo, os municípios do primeiro grupo são os de menor necessidade relativa de recursos financeiros e os do quarto grupo os de maior necessidade. Assim, o valor do incentivo que cada município receberá depende do quartil ao qual ele pertence e será crescente do grupo 1 (menor valor) ao grupo 4 (maior valor). O número de grupos e os valores de incentivo que cada grupo de municípios deve receber por equipe de Saúde da Família foram definidos pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

Neste estudo, a metodologia de alocação de recursos estaduais de saúde é estendida para incorporar os cuidados hospitalares.

METODOLOGIA

Nessa seção apresentamos a metodologia de alocação eqüitativa de recursos estaduais de saúde proposta para os serviços hospitalares. A unidade de análise é a microrregião de saúde definida pela SES/MG. A escolha da microrregião, em contraposição à unidade municipal definida na me-

todologia de alocação de recursos para os serviços de atenção básica, decorre das particularidades da produção dos serviços hospitalares que é caracterizada pela presença de economias de escala e escopo. Os eventos associados ao cuidado hospitalar são mais esporádicos e muitas vezes intensivos

em tecnologia sendo, portanto, necessário uma escala populacional suficiente para viabilizar o financiamento da capacidade instalada. Por outro lado, o cuidado secundário requer também um grupo de especialistas para diagnóstico e tratamento da doença configurando a presença de economias de escopo. Ignorar essas particularidades associadas à produção dos serviços

hospitalares pode comprometer a eficiência no seu provimento.

A análise aqui apresentada refere-se apenas aos recursos destinados aos procedimentos de média complexidade. Para os serviços hospitalares de alta complexidade, as políticas são realizadas na esfera macrorregional, tendo em vista o custo mais elevado desses cuidados. Nesse sentido, garantir a sua oferta em cada microrregião, além de tornar ineficiente o provimento desses serviços, oneraria muito o Estado.

Os serviços de média complexidade são definidos segundo duas classificações dos procedimentos realizados no âmbito do SUS: (1ª) a classificação do Ministério da Saúde que desagrega os procedimentos em alta complexidade, procedimentos estratégicos e demais procedimentos (média complexidade); (2ª) a classificação proposta pela SES/MG. Excluímos as internações psiquiátricas e Fora de Possibilidade Terapêutica (FPT), por constituírem um grupo bastante particular.

O critério primário para alocar recursos baseia-se na distribuição *per capita*. Esse critério é utilizado em diferentes sistemas de saúde, independentemente de se considerar aspectos de equidade. Essa metodologia utiliza as estimativas preliminares de população para 2000, segundo faixa etária detalhada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponibilizado pelo DATASUS.

Os grupos que mais usam os serviços de internação hospitalar são os idosos e crianças entre um e quatro anos de idade. Observamos, na análise por sexo, que entre as mulheres a taxa de utilização é superior a dos homens somente a partir dos 25 anos de idade

A fim de obtermos uma metodologia de distribuição de recursos para o setor hospitalar, que obedeça a critérios de equidade, é necessário corrigir a distribuição *per capita* considerando as diferenças na necessidade de saúde, diferenças na necessidade de oferta e nas condições de acesso observadas entre as microrregiões. Nesse sentido, buscando contemplar esses aspectos, primeiramente corrigimos o tamanho da população pela cobertura privada e pelas diferenças na estrutura etária e sexo. Por fim, construímos o índice de necessidade em saúde, índice de porte econômico, índice de necessidade de oferta e índice de acesso (Quadro 1).

Quadro 1

Procedimentos realizados para a metodologia de alocação eqüitativa de recursos para serviços hospitalares

| Correção da distribuição per capita | |
|-------------------------------------|---|
| 1 | Correção do tamanho populacional pela cobertura privada |
| 2 | Correção pela estrutura etária e sexo |
| Construção dos seguintes índices | |
| 3 | Índice de Necessidade em Saúde |
| 4 | Índice de Porte Econômico |
| 5 | Índice de Necessidade de Oferta |
| 6 | Índice de Condições de Acesso |

Fonte: Elaboração própria.

Correção da distribuição *per capita* pela estrutura etária e sexo, descontando percentual da população com cobertura privada

No primeiro passo para a realização da metodologia de alocação eqüitativa de recursos corrigimos o tamanho da população pela cobertura privada. Isso se faz necessário porque esses indivíduos demandam menos os serviços do SUS, reduzindo a população usuária do SUS nas microrregiões. Utilizamos as informações sobre cobertura privada – referente à cobertura de plano hospitalar – disponibilizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A proporção de indivíduos cobertos refere-se apenas ao total da população em cada microrregião. A dificuldade é que a análise realizada neste trabalho requer que essas informações estejam desagregadas por grupos de idade e sexo. Para obtermos a proporção

de indivíduos cobertos por plano ou seguro de saúde em cada subgrupo populacional, supomos que a distribuição etária e de sexo das pessoas cobertas é a mesma observada para a população. Essa hipótese é razoável, uma vez que os estudos empíricos mostram a ausência de seleção adversa por grupos de idade e sexo (MAIA, 2004).

No segundo passo, corrigimos o tamanho populacional, descontado o total de indivíduos cobertos com plano de saúde, pelas diferenças na estrutura etária e sexo. O ajuste pela estrutura demográfica é fundamental, pois a necessidade de saúde em larga medida está associada à idade e sexo dos indivíduos, em que as mulheres, os idosos e as crianças tendem a usar mais os serviços de saúde. Esse procedimento foi realizado a partir do cálculo da utilização esperada dos serviços de saúde por subgrupos populacionais (idade e sexo).

A utilização esperada foi calculada como o produto entre a população da microrregião, descontado o total de indivíduos cobertos por plano de saúde, e a taxa de utilização dos serviços hospitalares observada para o estado de Minas Gerais, construída a partir dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2003 do IBGE. Essa taxa é definida como o número médio de vezes que o indivíduo foi internado nos últimos 12 meses por grupo etário e sexo excluindo as internações psiquiátricas.

Os grupos que mais usam os serviços de internação hospitalar são os idosos e crianças entre um e quatro anos de idade. Observamos, na análise por sexo, que entre as mulheres a taxa de utilização é superior a dos homens somente a partir dos 25 anos de idade.

A partir das taxas de utilização por grupo etário e sexo, calculamos a utilização esperada dos serviços hospitalares para cada microrregião da seguinte forma:

$$UE_m^* = \sum_{i,s} Pop_{i,s}^m x TU_{i,s} \quad (1)$$

em que:

UE* = utilização esperada

m = microrregião

i = idade

s = sexo

TU = média da utilização dos serviços hospitalares

POP = população da microrregião m , descontado o total de indivíduos cobertos por plano de saúde.

Posteriormente, obtemos a parcela estimada de recursos para cada microrregião, corrigida pela estrutura etária e de sexo:

$$\%UE_m^* = \frac{UE_m^*}{UE^*} \quad (2)$$

$$\text{em que: } UE^* = \sum_m UE_m^*$$

Construção dos Índices

Nessa seção descrevemos a metodologia e análise descritiva dos quatro índices considerados na metodologia de alocação equitativa de recursos hospitalares de média complexidade: Índice de Necessidade em Saúde (INS), Índice de Porte Econômico (IPE), Índice de Necessidade de Oferta (INO) e Índice de Condições de Acesso (IA).

O Índice de Necessidade em Saúde e o Índice de Porte Econômico são os mesmos definidos para os serviços de atenção básica (MINAS GERAIS, 2004). A diferença é que a unidade de análise para os cuidados hospitalares é a microrregião de saúde, enquanto que para os serviços de atenção básica, esses indicadores foram obtidos para cada município de Minas Gerais. O avanço na metodologia proposta nesta etapa do projeto refere-se ao Índice de Necessidade de Oferta e ao Índice de Condições de acesso.

Índice de Necessidade em Saúde

O Índice de Necessidade em Saúde (INS) é um indicador composto por um conjunto de seis variáveis epidemiológicas e socioeconômicas: mortalidade de crianças menores que cinco anos; proporção de óbitos por causas mal definidas; taxa de fecundidade; taxa de alfabetização; percentual de indivíduos que vivem em domicílios urbanos com coleta de lixo; percentual de indivíduos com renda domiciliar menor que meio salário mínimo.

A proporção de óbitos por causas mal definidas é obtida a partir de informações do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), disponíveis no DATASUS.⁴ As demais variáveis foram extraídas do banco de dados do Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil 1991 e 2000, elaborado pela parceria Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA), Fundação João Pinheiro (FJP) e Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Essas informações estão disponíveis para cada município, sendo, portanto, agregadas por microrregiões.⁵

O Índice de Necessidade em Saúde (INS) foi construído a partir do método dos componentes principais e da análise fatorial. Os resultados obtidos possibilitaram a retenção de um único fator, com o poder explicativo de 83,47% da variância total. O fator mostrou-se positivamente correlacionado (carga positiva acima de 0,85) com as seguintes variáveis: taxa de mortalidade da criança, taxa de fecundidade total, proporção de óbitos por causas mal definidas e proporção de indivíduos com renda domiciliar *per capita* menor que $\frac{1}{2}$ salário mínimo. Isso significa que, quanto mais elevados forem esses indicadores, mais positivo será o fator, indicando maior necessidade de cuidados com a saúde da localidade. Por outro lado, o fator é negativamente relacionado (carga negativa acima de 0,9) com a taxa de alfabetização e com a proporção de indivíduos que vivem em domicílios urbanos com coleta de lixo. Nesse caso, microrregiões com elevadas taxas de alfabetização, por exemplo, tenderão a apresentar fatores mais negativos, sugerindo menor necessidade de cuidados.

Como o valor do componente varia entre -1,21 e 3,06, realizou-se um escalonamento⁶ de modo a

⁴ Para calcular essa proporção, utilizamos como fonte de dados o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Essa medida corresponde à média dos óbitos por essa causa nos anos de 2000, 2001 e 2002, dividida pela média do total dos óbitos ocorrido nesses mesmos anos em cada microrregião.

⁵ Os indicadores probabilidade de morte até cinco anos de idade, taxa de fecundidade total, taxa de analfabetismo das pessoas de quinze anos ou mais, proporção de pobres e porcentagem de pessoas que vivem em domicílios urbanos com coleta de lixo empregados no Índice de Necessidade de Saúde têm como fonte básica o Atlas do Desenvolvimento Humano, que traz informações em nível municipal para todo o País. Para a agregação desses indicadores em nível das microrregiões de saúde de Minas Gerais foram empregadas médias ponderadas, sendo utilizados diferentes pesos. Isso se deve ao fato de que cada um dos indicadores refere-se a distintas populações.

preservar a classificação dos municípios, obtendo-se o INS no intervalo entre 1 e 2.

Algebricamente, o INS pode ser representado da seguinte maneira:

$$INS = \frac{C_1^m - C_1^{\min}}{C_1^{\max} - C_1^{\min}} + 1 \quad (3)$$

em que:

INS = Índice de Necessidade em Saúde

C_1^m = Componente observado na microrregião m

C_1^{\min} = Valor mínimo do componente

C_1^{\max} = Valor máximo do componente

Desse modo, obtivemos o Índice de Necessidade em Saúde, variando entre 1 e 2. As microrregiões com menor (maior) valor do INS apresentam menor (maior) necessidade de cuidados com saúde e portanto, menor quantidade de recursos.

Índice de Porte Econômico

O Índice de Porte Econômico (IPE) corresponde ao ICMS *per capita* de cada microrregião para o ano 2004, escalonado de modo a assumir valores entre 1 (maior porte econômico) e 2 (menor porte econômico). Algebricamente, o IPE da microrregião m é obtido da seguinte forma:

$$IPE = \frac{ICMS^m - ICMS^{\max}}{ICMS^{\min} - ICMS^{\max}} + 1 \quad (4)$$

em que:

$ICMS^m$ = Valor do ICMS *per capita* da microrregião m ;

$ICMS^{\min}$ = Menor valor observado do ICMS no estado de Minas Gerais;

$ICMS^{\max}$ = Maior valor observado do ICMS no estado de Minas Gerais.

Esse indicador reflete as potencialidades da microrregião em termos do desempenho econômico, representando, portanto, a sua capacidade de fi-

nanciar com recursos próprios os cuidados com a saúde. Quanto maior o IPE, menor a capacidade de autofinanciamento da microrregião, e, portanto, maior a necessidade de recursos. O ICMS *per capita* de 2004 foi obtido junto à Secretaria de Estado da Fazenda.

Índice de Necessidade de Oferta

O objetivo da utilização do Índice de Necessidade de Oferta em uma metodologia de alocação equitativa de recursos hospitalares é minorar a iniquidade na distribuição espacial da oferta entre as microrregiões. A variável escolhida para mensurar a necessidade de oferta de serviços hospitalares é o número de leitos por mil habitantes, excluindo-se internações psiquiátricas e tratamentos crônicos Fora de Possibilidade Terapêutica (FPT), por estes serem grupos bastante particulares. A base de dados utilizada é o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) de 2004.

Como as informações sobre o número de leitos hospitalares segundo essas especialidades não são diretamente mensuráveis, obtivemos uma *proxy* dessa variável para cada hospital, ao multiplicarmos o total de leitos hospitalares pela parcela do total de internações correspondente às especialidades, excluindo as internações relativas à Psiquiatria e crônico FPT, sendo, posteriormente, agregadas por microrregião. Algebricamente:

$$L_k^E = \frac{l_k \times PI_k^E}{Pop_k} \quad (5)$$

onde:

l_k = número de leitos totais na microrregião k ;

PI_k^E = Parcela do total de internações na microrregião k correspondente à especialidade E

Pop_k = População total na microrregião k

O leito é um insumo básico para mensurar a presença de oferta de cuidado hospitalar, sendo bastante utilizado na literatura (MARINHO, 2003). A ocupação dos leitos requer infra-estrutura adequada para a realização do atendimento, tais como, médicos, equipamentos e espaço físico. A restrição

⁶ Essa transformação linear é a mesma utilizada na construção do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

dessa medida é que ela não fornece a qualidade e nível de complexidade dos serviços prestados e nem as condições de acesso. Visando a superar essa dificuldade, propomos, para outra etapa desta pesquisa, uma análise qualitativa que contemple a eficiência e adensamento tecnológico. As diferenças nas condições de acesso serão contempladas no índice correspondente, detalhado na próxima subseção.

Índice de Condições de Acesso

Um dos aspectos mais relevantes para garantir a equidade na alocação de recursos entre as microrregiões diz respeito às diferenças nas condições de acesso aos serviços hospitalares. Essas diferenças são particularmente mais acentuadas em Minas Gerais, que apresenta grande extensão territorial e conta com áreas remotas e menos urbanizadas. A variável escolhida para mensurar as condições de acesso é a distância média percorrida pelos pacientes encaminhados para outros municípios, independente da microrregião de localização. Essa variável pode refletir dois aspectos relacionados às condições de acesso: a oferta de serviços *per capita* e a sua distribuição espacial. Por um lado, a maior distância média percorrida pelos residentes de uma microrregião pode refletir uma inadequação da oferta em termos quantitativos. Por outro lado, ainda que a oferta de serviços esteja adequada, é possível que em regiões com menor densidade demográfica a distribuição espacial da oferta seja inadequada para garantir condições de acesso satisfatórias.

A distância média percorrida pelos pacientes para receber atendimento hospitalar é obtida da seguinte forma:

$$\bar{D}_k = \frac{\sum_i (\sum_j P_{i,j} \times d_{i,j})}{P_k}, \forall i \in k \quad (6)$$

em que:

D_k = distância média percorrida pelos pacientes na microrregião de saúde k ;

$P_{i,j}$ = total de pacientes residentes no município i atendidos no município j .

P_k = total de pacientes residentes em municípios da microrregião k encaminhados para outros municípios;

$d_{i,j}$ = distância rodoviária entre o município i e o município j ;

k = microrregião de saúde;

i = município de residência;

j = município onde ocorreu o atendimento.

Essa medida é calculada considerando-se o fluxo intermunicipal de pacientes, sendo agregada por microrregião.

O número de pacientes residentes por município em que ocorreu o atendimento é obtido através das informações das Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs) de 2004, disponibilizadas pelo SIH-SUS, excluindo os procedimentos referentes a internações psiquiátricas e FPT. As AIHs permitem identificar o município de residência e o município onde o paciente foi atendido. Consideramos apenas as AIHs correspondentes aos serviços de média complexidade, definidos segundo a classificação do Ministério da Saúde (MS) e a classificação proposta pela SES/MG. Desse modo, foram construídos dois Índices de Condições de Acesso (IA).

As informações sobre as distâncias intermunicipais são obtidas através do *Software Spring 4.1* (Sistema de Processamento de Informações Georreferenciadas) desenvolvido pelo Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (INPE). O *software* calcula a menor distância rodoviária entre uma localidade e outra, conhecidos os pontos de partida e de chegada. As distâncias intermunicipais, que não foram possíveis de serem estimadas através do programa *Spring*, foram extraídas do Mapa Quatro Rodas 2005. Essas distâncias foram calculadas, diretamente ou indiretamente, a partir de uma aproximação pelo município vizinho mais próximo.

Em Minas Gerais, a média da distância percorrida pelos pacientes encaminhados fica em torno de 71,33 km, segundo classificação dos serviços de média complexidade do MS. Esse valor é um pouco mais elevado quando consideramos a classificação proposta pela SES/MG, sendo igual a 80 km. Os valores das distâncias médias percorridas, calculadas neste trabalho, superam ao encontrado por Oliveira (2004), que tomou por base distâncias euclidianas.

RESULTADOS DAS SIMULAÇÕES

Nesta seção apresentamos simulações que comparam a distribuição de recursos, considerando cada critério proposto pela metodologia de alocação equitativa com a distribuição *per capita*. A nova alocação de recursos é obtida através da diferença entre a distribuição corrigida pelos critérios de equidade e a distribuição *per capita*. Essa diferença, em termos percentuais, foi escalonada entre 1 e 2 e multiplicada pelo valor do índice correspondente a cada um dos critérios de equidade.⁷ Escalonando os valores entre 1 e 2, não permitimos perda de recursos em relação à distribuição *per capita*. A parcela de recursos destinada a cada microrregião é calculada a partir da utilização esperada da microrregião, conforme explicitado na seção de metodologia. A partir desses valores, classificamos as microrregiões em quatro grupos de acordo com seguintes intervalos: 1º) 1 a 1,25; 2º) 1,25 a 1,5; 3º) 1,5 a 1,75 e 4º) 1,75 a 2. Esses intervalos determinam grupos com tamanhos diferenciados. A alternativa de classificar as microrregiões segundo grupos de mesmo tamanho não foi considerada, dado que os grupos seriam mais heterogêneos no que se refere à necessidade de recursos. O número de grupos e os valores de incentivo que cada grupo de microrregiões deve receber dependem das políticas implementadas pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Neste trabalho, optamos por classificar as microrregiões em quatro grupos de acordo com os intervalos mencionados.

a) 1ª. Simulação: Correção da estrutura demográfica

Na primeira simulação, consideramos apenas como critério para alocação equitativa de recursos as diferenças na estrutura etária e de sexo. Essa

⁷ No caso da utilização de mais de um índice simultaneamente, uma forma de operacionalizar é multiplicar esse valor escalonado pela média simples dos índices considerados.

correção é básica, considerada em qualquer método de alocação equitativa de recursos, pois a necessidade de saúde em larga medida está associada à idade e sexo dos indivíduos.

O Mapa 1 mostra a distribuição das microrregiões de saúde segundo os intervalos definidos de acordo com este critério. Como pode ser observado, as microrregiões classificadas no intervalo de menor necessidade de recursos (1 a 1,25) estão em sua maioria concentradas no Norte e Noroeste do Estado. Por outro lado, as microrregiões classificadas no grupo de maior necessidade estão concentradas no Sul e Sudeste, tais como São João Nepomuceno e Bicas.

Este padrão de comportamento reflete as diferenças na estrutura demográfica das microrregiões do estado de Minas Gerais. As microrregiões mais desenvolvidas, em sua grande maioria, apresentam estrutura etária caracterizada por uma maior participação dos idosos. Como estes grupos etários apresentaram as maiores taxas de utilização dos serviços de saúde, o ajuste pela estrutura demográfica favoreceu as microrregiões mais desenvolvidas.

Esse fenômeno não é observado em países desenvolvidos, como a Inglaterra, por exemplo, uma vez que não existem diferenças significativas na distribuição etária entre as populações. No Brasil, o que ocorre é um fenômeno perverso: nas regiões mais pobres, como a mortalidade é maior, os indivíduos têm menor necessidade de serviços de saúde, comparados aos indivíduos residentes em localidades mais desenvolvidas. Além disso, diferentes perfis epidemiológicos coexistem, determinando necessidades distintas de cuidados com a saúde entre as localidades. Por um lado, nas microrregiões mais desenvolvidas, o perfil epidemiológico é semelhante ao de países desenvolvidos, com o predomínio de doenças relacionadas à velhice, como as doenças crônicas. Por outro lado, nas microrregiões mais pobres, com piores indicadores socioeconômicos, ainda permanecem com relativa importância doenças relacionadas à pobreza,

como doenças infectocontagiosas e parasitárias, subnutrição e taxas elevadas de mortalidade, sobretudo infantil. Nesse sentido, o ajuste pela estrutura demográfica acaba por favorecer as microrregiões mais desenvolvidas.

b) Correção pela estrutura demográfica e pelo Índice de Necessidade em Saúde

Nesta simulação, além da estrutura demográfica da população, consideramos a correção pelo Índice de Necessidade em Saúde (INS). Como pode ser observado no Mapa 2, quando consideramos as diferenças na necessidade em saúde, a situação observada na simulação anterior se altera. As microrregiões classificadas no intervalo de maior necessidade de recursos estão localizadas no Norte e Nordeste, enquanto que as microrregiões classificadas no de menor necessidade, situam-se no Triân-

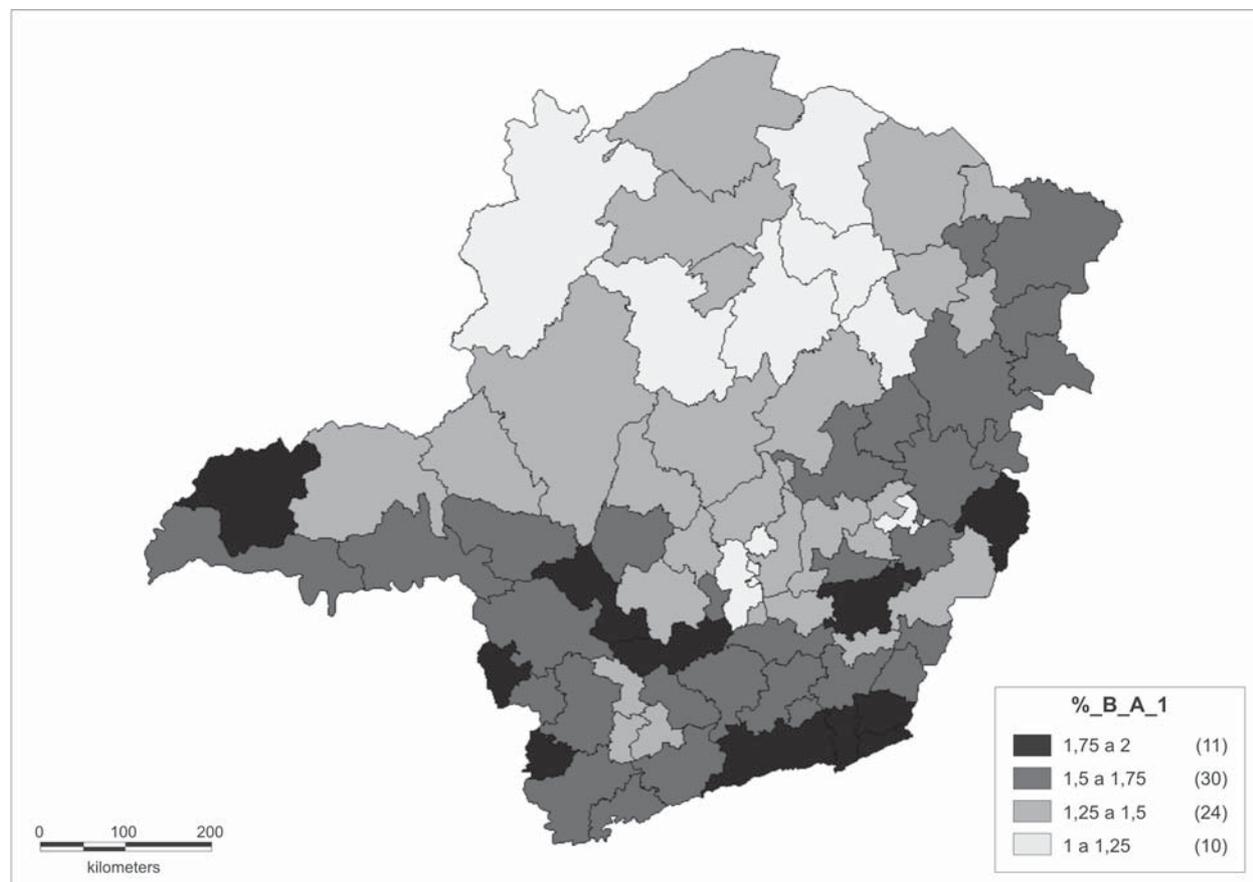
gulo Mineiro e ao Sul do estado. Esse resultado evidencia que o INS mais do que compensa a distribuição de recursos obtida quando consideramos apenas as diferenças na estrutura etária e sexo.

c) Correção pela estrutura demográfica e pelo Índice de Porte Econômico

Ao considerarmos, além da estrutura demográfica, a correção pelo Índice de Porte Econômico, o resultado foi similar ao ajuste pelo Índice de Necessidade em Saúde. As microrregiões classificadas no intervalo de menor necessidade (1 a 1,25) estão localizadas no Centro, Triângulo e Sudeste do estado, enquanto que as microrregiões classificadas no grupo de maior necessidade estão localizadas no Norte e Nordeste do estado. Com base nesse critério, portanto, evidencia-se maior necessidade de recursos para as microrregiões Norte e Nordeste do estado.

Mapa 1

Distribuição de recursos considerando as diferenças na estrutura demográfica – Minas Gerais, 2004



Fonte: Elaboração Própria

d) Correção pela estrutura demográfica e pelo Índice de Necessidades de Oferta

Os resultados da correção da distribuição de recursos, tomando como base a estrutura demográfica da população ajustada pelo Índice de Oferta, estão apresentados no Mapa 3. As microrregiões do Norte e Noroeste do estado constituem-se o grupo de maior necessidade de recursos, enquanto a microrregião classificada no grupo de menor necessidade está concentrada no Sudeste do estado.

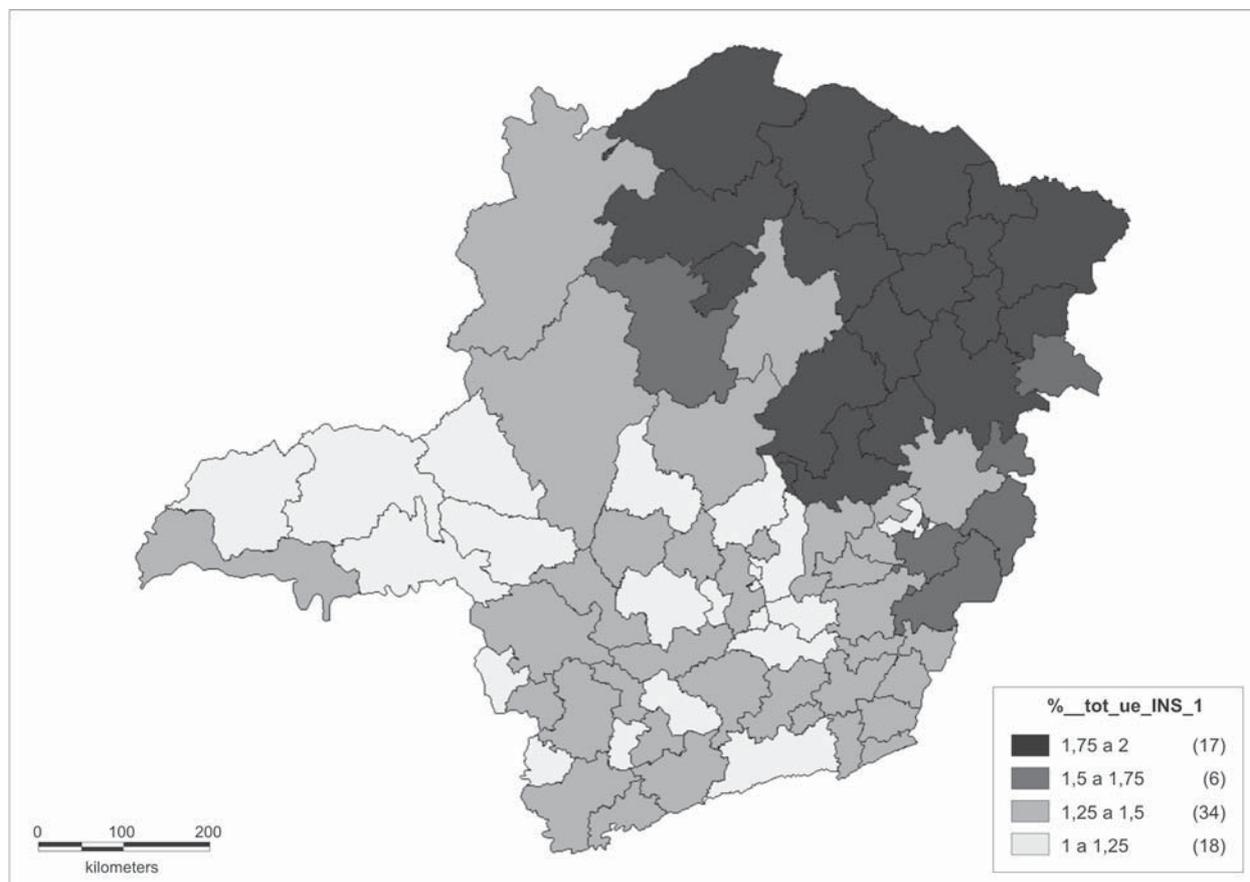
e) Correção pela estrutura demográfica e Índice de Acesso

O Mapa 4 permite visualizar a distribuição de recursos das microrregiões de saúde segundo os intervalos definidos, quando consideramos, além da

estrutura demográfica da população, o índice de acesso a serviços de média complexidade, calculado de acordo com a classificação da SES/MG. Observamos que a microrregião classificada no grupo de menor necessidade seria Belo Horizonte, uma vez que esta microrregião é caracterizada pela baixa distância percorrida pelas pacientes encaminhadas. Nesse caso, a menor distância percorrida é determinada por sua própria oferta. Podemos constatar também que as microrregiões classificadas no intervalo de maior necessidade (1,75 a 2) estão, em sua maioria, concentradas no Norte e Nordeste do estado. Estas microrregiões possuem uma elevada distância média percorrida pelos pacientes e uma baixa oferta de leitos por mil habitantes na microrregião e na sua vizinhança, sugerindo que, quando o paciente é encaminhado para outro município, o atendimento é realizado em outra mi-

Mapa 2

Distribuição dos recursos considerando as diferenças na estrutura demográfica e no perfil epidemiológico das microrregiões – Minas Gerais, 2004



Fonte: Elaboração Própria

corregião, próxima ao seu entorno. Dessa forma, o grau de dificuldade para receber atendimento é muito elevado.

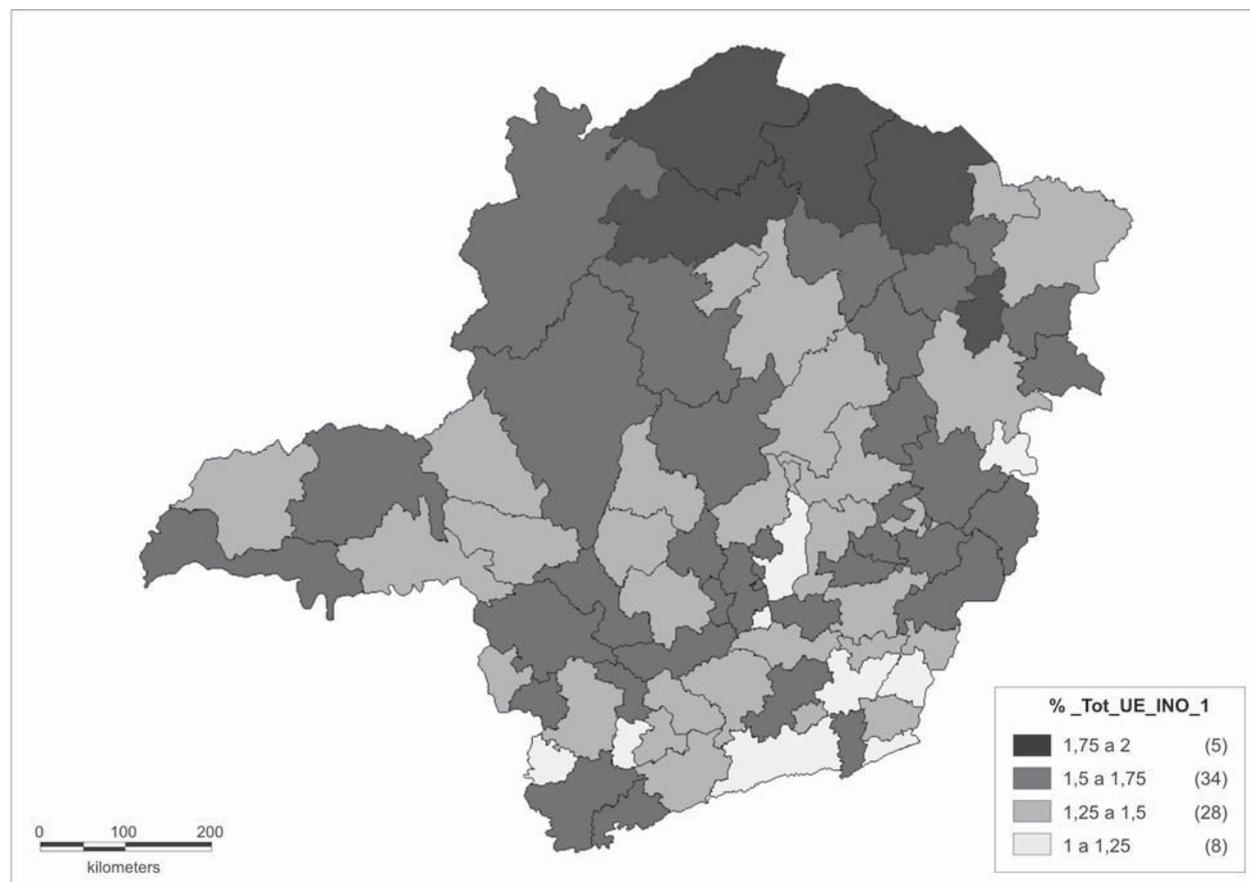
CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo dar prosseguimento à elaboração de critérios que priorizem uma alocação equitativa de recursos estaduais. Particularmente, desenvolvemos uma metodologia de alocação equitativa para os cuidados hospitalares. A análise realizada neste trabalho considera apenas os procedimentos de média complexidade. Os resultados encontrados reforçam o cenário atual de iniquidade observado em Minas Gerais. De acordo com a distribuição dos recursos estaduais de saúde, corrigidos apenas pela estrutura etária e sexo, as microrregiões mais desenvolvidas, com melho-

res indicadores socioeconômicos e de morbidade são as que mais receberiam recursos. Isso ocorre porque essas regiões apresentam uma estrutura etária mais envelhecida. Por outro lado, quando a distribuição de recursos é corrigida pelo Índice de Necessidade em Saúde, pelo Índice de Porte Econômico, pelo Índice de Necessidade de Oferta e pelo Índice de Acesso, essa situação se altera, evidenciando, assim, a maior necessidade de recursos para as microrregiões do Norte, Noroeste e Nordeste do estado. Ou seja, quando realizamos a correção, considerando também as características socioeconômicas e de morbidade da população, a capacidade de autofinanciamento da região como também as disparidades de oferta e de acesso a serviços, as regiões que ganhariam relativamente mais recursos seriam aquelas com piores indicadores socioeconômicos.

Mapa 3

Distribuição dos recursos considerando as diferenças na estrutura demográfica e na oferta de serviços hospitalares – Minas Gerais, 2004



Fonte: Elaboração Própria

Essa metodologia difere da desenvolvida para os serviços de atenção básica nos seguintes aspectos:

1º) A unidade de análise considerada é a microrregião de saúde, contrapondo com a unidade municipal utilizada na metodologia de alocação eqüitativa para os serviços de atenção básica. A escolha da microrregião decorre das particularidades da produção dos serviços hospitalares, que é caracterizada pela presença de economias de escala e escopo.

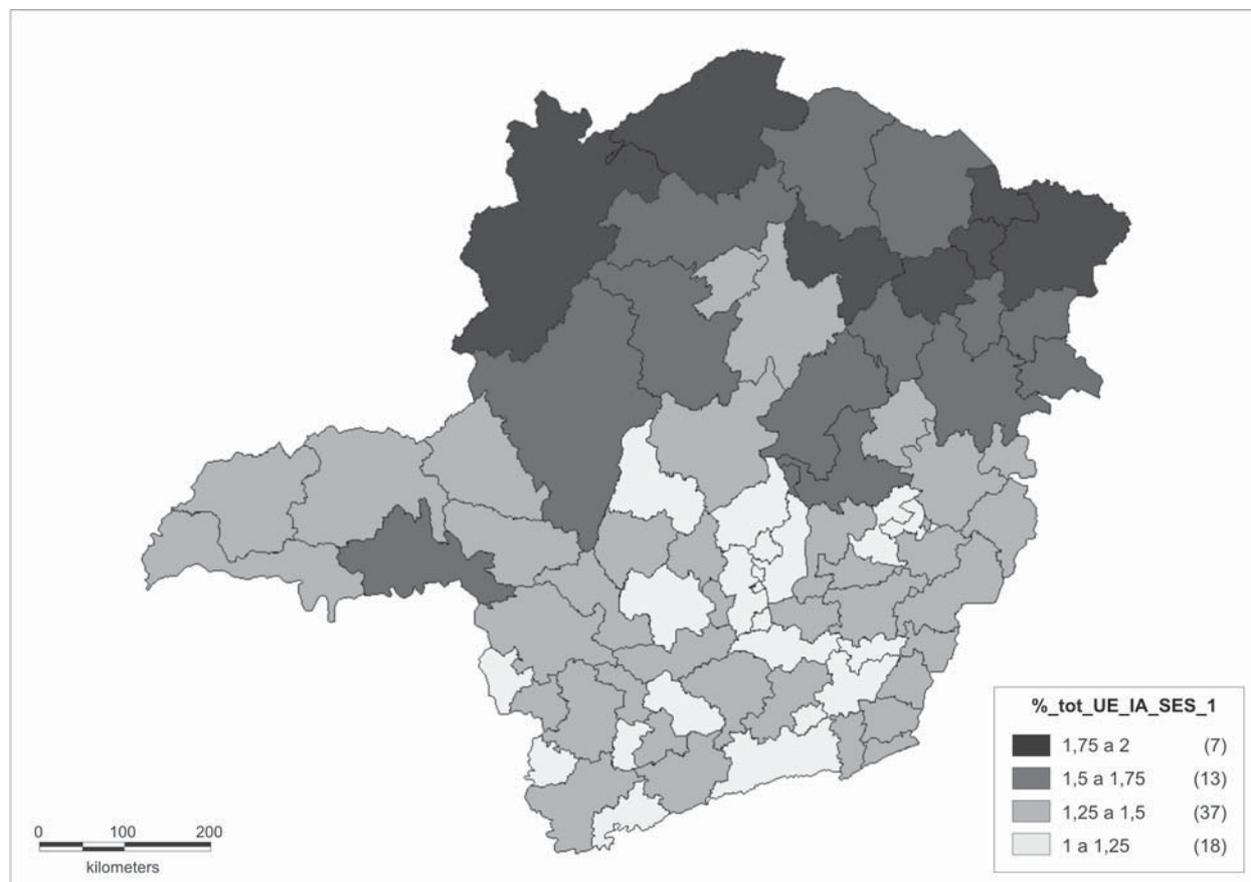
2º) Além da construção do Índice de Necessidade em Saúde e do Índice de Porte Econômico, construímos também o Índice de Necessidade de Oferta e o Índice de Acesso. O objetivo da utilização do Índice de Necessidade de Oferta em uma metodologia de alocação eqüitativa de recursos hospitalares é minorar a iniquidade na distribuição espacial da ofer-

ta entre as microrregiões, enquanto que o Índice de Acesso diz respeito às diferenças nas condições de acesso aos serviços hospitalares.

A metodologia proposta não estabelece critérios para definir a alocação de recursos financeiros entre hospitais, bem como o número e o tamanho de cada hospital. Para os cuidados hospitalares, esses aspectos são particularmente importantes tendo em vista as características da produção desses serviços, que apresentam economias de escala e de escopo. Para tanto, é necessário o desenvolvimento de estudo sobre eficiência hospitalar, que será realizado em uma outra etapa desta pesquisa.

Mapa 4

Distribuição dos recursos considerando as diferenças na estrutura demográfica e nas condições de acesso das microrregiões - Minas Gerais, 2004



Fonte: Elaboração Própria

REFERÊNCIAS

- BREILH, J.; GRANDA, E. *Saúde na sociedade: investigação da saúde na sociedade*. São Paulo: Instituto de Saúde – SP/ ABRASCO, 1986.
- CAR-HILL, R. A. et al. Allocating resources to health authorities: development of method for small area analysis of use of inpatient services. *British Medical Journal*, v. 309, p. 1046-1049, 1994.
- CASTELLANOS, P. L. *Proyecto: Sistemas Nacionales de Vigilancia de la Situacion de Salud segun Condiciones de Vida y del Impacto de las Acciones de Salud y Bienestar*. OPS/OMS, 1991.
- HEIMANN, L. S. et al. *Quantos Brasis? Equidade para alocação de recursos no SUS*. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2002.
- MACHADO, E. N. M. et al. *Atenção básica à saúde em Minas Gerais: desigualdades na distribuição de recursos financeiros e na prestação de serviços básicos após a introdução do Piso de Atenção Básica (PAB)*. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2003.
- MAIA, A. C. *Seleção adversa e risco moral no sistema de saúde brasileiro*. 2004. Dissertação (Mestrado em Economia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.
- MARINHO, A. *The process of public resources allocation for investment in hospital capacities*. Rio de Janeiro: IPEA, 2003. (Texto para discussão n. 949).
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. *Metodologia de alocação eqüitativa de recursos: uma proposta para Minas Gerais*. Belo Horizonte, 2004.
- NORONHA, K. V. M. de S.; ANDRADE, M. V. *Desigualdade social no acesso aos serviços de saúde no Brasil: uma aplicação do modelo hurdle binomial negativo*. Belo Horizonte, 2001 (mimeo).
- OLIVEIRA, E. X. G. de. *Fluxo de internações hospitalares em Minas Gerais*. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2004. (Estudos de políticas de saúde e de avaliação econômica do SUS – MG. Serviços hospitalares, n. 2).
- PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMÍLIO: 2003. Rio de Janeiro: IBGE. CD-ROM dos microdados.
- PORTO S. M. et al. *Metodologia de alocação eqüitativa de recursos*. Rio de Janeiro: ENSP; FIOCRUZ, 2001. (Relatório final de Projeto REFORSUS).
- PNUD; IPEA; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. *Atlas do desenvolvimento humano no Brasil*. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2003.
- RICE, N.; SMITH, P. *Approaches to capitation and risk adjustment in health care: an international survey*. York: Centre for Health Economics: University of York, 1999. (Occasional Paper).



HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS





Financiamento e Gasto

Financiamento e gasto das políticas sociais: o caso do Ministério da Saúde, 1995 a 2005

José Aparecido Ribeiro*, Sérgio Francisco Piola**, Luciana Mendes Servo***

Resumo

Este artigo analisa o financiamento público da saúde, mais particularmente a participação dos recursos originários do Ministério da Saúde. A partir dos dados do SIAFI/SIDOR para o período de 1995 a 2005, realiza-se uma análise detalhada da trajetória do financiamento e dos gastos do Ministério da Saúde (MS) e das Ações e Serviços Públicos de Saúde. Destacam-se momentos de inflexão como a criação da CPMF, a aprovação da Emenda n. 29 e a redução dos gastos federais ocorrida em 2003 – parcialmente recuperada em seguida –, além do crescimento do gasto com transferências aos Estados, Distrito Federal e Municípios frente aos gastos diretos do MS. Constatam-se que as participações relativas das diferentes fontes de financiamento do MS apresentam flutuações significativas na distribuição entre elas – só a partir de 2000 percebe-se maior estabilidade na sua composição, com as contribuições respondendo pela maior parcela do financiamento e a CPMF destacando-se como a principal fonte individual. Esta última fonte contribuiu muito mais para estabilizar o patamar de recursos orçamentários do Ministério que para efetivamente elevá-lo.

Palavras-chaves: economia da saúde, financiamento da saúde, gasto público federal em saúde, gastos públicos em saúde, Emenda Constitucional n. 29.

Abstract

This paper shows in detail the trajectory of the financing and expenses of the Ministry of Health (MOH) and the expenditures with Public Health Services and Actions, from 1995 to 2005, using data from the Integrated System of Federal Government Financial Administration (SIAFI) and the Budget Data Integrated System (SIDOR). Inflection moments are distinguished as the creation of the CPMF, approval of Constitutional Amendment 29 and reduction of the federal expenses that occurred in 2003 - partially recovered after that. Also is observed a growth in transfers to the States, Federal District and municipalities in relation to direct expenses of the Ministry of Health. The relative participation of the different sources of financing of the MS has presented significant fluctuations in the distribution between them. Only in 2000 stability in its composition is perceived, with the contributions responding by the major part of the financing; and the CPMF being recognized as the main individual source. This last source of financing has contributed more to stabilize the level of budgetary resources of the MOH that effectively to increase it.

Key-words: health economics, health financing, national government expenditures and health, government expenditures and health, Constitutional Amendment n. 29.

INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro é pluralista e, de certa forma, segmentado, em termos das formas

organizacionais de atenção à saúde e das fontes de financiamento. Essa pluralidade é expressa nas quatro principais vias de acesso da população aos serviços de saúde, que são:

- sistema único de saúde, que é de acesso universal, gratuito, financiado com recursos públicos;
- segmento de planos e seguros privados de saúde, de vinculação eletiva, financiado com recursos das famílias e/ou dos empregadores;

* Economista; Técnico de Planejamento e Pesquisa da Diretoria de Estudos Sociais do IPEA.

** Médico; Especialização em Saúde Pública; Técnico de Planejamento e Pesquisa da Diretoria de Estudos Sociais do IPEA.

*** Mestre em Economia; Especialização em Economia da Saúde; Técnica de Planejamento e Pesquisa da Diretoria de Estudos Sociais do IPEA.

- segmento de atenção aos servidores públicos, civis e militares, de acesso restrito a essas clientela, financiado com recursos públicos e contribuições dos próprios servidores – os chamados sistemas de “clientela fechada”;
- segmento de provedores privados autônomo de saúde, de acesso direto mediante pagamento no ato.

O financiamento público, de certa forma, estende-se a todos esses segmentos. Em alguns, de forma mais direta e mais preponderante. Em outros, como é o caso dos segmentos privados, de forma mais indireta, por meio da possibilidade de descontar os gastos com médicos, laboratórios, hospitais e planos de saúde dos rendimentos das pessoas físicas, para fins de declaração do Imposto de Renda.

O Brasil ainda não tem um sistema de contas nacionais em saúde, o que não permite dizer com a precisão adequada nem o gasto total com saúde e, muito menos, de onde se originam os recursos. Sabe-se mais sobre o gasto público. Têm-se estimativas sobre os gastos das famílias, com base nas pesquisas de orçamento familiar (POF-IBGE),¹ mas se conhece muito pouco sobre a participação patronal, isto é, o gasto realizado pelos empregadores.

Tabela 1

Gasto Nacional em Saúde: percentual do PIB, per capita e participação público e privado: estimativas para 2003

| País | % PIB | Per capita ⁽¹⁾ em saúde | Índice Brasil: 100 | % Público | % Privado |
|-------------|-------|------------------------------------|--------------------|-----------|-----------|
| Alemanha | 11,1 | 3001 | 503 | 78,2 | 21,8 |
| Brasil | 7,6 | 597 | 100 | 45,3 | 54,7 |
| Espanha | 7,7 | 1853 | 310 | 71,3 | 28,7 |
| EUA | 15,2 | 5711 | 957 | 44,6 | 55,4 |
| Reino Unido | 8,0 | 2389 | 400 | 85,7 | 14,3 |

Fonte: OMS (2006).

(1) Em dólares internacionais, ou seja, valores padronizados segundo paridade de poder de compra (PPP).

¹ Cf. Silveira, Osório e Piola (2002).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima, no entanto, que o Brasil gasta cerca de 7,6% do PIB com saúde, que o gasto privado responde por 54,7 % do gasto total e que o gasto direto das famílias atinge cerca de 35% do gasto total em saúde, ou ainda, 64,2% do total do gasto privado (OMS, 2004). Se as estimativas da OMS estiverem corretas,² seria possível dizer que a sociedade brasileira gasta com saúde uma parcela do PIB bastante próxima a dos países da OCDE (Tabela 1). Entretanto, como nosso produto interno bruto *per capita* é menor do que o desses países, percentuais equivalentes significam gastos *per capita*

em saúde consideravelmente menores. Como agravante, percebe-se que a participação privada no Brasil é maior do que naqueles países da OCDE que possuem sistemas de saúde públicos e universais.

No ano de 2003, segundo dados do Sistema de Informações Orçamentárias sobre Políticas de Saúde (SIOPS), a estimativa do gasto público total em saúde, ou seja, a soma de todos os gastos da União, do Distrito Federal, dos estados e dos municípios em relação ao PIB, foi de 3,45% (SISTEMA..., 2005). Cotejando com os resultados de outros países, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004 p. 136-43) para o ano de 2003, o gasto público total em saúde na Espanha e na Inglaterra correspondeu, respectivamente, a 5,5% e 6,9% do PIB. Na Argentina e Cuba, o gasto público correspondia, respectivamente, a 4,3% e 6,3%. Nos EUA, que têm um sistema de saúde assentado predominantemente no mercado, tais gastos alcançavam 6,8% do PIB.³

² Como dissemos anteriormente, o Brasil não possui um sistema de Contas de Saúde que permita dizer se essas estimativas estão ou não corretas. A forma como a OMS calcula esses dados pode levar a que as informações apresentadas no quadro tenham não só problemas de comparabilidade, mas também dupla contagem dos gastos, no caso brasileiro.

³ Interessante notar ainda que embora o setor público de EUA e Inglaterra apliquem os mesmos 6,2% do PIB na área da Saúde, o significado é distinto: os gastos do setor público correspondem a 82% do total dos dispêndios do setor na Inglaterra, enquanto que nos EUA este percentual representa apenas 44% do total dos gastos em saúde.

FINANCIAMENTO PÚBLICO E A EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29

A instabilidade da destinação de recursos públicos para a política de Saúde é um problema antigo. A Constituinte estabeleceu, nas Disposições Transitórias, uma vinculação de trinta por cento nos recursos do Orçamento da Seguridade Social para a saúde, até que fosse aprovada a primeira Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). A partir desse momento, esta lei definiria, a cada ano, qual deveria ser o percentual para a saúde, mas este dispositivo jamais foi adequadamente implementado. Mais tarde, em 1993, as contribuições previdenciárias deixariam de ser consideradas solidárias ao financiamento da política de Saúde, o que configurou uma situação de considerável incerteza para o setor. A partir daí, houve busca de soluções transitórias, como a contratação de empréstimos junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) e a criação do “Imposto sobre o Cheque”, em 1994, posteriormente transformado na Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF).

Paralelamente, começaram a surgir, no âmbito do legislativo, 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, variava de 10 a 15% da receita disponível. O último desses dispositivos foi o Projeto de Emenda Constitucional (PEC Aglutinativa 86-A), que, depois de aprovado pela Câmara de Deputados e pelo Senado, foi transformado na Emenda Constitucional nº 29 (EC 29), em agosto de 2000.

A Emenda Constitucional nº 29 estabeleceu a vinculação de recursos orçamentários da União, Estados e Municípios, para despesas com saúde. Para a União, a EC 29 determina que, para o ano 2000, o montante mínimo aplicado em ações de saúde deveria ser o valor executado em 1999, acrescido de 5%. Nos anos seguintes, entre 2001 e 2004, o aumento das despesas estaria vinculado à variação nominal do PIB. Para os Estados e Municípios, os percentuais mínimos de vinculação de sua receita de impostos deveriam chegar a 12% e 15% em 2004, respectivamente, estipulando-se para o ano 2000 um

percentual mínimo de aplicação de 7% como ponto de partida.

O objetivo principal da EC 29 era a garantia recursos estáveis para a Saúde, diante das crônicas oscilações no volume dos gastos públicos. Porém, na configuração final da Emenda, ficou claro que tal processo se daria fundamentalmente pelo aumento da participação de Estados e Municípios no financiamento do SUS. Ao exigir das esferas subnacionais um maior esforço, fortaleceria a participação e a responsabilidade dessas instâncias no arranjo federativo que sustenta o SUS⁴ como destaca Biasoto Junior:

...a Emenda Constitucional nº 29 tem um papel crucial na ampliação do gasto em saúde (...). No entanto, vale frisar a importância da EC no sentido de reforçar as ações de saúde numa situação de competência concorrente das três esferas de governo. De um lado, a fixação de recursos mínimos para aplicação dos Estados serve como catalisador da discussão, que já vem sendo conduzida, sobre a necessidade da esfera estadual assumir maiores obrigações dentro da gestão do SUS, notadamente na alta e média complexidade e na articulação regional do sistema. De outro lado, a fixação de recursos mínimos a serem aplicados por cada uma das municipalidades trabalha no sentido de abolir a prática identificada em certas regiões, onde alguns municípios, mais comprometidos com o SUS, acabavam assumindo a atenção à saúde de cidadãos de outros municípios. (BIASOTO JR, 2003, p. 39-40).

Apesar dos seus aspectos positivos, a EC 29 não está isenta de críticas. Segundo Dain (2001, 136), a EC 29 apresentou três problemas sérios:

- o virtual abandono do Orçamento da Seguridade Social (OSS), que previa solidariedade no financiamento das áreas que o compõem: Previdência Social, Saúde e Assistência Social;⁵
- a dissociação da trajetória dos recursos da saúde em relação ao crescimento da arrecadação das

⁴ Para uma discussão mais geral das relações entre o SUS e o marco federativo no Brasil (OLIVEIRA, 2001).

⁵ O risco de abandono dos princípios da Seguridade Social, no que tange ao seu financiamento, deve ser compreendido sob a constatação de que, de fato, a implementação da pretendida solidariedade entre as áreas de Seguridade Social foi sempre obstada, em diversas ocasiões, em nome da austeridade fiscal e/ou do ajuste de contas da Previdência. O IPEA (2004, não consta esta data p. 46) aponta que “...nesse contexto, as soluções setoriais, como a proposta pela EC 29, partem de um cálculo realista, a inexistência de fato, e não de direito, de institucionalidade que dê forma e conteúdo aos princípios constitucionais da Seguridade Social (...) Significativo desse momento político da área de Saúde, no sentido de resguardar recursos de forma setorialista, foi a recusa, na própria Conferência Nacional de Saúde de 2003, em sinalizar a criação de uma institucionalidade que dê vida ao princípio da Seguridade Social.”

contribuições sociais – que tem sido indubitavelmente mais veloz;

- a vinculação ao PIB nominal, que se torna um sério problema sob um processo de estagnação econômica.⁶

A partir dos dados de recente relatório divulgado pelo SIOPS (SISTEMA..., 2005a), percebe-se que a implantação da Emenda Constitucional nº 29 foi bem sucedida na busca do objetivo de elevar a participação de Estados e Municípios, mas também que o seu desempenho na União não confirmou as expectativas.

Tabela 2

Despesa com ações e serviços públicos de saúde por nível de governo em percentual do Produto Interno Bruto, 2000 a 2003

| Nível | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|------------|-------------|------|------|------|-------------------|-------|-------|-------|
| | Em % do PIB | | | | Índice 2000 = 100 | | | |
| União | 1,85 | 1,87 | 1,84 | 1,75 | 100,0 | 101,1 | 99,5 | 94,6 |
| Estados | 0,57 | 0,69 | 0,77 | 0,79 | 100,0 | 121,1 | 134,4 | 138,6 |
| Municípios | 0,67 | 0,77 | 0,87 | 0,91 | 100,0 | 114,9 | 129,9 | 135,8 |
| Total | 3,09 | 3,34 | 3,48 | 3,45 | 100,0 | 108,1 | 112,5 | 111,7 |

Fonte: SIOPS.

Como se observa na Tabela 2, em termos de percentuais do PIB, a despesa com Ações e Serviços Públicos de Saúde das três esferas apresenta crescimento significativo no período. O crescimento dos recursos aplicados por Estados e Municípios alcança o patamar de 38% e 35%, respectivamente, enquanto os gastos do governo federal recuam, particularmente no ano de 2003. Ainda assim, o efeito consolidado das três esferas de governo é de um crescimento de mais de 11% nas aplicações em Ações e Serviços Públicos de Saúde.

A implantação da EC 29 obteve impactos distintos em cada uma das três esferas de governo. Deste modo, a composição do financiamento público da Saúde também se alterou nos últimos anos. Os

dados do SIOPS revelam que o gasto público total com o SUS atingiu em 2003 o equivalente a 3,45% do PIB. Nesse ano, a União respondeu por 50,7% do total, os Estados por 22,8% e os Municípios por 26,5%. No ano de 1995, segundo dados estimados pelo IPEA, a situação era bastante diferente: os recursos da União respondiam por 63,0% dos recursos públicos destinados à saúde, os Estados por 20,7% e os Municípios por 16,4% (FERNANDES *et al.*, 1998). Isto parece indicar⁷ que a EC 29 trouxe, efetivamente, uma maior participação de Estados e Municípios no financiamento do SUS.

Esse movimento, entretanto, ainda não está completo. Os gastos dos governos estaduais com Ações e Serviços Públicos de Saúde cresceram consideravelmente, mas não o suficiente para cumprir os níveis exigidos pela EC 29. Sistema... (2005a) aponta que os gastos em Saúde dos Estados e Distrito Federal, como percentual da receita vinculada pela EC 29, cresceram de 7,1% em 2000 para 9,6% em 2003, em média. Patamar ainda bastante inferior aos 12% da receita vinculada estabelecidos pela Emenda. Em um outro trabalho, revela-se, por exemplo, que apenas 11 governos estaduais cumpriram a EC 29 de maneira inequívoca (SISTEMA..., 2005b).⁸

A situação dos municípios parece mais consolidada. O percentual dos gastos em Saúde dos municípios, frente à receita vinculada, passa de 13,9% em 2000 para 17,4% em 2003 – superando o patamar de 15% definido pela Emenda (SISTEMA..., 2005b). Em termos gerais, portanto, os governos municipais já se adequaram. Mas, em um universo de mais de 5 mil municípios, a fiscalização dos atores sociais deve permanecer vigilante para encontrar e denunciar as prefeituras que se encontrarem irregulares em relação à Emenda.

Analisar o impacto da implementação da Emenda nº 29 no âmbito do Governo Federal também é

⁷ As diferenças entre as metodologias e as bases de dados utilizadas pelo IPEA e pelo SIOPS, que não serão exploradas aqui, fazem com que as informações não sejam comparáveis de fato. A intenção de apresentar seus resultados lado a lado é tão-somente tentar caracterizar tendências gerais.

⁸ Tal afirmação não significa que os outros 16 governos estaduais estejam irregulares, necessariamente. A interpretação e implementação da Emenda 29 é bastante complexa, dando margem a diversas interpretações.

⁹ Para um resumo desta discussão acerca da multiplicidade de interpretações da Emenda nº 29, ver IPEA – Políticas Sociais: acompanhamento e análise, nº 10 e 11. IPEA: Brasília, 2005.

Tabela 3

Execução orçamentária em ações e serviços públicos de saúde. Ministério da Saúde, 2000 a 2005 e estimativa para 2006

| Ano | Em R\$ bilhões correntes | | | |
|-------------------|--|--|----------------------------|-----------------------------|
| | Exec. Orçamentária em Ações e Serv. Públicos de Saúde (a) ¹ | Exec. Orçamentária em Ações e Serv. Públicos de Saúde (b) ² | Base Fixa (c) ³ | Base Móvel (d) ⁴ |
| 2000 | 20,4 | 20,4 | 19,3 | 19,3 |
| 2001 | 22,5 | 22,5 | 21,8 | 23,1 |
| 2002 | 24,9 | 24,9 | 23,8 | 25,1 |
| 2003 | 27,2 | 26,8 | 26,7 | 28,2 |
| 2004 | 32,7 | 31,9 | 30,8 | 32,6 |
| 2005 | 36,5 | 34,5 | 35,0 | 37,2 |
| 2006 ⁵ | 40,0 | 37,9 | 38,4 | 40,1 |

Fonte: SIAFI/SIDOR

¹ Segundo a definição das LDOs: Gastos Totais do Ministério da Saúde, excetuando-se as despesas com Inativos e Pensionistas, Juros e Amortizações de Dívida, bem como as despesas financiadas pelo Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza.

² Além das exclusões previstas na LDO, foram excluídas também, nesta coluna, as despesas com programas de transferência direta de renda.

³ Sob o enfoque de "Base Fixa", o percentual de variação do PIB nominal é aplicado sobre o valor mínimo de recursos calculado para o ano anterior.

⁴ Sob o enfoque de "Base Móvel", o percentual de variação do PIB nominal é aplicado sobre o volume de recursos executado no ano anterior, exceto quando este for inferior ao piso mínimo calculado.

⁵ Dados da Execução para 2005 correspondem à Dotação Inicial.

uma tarefa que requer muitos cuidados. Os problemas gerados pela intrincada diversidade de enfoques e interpretações existentes dificultam a avaliação da aplicação da EC 29⁹, devido fundamentalmente a dois dissensos: a definição acerca de quais gastos podem ser considerados como "Ações e Serviços Públicos de Saúde"; e a base de cálculo a ser utilizada para a previsão mínima de recursos, o embate "base fixa" versus "base móvel".

Na Tabela 3, podemos ver com clareza como o debate entre as distintas interpretações da EC 29 confunde o acompanhamento e a avaliação acerca do cumprimento da mesma. Ao confrontar a execução orçamentária segundo o entendimento da LDO – coluna (a) –, com o piso exigido pela Emenda segundo o critério de "base fixa" – coluna (c) –, a conclusão seria pelo adequado cumprimento da Emenda pelo Governo Federal. Entretanto, se o critério utilizado para o cálculo do piso for o de "base móvel" – coluna (d) –, a EC 29 só teria sido cumprida nos anos de 2000 e 2004. Para o ano de 2006, o conflito permanece: a dotação inicial seria adequada de acordo com o critério de "base fixa", mas insuficiente para o critério de "base móvel".

Um outro problema, que vem se tornando crescentemente mais grave para a implementação da EC 29, diz respeito às ações de transferência di-

reta de renda. Mesmo após a unificação dos programas federais no Bolsa-Família, parte considerável dos gastos deste programa continua sendo contabilizada no âmbito do Ministério da Saúde, que sequer participa da gestão destes recursos. Se a execução orçamentária do Bolsa-Família fosse realizada, no Ministério da Saúde, no âmbito do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza (FCEP),¹⁰ à semelhança do que ocorre no Ministério de De-

senvolvimento Social, não existiria problema – o entendimento da LDO já seria suficiente, uma vez que exclui da EC 29 os gastos realizados pelo FCEP. Mas não é assim que ocorre, de modo que, para acompanhar a Emenda nº 29 de forma adequada às recomendações do CNS, deve-se descontar, além do previsto na LDO, os gastos do Ministério da Saúde com ações de transferência direta de renda.

Ao incluir na análise do orçamento do Ministério da Saúde a questão das ações de transferência de renda, o quadro confirma-se particularmente grave no exercício de 2005 – a Emenda nº 29 não teria sido cumprida sequer pelo critério de "base fixa". Ressalte-se que não se trata de questionar a importância do Bolsa-Família. O que deve ser observado é que a parcela de recursos destinados ao este programa, quando não é contabilizada no FCEP – criado para esse fim pela Emenda nº 41 –, gera um conflito com os recursos previstos pela EC 29, para ações e serviços públicos de saúde. Dependendo do entendimento e dos critérios utilizados, poder-se-

¹⁰ Criado em Dezembro de 2000, o "Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza tem como objetivo viabilizar a todos os brasileiros o acesso a níveis dignos de subsistência e seus recursos serão aplicados em ações suplementares de nutrição, habitação, saúde, educação, reforço de renda familiar e outros programas de relevante interesse social, voltados para a melhoria da qualidade de vida". (Art. 1º da Lei Complementar nº 111, de 6 de julho de 2001).

á concluir que o Governo Federal está cumprindo duas Emendas Constitucionais com os mesmos recursos, ou que está deixando de cumprir a EC 29 ao injetar mais recursos no Bolsa-Família – conflito que deveria ser evitado, uma vez que ambas as ações são indiscutivelmente importantes.

Para 2006, tal conflito continua, e mais uma vez se amplia. A dotação inicial total prevista pelo Projeto de Lei Orçamentário para o Ministério da Saúde para o corrente exercício é de R\$ 43,6 bilhões. Excluindo-se os gastos com Inativos e Pensionistas, Juros e Amortização da Dívida, e com o Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, temos uma primeira aproximação da dotação inicial para Ações e Serviços Públicos de Saúde: R\$ 40,0 bilhões, de acordo com os critérios estabelecidos pela LDO. Destaque-se, porém, que a dotação do MS prevista para financiar ações de transferências diretas de renda é de R\$ 2,1 bilhões. Excluindo-se também esse valor, chegamos a uma dotação inicial líquida para Ações e Serviços Públicos de Saúde de R\$ 37,9 bilhões.

Tal valor não é suficiente para atender sequer o critério de “base fixa”. Observando o critério de “base móvel”, seriam necessários créditos adicionais a partir de R\$ 2,6 bilhões. Caso contrário, tal diferença será acrescida no déficit acumulado no cumprimento da Emenda 29, que alcançaria então R\$ 7,1 bilhões.

MINISTÉRIO DA SAÚDE: evolução recente dos dispêndios e do financiamento federal do SUS

O gasto do Ministério da Saúde apresentou um comportamento irregular ao longo do período 1995-2005, tanto em relação ao seu valor global quanto ao valor destinado especificamente ao financiamento das Ações e Serviços de Saúde.

A despesa com Ações e Serviços de Saúde corresponde ao gasto total, menos as despesas com inativos e pensionistas – os chamados Encargos Previdenciários da União (EPUs) – e os dispêndios com encargos e serviços da dívida interna e externa. São também excluídos desse conceito os gastos fi-

Os dispêndios do Ministério da Saúde com Ações e Serviços Públicos de Saúde oscilaram entre R\$ 221 – maior valor –, em 1997, e R\$ 175,9 – menor valor – em 2003. Como percentual do Produto Interno Bruto (PIB), a maior participação alcançada foi de 1,90 % em 1995 e 2001

nanciados com recursos do FCEP. Esse valor líquido é que tem sido considerado oficialmente para efeito de verificação do cumprimento da EC 29 pelo Governo Federal. Neste trabalho, entretanto, serão excluídas também as despesas com programas de transferência direta de renda – o Bolsa Família –, em

acordo com o prescrito pela Resolução nº 322 do Conselho Nacional de Saúde.

A magnitude dos recursos financeiros utilizados pelo Ministério da Saúde para administrar e executar as Ações e Serviços de Saúde – isto é, exclusive aqueles destinados à amortização de dívidas, ao pagamento de inativos e os

oriundos do Fundo de Combate à Pobreza mais programas de transferência direta de renda – oscilou entre 82% e 90% do total de gastos do Ministério entre 1995 e 2005. Neste período, os dispêndios com os EPUs mantiveram um patamar aproximado de R\$ 3,2 bilhões, em termos reais, até 2000. Os encargos da dívida, por sua vez, foram bastante elevados, alternando valores na casa de R\$ 1 bilhão ou R\$ 3 bilhões entre 1995 e 1998. A partir daí, estas duas despesas apresentaram uma tendência declinante. No caso dos EPUs, o fluxo de novas aposentadorias, acelerado em um primeiro momento como uma reação defensiva frente às incertezas geradas pela Reforma da Previdência, reduziu-se; no caso das despesas financeiras, voltaram a um patamar de normalidade¹¹ após a amortização do endividamento acumulado durante a crise de financiamento ocorrida em 1993 (Tabela 4).

Analisando a trajetória do gasto total do Ministério da Saúde, no período 1995 a 2005, verifica-se que há uma queda em 1996 e recuperação em 1997 – ano de início da CPMF –, quando atingiu o valor mais alto do período em termos reais, R\$ 43,5 bilhões. Após nova queda em 1998, os gastos se mantiveram estáveis, em um patamar um

¹¹ Parte das operações do Ministério da Saúde é realizada por meio de convênios e empréstimos junto a organismos internacionais. Esta modalidade de endividamento – a chamada dívida contratual – é que mantém os encargos financeiros do MS em um patamar reduzido, mas ainda significativo.

Tabela 4
Ministério da Saúde: disponibilidade líquida para as ações e serviços de saúde, 1995-2005

Em R\$ milhões de dez/2005, deflacionados mês-a-mês pelo IGP-DI ¹²

| Ano | Gasto Total | EPU | Dívida | FCEP + Transf. de Renda | Ações e Serv. Públ. Saúde | Ações e Serv. Públ. Saúde % do G. Total |
|------|-------------|---------|---------|-------------------------|---------------------------|---|
| 1995 | 41.760,2 | 3.688,2 | 3.761,9 | 0 | 34.310,1 | 82,2 |
| 1996 | 36.239,1 | 3.722,5 | 1.251,0 | 0 | 31.265,6 | 86,3 |
| 1997 | 43.509,7 | 3.635,5 | 3.687,0 | 0 | 36.187,2 | 83,2 |
| 1998 | 39.645,1 | 3.948,5 | 1.251,1 | 0 | 34.445,5 | 86,9 |
| 1999 | 40.809,1 | 3.732,7 | 310,6 | 0 | 36.765,7 | 90,1 |
| 2000 | 40.279,9 | 3.610,7 | 96,3 | 0 | 36.572,9 | 90,8 |
| 2001 | 41.860,1 | 3.309,5 | 376,2 | 1.787,1 | 36.387,3 | 86,9 |
| 2002 | 39.361,6 | 2.985,5 | 518,2 | 688,8 | 35.169,1 | 89,3 |
| 2003 | 34.983,7 | 2.601,3 | 485,5 | 416,5 | 31.480,4 | 90,0 |
| 2004 | 38.536,1 | 2.804,3 | 514,7 | 1.198,0 | 34.019,1 | 88,3 |
| 2005 | 40.211,4 | 2.818,9 | 337,7 | 2.186,2 | 34.868,7 | 86,7 |

Fonte: SIAFI/SIDOR. Elaboração IPEA/DISOC

pouco inferior ao de 1997, até 2001, quando ocorreu nova recuperação nos valores. Os anos de 2002 e 2003 apresentam quedas pronunciadas, sendo 2003 o pior ano da série em termos reais. Houve significativa recuperação em 2004 e 2005, mas ainda insuficiente para recuperar o patamar atingido em 2001.

A trajetória dos gastos em Ações e Serviços Públicos de Saúde é, entretanto, muito distinta da realizada pelos gastos totais do MS (Tabela 5). Os piores anos do período continuam sendo os de 1996 e de 2003, mas é no ano de 1996 que se tem

Tabela 5
Ministério da Saúde: gasto em ações e serviços públicos de saúde, per capita e proporção do PIB, 1995-2005

| Ano | R\$ milhões ⁽¹⁾ constantes | Índices (1995=100) | Per capita R\$ de Dez/2005 | % PIB |
|------|---------------------------------------|--------------------|----------------------------|-------|
| 1995 | 34.310,1 | 100,0 | 216,0 | 1,90 |
| 1996 | 31.265,6 | 91,1 | 193,8 | 1,59 |
| 1997 | 36.187,2 | 105,5 | 221,0 | 1,78 |
| 1998 | 34.445,5 | 100,4 | 207,2 | 1,67 |
| 1999 | 36.765,7 | 107,2 | 217,9 | 1,88 |
| 2000 | 36.572,9 | 106,6 | 213,5 | 1,87 |
| 2001 | 36.387,3 | 106,1 | 209,3 | 1,90 |
| 2002 | 35.169,1 | 102,5 | 199,4 | 1,88 |
| 2003 | 31.480,4 | 91,8 | 175,9 | 1,75 |
| 2004 | 34.019,1 | 99,2 | 187,3 | 1,82 |
| 2005 | 34.868,7 | 101,6 | 189,3 | 1,80 |

Fonte: SIAFI/SIDOR. Elaboração: IPEA/DISOC.

(1) Valores deflacionados mês a mês pelo IGP/DI.

¹² A escolha do deflator altera significativamente a série. Se os dados fossem deflacionados pelo IPCA o resultado obtido seria outro.

o menor volume de gastos em Ações e Serviços Públicos de Saúde. O ano de 1997, que apresenta maior volume de gastos totais, teve essa performance fortemente influenciada pela amortização da dívida contraída anteriormente junto ao FAT. Os anos que, de fato, revelam o maior patamar de gastos totais em Ações e Serviços Públicos de Saúde correspondem ao triênio 1999-2001, superando os anos de 2004 e

2005 por uma margem considerável.

Mas, ao retomarmos a análise utilizando os valores *per capita*, o ano de 1997 volta a se apresentar como o de melhor desempenho. Os dispêndios do Ministério da Saúde com Ações e Serviços Públicos de Saúde oscilaram entre R\$ 221 – maior valor –, em 1997, e R\$ 175,9 – menor valor –, em 2003. Como percentual do Produto Interno Bruto (PIB), a maior participação alcançada foi de 1,90 % em 1995 e 2001.

FONTES DE FINANCIAMENTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

As Tabelas a seguir mostram quais são as principais fontes de recursos do MS e como a participação dessas fontes varia ao longo do período. A primeira constatação que pode ser feita, a partir das Tabelas 6 e 7, e do Gráfico 3, é que as participações relativas das diferentes fontes no financiamento das despesas do Ministério da Saúde não apresentam um padrão estável – ocorrem flutuações intensas na distribuição entre elas. Só a partir de 2000 percebe-se maior estabilidade, com variações mais sutis na sua composição.

As contribuições sociais, tomadas no seu conjunto, são responsáveis por parcela maior do financiamento do MS. A participação relativa dessas fontes no gasto total do MS oscilou entre os 63% de 1996 e os 88% de 2005 (Tabela 7). As contribuições da Seguridade Social – COFINS e CSLL – apresentam trajetória errática: no início

Tabela 6
Ministério da Saúde: distribuição do gasto, segundo as fontes dos recursos, 1995-2005.

Em R\$ bilhões de dez/2005, deflacionados mês-a-mês pelo IGP-DI

| Fonte de recursos | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Recursos Ordinários | 1,3 | 0,1 | 0,4 | 4,3 | 6,0 | 2,1 | 6,0 | 4,0 | 4,6 | 2,7 | 1,9 |
| Títulos Resp. Tesouro Nacional | 1,1 | 1,2 | 1,2 | 0,2 | 0,3 | 0,3 | 0,4 | 0,5 | 0,2 | 0,0 | 0,0 |
| Operações Crédito Internas - Moeda | 3,2 | 3,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Operações Crédito Externas - Moeda | 0,4 | 0,3 | 0,2 | 0,4 | 0,6 | 1,0 | 0,9 | 0,7 | 0,4 | 0,3 | 0,3 |
| Recursos Diretamente Arrecadados | 1,0 | 0,9 | 1,1 | 1,0 | 1,4 | 1,3 | 1,3 | 1,0 | 0,8 | 0,8 | 0,9 |
| Contribuições Sociais | 29,0 | 23,0 | 31,8 | 28,2 | 25,5 | 32,8 | 31,0 | 31,0 | 28,3 | 33,6 | 35,4 |
| Contrib. Social Lucro PJ | 8,4 | 7,5 | 8,4 | 3,2 | 5,4 | 5,0 | 3,0 | 9,3 | 9,6 | 12,6 | 16,0 |
| Contrib. Social p/Financ. Segurid. Social | 20,5 | 15,4 | 11,3 | 10,3 | 10,9 | 15,2 | 16,5 | 7,5 | 7,4 | 9,7 | 7,7 |
| Contrib. Prov. s/Mov. Financeira | 0,0 | 0,0 | 12,1 | 14,7 | 9,2 | 12,7 | 11,6 | 14,2 | 11,3 | 11,3 | 11,8 |
| Fundo de Estabilização Fiscal | 5,0 | 6,4 | 8,5 | 5,3 | 5,8 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1,8 | 0,7 | 0,0 | 0,3 | 0,1 |
| Demais Fontes | 0,7 | 1,4 | 0,3 | 0,3 | 1,2 | 2,8 | 0,5 | 1,4 | 0,8 | 0,7 | 1,5 |
| Total | 41,8 | 36,2 | 43,5 | 39,6 | 40,8 | 40,3 | 41,9 | 39,4 | 35,0 | 38,5 | 40,2 |

Fonte: SIAFI/SIDOR.Elaboração: IPEA/DISOC.

Tabela 7
Ministério da Saúde: distribuição percentual das fontes de recursos, 1995-2005.

| Fonte de recursos | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Recursos Ordinários | 3,2 | 0,2 | 1,0 | 10,8 | 14,7 | 5,2 | 14,3 | 10,3 | 13,1 | 7,1 | 4,8 |
| Títulos Resp. Tesouro Nacional | 2,6 | 3,3 | 2,8 | 0,5 | 0,8 | 0,7 | 0,9 | 1,3 | 0,5 | 0,0 | 0,0 |
| Operações Crédito Internas - Moeda | 7,6 | 8,3 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Operações Crédito Externas - Moeda | 1,1 | 0,9 | 0,5 | 1,1 | 1,4 | 2,6 | 2,1 | 1,8 | 1,1 | 0,7 | 0,7 |
| Recursos Diretamente Arrecadados | 2,4 | 2,5 | 2,4 | 2,6 | 3,5 | 3,2 | 3,1 | 2,6 | 2,3 | 2,2 | 2,3 |
| Contribuições Sociais | 69,4 | 63,4 | 73,1 | 71,1 | 62,5 | 81,5 | 74,1 | 78,7 | 80,9 | 87,2 | 88,2 |
| Contrib. Social Lucro PJ | 20,2 | 20,8 | 19,3 | 8,0 | 13,3 | 12,3 | 7,1 | 23,5 | 27,4 | 32,7 | 39,7 |
| Contrib. Social p/Financ. Segurid. Social | 49,2 | 42,6 | 25,9 | 26,0 | 26,6 | 37,7 | 39,5 | 19,2 | 21,1 | 25,1 | 19,2 |
| Contrib. Prov. s/Mov. Financeira | 0,0 | 0,0 | 27,8 | 37,1 | 22,6 | 31,5 | 27,6 | 36,0 | 32,4 | 29,4 | 29,3 |
| Fundo de Estabilização Fiscal | 12,0 | 17,7 | 19,5 | 13,3 | 14,2 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 4,3 | 1,7 | 0,0 | 0,9 | 0,3 |
| Demais Fontes | 1,8 | 3,7 | 0,7 | 0,7 | 3,0 | 6,8 | 1,2 | 3,5 | 2,2 | 1,9 | 3,7 |
| Total | 100,0 |

Fonte: SIAFI/SIDOR.Elaboração: IPEA/DISOC.

do período atingiam, respectivamente, 49% e 20% do total da despesa, caindo, a partir daí, até 1999. A COFINS, após elevar sua participação nos anos de 2000 e 2001 para um patamar próximo a 40%, atingiu o seu menor nível de participação em 2002 e 2003 – em torno de 20% –, atingindo 25% em 2004, sofrendo nova queda em 2005. A CSLL realizou um movimento contrário nos últimos anos: depois de apresentar a menor participação no ano de 2001 – apenas 7,1% – aumentou fortemente sua importância, atingindo patamares inéditos de participação – 32,7% em 2004 e 39,7% em 2005.

A CPMF, por sua vez, surgiu em 1997 já como a principal fonte de financiamento do Ministério da Saúde. Atingiu 37% de participação no ano seguinte e, após algumas flutuações, no último triênio financia em torno de 30% do total dos gastos do MS.

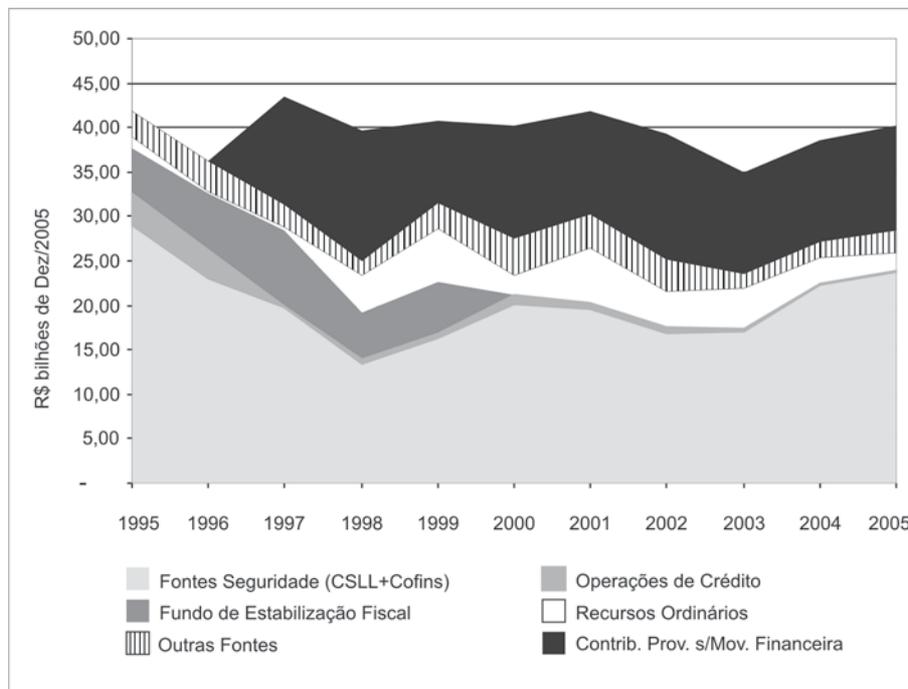
Outra importante fonte de financiamento do MS, no período, foi o Fundo Social de Emergência (FSE), posteriormente transformado no Fundo de Estabilização Fiscal (FEF). A participação desta fonte na primeira metade do período analisado é significativa, variando entre 12% e 19,5%. O FEF foi novamente reformulado no ano 2000, passando

a ser denominado Desvinculação das Receitas da União (DRU). Embora a atual designação seja mais sincera que as anteriores, a nova sistemática de funcionamento tornou a análise da execução orçamentária menos transparente. Isso porque os recursos desvinculados pela DRU não integram uma fonte de recursos específica, como no caso do FSE/FEF. Ao invés disso, são executados por meio da fonte Recursos Ordinários. Até a criação da DRU, a fonte Recursos Ordinários era responsável por expressar, na execução orçamentária, os recursos

oriundos de impostos gerais – no caso, principalmente, Imposto de Renda e IPI. A partir de 2000, entretanto, não é mais possível distinguir, para determinada área ou programa, qual parcela de recursos é originária de impostos gerais, e qual parcela é originária da Desvinculação, uma vez que ambas agora compõem, combinadas, a mesma fonte Recursos Ordinários.

É nesse contexto que deve ser qualificada, a partir de 2000, a participação da fonte Recursos Ordinários. Embora essa fonte mantenha os percentuais significativos atingidos em 1998 e 1999, a partir de 2000 ela incorpora também os recursos do antigo FSE/FEF. Ou seja, o volume de recursos aplicados pela fonte Recursos Ordinários no MS, a partir de 2000, deve ser analisado levando em conta não apenas a participação anterior desta fonte, mas também a parcela que cabia ao FSE/FEF. Nesse sentido, a observação do Gráfico 1 parece tornar claro que o aporte dos Recursos Ordinários ao financiamento do MS, após 2000, não mantém o grau de participação anteriormente observada para essa fonte e para o FSE/FEF – o que indica que ou os recursos dos

Gráfico 1
Participação de CPMF e FSE/FEF nos gastos totais do Ministério da Saúde, 1995-2005



Fonte: SIAFI/SIDOR. Elaboração: IPEA/DISOC.

impostos gerais ou os recursos da Desvinculação, ou ambos, têm tido a sua destinação ao Ministério da Saúde reduzida.¹³

A análise dos gastos do Ministério da Saúde pela ótica das fontes de financiamento também permite demonstrar que a introdução da CPMF em 1997 contribuiu muito mais para estabilizar o patamar de recursos orçamentários do MS do que para efetivamente elevá-lo. Isto porque as outras fontes que tradicionalmente financiavam o Ministério da Saúde realizaram uma clara trajetória de acomodação, reduzindo os seus aportes. É interessante notar também, nos últimos anos, a recuperação da participação das contribuições sociais, paralela a uma redução das demais fontes – um provável reflexo da recente elevação na arrecadação da COFINS.

¹³ Mais uma vez, seria necessário um olhar panorâmico sobre a Seguridade Social para verificar se esta tendência é específica ao setor Saúde, ou se ocorre neste momento também em outras áreas sociais. Desde logo, entretanto, pode ser enfatizado que, conforme trabalho realizado pela Consultoria de Orçamentos da Câmara dos Deputados – Núcleo Previdência, Assistência e Trabalho –, a DRU retirou em 2002 R\$ 20,1 bilhões da Seguridade Social. Entretanto, apenas R\$ 15,1 bi foram devolvidos por meio da execução da fonte Recursos Ordinários. (BRASIL. CÂMARA..., 2003).

Tabela 8

Ministério da Saúde: gasto total segundo categoria econômica, 1995-2005

Em R\$ bilhões de dez/2005, deflacionados mês-a-mês pelo IGP-DI.

| Categoria Econômica | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|--------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Pessoal | 6,9 | 6,0 | 5,7 | 5,1 | 5,0 | 5,0 | 4,6 | 4,8 | 4,3 | 4,4 | 3,7 |
| Outras Despesas Correntes | 22,9 | 20,1 | 22,8 | 16,8 | 16,0 | 13,6 | 12,9 | 11,5 | 9,2 | 7,4 | 8,3 |
| Investimentos | 0,6 | 0,2 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,6 | 0,5 | 0,3 | 0,3 | 0,5 | 0,5 |
| Amortização, Juros e Encargos Dívida | 3,8 | 1,3 | 3,7 | 1,3 | 0,3 | 0,1 | 0,4 | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 0,3 |
| Inativos e Pensionistas | 3,7 | 3,7 | 3,6 | 3,9 | 3,7 | 3,6 | 3,3 | 3,0 | 2,6 | 2,8 | 2,8 |
| Transf. Estados e DF | 1,1 | 0,5 | 0,9 | 1,3 | 1,8 | 3,1 | 4,7 | 4,3 | 5,2 | 7,7 | 8,9 |
| Transf. Municípios | 2,2 | 3,9 | 5,6 | 9,5 | 12,2 | 12,9 | 14,4 | 13,6 | 12,0 | 14,0 | 14,6 |
| Outros | 0,6 | 0,6 | 0,8 | 1,4 | 1,4 | 1,3 | 1,2 | 1,3 | 1,0 | 1,2 | 1,1 |
| Total | 41,8 | 36,2 | 43,5 | 39,6 | 40,8 | 40,3 | 41,9 | 39,4 | 35,0 | 38,5 | 40,2 |

Fonte: SIAFI/SIDOR. Elaboração: IPEA/DISOC.

Tabela 9

Ministério da Saúde: distribuição percentual do gasto total segundo categoria econômica, 1995-2005

| Categoria Econômica | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|--------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Pessoal | 16,6 | 16,6 | 13,2 | 12,8 | 12,3 | 12,4 | 10,9 | 12,1 | 12,3 | 11,4 | 9,2 |
| Outras Despesas Correntes | 54,8 | 55,5 | 52,3 | 42,4 | 39,3 | 33,8 | 30,7 | 29,3 | 26,2 | 19,2 | 20,7 |
| Investimentos | 1,4 | 0,6 | 0,8 | 0,8 | 0,7 | 1,6 | 1,2 | 0,7 | 0,8 | 1,2 | 1,1 |
| Amortização, Juros e Encargos Dívida | 9,0 | 3,5 | 8,5 | 3,2 | 0,8 | 0,2 | 0,9 | 1,3 | 1,4 | 1,3 | 0,8 |
| Inativos e Pensionistas | 8,8 | 10,3 | 8,4 | 10,0 | 9,1 | 9,0 | 7,9 | 7,6 | 7,4 | 7,3 | 7,0 |
| Transf. Estados e DF | 2,6 | 1,3 | 2,1 | 3,3 | 4,3 | 7,8 | 11,2 | 11,0 | 14,8 | 20,0 | 22,1 |
| Transf. Municípios | 5,3 | 10,6 | 12,9 | 24,0 | 30,0 | 32,0 | 34,4 | 34,7 | 34,3 | 36,4 | 36,3 |
| Outros | 1,6 | 1,6 | 1,8 | 3,6 | 3,5 | 3,2 | 2,8 | 3,3 | 2,8 | 3,1 | 2,7 |
| Total | 100,0 |

Fonte: SIAFI/SIDOR. Elaboração: IPEA/DISOC.

EVOLUÇÃO DO GASTO SEGUNDO A CATEGORIA ECONÔMICA DA DESPESA

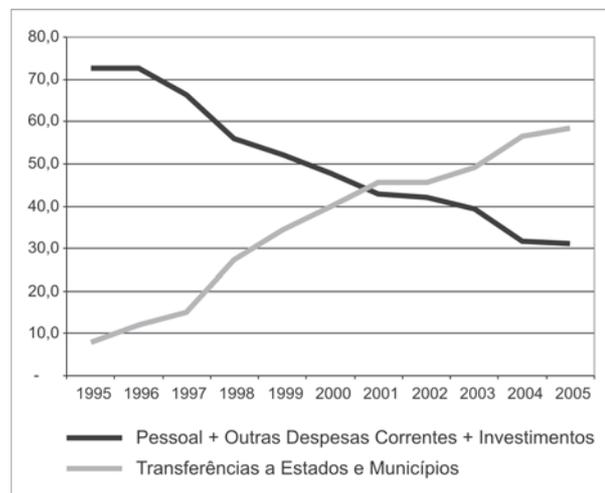
A análise da evolução do gasto do Ministério da Saúde segundo categoria econômica da despesa permite a verificação de algumas tendências importantes, conforme revelado pelas Tabelas 8 e 9 e pelo Gráfico 2.

Percebe-se, no período, uma redução no volume de gastos com Pessoal, que pode ser explicada por uma conjunção de fatores, dentre outros: a contenção de salários devido aos longos períodos sem reajustes a que foi submetido o servidor público; a migração precoce para a inatividade devido às incertezas geradas pela Reforma da Previdência; e a não substituição de recursos humanos transferidos para estados e municípios.

Os gastos na rubrica de Outras Despesas Correntes – onde são registrados, entre outras despesas, os pagamentos realizados direta-

Gráfico 2

Descentralização dos Gastos do MS: comparação entre a participação percentual das aplicações diretas do MS e os recursos transferidos a outras esferas de governo, 1995-2005



Fonte: SIAFI/SIDOR. Elaboração: IPEA/DISOC.

te a prestadores de serviços de saúde – reduzem-se fortemente, como consequência da descentralização das políticas de Saúde. As Transferências a Municípios realizam um crescimento impressionante entre 1996 e 1999 – sob a NOB 01/96 –, estabilizando-se a partir daí em um patamar elevado de recursos. Apesar da importância da NOB 01/93¹⁴ para o avanço da descentralização, foi indubitavelmente a aprovação da NOB 01/96 que intensificou tal processo, sobretudo por meio dos repasses do Piso da Atenção Básica – PAB Fixo – e dos repasses destinados a programas incentivados – PAB-variável. Também cresceu o número de municípios que se habilitaram à gestão plena de seus sistemas municipais¹⁵. Estes dois movimentos constituem a principal explicação para o significativo incremento dos repasses do Ministério da Saúde para a esfera municipal, que saltam de R\$ 3,9 bilhões em 1996 para R\$ 14,4 bilhões em 2001.

O repasse dos recursos financeiros para a gestão estadual teve, no início, comportamento mais estável e modesto. Em 1999, por exemplo, alcançou a cifra de R\$ 1,8 bilhões. Isso pode ser explicado, por um lado, pela tendência municipalista observada no processo de descentralização na saúde sob as NOBs 01/93 e 01/96 e, por outro, pelo fato de que os estados estavam mais reticentes na assunção das responsabilidades inerentes à gestão descentralizada. Somente a partir de 2001 verifica-se um crescimento mais intenso nas Transferências a Estados e DF, refletindo as mudanças na concepção do papel a ser exercido pelos Estados na implementação do SUS – consolidadas na NOAS 01/2000.

As despesas com Inativos e Pensionistas, que alcançaram níveis elevados no início do período, começam a ser reduzidas a partir de 1999, assim como os gastos com juros e amortização de dívi-

das. Chama a atenção, também, o baixo patamar de Investimentos realizados diretamente¹⁶ pelo MS.

A expressão financeira da descentralização se torna ainda mais clara no Gráfico 2, quando se compara a evolução da participação conjunta dos principais gastos do MS executados diretamente – Pessoal, Outras Despesas Correntes e Investimentos – com a trajetória das Transferências a Estados e Municípios. Em 1995, as primeiras respondiam por 72,7% do orçamento do MS, enquanto as transferências a outras esferas de governo representavam apenas 7,9%. Em 2004, os percentuais encontrados são de 31,0% e 58,4%, respectivamente¹⁷.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho busca analisar o financiamento público da saúde no Brasil. Para isso, inicialmente, destacou que o sistema de saúde brasileiro é composto por quatro segmentos: o SUS, universal, gratuito e financiado por recursos públicos; o segmento dos planos e seguros de saúde, financiado por recursos das famílias e/ou dos empregadores; o segmento dos servidores públicos, de acesso restrito a essas clientelas, financiado parte com recursos públicos e parte com recursos dos próprios servidores; e o segmento dos prestadores privados autônomos, com financiamento via pagamento no ato. Essa segmentação permite visualizar que o financiamento público da saúde responde apenas por uma parcela do total.

Pelo lado do financiamento público, observa-se que, desde a Constituição Federal de 1988, houve uma preocupação em garantir recursos para a saúde. Inicialmente pela busca de assegurar uma aplicação mínima de recursos da Seguridade Social. Entretanto, com o aumento das despesas previdenciárias, a saúde perde espaço na distribuição dos recursos do Orçamento da Seguridade Social. Outra tentativa de garantir maior aporte de recursos para o setor foi por meio

¹⁴ Até janeiro de 1997, 3.127 municípios, representando 62,9% do total, haviam se habilitado a alguma das formas de gestão estabelecidas pela NOB 01/93. Desses 3.127 municípios, 2.367 foram habilitados à gestão Incipiente (75,7%), 616 (19,7%) à gestão Parcial e 144 (4,6%) à gestão Semiplena. (BRASIL. MINISTÉRIO... , 1999).

¹⁵ Apesar de publicada em novembro de 1996, a NOB 01/96 foi implementada somente a partir de janeiro de 1998. De janeiro de 1998 a abril de 1999, 5.222 municípios (quase 95% do total) estavam habilitados em alguma das duas novas formas de gestão descentralizada: 4.752 (86,3% do total) estavam habilitados como gestores da Atenção Básica e 470 (8,5% do total) habilitados como gestores Plenos do sistema municipal de saúde (idem, 1999).

¹⁶ É necessário lembrar que, além destes investimentos realizados diretamente pela União, parcela dos recursos transferidos a Estados e Municípios se destina a programas de investimento a serem realizados por estas esferas.

¹⁷ A soma dos dois percentuais não alcança 100% porque algumas despesas do MS – como Amortização e Juros da Dívida, Inativos e Pensionistas, e Transferências a Instituições Privadas – foram excluídas deste exercício gráfico para melhor efeito didático.

da criação da CPMF. Contudo, é por intermédio da Emenda Constitucional nº 29 (EC29), de agosto de 2000, que são vinculados recursos orçamentários para a saúde, com a obrigatoriedade de aplicação de um montante mínimo.

A EC 29 expressa, entre outros objetivos, a preocupação em garantir um aumento da participação de estados e municípios no financiamento de ações e serviços públicos de saúde. Do lado federal, ela virtualmente congelou os recursos federais para a área de saúde, em termos de participação no PIB.

Foram exploradas também as controvérsias a respeito da aplicação da EC 29, especificamente para o caso do Governo Federal. Se aplicados os entendimentos propostos pela Resolução nº 322 do Conselho Nacional de Saúde, conclui-se que a União não vem cumprindo adequadamente a Emenda. Por outro lado, os dispositivos aprovados nas LDOs garantem a legalidade da atuação da União. Para 2005 e 2006, tais problemas de interpretação continuam.

Os dados publicados recentemente pelo SIOPS revelam crescimento dos gastos realizados pelo conjunto de União, Estados e Municípios com Ações e Serviços Públicos de Saúde, apesar da redução observada nos dispêndios da União em 2003. Ressalte-se também que, embora os gastos dos governos estaduais com Ações e Serviços Públicos de Saúde tenham crescido consideravelmente, ainda não alcançaram os níveis exigidos pela EC 29.

Analisando os gastos do Ministério da Saúde (MS), verifica-se que este apresenta um comportamento irregular ao longo do período 1995-2005, com queda em 1996, recuperação em 1997 – ano de início da CPMF –, uma nova queda em 1998, mantendo-se estáveis nesse patamar até 2001. Os anos de 2002 e 2003 apresentaram nova queda nos gastos, e 2004 e 2005 mostraram significativa recuperação.

Analisando as fontes de financiamento dos gastos federais, observa-se que as contribuições sociais, em seu conjunto, são responsáveis pela maior parcela do financiamento do MS – e elevam ainda mais sua participação nos últimos anos. Nota-se que a CPMF não é mais a principal fonte de financiamento do MS, tendo sido superada

pela CSLL a partir de 2004. A análise dos gastos desse ministério permite demonstrar que a introdução da CPMF contribuiu muito mais para estabelecer o patamar de recursos orçamentários do que para efetivamente elevá-lo.

Por fim, ao analisar os gastos do MS por categoria econômica, percebe-se o impacto da descentralização nas finanças do Ministério. As transferências para municípios crescem rapidamente a partir de 1997 – sob o efeito da NOB 01/96 –, enquanto as transferências para Estados e DF crescem a partir de 2001, com a NOAS 01/2000. Juntas, as transferências a governos subnacionais alcançam 58,4% dos gastos do MS em 2005.

É importante lembrar que as análises de cumprimento ou não da Emenda Constitucional estão relacionadas a um ponto crítico: não regulamentação da EC 29. Toda a interpretação aqui se baseia na Resolução do CNS e, portanto, fica sujeita a críticas. Sem uma clara regulamentação do que sejam ações e serviços públicos de saúde, a atuação dos controles estatais (Tribunais de Contas) e sociais (Conselhos) pode ser, a qualquer momento, questionada. Assim, urge uma clara regulamentação da EC 29 para dar transparência ao processo de aplicação de recursos em saúde e permitir o controle efetivo do cumprimento da EC 29.

REFERÊNCIAS

BIASOTO JR., G. *Setor saúde: constituição do SUS, financiamento federal, transferências e questões federativas*. Campinas: IE/UNICAMP, 2003. (Mimeografado).

BRASIL. Congresso. Câmara dos Deputados. *EC nº 29: valor mínimo a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde – interpretações controversas e suas implicações no Orçamento da União*. (Estudo n. 84/2001). Brasília: Câmara dos Deputados; COFF, 2001.

_____. *O impacto da DRU no Orçamento de 2003*. (Estudo n. 59/2003). Brasília: Câmara dos Deputados, 2003.

_____. *Suplementação do bolsa-família da saúde: PLN n. 02/2005*. (Nota Técnica 03/2005). Câmara dos Deputados: Brasília, 2005.

BRASIL. Constituição (1988). Imprensa Nacional: Brasília, 1988.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde *Resolução n. 322*.: Brasília, 2003.

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Análise de alguns aspectos do processo de descentralização do Sistema Único de Saúde*. Brasília: MS/SAS/SPS, 1999. Mimeografado.
- DAIN, S. O financiamento público na perspectiva da política social. *Economia e Sociedade*, Campinas, IE/UNICAMP, n. 17, 2001.
- FERNANDES, M. A. *et al.* *Gasto social das três esferas de Governo*: 1995. Brasília: IPEA, 1998. (Texto para discussão, 598).
- IPEA. Boletim de *Políticas sociais*: acompanhamento e análise, n.1, Junho/2000. Brasília: IPEA,
- _____. Boletim de *Políticas sociais*: acompanhamento e análise, n.2, Fevereiro/2001. Brasília: IPEA
- _____. Boletim de *Políticas sociais*: acompanhamento e análise, n.3, Agosto/2001. Brasília: IPEA
- _____. Boletim de *Políticas sociais*: acompanhamento e análise, n.4, Fevereiro/2002. Brasília: IPEA
- _____. Boletim de *Políticas sociais*: acompanhamento e análise, n.5, Agosto/2002. Brasília: IPEA
- _____. Boletim de *Políticas sociais*: acompanhamento e análise, n.6, Fevereiro/2003. Brasília: IPEA
- _____. Boletim de *Políticas sociais*: acompanhamento e análise, n.7, Agosto/2003. Brasília: IPEA
- _____. Boletim de *Políticas sociais*: acompanhamento e análise, n.8 Fevereiro/2004. Brasília: IPEA
- _____. Boletim de *Políticas sociais*: acompanhamento e análise, n.9, Agosto/2004. Brasília: IPEA
- _____. Boletim de *Políticas sociais*: acompanhamento e análise, n.10, Fevereiro/2005. Brasília: IPEA
- _____. Boletim de *Políticas sociais*: acompanhamento e análise, n.11, Agosto/2005. Brasília: IPEA
- _____. Boletim de *Políticas sociais*: acompanhamento e análise, n.12, Fevereiro/2006. Brasília: IPEA
- MÉDICI, A. *Financiamiento y gasto público en salud en los años noventa*. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo, 2001.
- MUSGROVE, P. *Public and Private Roles in Health*. Health Economics in Development. Washington, DC: World Bank, 2004.
- OLIVEIRA, F. A. *FUNDEF e Saúde*: duas experiências (virtuosas?) de descentralização. Rio de Janeiro: EBAP/FGV, 2001. Mimeografado.
- OMS. *World Health Report 2004*. Genebra: OMS, 2004. (Annex Table, 5).
- _____. *Informe sobre la salud en el mundo 2000*: mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Genebra: OMS, 2000
- PIOLA, S. F.; BIASOTO Jr., G. Financiamento do SUS nos anos 90. In: NEGRI, B.; GIOVANNI (Org.). *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas: Unicamp, 2001.
- PIOLA, S. F.; REIS, C. O.; RIBEIRO, J. A. C. *Financiamento das políticas sociais nos anos 90*: o caso do Ministério da Saúde. Brasília: IPEA, 2001. (Texto para discussão, 802).
- RIBEIRO, J. A. C.; PIOLA, S. F.; SERVO, L. M. As novas configurações de antigos problemas: financiamento e gasto com ações e serviços públicos de saúde no Brasil. ABRES: Belo Horizonte. 2005. Trabalho apresentado na II Jornada de Economia da Saúde.
- SILVEIRA, F. G.; OSÓRIO, R. G.; PIOLA, S. F. Os gastos das famílias com Saúde. *Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002.
- SISTEMA INTEGRADO DE OPERAÇÕES DE SEGURANÇA PÚBLICA. *Boletim SIOPS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- _____. *A Implantação da EC 29: apresentação dos dados do SIOPS, 2000-2003*. Brasília: Depto. Economia de Saúde ;Ministério da Saúde, 2005a.
- _____. *Nota Técnica n. 9/2005*. Brasília: Depto. Economia de Saúde; Ministério da Saúde, 2005b.

O fluxo dos recursos públicos de saúde em 2002 no município de Feira de Santana-BA: das fontes de financiamento até as atividades

Thereza Christina Bahia Coelho, Fábio Lucas Chagas***

Resumo:

Um estudo desenvolvido no município de Feira de Santana-Bahia objetivou descrever o fluxo dos recursos em saúde – das fontes para os agentes intermediários, provedores, até as atividades – no ano de 2002, através do modelo das Contas Nacionais, da Organização Mundial de Saúde. Os gastos em saúde foram mensurados com a utilização da Tabela 1 (Fontes de Financiamento por Agentes de Financiamento), obtendo-se como resultado o volume total de aproximadamente 75 milhões de reais para o referido ano, incluindo as receitas públicas das fontes dos três níveis: Federal (54%), Estadual (26%) e Municipal (20%). A análise dos dados permitiu conhecer melhor os problemas no preenchimento do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), e levantar questões para uma discussão mais fundamentada, que envolva a gestão municipal, a universidade e a comunidade.

Palavras-chave: Contas em Saúde, financiamento, gastos em saúde, contas regionais.

Abstract:

This study, developed in Feira de Santana City, State of Bahia, aimed to describe the health resources flows, since the sources to the financing agent agents, providers, until the functions in the year of 2002. Through the OMS Health Accounts Model the health expenditure were measured by the Table One (Sources by Financing Agents). The result obtained in this year was almost seventy five million of "Reais", included the public receipts from the three level sources: federal (54%), regional (26%) and municipals (20%). The data analysis permitted to know the troubles on the Public Budget Information Health System (SIOPS) and to build most embased questions involving the municipals administration, the university and the community.

Key-words: Health Accounts, financiamnt, health spends, regional accounts.

INTRODUÇÃO

Em que pese a "guerra fiscal" observada na última década (DULCI, 2002), a Reforma do Estado Brasileiro vem discutindo as responsabilidades de arrecadação, recolhimento e dotação de recursos entre os entes federativos, tornando o financiamento das ações e serviços de saúde, bem como a alocação e o pagamento a provedores, áreas cruciais para viabilizar um sistema universal como o Sistema Único de Saúde (SUS).

¹ Médica, Doutorado em Saúde Coletiva, Professora Adjunta da UEFS, Coordenadora (líder) do Núcleo de Saúde Coletiva (NUSC), certificado pelo CNPQ. tcuide@yahoo.com.br

² Estudante do Curso de Enfermagem da UEFS e bolsista FAPESB.

O não cumprimento da Constituição de 1988, que estabelecia a destinação de 30% do Orçamento da Seguridade Social (excluídos os recursos do seguro-desemprego) para a saúde, e a necessidade de garantir fontes estáveis para o setor, determinaram a aprovação da Emenda Constitucional nº 29 – EC 29/2000 (BRASIL, Ministério da Saúde, Emenda Constitucional 29, 2001). A EC 29, que possui um caráter gradual e flexível, previa para a União a destinação de recursos no valor igual ao do ano anterior à sua entrada em vigor, acrescidos de 5%, mantendo-se nos quatro anos subsequentes este valor, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB).

Para os Estados o percentual de vinculação é de 12% das receitas tributárias e de transferências, deduzindo-se as transferências aos municípios, que, por sua vez, devem destinar 15% das mesmas receitas para a saúde. Uma estimativa realizada pelo Ministério da Saúde (FAVERET 2002) já tem previa um crescimento global de recursos nos três níveis de governo, até 2004, da ordem de 42,3%, ou seja, um aumento de 30,9 bilhões para 44 bilhões de reais (25,3% do PIB). Nessa perspectiva, os municípios estariam acrescentando, ao fim de 2004, 28% sobre os gastos de 1988.

Esse cenário de gastos crescentes, desenhado pela EC 29, e a aprovação da Lei de Responsabilidade Fiscal, em 2002, tornaram a alocação mais eficiente dos recursos uma prioridade a ser observada pelas políticas públicas, exigindo um diagnóstico preciso do fluxo financeiro no sistema.

A aplicação de uma metodologia que permita captar as especificidades da realidade do financiamento da saúde no país poderá revelar o caminho dos recursos desde as fontes, seus processos de transferência, até as agências administradoras, e destas para os provedores de serviços, propiciando um melhor entendimento dos processos econômico-financeiro-contábeis, oferecendo transparência à gestão.

Um estudo financiado pelo Departamento para o Desenvolvimento Internacional (Department for International Development – DFID) – dentro do Acordo de Cooperação Técnica Brasil-Reino Unido, tendo como instituições parceiras o Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), e o apoio da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) – buscou adaptar o modelo das Contas Nacionais em Saúde (National Health Accounts) aperfeiçoado pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2003), no sentido de tentar responder as seguintes questões: quais são as principais fontes de financiamento público no nível municipal?; quem agencia os recursos oriundos destas fontes e como se dá essa distribuição?; e qual o grau de confiabilidade das informações geradas pelos sistemas de informação financeiro-contábil existentes? Sendo assim, o presente trabalho, com base nos desenvolvimentos metodológicos realizados pelo projeto anterior, e

contando com o financiamento da Fundação de Apoio à Pesquisa da Bahia (FAPESB), objetivou descrever o fluxo financeiro em saúde, das fontes para os agentes intermediários e provedores até as atividades, no município de Feira de Santana - Bahia, no ano de 2002, e testar a metodologia de Contas Nacionais de Saúde (National Health Accounts), da Organização Mundial de Saúde, enquanto ferramenta aplicável às contas regionais.

METODOLOGIA

Em contabilidade social, o termo “contas” se refere a um arranjo organizado de valores, ou cifras, relativos às atividades econômicas de dada área. Uma matriz consiste numa espécie de tabela onde as linhas correspondem às receitas e as colunas aos pagamentos de determinado setor ou categoria (EDEY; PEACOCK, 1974)

Existem atualmente dois modelos de contas. A metodologia das Nações Unidas (UN) para Contas Nacionais (NA), que aborda os gastos em saúde através do subgrupo de Contas Nacionais, as Contas Satélites, e o Sistema de Contas em Saúde (System Health Accounts – SHA) para o relato dos gastos em saúde, desenvolvido pela Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OECD), que permite, através de uma classificação padronizada internacionalmente, a International Classification for Health Accounts (ICHA), a comparação dos gastos entre os sistemas de vários países.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), aproveitando a experiência dos Estados Unidos (US), adotou a abordagem das Contas Nacionais de Saúde (National Health Accounts), que produziu ao método do SHA uma maior desagregação da matriz “fontes e usos”. Atualmente, por causa da sua maior compreensibilidade e o alto grau de detalhamento, a abordagem do NHA é preferido por muitos por possuir um “padrão ouro” na estimativa dos gastos em saúde, particularmente em países com uma estrutura de financiamento em saúde “pluralística”, como no caso do Brasil (MAGNOLI, 2001; SCHNEIDER, 2000). Trata-se de uma ferramenta para a síntese, descrição e análise das informações financeiras

para melhorar o desempenho do sistema de saúde. Na América Latina e Caribe seu uso também tem se ampliado na última década.

O modelo NHA mensura os gastos em saúde utilizando matrizes com quatro categorias básicas da atenção à saúde: fontes, agentes de financiamento, provedores e atividades (WHO, 2003). Conceitualmente podemos definir as Fontes de Financiamento (*Sources*) como entidades que fornecem as verbas para a Saúde; os Agentes de Financiamento (*Financing Agents*) como intermediários de financiamento responsáveis pelo gerenciamento dos fundos e pagamento direto dos serviços de saúde e demais produtos (medicamentos, remédios, atividades); os Provedores (*Providers*) são os receptores finais dos recursos utilizados para custear os cuidados com a saúde; e as Atividades (*Functions*) referem-se às ações primárias, secundárias e terciárias desenvolvidas pelos provedores nos três níveis de atenção: básica, média e alta complexidade.

Enquanto o SHA é mais útil para sistemas de saúde com uma única fonte de recursos, o NHA desagrega as categorias tornado-as mais flexíveis, detalhando a identificação de cada fonte e seguindo o fluxo dos recursos até as atividades específicas, tornando possível saber quem gasta em saúde, como e quanto. Como o Brasil ainda não tem um sistema de contas em saúde definido, e as Contas Satélites, por serem mais centralizadas e de difícil elaboração, terminam sendo mais interessantes para trabalhar os gastos em saúde dentro da perspectiva econômica, a expectativa deste estudo é de que a adaptação da metodologia NHA permita fornecer uma informação tecnologicamente mais acessível para os gestores e mais útil para efeito de controle social. A recomendação da OMS é que a construção dos sistemas de contas em saúde se inicie através das quatro tabelas mais básicas:

- TABELA UM: Fontes de Financiamento por Agentes de Financiamento.
- TABELA DOIS: Agentes de Financiamento por Provedores.
- TABELA TRÊS: Agentes de Financiamento por Funções (atividades).
- TABELA QUATRO: Provedores por Funções (atividades).

A apuração de receitas e despesas (fontes e usos) federais, estaduais e municipais é um desafio revelado pelo levantamento dos seguintes problemas: dupla contagem de gastos das transferências intergovernamentais fundo a fundo e do FMS para prestador; mudanças de tetos e pagamentos diretos a prestadores não habilitados pelos estados e municípios ou a não inclusão de dados dos convênios nos sistemas de informação; diferenças de registro por competências (um pagamento de AIH é registrado no ano X no MS e entra como recebido no ano seguinte); e despesas empenhadas, realizadas e liquidadas (restos a pagar) (FAVERET, 2002).

O Estado da Bahia determinou, através de instrução normativa, que só podem ser inscritas em Restos a Pagar as despesas liquidadas. Essa medida, que vem sendo adotada por outros estados e municípios, garante que o recurso referente a dada despesa já se encontre disponível no fundo de saúde. O maior problema para a consolidação dos dados é a falta de padronização, apesar da Lei 4.320/64.

A EC 29 considera como despesas o gasto com ações e serviços públicos de saúde referentes ao custeio e investimento, com pessoal ativo e de capital, programas finalísticos e de apoio, inclusive administrativos, financiadas pelas três esferas de governo, conforme o disposto no artigo 198, § 2º da Constituição Federal. As despesas com ações e serviços públicos de saúde relativas à promoção, proteção e recuperação e reabilitação da saúde, para efeito da EC 29 não incluem os gastos com: pessoal inativo; assistência a clientela fechadas; merenda escolar; saneamento básico realizado por órgãos da administração indireta; limpeza urbana e remoção de resíduos sólidos (lixo); preservação e correção do meio ambiente; e ações de assistência social não vinculadas diretamente à execução das ações e serviços promovidos por instituições do SUS (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O Gasto Público em Saúde (Anexo 1), no contexto das Contas Nacionais de Saúde (CNS), relaciona todos as saídas para cada pagamento de entidades de governo. As entidades públicas são os sujeitos do financiamento e/ou política governamental e/ou controle social sobre os quais eles exercem legalmente

e territorialmente seu poder. As entidades, ao serem agregadas, assumem o formato mais geral de categorias.

Partindo de uma Classificação Provisória de Contas em Saúde (COELHO et al., 2004), desenvolvida no estudo anterior, e adaptada à estrutura contábil vigente, de acordo com o Manual de Receitas Públicas (BRASIL. MINISTÉRIO DA FAZENDA, 2004—), buscou-se montar a TABELA UM (Fontes de Financiamento X Agentes de Financiamento), aplicando a ela os valores encontrados para o conjunto das receitas dos agentes intermediários do setor público de Feira de Santana, no ano de 2002, por ser este o ano em que os dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) apresentavam maior confiabilidade.

Durante sua elaboração, vários reajustes conceituais foram feitos em busca de uma classificação provisória que permitisse comparações com as contas de outros sistemas de saúde internacionais e com o sistema de contas nacional, e refletisse, ao mesmo tempo, a realidade do sistema de financiamento brasileiro, viabilizando, na prática, a utilização das fontes de dados existentes em prol da construção de uma tecnologia útil para o planejamento econômico das políticas de saúde.

A TABELA UM, no nível das contas municipais, representa a entrada (Fontes) de recursos financeiros no município, para cada agente financeiro. O principal agente municipal de financiamento do setor público é a Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana (SMS-FS). O papel das entidades que, mesmo não pertencendo ao setor saúde, administram recursos que custeiam atividades de saúde, apareceu no estudo, mas ainda não foi possível desvendar toda sua magnitude. As receitas que vão compor os fundos de saúde da SMS são originadas de fontes públicas federais, estaduais e municipais, e também de fontes privadas.

Em 2002, Feira de Santana (FSA) apresentava uma população estimada de 496.625 habitantes,

sendo que, com a agregação dos 23 municípios que fazem parte do seu entorno, em algum momento do seu sistema de saúde essa população de usuários crescia para 914.158 habitantes (FEIRA DE SANTANA, 2003). Em 2004, através da Portaria nº 352/GM, de 9 de Março, o Município de Feira de Santana foi

habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, nos termos da NOAS SUS 01/2002 (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Do ponto de vista dos recursos de saúde existentes, FSA apresenta, no ano estudado, 120 estabelecimentos de saúde, sendo que, em 2002, o MS pagou diretamente aos 41 Prestadores Jurídicos do SUS e às Pessoas Físicas, por procedimentos realizados, o valor

de R\$ 38.726.575,00, segundo os dados do DATASUS (COELHO et al., 2005).

Do ponto de vista dos recursos de saúde existentes, FSA apresenta, no ano estudado, 120 estabelecimentos de saúde, sendo que, em 2002, o MS pagou diretamente aos 41 Prestadores Jurídicos do SUS e às Pessoas Físicas, por procedimentos realizados, o valor de R\$ 38.726.575,00, segundo os dados do DATASUS (COELHO et al., 2005)

RESULTADOS

Tomando como princípio que as Receitas Públicas são “todos os ingressos de caráter não devolutivo auferidas pelo poder público, em qualquer esfera governamental, para alocação e cobertura das despesas públicas” (BRASIL. MINISTÉRIO DA FAZENDA, 2004, p.14), cujo critério de registro é o “ingresso de disponibilidade” (BRASIL. MINISTÉRIO DA FAZENDA, 2004, p. 24-), considerou-se que as receitas pressupondo transferências para outros entes, restituições, devoluções, descontos e/ou abatimentos não serão consideradas despesas, mas serão deduzidas desta receita. Porque existem receitas cuja tributação e/ou arrecadação compete a um ente, mas são atribuídas a outro (s) ente (s). Essas considerações são importantes para justificar a manutenção dos tributos de repartição na composição das receitas do ente que vai, de fato, disponibilizar o recurso (BRASIL. MINISTÉRIO DA FAZENDA, 2004-).

Partindo dessa classificação de receitas públicas, procurou-se identificar as receitas que compunham cada sub-categoria nos relatórios do SIOPS

(BRASIL. MINISTÉRIO DA FAZENDA, 2004), nos extratos bancários das contas do Fundo Municipal de Saúde – FMS, e em relatórios internos da prefeitura. A grande dificuldade técnica enfrentada se deveu ao fato de que as “receitas próprias” do município formam um “bolo” (fundo) único, tornando complicado saber quanto representa cada receita tributária na composição da receita total da saúde. Devido a essa dificuldade, para calcular a composição das fontes tributárias municipais repassadas ao setor Saúde foi utilizado um cálculo aproximado, levando-se em conta a proporção dos tributos nas fontes do município como um todo, que pode ser visualizado no Gráfico 1.

No cálculo da proporção das Fontes Tributárias Municipais, que totalizaram para todo o município em torno de 24 milhões de reais, o Imposto sobre Serviços – ISS representa a maior fonte tributária do município (61,38 %), seguida do IPTU (21,05%), do IRRF (5,83) %, do ITBI (3,34 %) e de Outros (8,39 %)

As receitas analisadas apresentaram algumas dificuldades em sua contabilidade que passou a orientar-se pela Emenda Constitucional nº 29. Assim, no ano de 2002, o percentual mínimo de aplicação da EC 29 para Feira de Santana era de 12,6% do total das fontes de financiamento que esta emenda prevê para a Saúde. Mas as despesas excederam este percentual, sendo que, percentuais divergentes serão obtidos, a depender da forma de cálculo que se faça para chegar ao percentual de Despesas Próprias que orienta a declaração ao SIOPS.

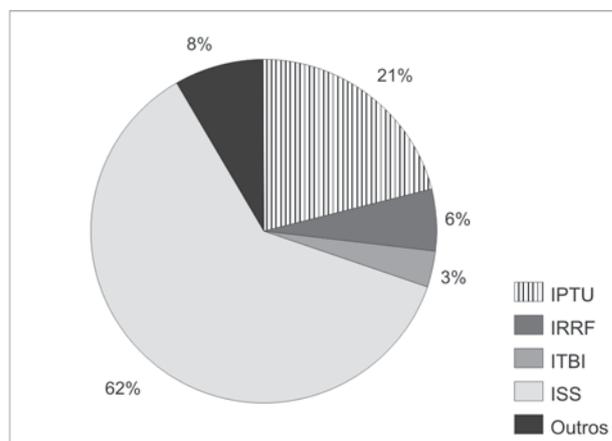
As principais fontes tributárias do município que entram na composição das receitas de

saúde se encontram na tabela a seguir. Os valores foram calculados tomando-se por base a proporção de cada fonte na composição das receitas gerais do município (Gráfico 1), embora diferentes cálculos tenham sido efetuados por órgãos da prefeitura municipal, como a Secretaria da Fazenda e da Saúde.

O percentual de 15,03%, observado na Tabela 1, refere-se às despesas pagas, segundo cálculo inicial da Prefeitura de Feira de Santana. Quando são consideradas as Despesas Realizadas, esse percentual sobe, evidentemente, porque a diferença com relação à Transferência do SUS aumenta. Também existe dúvida se a remuneração dos depósitos bancários pode ser considerada como receita própria para efeito da EC 29. Já no Quadro 1, montado com os dados informados do SIOPS, as despesas pagas foram calculadas em 15,61%, sendo que as **liquidadas** produziram novo cálculo, aumentando para **16,05%** o percentual dos recursos próprios.

Por outro lado, existiam outras receitas do município que, mesmo sendo da Saúde, não entraram normalmente nessa contabilidade do SIOPS, como as multas e alvarás recolhidos pelo órgão de Vigilância Sanitária e a receita de um hospital municipal que prestava serviços para entidades privadas (planos, seguradoras e famílias), revertendo para si mesmo esses recursos, ainda que eles entrassem

Gráfico 1
Fontes Tributárias de Feira de Santana em 2002



Fonte: Elaboração própria, dados primários SIOPS - MS

No cálculo da proporção das Fontes Tributárias Municipais, que totalizaram para todo o município em torno de 24 milhões de reais, o Imposto sobre Serviços – ISS representa a maior fonte tributária do município (61,38 %), seguida do IPTU (21,05%), do IRRF (5,83) %, do ITBI (3,34 %) e de Outros (8,39 %). Essa composição está de acordo com a composição média dos municípios baianos, que se apresenta da seguinte maneira: IPTU (18,6%), IRRF (12,5%), ITBI (6,1%), ISSQN (56%) e as Taxas (6,1%) (COELHO et al., 2005).

Tabela 1
Cálculos das Fontes Tributárias de 2002 utilizadas como Receitas Próprias, em R\$. Feira de Santana-BA.

| Receitas previstas pela Emenda 29 | Valor Arrecadado pelo Município | (EC 29) 12,6% | Cálculo SEFAZ 15,03% | Cálculo SIOPS 16,05% |
|-----------------------------------|---------------------------------|---------------|----------------------|----------------------|
| IPTU | 5.062.968 | 637.934 | 760.964 | 812.606 |
| ISSQN | 14.761.470 | 1.859.945 | 2.218.649 | 2.369.216 |
| ITV | 804.095 | 101.316 | 120.855 | 129.057 |
| FPM | 23.701.355 | 2.986.371 | 3.562.314 | 3.804.067 |
| ITR | 30.022 | 3.783 | 4.512 | 4.819 |
| IRRF | 1.402.305 | 176.690 | 210.766 | 225.070 |
| ICMS | 39.331.717 | 4.955.796 | 5.911.557 | 6.312.741 |
| IPVA | 3.847.702 | 484.810 | 578.310 | 17.556 |
| IPI | 704.582 | 88.777 | 105.899 | 143.907 |
| Div. Ativa Tributária | 2.017.239 | 254.172 | 303.191 | 323.767 |
| Sub-Total das Receitas | 91.663.455 | 11.549.595 | 13.777.017 | 14.142.806 |
| Rem. de Dep. Bancários | | | | 188.623 |
| Total | | | | 14.331.428 |

Fonte: Elaboração própria, dados primários – SIOPS (MS) e SEFAZ (Governo de FSA)

Quadro 1
Recursos Próprios aplicados na Saúde em 2002 em Feira de Santana - BA

| Despesa Liquidada | Valores |
|--|---------------|
| Despesa Total com Ações e Serviços de Saúde (X) | 27.639.236,39 |
| (-) Transferências de Recursos do SUS (XV) | 12.722.345,82 |
| (-) Receita de Operações de Crédito (XVI) | 0,00 |
| Despesa com Recursos Próprios XVII = X - XV - XVI | 14.916.890,57 |
| Percentual de Recursos Próprios Aplicados em Saúde (XVII / IV) | 16,05 |

Fonte: SIOPS (MS)

na contabilidade do município (mas fora da Saúde).

Na coleta de dados observamos outras pequenas diferenças entre dados informados ao SIOPS e os presentes na contabilidade municipal, como a não inclusão dentro das receitas tributárias da receita da L.C. 87/96 (Desoneração), no valor proporcional para a Saúde de R\$ 1.164.487,00. Além de divergências referentes a valores de exercícios anteriores, pagos no ano seguinte, que serão abordadas mais adiante.

Na Tabela 2 são apresentados os recursos que compuseram as receitas da SMS, classificados como Fontes, de acordo com a nova metodologia em comparação com os mesmos recursos conforme foram especificados ao SIOPS. O valor

R\$ 2.045.571,00, referente à Receita de Prestação de Serviço, por exemplo, só figura na terceira coluna, uma vez que não foi administrado pela SMS, e sim recebido na forma de pagamento por serviço realizado. Por questão de espaço, as linhas vazias, ou com somatórios de valor idêntico, que não representavam prejuízo para o entendimento, foram suprimidas.

Na verdade, o valor referido de R\$ 2.045.571,00 diz respeito à soma de R\$ 2.032.116,00 (Fundação Hospitalar), mais R\$ 13.455,00 (Hospital da Mulher).

Ocorre que, no caso do Hospital da Mulher, este valor representa os recursos da competência de 2002, recebidos em 2002, e deixam de fora os recursos da competência de 2001 que foram recebidos em 2002 (R\$ 500,00), e os da competência de 2002 que foram recebidos em 2003 (R\$ 812,00).

Da mesma maneira, os recursos recebidos pela Fundação Hospitalar da competência de 2002, recebidos em 2002 (SIA+AIH), somaram R\$ 1.851.524,72. Se forem somados a ele os R\$ 175.417,34 da competência de 2001, pagos em 2002, o valor sobe para 2.026.942,00, ficando próximo do declarado ao SIOPS. Se forem acrescentados, ao invés disso, os valores da competência 2002, pagos em 2003, que são R\$ 399.090,00, o total ficaria em torno de R\$ 2.250.6145,00, de forma que não foi possível saber exatamente qual o critério utilizado nessa demonstração feita ao SIOPS com o objetivo de cálculo do percentual de aplicação para efeito de cumprimento da EC 29. Na verdade, o artigo 35 da Lei 4320/64 estabelece de forma incisiva que a receita do exercício corrente é aquela que for arrecadada no próprio exercício. No caso acima, não fica claro se os recursos do exercício de 2001, pagos em 2002, foram contabilizados no exercício 2001, e se os de 2002, pagos em 2003, foram contabilizados em 2003.

Tabela 2**Fontes de Financiamento da saúde agenciadas pela SMS de Feira de Santana-BA em 2002 Valores em Reais.**

| Fontes de Saúde segundo Classificação Provisória | Valores classificados conforme nossa metodologia (CNS) | Valores declarados ao SIOPS |
|--|--|-----------------------------|
| FS.1 FUNDOS PÚBLICOS | 26.499.072 | 27.652.084 |
| FS.1.1 Fundos Federais | 11.333.737 | 12.533.723 |
| FS. 1.1.1 Receitas Federais de Saúde | 11.333.737 | 12.533.723 |
| FS.1.1.1.1 Receitas Correntes | 9.852.964 | 12.060.150 |
| FS.1.1.1.1.4.2 Receita de Prest. Serviço (SIA/SIH) | | 2.045.571 |
| FS.1.1.1.1.5 Transferências Correntes | 9.852.964 | 10.014.579 |
| <i>FS.1.1.1.1.5.1 Trans.Intergovernamentais</i> | 9.521.484 | 9.521.484 |
| <i>FS.1.1.1.1.5.1.1.1 Transf. Regulares e Automáticas do SUS</i> | 9.242.441 | 9.242.441 |
| <i>FS.1.1.1.1.5.1.1.1.1 PAB Fixo</i> | 4.903.580 | 4.903.580 |
| <i>FS.1.1.1.1.5.1.1.1.3 PAB Variável</i> | 4.338.861 | 4.338.861 |
| <i>FS.1.1.1.1.5.1.2 Transferências do Estado</i> | 279.043 | 279.043 |
| <i>FS.1.1.1.1.5.2 Transferências de Convênio</i> | 331.480 | 493.095 |
| <i>FS.1.1.1.1.5.2.1 Convênio Ignorado</i> | | 43.095 |
| <i>FS.1.1.1.1.5.2.2 Convênio DST/AIDS CV 880 (?)</i> | 286.564 | |
| <i>FS.1.1.1.1.5.2.2 Convênio DST/AIDS</i> | 44.916 | |
| | | 450.000 |
| FS.1.1.1.2 Receitas de Capital | 1.480.773 | 473.573 |
| <i>FS.1.1.1.2.4.1 Transferências Intergovernamental</i> | 473.573 | 473.573 |
| <i>FS.1.1.1.2.4.2 Convênio 3742</i> | 450.000 | |
| <i>FS.1.1.1.2.4.2 Convênio 1185</i> | 80.000 | |
| <i>FS.1.1.1.2.4.2 Convênio 2408</i> | 29.700 | |
| <i>FS.1.1.1.2.4.2 Convênio FNS/FUNDAC</i> | 447.500 | |
| FS.1.2 Fundos Estaduais | 46.974 | |
| FS. 1.3 Fundos Municipais | 15.118.361 | 15.118.361 |
| FS.1.3.1.1.1 Receitas Tributárias | 3.859.716 | 3.859.716 |
| <i>FS.1.3.1.1.1.1.1 IPTU</i> | 812.606 | 812.606 |
| <i>FS.1.3.1.1.1.1.2 IRRF</i> | 225.070 | 225.070 |
| <i>FS.1.3.1.1.1.1.3 ITBI (ITVI)</i> | 129.057 | 129.057 |
| <i>FS.1.3.1.1.1.1.4 ISSQN</i> | 2.369.216 | 2.369.216 |
| <i>FS.1.3.1.1.1.1.3.1 Dívida Ativa Tributária</i> | 323.767 | 323.767 |
| <i>FS.1.3.1.1.1.3.1 Remuneração de Depósitos Bancários</i> | 188.623 | 188.623 |
| FS.1.3.1.1.5 Transferências Correntes | 11.070.022 | 11.070.022 |
| FS.1.3.1.1.5.2.1 Transferências da União | 3.995.818 | 3.995.818 |
| <i>FS.1.3.1.1.5.2.1.1 Cota-Parte FPM (100%)</i> | 3.804.067 | 3.804.067 |
| <i>FS.1.3.1.1.5.2.1.2 Cota-Parte ITR</i> | 4.819 | 4.819 |
| <i>FS.1.3.1.1.5.2.1.4 Transf. Financeira ICMS- L.C.nº 87/96</i> | 186.932 | 186.932 |
| FS.1.3.1.1.5.2.2 Transferências do Estado | 7.074.203 | 7.074.203 |
| <i>FS.1.3.1.1.5.2.2.1 Cota-Parte do ICMS (100%)</i> | 6.312.741 | 6.312.741 |
| <i>FS.1.3.1.1.5.2.2.2 Cota-Parte do IPVA</i> | 17.556 | 17.556 |
| <i>FS.1.3.1.1.5.2.2.3 Cota-Parte do IPI - Exportação (100%)</i> | 143.907 | 143.907 |

Fonte: Elaboração própria, dados primários – SIOPS (MS), SEFAZ (Governo de FSA), DATASUS(MS)

Outro problema no registro dos dados financeiros refere-se aos convênios, tanto àqueles realizados com a União quanto aos efetuados com o Estado da Bahia. No caso deste último, a falta de um campo no SIOPS reservado para este fim impede esta contabilização. Entretanto, a investigação encontrou no Relatório de Gestão da SESAB de 2002 o repasse, pela chamada Fonte 30 (recursos próprios), de R\$ 46.974,00 para a Fundação Hospitalar (FHFS), e de R\$ 250.000,00 para a Santa Casa de Misericórdia.

De uma maneira geral, os convênios se mostram difíceis de rastrear e de classificar. Aqueles celebrados entre a Prefeitura e o Ministério da Saúde ficaram em

torno de R\$ 1.647.146,00, alguns intermediados pela SESAB.

Considera-se aqui, por conta da metodologia empregada, que os pagamentos realizados pelo Agente Federal “Ministério da Saúde”, diretamente aos prestadores do município, são administrados pela própria entidade federal, uma vez que o município não se encontrava na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. Nesse caso, o valor referente à prestação desse serviço, que é declarado ao SIOPS, se encontra incluso na soma das receitas correntes agenciadas pela entidade federal, porque a Secretaria de Saúde de Feira de Santana atuou aí como simples prestadora ou provedora. Caso estivesse na Plena, esses recursos seriam registrados como fonte de transferência fundo a fundo vinda da União.

A Tabela 3 apresenta a TABELA UM da metodologia NHA, onde se encontram os valores movimentados pelos agentes de saúde de Feira de Santana em 2002, por fontes de recursos (receitas). Na primeira coluna se encontram agregados os agentes, sendo possível visualizar os valores representados pelos provedores (prestadores) de maior peso, que, no ano de 2002, se encontravam na gestão estadual: o Hospital Geral Clériston Andrade e o Hospital Colônia Lopes Rodrigues. A linha correspondente a SESAB inclui, na verdade, os recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o pagamento de serviços efetuados por várias pequenas instituições, como a Segunda Diretoria Regional de Saúde (DIRES) e

centros de saúde, e não puderam ser desagregados. Se fosse utilizado o mesmo critério adotado para os municípios, dever-se-ia ter colocado estes recursos na linha do agente federal MS (GS.1.1.1 MS), uma vez que também a SESAB não se encontrava na Plena do Sistema em 2002, tendo exercido, em realidade, um papel de prestador e não de gestor desses recursos. Entretanto, manteve-se aqui, para efeito de clareza da metodologia, essa posição dos hospitais na tabela para que se saiba com detalhamento a destinação da verba. Entretanto, com a elaboração das demais tabelas NHA, contendo os fluxos para os provedores e para as atividades, esse artifício se fará desnecessário.

Os convênios realizados com o Governo da Bahia (Fonte 30 da SESAB) foram colocados, na Tabela 3, na coluna de Receitas Estaduais Correntes, nas linhas do GS.1.3.2 e GS.2.3. Correspondem a convênios feitos pela SESAB com entidades municipais utilizando fonte própria da SESAB, e não recur-

so do MS (Fontes 47 e 48) repassados para Feira de Santana (BAHIA. SECRETARIA DA SAÚDE, 2003). É importante entender que persiste ainda uma dúvida teórica de como devam ser classificados os recursos oriundos de convênios quando se tem que separar a função de agenciamento, administração ou gestão, da função de prestação de serviço. Por esse motivo, dentre outros, a Tabela 3 apresenta um formato ainda provisório. Apenas a discussão, crítica e utilização do método poderão aperfeiçoar as regras de uso das Tabelas.

Na coluna dos fundos privados (FS.2), os R\$ 12.000,00 que aparecem referem-se a receitas de natureza privada obtidas através da prestação de serviços não-SUS efetuados por provedor público (Fundação Hospitalar) agenciado pela prefeitura municipal.

Observando a última coluna, onde se encontram totalizadas as receitas das fontes dos recursos que entram na Saúde, seria possível concluir que o prin-

Tabela 3

TABELA UM da metodologia de Contas Nacionais (Fontes X Agentes de Financiamento/Intermediários) aplicada às contas de Feira de Santana-BA 2002, em Reais.

| Agentes de financiamento | Fontes de financiamento da saúde | | | | | Total |
|----------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|----------------------|-------------------|
| | FS.1 Fundos Públicos | | | | FS.2 Fundos Privados | |
| | FS.1.1.1 Receitas Federais | | FS.1.2.1 Receitas Estaduais | FS.1.3.1 Receitas Municipais | | |
| | FS.1.1.1.1 Receitas Correntes | FS.1.1.1.2 Receitas de Capital | FS.1.2.1.1 Receitas Correntes | FS.1.3.1.1 Receitas Correntes | | |
| GS.1 Público | 38.036.853 | 2.203.597 | 19.443.855 | 15.118.361 | 12.000 | 74.814.666 |
| GS.1.1 Federal | 15.439.302 | 441.180 | | | | 15.880.482 |
| GS.1.1.1 MS | 15.439.302 | 441.180 | | | | 15.880.482 |
| GS.1.1.1.1 AIH/SIA Priv. | 13.393.731 | | | | | 13.393.731 |
| GS.1.1.1.2 AIH/SIA SMS | 2.045.571 | | | | | 2.045.571 |
| GS.1.1.1.3 Conv. SMS | | 441.180 | | | | 441.180 |
| GS.1.2 Estadual | 12.744.587 | | 19.396.881 | | | 32.141.468 |
| GS.1.2.1 SESAB | 12.666.422 | | 19.396.881 | | | 32.063.303 |
| GS.1.2.1.1 Clériston | 4.422.737 | | 15.083.296 | | | 19.506.033 |
| GS.1.2.1.2 Colônia | 4.511.318 | | 4.313.585 | | | 8.824.903 |
| GS.1.2.1.3 SESAB | 3.732.367 | | ? | | | 3.732.367 |
| GS.1.2.2 Outros (UEFS) | 78.165 | | | | | 78.165 |
| GS.1.3 Municipal | 9.852.964 | 1.762.417 | 46.974 | 15.118.361 | 12.000 | 26.792.716 |
| GS.1.3.1 SMS-FS | 9.852.964 | 1.480.773 | | 15.118.361 | | 26.452.098 |
| GS.1.3.2 Outras (FH) | | 281.644 | 46.974 | | 12.000 | 340.618 |
| GS.2 Privado | 65.000 | | 250.000 | | | 315.000 |
| GS.2.3 N Luc (Sta Casa) | 65.000 | | 250.000 | | | 315.000 |
| Total (GS.1 + GS.2) | 38.101.853 | 2.203.597 | 19.693.855 | 15.118.361 | 12.000 | 75.129.666 |

Fonte: Elaboração própria, dados primários – Relatório de Gestão 2002 (SESAB), SEFAZ (Governo de FSA), DATASUS(MS).

* Para diferenciar as tabelas no texto (Tabela) das tabelas da metodologia (TABELA) reservamos a grafia em Caixa Alta (Maiúsculas) para as últimas.

principal agente municipal, a Prefeitura de Feira de Santana, ainda gerenciava, em 2002, um volume de recursos públicos próximo de 36%, os agentes estaduais 43%, e os federais 21%. Sendo que, em verdade, como esses recursos repassados à SESAB (R\$ 12.666.422,00) não poderiam ser, a rigor, considerados como gerenciados pelo Estado da Bahia, uma vez que a SESAB não estava na Gestão Plena, tendo recebido, da mesma forma que Feira de Santana, enquanto prestador de serviços para o Ministério da Saúde, o principal agente federal, o MS, foi quem agenciou a maior parte dos recursos, ou seja, pelo menos 64%. Nesse momento, entretanto, considera-se conveniente manter a tabela da forma como foi apresentada, até porque o mais importante é clarear o fluxo, saber a origem do recurso e a sua destinação. Observou-se, assim, que o valor total das Fontes Públicas Federais, incluindo as receitas correntes e de capital, ultrapassou 40 milhões de reais, que somadas às receitas estaduais e municipais, alcançaram a cifra de 75 milhões.

As receitas que foram oriundas de fontes privadas podem ser consideradas uma soma desprezível. Por outro lado, cerca de 33% (R\$ 13.393.731,00) dos recursos públicos federais foram repassados para o setor privado diretamente pelo MS, por serviços prestados ao SUS, sem falar dos R\$ 315.000,00 que foram transferidos para um hospital filantrópico, através de convênios para aquisição de materiais permanentes.

A grande maioria das fontes são receitas correntes de natureza tributária ou de transferências. Nessa etapa dos estudos não foi possível ainda obter o fluxo das receitas do setor privado para os Agentes de Financiamento, nem estimar as entradas de outros agentes, como o Instituto da Previdência de FSA, cujos recursos de saúde se encontram misturados na contabilidade municipal com os recursos da seguridade social.

Entretanto, com a montagem da TABELA UM tornou-se claro o predomínio dos fundos federais na composição das fontes do município, sendo que o principal agente dessas fontes foi, no ano de

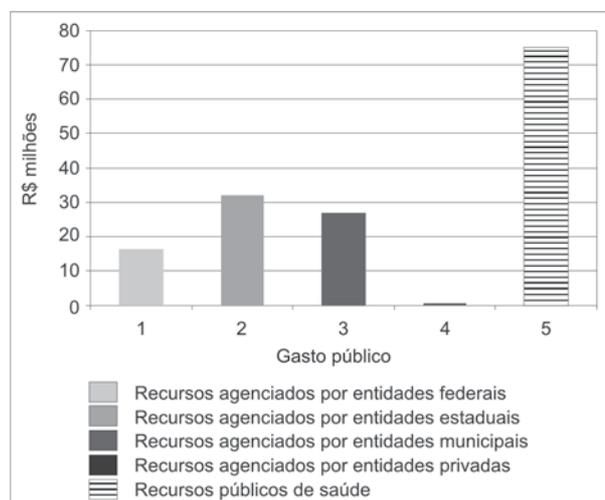
2002, como era de se esperar, o próprio Ministério da Saúde.

A Tabela 3 demonstra também que a maior entidade prestadora foi a SESAB, embora os recursos próprios, (fundos estaduais) contabilizassem quase 2/3 do total dos gastos com saúde. Com as mudan-

ças nas habilitações da gestão dos sistemas de saúde, tanto do Estado da Bahia (2003), quanto do município de Feira de Santana para a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde (2004), a configuração da tabela deverá mudar bastante, evidenciando melhor os efeitos esperados da descentralização administrativa. O Gráfico 2 ilustra a distribuição

das Receitas por Agentes de Financiamento.

Gráfico 2
Distribuição das Receitas Públicas de Saúde por Agentes Federais, Estaduais e Municipais em Feira de Santana-BA, em 2002



Fonte: Elaboração própria, dados primários SIOPS (MS) e SEFAZ (Governo de FSA) e Relatórios de Gestão

As contas públicas de saúde no estado da Bahia movimentaram em seus fundos, no ano de 2002, cerca de dois bilhões e trezentos mil reais, sendo que os recursos federais representaram quase 50% deste total, ou seja, uma diminuição em torno de 7% em relação ao ano 2000, às custas de um aumento da participação dos municípios na receita pública

global de saúde. Feira de Santana pôde gerir em 2002 cerca de 36% de um total de 75 milhões de reais das receitas públicas de saúde, incluindo as receitas das fontes dos três níveis, que contam com a seguinte composição no município: federais (54%), estaduais (26%) e municipais (20%). Desse modo, em 2002, o gasto público em saúde de Feira de Santana representou 3,86% do PIB municipal, um pouco acima da média estadual de 3,7%, enquanto o Gasto de Saúde *per capita* apresentou comportamento inverso: R\$ 151,44 contra R\$171,43 da média estadual, em valores nominais.

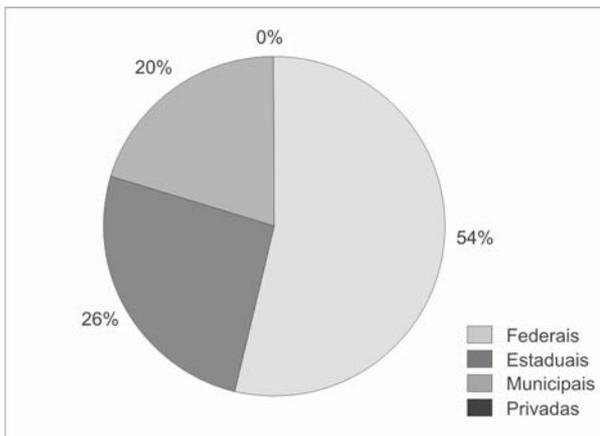
O Sistema Único de Saúde (SUS) financiou atividades em saúde em 41 dos 120 estabelecimentos de saúde cadastrados em 2002. O valor gasto pelo Ministério da Saúde com atividades de saúde ficou em torno de quarenta milhões de reais. Do total destes recursos, cerca de 71% foram gastos na média e alta complexidade, enquanto 29% destinaram-se à atenção básica. Todos os recursos de fontes estaduais, cerca de 20 milhões, foram destinados à produção de atividades hospitalares, enquanto os recursos de fonte municipal, inercialmente, foram utilizados em serviços dos três níveis de complexidade. Embora a mortalidade por causas externas ocupasse o segundo lugar no total de óbitos, aparentemente nenhuma atividade de promoção e prevenção foi realizada visando este problema. A Vigilância Epidemiológica permaneceu centrada nas doenças infecto-contagiosas, como se não fosse função municipal atuar sobre problemas que impactam na Média e Alta Complexidade (FEIRA DE SANTANA, 2003).

O financiamento das ações de saúde nos municípios no ano de 2002 continuou seguindo a lógica do modelo antigo, enquanto as decisões da gestão tenderam a reproduzir a estratégia macro e centralizadora, a despeito do incremento da autonomia e capacidade de gestão local e regional proposto pelo SUS.

Os resultados alcançados evidenciam a potencialidade do modelo enquanto ferramenta viável para a construção de sistemas de contas municipais e regionais que permitam uma gestão da saúde mais eficiente e um controle mais efetivo por parte da sociedade civil.

Gráfico 3

Distribuição das Receitas de Saúde no Município de Feira de Santana em 2003



Fonte: Elaboração própria, dados primários SIOPS (MS) e SEFAZ (Governo de FSA) e Relatórios de Gestão

CONCLUSÕES

A adaptação da TABELA UM da metodologia das Contas Nacionais da OMS para o nível municipal brasileiro permitiu uma proximidade com os eventos financeiros de forma ampla e ao mesmo tempo detalhada, conferindo transparência e clareza ao fluxo dos recursos desde as fontes até as entidades que os administram. Um banco de dados começou a ser montado, permitindo a geração futura de muitas informações. Mais que isto, foram sendo criados formatos de organização dos dados, conciliando a proposta internacional com as experiências brasileiras.

Os cálculos utilizados neste estudo foram muito básicos, para efeito mesmo de validação das potencialidades da metodologia NHA e da exploração conceitual. Evidentemente, em aplicações futuras, outros aportes estatísticos e da área de economia deverão ser incorporados para a produção de estimativas e correção de valores.

A análise dos dados permitiu: conhecer os problemas que podem ocorrer no preenchimento das informações do SIOPS, ratificando estudos anteriores, que informavam sobre os erros mais frequentes na apuração de receitas, levando a contagem dupla ou sub-contabilização de valores; levantar questões mais fundamentadas que subsidiem a discussão responsável entre a gestão municipal, a universidade e a comunidade; e visualizar a magni-

tude dos gastos públicos com saúde no nível municipal e regional.

A construção dos sistemas de contas municipais deve ser considerada seriamente em seu potencial e facilidade de uso para se alcançar uma maior eficiência e equidade na distribuição dos recursos financeiros.

Também ficam demonstradas a importância e a necessidade dos Fundos Municipais de Saúde saírem do estágio de mera contabilização dos recursos para a análise aprofundada das suas contas, com o objetivo de promover uma alocação mais eficiente e permitir o controle social efetivo e democrático.

REFERÊNCIAS

- BAHIA. Secretaria da Saúde. *Relatório de gestão 2002*. Salvador: 2003, 116 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Estimativas de impacto da vinculação constitucional de recursos para a saúde: Emenda Constitucional 29/2000. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde; elaboração de Ana Cecília de Sá Campello...[et al.]. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 316, de 4 de abril de 2002. Aprova as Diretrizes acerca da aplicação da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Brasília, 2002. 4 p.
- BRASIL. Ministério da Fazenda. *Relatório sobre a avaliação do sistema de administração e controle financeiros do Brasil*. Brasília, Junho, 2002. 44 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.047, de 5 de novembro de 2002. Aprova, na forma de Anexo, as Diretrizes Operacionais para a Aplicação da Emenda Constitucional nº 29, de 2000. Brasília, 2002. 6 p.
- _____. Portaria nº 352/GM, de 9 de março de 2004. Habilita o Município de Feira de Santana no Estado da Bahia, constante no Anexo desta Portaria, na Gestão Plena do Sistema Municipal, nos termos da NOAS SUS 01/02. Brasília: 2004b. 2 p.
- BRASIL. Portaria nº 2047/GM, de 5 de novembro de 2002. Brasília, 2002b. 3 p.
- BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. *Receitas Públicas*. Manual de Procedimentos. Aplicado à União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Brasília, 2004, 142 p.
- COELHO, T. C. B. et al. *Contas em saúde: uma proposta metodológica para o estado da Bahia*. Relatório de Pesquisa. Salvador: UFBA/ISC/DFID/SESAB, 2005. 87 p.
- DULCI, O. S. Guerra fiscal, desenvolvimento desigual e relações federativas no Brasil. *Rev. Sociol. Polit.*, Curitiba, n.18, p. 48-52, jun. 2002.
- EDEY, H. & PEACOCK, (1974) A. Renda Nacional e Contabilidade Social. Rio de Janeiro, Zahar Editora. 245 p.
- FAVERET, A. C. *Federalismo fiscal e descentralização no Brasil: o financiamento da política de saúde na década de 90 e início dos anos 2000*. 235 f. Tese (Doutorado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, 2002.
- FEIRA DE SANTANA. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de gestão 2002. Feira de Santana, 2003. 107. p.
- MAGNOLI, A. National Health Accounts Latin América and Caribbean: concept, results and policy uses. Harvard University: 2001. 47 p.
- SCHNEIDER, P. Rwanda National Health Accounts 1998. Partnerships for health Reform Project. Abt associates Inc., 2000. 58 p. (Technical Report no. 53).
- WHO. Guide to producing national health accounts: with special applications for low income e middle-income contries. Geneva, Switzerland, 2003. 330 p.





Planejamento, Políticas Públicas e Desenvolvimento

Caracterização dos gastos das famílias brasileiras com saúde¹

Isaura F. Gottschall de Almeida*

Resumo

Este trabalho discute as principais características dos gastos com saúde das famílias no Brasil. Trata-se de uma pesquisa descritiva baseada na POF 2002-2003/IBGE, a qual utiliza a família como unidade de análise, distribuída em classes de renda. Os resultados mostram que saúde é o quarto maior item de consumo das famílias, cujos componentes de maior peso são remédios (41%) e planos de saúde (28%). O gasto médio com saúde das famílias de mais alta renda (> 30 SM) corresponde a 26 vezes o valor gasto pelas famílias que recebem até 2 SM. À medida que aumenta a renda, caem os percentuais gastos com remédios, exames e consulta, enquanto crescem os gastos com planos, tratamento dentário e serviços de cirurgia. Os gastos das famílias com saúde refletem o mesmo padrão desigual da distribuição de renda no país e os resultados deste estudo apontam a potencialidade redistributiva das políticas públicas em saúde.

Palavras-chave: financiamento da saúde, gastos com saúde, gastos das famílias, planos de saúde, desigualdade em saúde.

Abstract

This paper discusses the main characteristics of the expenses families have with health in Brazil. It is a descriptive research based on POF 2002-2003/IBGE, which uses the families, sorted by income class, as units of analysis. The results demonstrate that health is the fourth major item families consume, which main components are medications (41%), and health insurance plans (28%). The average expenditure with health made by upper class families (> 30 MW) corresponds to 26 times the expenditure by families perceiving up to 2 minimum wages. As income increases, the percentage spent with drugs, exams and visits to the doctor decreases, while expenses with health insurance, dental treatment and surgery rise. The amount families spend with health reflects the same unequal income distribution pattern in the country; and the results of this case study point out the redistribution potentiality of public health policies.

Key-words: financing health, expenses with health, families' expenditure, health insurance, inequality in health.

INTRODUÇÃO

Em geral, o tema do financiamento da saúde é tratado sob a ótica macroeconômica, devido à dimensão e à importância do sistema público de saúde. Entretanto, além de discutir estes aspectos mais gerais, este estudo propõe uma abordagem voltada ao financiamento pessoal dos serviços de saúde. Os gastos totais – públicos e privados – com saúde têm aumentado em escala mundial. Dados da Organização Mundial da Saúde – OMS dão conta de que o gasto total em saúde como percen-

tual do Produto Interno Bruto - PIB tem crescido, tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento e mostram trajetória de crescimento em relação a anos anteriores. No Brasil, o percentual encontrado de 7,6% coincide com o do Reino Unido (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001). Os programas de universalização, adotados por muitos países, a partir dos anos 1950, resultaram na extensão horizontal e vertical da cobertura e são apontados para explicar a elevação dos gastos com saúde.

O envelhecimento absoluto e relativo da população, isto é, uma população com grande expectativa de vida e ampla participação de idosos, aspectos culturais, educação e informação da população são elementos importantes para explicar essa tendên-

* Especialista em Economia da Saúde pelo ISC/UFBA, economista pela UFBA, Pesquisadora do PECS/ISC/UFBA. isagotschall@yahoo.com.br.

¹ A autora agradece os comentários e sugestões da Prof^a Me. Erika Aragão.

cia, assim como: as mudanças na estrutura de morbi-mortalidade, a saber, aumento das doenças crônico-degenerativas; a elevação da renda *per capita* (mesmo de forma concentrada); as mudanças no campo da tecnologia médica;² a criação de demanda com novos produtos e serviços colocados no mercado; o aumento do seguro como meio de indenização e proteção dos riscos (MÉDICI, 2002a); todos contribuindo para pressionar o setor saúde.

No caso do Brasil, aos fatores mencionados soma-se a extensão da cobertura resultante da universalização do sistema, quando da Constituição de 1988. Desde então, o País possui um sistema público de saúde dito universal, mas grande parte da população não utiliza esses serviços, tendo como razões para isso a ausência de condições ou condições precárias de acesso. O escopo de acessibilidade e universalidade, previsto na Constituição, não é atingido em sua totalidade dada à limitação dos recursos públicos em atender a demanda da população. Uma parte cada vez maior desta, por outro lado, tem migrado para o setor privado, seja pagando diretamente suas despesas, seja se afiliando a algum plano ou seguro de saúde, conhecido como sistema de saúde suplementar. Má qualidade, custo da fila, insuficiência de atendimento e outros, são fatores que estimulam tal deslocamento. Diante disso, as famílias têm participado amplamente do aumento dos gastos totais com saúde.

Isso fica evidente quando se observa o percentual do gasto privado nos gastos totais com saúde. É claro que esta estrutura reflete diretamente o sistema de saúde de cada país, mas nos países desenvolvidos da OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico) cerca de 70% dos gastos em saúde são realizados pela esfera pública (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2004) e no Reino Unido, por exemplo, esse percentual ultrapassa 80%. Já nos Estados Unidos, um parâmetro de sistema privado de saúde, o governo arcou, em 2001,

² Enquanto mudanças tecnológicas reduzem o custo unitário de produção na indústria, novas tecnologias tendem a aumentar o custo do cuidado com a saúde. Neste setor, aumento do conhecimento não se reflete necessariamente em maior produtividade; inovações de capital não substituem trabalho, implicando até necessidade de novas especializações; e novas tecnologias não substituem as velhas, elas co-existem (OCKÉREIS; ANDREAZZI; SILVEIRA, 2005).

com 44% dos gastos. Curioso é que no Brasil, mesmo com um sistema de saúde público e universal, a importância do financiamento privado neste setor da economia é notória, inclusive maior que nos Estados Unidos, correspondendo a 58% dos gastos totais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005). Diante do aumento expressivo dos gastos com saúde, de modo geral, e da dimensão da participação do setor privado, é bastante relevante conhecer melhor a parcela gasta pelas famílias. Assim, convém direcionar a atenção às características deste gasto, a saber, quem o realiza, quanto e com o que é dispendido.

Além da introdução, este trabalho conta com mais quatro seções: uma breve discussão do financiamento e do contexto do sistema de saúde brasileiro, à luz da expansão da saúde suplementar; os aspectos metodológicos como base de dados e unidade de análise; considerações sobre a regressividade dos gastos das famílias com saúde e os resultados referentes às despesas das famílias com saúde (e sua composição), em 2003. Finalmente, na última seção são retomados os principais resultados e tecidas as considerações finais sobre a temática desenvolvida.

FINANCIAMENTO DA SAÚDE

Algumas funções em saúde, seja por envolverem economias de escala e aglomeração³, seja por tratarem da provisão de bens públicos e/ou bens de mérito,⁴ requerem participação do Estado. Segundo Musgrove (1996 *apud* MÉDICI, 2005), a busca da equidade e da eficiência econômica justifica a atuação do Estado no setor saúde, inclusive como financiador. Ao referir equidade, fala-se na atenção preferencial aos pobres e àqueles com problemas mais graves, além do financiamento de procedimentos que ge-

³ Economias de escala ocorrem quando os custos médios caem com o aumento do nível de atividade, isto é, são decrescentes com a escala de produção. Economias de aglomeração são economias externas resultantes da concentração espacial de atividades e de pessoas (PINDICK; RUBINFELD, 1999).

⁴ Os bens públicos são assim chamados por serem, ao mesmo tempo, não excludíveis e não rivais, mas alguns bens denominados meritórios, cuja oferta gera substanciais benefícios para a sociedade como um todo, também são tratados como bens públicos. É o caso, por exemplo, da saúde e da educação (PINDICK; RUBINFELD, 1999).

rem igual efetividade para todos. A eficiência econômica, por sua vez, é alcançada na medida em que a ação pública corrige falhas de mercado. Isto ocorre com a provisão dos chamados bens públicos (casos em que há ineficiência e/ou desinteresse do setor privado) e de bens privados que geram externalidades positivas consideráveis (como a provisão de medicamentos essenciais para população de baixa renda) ou que representam custos catastróficos e, portanto, proibitivos não apenas para os mais pobres (procedimentos de alta tecnologia).

São diversas as formas de financiamento dos setores público e privado no que se refere às ações de saúde. Este o faz mediante receitas de vendas dos serviços prestados, aquele, basicamente através de impostos gerais. Sobre estas fontes de financiamento,

estudos demonstram que impostos diretos costumam ser progressivos, enquanto que impostos indiretos regressivos. Contribuições ou alíquotas associadas ao pagamento de seguros de saúde (públicos ou privados) podem ser progressivas ou regressivas, a depender da forma como os seguros se estruturam. No entanto, gastos diretos das famílias costumam ser altamente regressivos (MÉDICI, 2005, p.14).

A presença maior ou menor do Estado na oferta de serviços de saúde afeta a dinâmica do gasto privado, na medida em que condiciona a disposição/decisão quanto à aquisição de bens e serviços no mercado. A participação do Estado na saúde, inclusive no que diz respeito ao financiamento, até a década de 30, foi relativamente pequena, quadro que se modifica a partir do fim da Segunda Guerra Mundial, quando a assistência médica, antes restrita ao conjunto de trabalhadores, passa a compor as atribuições do Estado, na medida em que a política social torna-se universal. Esta mudança coincide com o período de expansão das políticas de bem-estar social, de conquistas da classe operária e de hegemonia da teoria keynesiana na economia, a qual defende a intervenção estatal, mediante o aumento das suas funções produtivas e sociais.

A presença maior ou menor do Estado na oferta de serviços de saúde afeta a dinâmica do gasto privado, na medida em que condiciona a disposição/decisão quanto à aquisição de bens e serviços no mercado

Já em meados da década de 70 este cenário começa a se modificar, quando a crise fiscal dos países centrais põe em cheque os altos gastos governamentais e, com eles, os programas sociais.

Como e quanto o governo e as famílias gastam com saúde depende muito do sistema de saúde de cada país e, portanto, guarda relações com o modelo de financiamento adotado. Segundo Médici (2002a), existem quatro modelos de financiamento da atenção à saúde, que variam conforme as fontes de recursos e formas de cobertura para as diferentes camadas da população, diferenciadas pela renda. São eles: o Assistencialista, o

Previdencialista, o Universalista Unificado e o Universalista Diversificado. No Brasil, após 1988, o sistema de saúde passou a ser financiado por um *mix* de impostos gerais e contribuições sociais e “rompeu o compromisso previdencialista e transformou-se num sistema universal” (MÉDICI, 2002a, p. 12), tendo como expressão institucional o Sistema Único de Saúde - SUS. Analisar os princípios e as limitações do SUS, assim como entender as complexas relações entre este e o setor privado, é de suma importância para compreender o contexto em que ocorrem os gastos privados com saúde.

O SUS e a saúde no Brasil: relevância pública versus liberdade à iniciativa privada

Como se sabe, o Brasil possui um sistema de saúde misto, em que o provimento e o financiamento dos serviços de saúde têm participação tanto do setor público quanto do setor privado. Mesmo antes das profundas transformações ocorridas na última década do século XX, nos anos 70 já existiam trabalhos apontando a crise do setor saúde, com serviços insuficientes, descoordenados, mal distribuídos, ineficientes e ineficazes (PAIM, 2004). Neste contexto, enquanto o Estado atuava na medicina previdenciária, o setor privado buscava se expandir, ora vendendo serviços ao Estado, ora por meio da medicina liberal e da assistência suplementar, como alternati-

vas para os problemas da atenção à saúde. No final da década de 80, após diferentes políticas empreendidas (a exemplo das Ações Integradas de Saúde – AIS), conseguiu-se criar um sistema único inspirado nos princípios de integralidade, universalidade e equidade, com fins de ampliação do acesso e qualidade das ações e serviços, o SUS (PAIM, 2004). A Constituição de 1988 (BRASIL, 2000a, p.113), a partir da qual o SUS é criado, traz a saúde como um compromisso do Estado: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Entretanto, durante a década de 1990, a implementação do SUS enfrenta dificuldades e sofre sérias restrições. Isto porque não implicava somente realizar um rompimento com o modelo assistencial anterior, mas fazê-lo num contexto político-econômico extremamente adverso à concretização de políticas sociais abrangentes e redistributivas. Noronha, Lima e Machado (2004) atribuem essa adversidade a obstáculos estruturais e conjunturais que tensionam a concretização dos princípios do SUS: desigualdades socioeconômicas com alto grau de exclusão e heterogeneidade; características do federalismo brasileiro e modelo médico assistencial privatista; constrangimento externo devido ao receituário neoliberal imposto aos países em desenvolvimento.

A onda de liberalização comercial e financeira, abertura e desregulamentação resultaram em ajustes macroeconômicos que, entre outras repercussões, levaram à redução do tamanho do Estado, inclusive com retirada da função de prestação direta de serviços (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2004). Essa agenda de reformas encontrou alguma resistência no Brasil, na medida em que contrariava o caráter universal das políticas de saúde (PAIM, 2004), mas, ainda assim, conseguiu ser viabilizada, implicando a insuficiência de recursos públicos para o setor. Ora, como implementar políticas sociais de caráter universal em tal conjuntura sem sofrer restrições? É neste sentido que, apesar dos princípios previstos constitucionalmente para o SUS, Noronha, Lima e Machado (2004, p. 46) rela-

tam “a diminuição da proteção previdenciária, o estrangulamento financeiro da assistência social e a substituição de um caráter universal pelo desenvolvimento crescente de ações focalizadas de transferência de renda” durante a década de 1990. O preceito da ‘relevância pública das ações e serviços de saúde’ (Art. 197) parece estar sendo dominado pelo preceito de que ‘a assistência à saúde é livre à iniciativa privada’ (Art. 199).

Além da percepção de contraste entre os setores, reforçada pela mídia, problemas de infra-estrutura, financiamento, organização e gestão, segundo Paim (2004), condicionam as questões relacionadas ao acesso e à qualidade das ações e serviços e revelam o ‘modelo brasileiro de desatenção’: filas vergonhosas, disputas por fichas para exames, corredores superlotados, longa espera por atendimento, maus tratos, descortesia e desatenção dos profissionais, discriminação dos usuários do SUS em unidades contratadas, entre outras formas de desrespeito ao direito à saúde. Por outro lado, na percepção dos consumidores, o setor privado se caracteriza pela presteza do atendimento, liberdade na escolha do médico e qualidade da rede hospitalar.

Diante dos aspectos mencionados, entende-se por que, ao contrário do que se pensava, a implementação do SUS não reverteu a tendência expansionista da assistência médica suplementar, impulsionada desde fins dos anos 60. Esse fenômeno é abordado na literatura especializada como a universalização excludente (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1990): mesmo com o objetivo de ser universal, o SUS não conseguiu – e ainda não consegue – abarcar toda a população, deixando de fora a classe média, mais dinâmica, a qual passa a demandar os serviços privados. De modo geral, isto é atribuído a desigualdades na qualidade da atenção e a restrições de acesso, mas Ocké-Reis, Andreazzi e Silveira (2005) adicionam o argumento do desfinanciamento do SUS. O próprio Estado estaria financiando direta e indiretamente (por meio de subsídios, renúncia fiscal e incentivos diversos) o setor privado, garantindo a expansão e a consolidação do mercado de planos de saúde. Seria esta uma articulação estrutural exigida para a sustentação econômica dos planos, uma vez que o setor se

caracteriza por custos crescentes.⁵ Partindo deste argumento, o sistema privado de saúde poderia ser pensado/considerado não como suplementar, mas sim complementar ao SUS.

Assim, a implantação do SUS foi acompanhada pelo crescimento do segmento de planos de saúde, crescimento desregulado e desordenado, pois ocorreu no vácuo do setor público e diante da omissão das políticas públicas. De um lado, grandes empresas de assistência médica suplementar de abrangência nacional se consolidaram e de outro, pequenas empresas se expandiram no interior dos estados (BAHIA, 2001). Informações da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (2005) mostram que 22% da população brasileira são beneficiárias de algum plano de saúde, o que corresponde a mais de 40 milhões de indivíduos. Na segunda metade da década de 90, entretanto, observou-se um arrefecimento deste crescimento devido a modificações no mercado de trabalho: redução do emprego industrial, consequência da reestruturação produtiva, e mudança no perfil de empregos – aumento do trabalho autônomo e informal e da prestação de serviços (BAHIA, 2001). A cobertura de planos de saúde está estreitamente ligada às formas de inserção no mercado de trabalho

É importante pontuar a crescente segmentação da assistência, a qual propicia a venda de ‘pacotes’ diferenciados, mais ou menos generosos, de acordo com a demanda também segmentada. São notórias as diferenças entre os chamados planos de primeira linha, direcionados a um grupo de consumidores de nível executivo e maior renda, os planos de segunda linha, num nível mais gerencial e, os planos de terceira linha ou básicos, com diversas restrições de cobertura, para o público de renda inferior. A explicação para a crescente segmentação deste mercado passa, inclusive, pelas estratégias de competição entre operadoras, buscando incorporar em suas carteiras os segmentos de baixa renda (BAHIA, 2005).

Negligência ou não dos atores políticos quando da Reforma Sanitária Brasileira, pouca atenção foi dada às modificações ocorridas no mercado dos serviços

de saúde supletiva, o que se expressa na escassez de fiscalização e na fragilidade de instâncias e ferramentas de gestão neste setor, principalmente até fins da década de 1990 (PAIM, 2004). O peso do setor privado na saúde suscita a relevância do fortalecimento da função reguladora para a gestão pública de saúde no país e, para tanto, faz-se necessário entender a complexidade das relações entre os dois segmentos – SUS e assistência suplementar.

Com a criação da ANS, muitos avanços foram conseguidos em termos da regulamentação deste setor. A nova legislação federal tenta controlar a atuação das operadoras, atentando para a padronização dos serviços prestados; fiscalização da seleção de risco praticada pelas operadoras; garantia de cobertura mínima; proibição da rescisão unilateral dos contratos; “controle” dos reajustes; limitação dos prazos de carência; entre outros aspectos (PINTO; SORANZ, 2004). Embora ainda seja necessário um longo caminho no sentido de regular o mercado de planos de saúde, as ações já implementadas procuram atenuar este que é mais um fator de geração de desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços de saúde no Brasil.

Estudos mostram o aumento da combinação entre diferentes modalidades assistenciais, tanto as vinculadas à assistência médica supletiva (Medicina de Grupo; Cooperativas Médicas; Planos de Autogestão e Seguro-Saúde - BAHIA, 2001), quanto as relacionadas ao desembolso direto (medicina liberal). Essas modalidades mantêm ações paralelas e relações competitivas com o SUS, permitindo que se conclua que o Sistema Único de Saúde não é tão ‘único’ assim.

Bahia (2001) já havia alertado sobre a importância dos diversos mecanismos de incentivos fiscais para a sustentação do mercado de planos e seguros de saúde, bem como para construções ideológicas decorrentes do desconhecimento da existência e dimensão destes incentivos:

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 (BAHIA, 2001, p.357).

⁵ O mercado de planos de saúde possui características econômicas próprias, as quais o fazem apresentar tendência de custo crescente: falhas de mercado, inelasticidade-preço da demanda, tecnologia, baixa mobilidade dos fatores produtivos e custos financeiros e de transação. Ver OCKÉ-REIS, ANDREAZZI e SILVEIRA, 2005.

É claro que esse argumento omite os atendimentos prestados pelos hospitais vinculados ao SUS aos clientes das operadoras dos planos e, mais ainda, a dificuldade em conseguir o ressarcimento desses atendimentos, apesar da existência de instituição legal para tal. Ademais, muitos procedimentos de alta complexidade realizados no país são cobertos pelo SUS, a exemplo de transplantes e diálise, mesmo para pacientes conveniados. Essas são formas indiretas de financiamento dos planos, subsidiadas pelo setor público e em detrimento do financiamento ainda insuficiente do sistema público propriamente dito.

MATERIAL E MÉTODOS

Para conhecer algumas das principais características dos gastos das famílias com saúde no Brasil, este trabalho utiliza as informações da Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF de 2002/03, uma pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, por amostragem com representatividade nacional. Fornece também informações sobre as estruturas de consumo, os gastos e os rendimentos das famílias, segundo as características dos domicílios e das pessoas (IBGE, 2004). Os dados são trabalhados a partir do plano tabular da POF 2002-2003 (e anteriores, conforme necessidade de comparações eventuais), através do banco de dados agregados disponíveis no sistema de recuperação automática de dados do IBGE, o Sidra. A análise faz um 'corte vertical' nos gastos das famílias com saúde enfatizando, portanto, seus aspectos estruturais.

A unidade de investigação e análise dos orçamentos é a Unidade de Consumo, entendida na POF como equivalente à Família. Sua utilização neste estudo se explica porque as decisões sobre a oportunidade e a necessidade dos gastos, especialmente gastos com saúde, não costumam ser estritamente individuais. Além disso, no caso de crianças, por exemplo, os gastos com saúde são efetivamente incorridos pelos seus pais ou responsáveis, o que, visto pela ótica de quem realiza a despesa, tende a anular o gasto das crianças e superestimar o gasto dos seus pais ou responsáveis.

A **assistência à saúde** é tratada na POF como um dos grupamentos das despesas de

consumo, junto com alimentação, habitação, vestuário, transporte, higiene e cuidados pessoais, educação, recreação e cultura, fumo, serviços pessoais e outras despesas diversas. O grupo de despesas com assistência à saúde apresenta como componentes: remédios; plano e seguro saúde; consulta e tratamento dentário; consulta médica; tratamento ambulatorial; serviços de cirurgia; hospitalização; exames diversos; material de tratamento; e outros.

Este trabalho aborda ainda os rendimentos, que são apresentados em 10 classes de rendimento monetário e não-monetário mensal familiar (Tabela 1) com valores equivalentes em reais, conforme salário mínimo de R\$ 200,00, vigente em 15/01/2003 data referencial da pesquisa. Para comparabilidade, a POF 2002-2003 manteve os mesmos grupamentos, em quantidade de salários mínimos, utilizados na POF 1995-1996.

Tabela 1
Classes de rendimento monetário e não-monetário mensal familiar

| Classes | Reais mensais (R\$) | Salários Mínimos |
|---------|-----------------------------|-------------------------|
| 1 | Até 400,00 ⁽¹⁾ | Até 2 SM ⁽¹⁾ |
| 2 | Mais de 400,00 a 600,00 | Mais de 2 a 3 SM |
| 3 | Mais de 600,00 a 1.000,00 | Mais de 3 a 5 SM |
| 4 | Mais de 1.000,00 a 1.200,00 | Mais de 5 a 6 SM |
| 5 | Mais de 1.200,00 a 1.600,00 | Mais de 6 a 8 SM |
| 6 | Mais de 1.600,00 a 2.000,00 | Mais de 8 a 10 SM |
| 7 | Mais de 2.000,00 a 3.000,00 | Mais de 10 a 15 SM |
| 8 | Mais de 3.000,00 a 4.000,00 | Mais de 15 a 20 SM |
| 9 | Mais de 4.000,00 a 6.000,00 | Mais de 20 a 30 SM |
| 10 | Mais de 6.000,00 | Mais de 30 SM |

Fonte: IBGE, POF 2002/03.

⁽¹⁾ Inclusive sem rendimento.

GASTOS DAS FAMÍLIAS COM SAÚDE

Considerações sobre regressividade

De modo geral, a literatura existente sobre o tema aponta o contínuo aumento dos gastos com saúde e sua maior participação no orçamento familiar. Além disso, dentre as despesas com assistência à saúde, aquelas de maior peso ficam a cargo dos medicamentos e dos planos e seguros de saúde. Com o aumento da renda das famílias,

os gastos absolutos aumentam e a distribuição percentual dos componentes (perfil dos gastos) também se altera.

Há diferenças relevantes de quantidade e composição dos gastos entre famílias mais ricas e mais pobres. Estas tendem a comprometer mais seu orçamento com gastos referentes a medicamentos, enquanto que despesas com planos de saúde têm maior participação nos orçamentos daquelas (SILVEIRA, *et al*, 2001, 2002; ANDRADE; LISBOA, 2001, KILSZTAJN; CAMARA; CARMO, 2002). A maior parte dos gastos totais com saúde é realizada pelos estratos mais ricos, isto porque, além das

melhores condições financeiras destes, grande fatia da população mais carente é abarcada pelo SUS (RAMOS, 2001) que, além dos atendimentos ambulatoriais e hospitalares, fornece alguns medicamentos gratuitos. Assim, “as famílias de menor renda apresentam elasticidades⁶ menores por se utilizarem principalmente da rede pública de saúde para atender as suas necessidades, por falta de opção, já que não poderiam arcar com os custos do sistema privado” (SILVEIRA *et al*, 2001, p.10).

O gasto total com assistência à saúde, especialmente os gastos com serviços curativos e medicamentos, “são inelásticos à renda, sendo em grande medida condicionados pelo estado de saúde do paciente” (ANDRADE; LISBOA, 2001, p. 17), o que mostra a regressividade dos referidos gastos. Tal regressividade implica que o comprometimento da renda das famílias mais ricas com despesas de saúde, ainda que empenhando maiores valores absolutos, é bastante inferior ao peso destes gastos no orçamento das famílias mais pobres (SILVEIRA; OSÓRIO; PIOLA, 2002; RAMOS, 2001) o que, certamente, é reflexo da elevada concentração da renda nacional.

Desse modo o conceito de regressividade/progressividade é relativo, uma vez que trata determi-

⁶ Elasticidade refere-se à capacidade de resposta dos agentes às alterações nas condições dos mercados, correspondendo à razão entre a variação percentual da quantidade (demanda ou ofertada) e a variação percentual do preço ou da renda. É uma medida de sensibilidade (PINDICK; RUBINFELD, 1999).

nado elemento de despesa em termos de sua proporcionalidade – direta ou indireta – em relação à renda dos que aí estão implicados. Pode-se dizer, então, que um ‘sistema’ é regressivo quando seu ônus recai mais que proporcionalmente sobre os mais pobres, sendo inversamente proporcional à sua renda.

Analisando o grau de regressividade do financiamento do sistema público de saúde brasileiro, a partir do índice de Kakwani calculado para impostos e contribuições que participam do seu financiamento, Ugá e Santos (2005) concluem: o sistema é progressivo no tratamento dos três decis mais pobres da população, pois estes têm menor renda e partici-

pam menos que proporcionalmente do seu financiamento; é regressivo ao privilegiar o décimo decil mais rico, que compromete pouco da sua renda com esse financiamento; e proporcional com respeito aos estratos intermediários (quarto ao nono decil). Tem-se, no fim das contas, um sistema de saúde levemente regressivo quanto ao seu financiamento, o qual se baseia em impostos diretos – progressivos, impostos indiretos – regressivos, e no desembolso direto das famílias – extremamente regressivo.

Isso é preocupante diante da elevada concentração de renda no país. O índice de Gini (mede o grau de desigualdade na distribuição de renda) calculado para o Brasil 2002/03 foi de 0,57, muito mais elevado que o dos países desenvolvidos e até que o daqueles em desenvolvimento. Segundo Ugá e Santos (2005), a metade mais pobre da população absorve apenas 14% da renda; o último decil, apesar de se apropriar de 46% da renda, contribui apenas com 42% do gasto privado em saúde e 37% do gasto privado direto (exclui gasto com planos). Mais uma vez, vê-se que a necessidade de cuidado é mais determinante no gasto em saúde do que a capacidade de pagamento.

Ao analisar as tendências do sistema de saúde brasileiro em termos distributivos, Ramos (2001) verificou que o acesso ao SUS é progressivo no que tange ao perfil da clientela, porque quanto menor o decil de renda, maior a frequência ao sistema público. Mas essa característica progressiva reduz-

se ao analisar o nível dos gastos por indivíduo, pois quando a clientela dos planos de saúde procura o serviço público, normalmente o faz pela ausência de cobertura do seguro privado, implicando procedimentos mais complexos e caros.

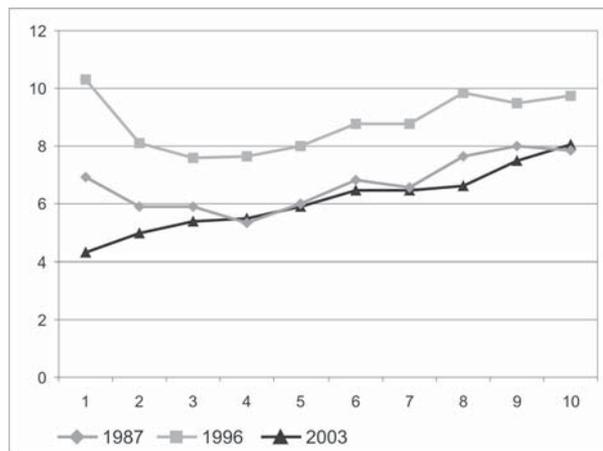
Os gastos das famílias brasileiras com saúde em 2003

As informações da POF 2002/03 permitem observar algumas alterações na composição da despesa das famílias brasileiras com assistência à saúde e seus itens mais relevantes. O principal item de consumo das famílias é habitação, seguido por alimentação, transporte, assistência à saúde, vestuário, educação e outras. À saúde correspondeu, em 2003, um percentual inferior àquele verificado em 1996 (6,5% contra 9,1%), porém mantendo a 4ª posição no ranking dos gastos (Gráfico 1).

Essa queda da participação dos gastos com saúde nas despesas de consumo é verificada, inclusive, em todas as faixas de renda (Gráfico 2), sendo mais acentuada nos estratos inferiores da distribuição. Em todas as classes de rendimento os percentuais foram inferiores aos registrados na pesquisa de 1996 e iguais ou inferiores aos de 1987. Além disso, é possível observar que as famílias de maior rendimento mensal mostram maior participação das des-

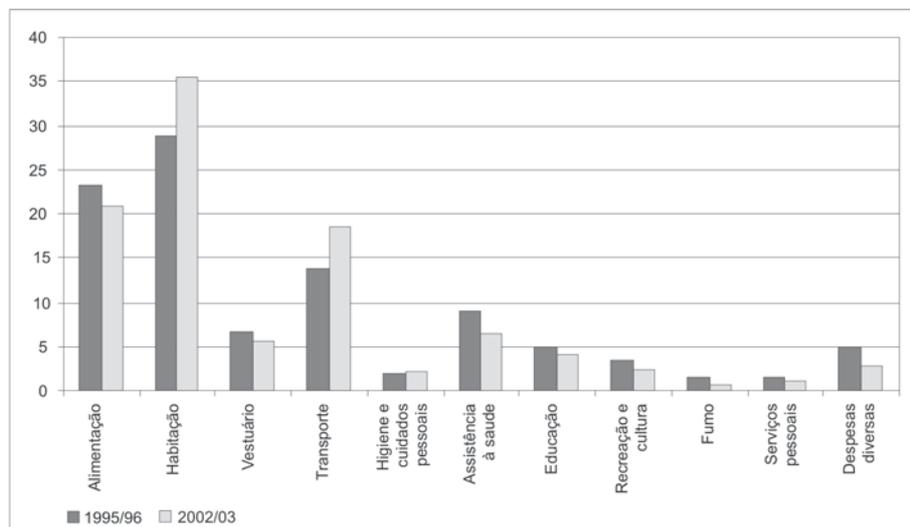
pesas com saúde nas despesas de consumo, visto que o percentual gasto é crescente com a renda.⁷

Gráfico 2
Gastos com assistência à saúde como percentual dos gastos de consumo das famílias, por classes de rendimento, Brasil, 1987, 1996, 2003, em %



Fonte: IBGE, POF 1987, 1996 e 2003. A numeração da abscissa se refere às classes de renda detalhadas na Tabela 1.

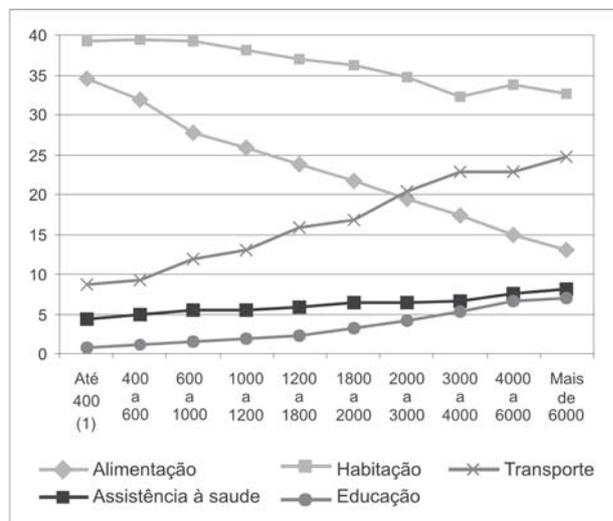
Gráfico 1
Estrutura das despesas de consumo das famílias, Brasil, 1996 e 2003, em %



Fonte: IBGE, POF 1995/96, 2002/03.

Apesar de, em termos absolutos, todos os itens de despesa crescerem conforme se caminha para faixas de renda mais elevadas, o mesmo não ocorre com a participação destes itens (Gráfico 3). Habitação e alimentação, itens de subsistência, perdem participação no total das despesas de consumo das famílias e transporte é o item que mais cresce, seguido de educação e saúde. Este deixa de representar 4,3% dos gastos para famílias com rendimento de até R\$ 400,00 (quatrocentos reais) e passa a corresponder a 8% das despesas de consumo daquelas com rendimento superior a R\$ 6.000,00 (seis mil reais).

⁷ Não é possível atestar, entretanto, quanto à regressividade destes gastos, pois não está sendo analisado seu peso nos rendimentos, mas nas despesas. O acesso aos dados pelo SIDRA-IBGE não permite realizar os cruzamentos necessários para tal análise.

Gráfico 3**Percentual dos tipos de despesa (média mensal familiar) por classes de rendimento mensal familiar (em Reais) - Brasil, 2003**

Fonte: IBGE, POF 2002/03.

Analisando a distribuição dos gastos com bens e serviços de saúde, é possível perceber que, na média geral, a predominância dos gastos com medicamentos permanece, correspondendo a 40,6% dos gastos médios com assistência à saúde, enquanto que os planos e seguros de saúde representam 28,2%. Mas, se analisados por classes de rendimento médio mensal das famílias, pode-se perceber que os gastos com saúde tornam-se quantitativa e qualitativamente distintos.

Tabela 2**Despesa média mensal familiar com saúde por tipo e classes de rendimento mensal familiar (R\$) - Brasil, 2003**

| Típos de despesa | Desp. Média Familiar R\$ | Desp. Média Familiar (%) | Até R\$ 400/ 2 SM (1) | Mais de R\$ 6.000/ 30 SM (2) | Razão (2/1) | Razão (1/2) % |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|------------------------------|-------------|---------------|
| Assistência à saúde | 95,1 | 100,0 | 18,5 | 489,9 | 26,4 | 3,80 |
| Remédios | 38,6 | 40,6 | 14,1 | 116,0 | 8,2 | 12,10 |
| Plano/Seguro saúde | 26,8 | 28,2 | 1,3 | 182,2 | 140,2 | 0,70 |
| Consulta/tratamento dentário | 9,6 | 10,1 | 0,6 | 59,6 | 108,3 | 0,90 |
| Consulta médica | 5,1 | 5,4 | 0,9 | 19,2 | 20,4 | 4,90 |
| Tratamento ambulatorial | 1,1 | 5,2 | 0,1 | 8,8 | 97,2 | 1,00 |
| Serviços de cirurgia | 4,2 | 4,4 | 0,0 | 56,9 | 1423,0 | 0,10 |
| Hospitalização | 1,1 | 3,0 | 0,1 | 7,4 | 148,6 | 0,70 |
| Exames diversos | 2,9 | 1,1 | 0,6 | 7,9 | 12,7 | 7,90 |
| Material de tratamento | 4,9 | 1,1 | 0,6 | 28,5 | 46,7 | 2,10 |
| Outras | 0,9 | 0,9 | 0,3 | 3,6 | 12,4 | 8,10 |

Fonte: IBGE, POF 2002/03.

Comparando os gastos absolutos com assistência à saúde entre a mais baixa e a mais alta faixa de renda, é possível verificar tanto os itens cujo volume de gastos mais se diferencia, quanto a discrepância entre os gastos de modo geral, denotando a provável insuficiência dos gastos das famílias situadas nas faixas inferiores de renda. Nos casos em que estas famílias não têm acesso aos serviços públicos, o que acontece muitas vezes, o baixo nível de gasto tem sérias implicações no estado de saúde de seus integrantes.

Em valores absolutos, o gasto médio com saúde das famílias situadas na última faixa de renda (> 30 SM) corresponde a mais ou menos 26 vezes o valor dos gastos daquelas que recebem até 2 SM mensais. Para os itens Plano/Seguro Saúde, Consulta e tratamento dentário, Serviços de cirurgia e Hospitalização, os gastos dos 'mais pobres' correspondem a menos de 1% do valor dispendido pelos 'mais ricos'. Remédio é o item que apresenta a menor razão de diferença entre os valores absolutos das duas faixas, pois o gasto médio das famílias com renda superior a 30 SM é 'apenas' oito vezes superior ao gasto médio das famílias com rendimento inferior a 2 SM ou, dito de outra forma, este gasto perfaz 12% daquele (Tabela 2).

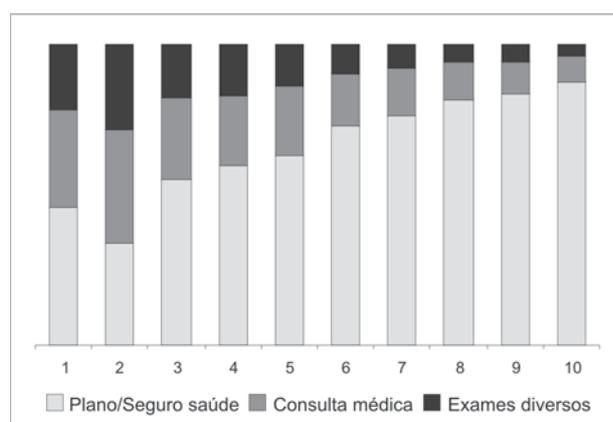
A participação dos gastos com remédios cai, enquanto cresce a dos gastos com planos de saúde para as classes de mais alta renda. Para famílias com rendimento mensal a partir de R\$ 3.000,00 (três mil reais) - 15 SM - a participação da despesa

com planos passa a ser superior ao peso dos gastos com medicamentos. É crescente o percentual gasto com consulta e tratamento dentário e com serviços de cirurgia, ocorrendo o oposto com as despesas com exames. Como consequência do aumento do peso dos gastos com planos e seguros de saúde, observa-se a redução percentual do desembolso direto das famílias com consultas médicas e exames,

itens que normalmente ganham cobertura com a adesão a algum plano de saúde (Gráfico 4). Tal tendência já havia sido percebida na comparação entre a POF/88 e POF/96 (MÉDICI, 2002b) e se confirma na presente pesquisa.

Dadas as particularidades dos componentes dos gastos com saúde, é importante analisar o comportamento isolado daqueles de maior peso.

Gráfico 4
Distribuição da despesa mensal familiar com planos de saúde, consulta médica e exames diversos por classes de rendimento mensal familiar, Brasil, 2003, em %



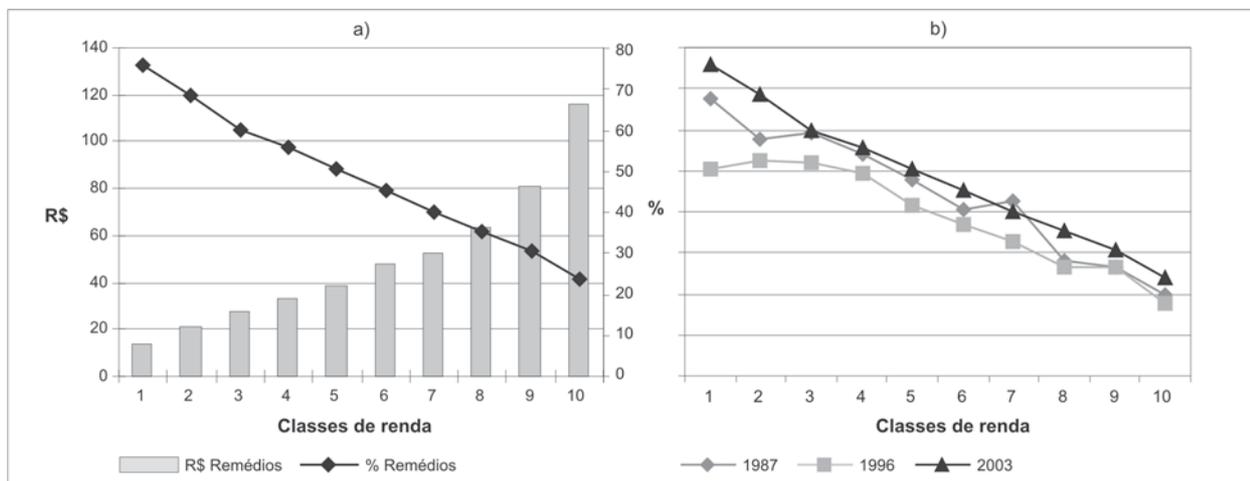
Fonte: IBGE, POF 1987, 1996 e 2003. A numeração da abscissa se refere às classes de renda detalhadas na Tabela 1.

Assim, observando os gastos absolutos e relativos por classes de renda e comparando os percentuais (participação) encontrados em 1987, 1996 e 2003, é possível realizar algumas inferências como apresentadas na seqüência.

O gasto com **Remédios** permanece como item de maior peso na despesa média mensal com assistência à saúde das famílias brasileiras. O gasto absoluto é crescente, enquanto que sua participação nas despesas com saúde é decrescente, conforme aumenta a renda; em relação a 1996, aumentou seu peso em todos os níveis de renda; enquanto que, de 1987 para 1996, a redução foi maior para os mais pobres (MÉDICI, 2002b), registrou-se o contrário de 1996 para 2003, pois o peso dos gastos com remédios aumenta mais para os de menor renda (Gráfico 5).

Em 2003 as famílias com rendimento de até 2 SM comprometiam 76% dos seu gastos com saúde em remédios. Para as famílias com renda superior a 30 SM, o percentual cai para 24%. Essa discrepância decorre tanto da diferença de renda absoluta entre os estratos, permitindo cestas de consumo mais diversificadas para os mais ricos, quanto da maior incidência de doenças crônicas sobre a população de renda mais baixa,⁸ exigindo o uso contínuo de medicamentos.

Gráfico 5
Despesa absoluta e relativa com remédios em 2003 (a) e participação da despesa com remédios na despesa total com saúde em 1987, 1996, 2003 (b), por classes de rendimento familiar, Brasil



Fonte: IBGE, POF 1987, 1996 e 2003. A numeração da abscissa se refere às classes de renda detalhadas na Tabela 1.

⁸ Os percentuais de doentes crônicos segundo nível de renda são calculados e apresentados por Ocké-Reis, Andreazzi e Silveira (2002) a partir dos dados da Pesquisa Nacional de Amostragem Domiciliar - PNAD/98 - IBGE.

Sabe-se que houve avanços na política de medicamentos, incluindo apoio aos laboratórios oficiais, isenção de ICMS para medicamentos de alto custo, redução do PIS/COFINS incidentes sobre antibióticos e medicamentos de uso continuado, expansão da produção de medicamentos genéricos, o Programa de Medicamentos Excepcionais, entre outros (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2005; PAIM, 2004). Apesar dos avanços, remédio ainda é o principal componente do desembolso direto das famílias com saúde, fenômeno que se explica tanto pela automedicação ainda bastante presente, como pelo caráter inadiável dos gastos com medicamentos, se considerados como gastos curativos.

Os gastos com **Planos e Seguros Saúde** ocupam o segundo lugar entre os componentes da despesa média mensal com assistência à saúde das famílias. Os gastos absolutos e a participação nas despesas são crescentes com a renda; entre aqueles de maior renda (a partir da faixa 8) corresponde ao principal item de gasto com saúde das famílias; em relação a 1996, reduziu seu peso na estrutura relativa dos gastos em

todas as classes de renda até a faixa 7 (Gráfico 6).

Os resultados sugerem o arrefecimento da expansão deste mercado e em certa medida uma maior cobertura do sistema público, na medida em que a queda da participação dos gastos com planos privados é explícita para as faixas de menor renda. De fato, o processo de descentralização do SUS e as políticas voltadas à regionalização e à municipalização (orientadas pelas normas operacionais, especialmente a partir de 1998) têm caminhado no sentido de aproximar os serviços de saúde da população.

Podem os resultados estar refletindo também um fenômeno

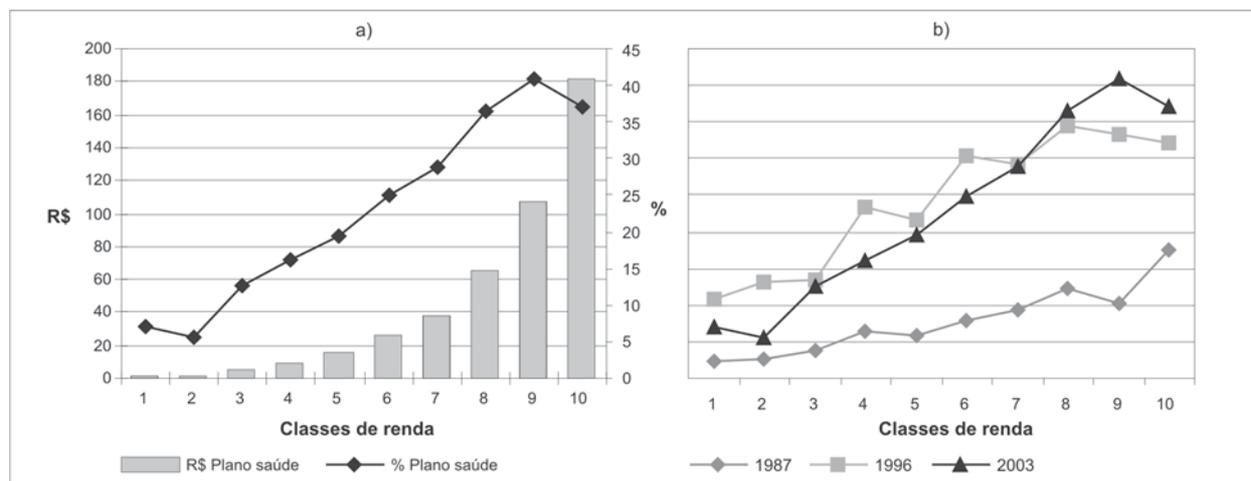
bastante novo e ainda pouco estudado: a rápida multiplicação das chamadas Clínicas Populares, especialmente nas capitais do país. Uma combinação de demanda reprimida com grande oferta de profissionais (médicos, fisioterapeutas, etc) recém-formados e com dificuldade de inserção no mercado privado através do credenciamento às operadoras estaria contribuindo para esta propagação (BAHIA, 2005).

Embora o percentual do gasto com planos de saúde seja notadamente crescente com o aumento

O processo de descentralização do SUS e as políticas voltadas à regionalização e à municipalização (orientadas pelas normas operacionais, especialmente a partir de 1998) têm caminhado no sentido de aproximar os serviços de saúde da população

Gráfico 6

Despesa absoluta e relativa com planos de saúde em 2003 (a) e participação da despesa com planos de saúde na despesa total com saúde em 1987, 1996, 2003 (b), por classes de rendimento familiar, Brasil



Fonte: IBGE, POF 1987, 1996 e 2003. A numeração da abscissa se refere às classes de renda detalhadas na Tabela 1.

da renda, não se pode alegar que o sistema de saúde suplementar seja ‘menos iníquo’ (mais progressivo). Neste caso, os gastos são, por natureza, proporcionais à capacidade de pagamento e a ausência do gasto implica a exclusão do sistema de assecuramento privado. Esta estrutura reflete exatamente a desigualdade na distribuição de renda do país e a precariedade do mercado de trabalho formal (forma de acesso aos planos por aqueles de renda mais baixa).

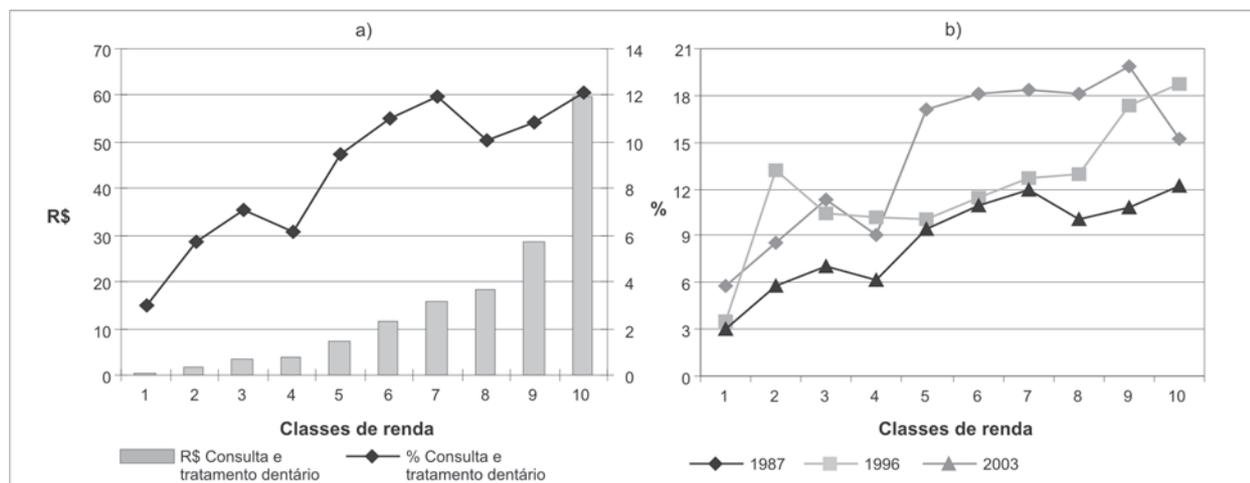
Para os gastos com **Consultas Médicas, Hospitalização e Exames Diversos**, o valor absoluto é crescente em relação à renda e a participação nas despesas com saúde é decrescente. O pagamento dos mais pobres por estes serviços pode implicar duas situações de desembolso: atendimento no setor privado com pagamento direto; ou o ‘pagamento informal’ e indevido aos profissionais de saúde para atendimento no setor público (MÉDICI, 2002b). Além disso, o comportamento destas rubricas reflete a maior cobertura de planos de saúde nas classes superiores de rendimento. De qualquer modo, os planos de saúde de que dispõem as famílias de classes média e alta tendem a ser mais abrangentes, permitindo, portanto, disponibilidade de uma rede assistencial maior e mais diversificada, bem como maior cobertura de consultas médicas, exames e condições de hospitalização.

O gasto com **Consulta e Tratamento Dentário** corresponde ao terceiro maior item da despesa média mensal com assistência à saúde das famílias. Tanto os gastos absolutos quanto a participação nas despesas são crescentes com a renda; enquanto, entre 1987 e 1996, a redução da participação destes gastos foi maior para os mais ricos, em 2003 seu peso na estrutura relativa dos gastos com saúde foi inferior ao registrado em 1987 e em 1996 para todas as faixas de renda.

Comparativamente a 1996, a redução do peso no consumo das famílias é bastante nítida entre aqueles de baixa e de alta renda. No primeiro grupo (baixa renda) pode estar refletindo o aumento da cobertura odontológica do SUS. Neste aspecto, é importante lembrar medidas do Ministério da Saúde, como a criação do incentivo de saúde bucal e sua regulamentação, a fim de financiar as ações e a inserção de profissionais desta área na estratégia do Programa de Saúde da Família – PSF (BRASIL, 2000b; BRASIL, 2001), o que tem contribuído para a ampliação do acesso da população brasileira às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal. No segundo caso (alta renda), a maior abrangência dos planos de saúde privados pode estar explicando a redução do peso dos gastos com tratamento odontológico no consumo destas famílias. A ANS não divulga dados anteriores a

Gráfico 7

Despesa absoluta e relativa com consulta e tratamento dentário em 2003 (a) e participação da despesa com consulta e tratamento dentário na despesa total com saúde em 1987, 1996, 2003 (b), por classes de rendimento familiar, Brasil



Fonte: IBGE, POF 1987, 1996 e 2003. A numeração da abscissa se refere às classes de renda detalhadas na Tabela 1.

2003, mas, desde então, o número e a participação dos planos odontológicos e/ou que cobrem odontologia é crescente (BRASIL, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com participação cada vez maior no financiamento dos serviços de saúde, o setor privado tem mostrado importância crescente e merece atenção especial na medida em que tal participação é, majoritariamente, desembolso direto das famílias, no atual contexto socioeconômico do país.

No que concerne à estrutura dos gastos das famílias, a participação das despesas com saúde nas despesas de consumo correspondeu, em 2003, a um percentual mais baixo comparativamente àquele verificado em 1996 (6,5% contra 9,1%), porém continua ocupando a 4ª posição no *ranking* dos gastos. Essa queda é verificada, inclusive, em todas as faixas de renda, sendo mais acentuada nos estratos inferiores da distribuição. O gasto médio com saúde das famílias situadas na última faixa de renda (> 30 SM) corresponde a mais ou menos 26 vezes o valor dos gastos daquelas que recebem até 2 SM mensais. Esta discrepância entre os gastos denota a provável insuficiência dos gastos das famílias situadas nas faixas inferiores de renda e, nos casos em que estas famílias não têm acesso aos serviços públicos, o que ocorre muitas vezes, o baixo nível de gasto tem sérias implicações no estado de saúde de seus integrantes.

Na média geral, medicamentos e planos de saúde são os itens que correspondem à maior parte dos gastos das famílias com saúde: 40,6% e 28%, respectivamente. Entretanto, o rendimento das famílias influencia a estrutura dos seus gastos com saúde: a participação dos gastos com remédios e despesas com exames cai, enquanto cresce a dos gastos com planos de saúde, consulta e tratamento dentário e com serviços de cirurgia, à medida que se caminha para as classes de maior renda.

Como os gastos com medicamentos são os mais importantes dentro das faixas de menor renda, estratégias governamentais que visem

atingi-las devem voltar-se a esse aspecto, através do barateamento dos medicamentos de uso regular e/ou expansão dos programas de distribuição gratuita. Políticas neste sentido são muito relevantes devido ao caráter inadiável dos gastos com medicamentos, se considerados como gastos curativos.

Com relação aos gastos com planos de saúde, os resultados sugerem o arrefecimento da expansão deste mercado e, em certa medida, a maior cobertura do sistema público, visto que a queda da participação

dos gastos com planos é explícita para as faixas de menor renda. Dado que grande parte das famílias de renda média e alta opta pelos planos de saúde como sua principal modalidade assistencial, faz-se necessário aperfeiçoar e intensificar a regulação do setor, a fim de que os planos cumpram seus objetivos de cobertura, qualidade e equidade. Para garantir o funcionamento deste mercado sobre bases de confiança e eficácia, é importante regular a atuação das operadoras e informar os consumidores sobre os custos reais dos planos, reduzindo tanto quanto possível a assimetria de informações entre os agentes neste setor (MÉDICI, 2002b).

Percebe-se o quanto a expansão dos planos de saúde é condicionada pelo financiamento público, seja no tocante à cobertura e qualidade da assistência prestada pelo SUS, seja pelas diferentes formas de incentivos fiscais que propiciem tal crescimento. No Brasil, o governo arca com pouco mais de 40% dos gastos com saúde, financiamento que, pelas suas fontes, já possui certo grau de regressividade. A parcela privada é majoritariamente paga pelas famílias através do desembolso direto, a forma mais regressiva de financiar a saúde. Até os incentivos governamentais, como a renúncia fiscal, são regressivos, pois beneficiam uma classe específica (de maior renda) em detrimento do financiamento do sistema público universal.

Estas conclusões tornam-se dramáticas diante do contexto socioeconômico do país, em que a concentração da renda é gritante. No Brasil há desigualdades no gasto com saúde entre diferentes níveis de renda, regiões geográficas e dentro de cada re-

gião. A própria estrutura dos gastos, aqui apresentada, certamente reflete o mesmo padrão desigual da distribuição nacional e regional da renda. Vale lembrar a necessidade de uma política de alocação mais eqüitativa dos recursos públicos que financiam a saúde, que considere os diferentes perfis socioeconômicos e sanitários, bem como as necessidades de cada localidade, o que seguramente teria como corolário uma redistribuição geográfica de recursos (UGÁ *et al*, 2003; PORTO *et al*, 2002).

Além disso, como lembram Ugá e Santos (2005), indivíduos com renda semelhante podem realizar gastos bem diversificados com saúde, o que pode alterar significativamente sua renda disponível após tais gastos, fazendo-os 'migrar de uma classe para outra', tornando-os relativamente mais pobres. A precariedade e insuficiência da oferta pública de serviços de saúde (entendendo-a como uma forma indireta de renda) certamente tornam os pobres deste País ainda mais pobres, pelo fato de reduzirem sua renda disponível ('forçando' gastos privados) assim como suas capacidades em situações de adoecimento.

Os resultados deste estudo apontam à potencialidade redistributiva das políticas públicas em saúde. Mas, embora seja clara a necessidade de priorizar os grupos mais onerados pela regressividade do sistema, é preciso ter cautela para que a priorização não transforme as políticas públicas de saúde em políticas focalizadas (tal como nos Estados Unidos). O fim não deve ser a focalização, mas sim o aumento da eqüidade e a garantia da integralidade da atenção, dentro de uma política universal e gratuita de ampla relevância social.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, M. V.; LISBOA, M. B. Economia da saúde no Brasil. In: LISBOA, M. B.; MENEZES FILHO, N. A. (Org.). *Microeconomia e sociedade no Brasil*. Rio de Janeiro: Contracapa, 2001.
- _____. *Determinantes dos gastos pessoais privados com saúde no Brasil*. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2002. 24 p. (Texto para discussão, 175).
- BAHIA, L. O mercado de planos de saúde e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação. In: DI GIOVANNI, Geraldo.; NEGRÍ, B. *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas: UNICAMP, 2001, p.325-361.
- _____. Saúde suplementar: mercado e regulação. In: SEMINÁRIO NACIONAL EM ECONOMIA DA SAÚDE, 2005. Salvador: FLEM, 2005. Disponível em <<http://www.pecs.ufba/scripts/noticefiles/eduardomota.pdf>>. Acesso em: 8 nov. 2005.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Caderno de informação do gestor de saúde*. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>>. Acesso em: 21 jul. 2005a.
- _____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Caderno de informação do gestor de saúde*. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>>. Acesso em: 8 nov. 2005b.
- _____. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 26. ed. São Paulo: Saraiva, 2000a. Seção 2, p.111.
- _____. Portaria nº 1.444, de 28 dezembro de 2000. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 dez. 2000b.
- _____. Portaria nº 267, de 06 março de 2001. Regulamentação da Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 7 mar. 2001. Seção 1, p. 67.
- FAVERET FILHO, P.; OLIVEIRA, P. J. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Planejamento e Políticas Públicas*, Rio de Janeiro, n. 3, p.139-161, jun. 1990.
- IBGE. *Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003*. Rio de Janeiro: IBGE, 2004. 276 p.
- _____. Sistema IBGE de recuperação automática. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 out. 2005.
- KILSZTAJN, S.; CAMARA, M. B. da; CARMO, M. S. N. do. Gasto privado com saúde por classes de renda. *Revista Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 258-262, jul./set. 2002.
- MÉDICI, A. C. Aspectos teóricos e conceituais do financiamento das políticas de saúde. In: PIOLA, Sergio F; VIANNA, Sólon M. *Economia da saúde: conceitos e contribuições para a gestão de saúde*. Brasília: IPEA, 2002a.
- _____. *Los gastos en salud en las familias de Brasil: algunas evidencias de su carácter regresivo*. Washington: BID, 2002b, 29p.
- _____. Financiamento público e privado em saúde na América Latina e Caribe: uma breve análise dos anos noventa. *Nota Técnica de Saúde*, n. 3, 2005, 30p.
- NORONHA, J. C. de; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. A Gestão do Sistema Único de Saúde: características e tendências. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.45-94.
- OCKÉ-REIS, C. O.; ANDREAZZI, M. F. S.; SILVEIRA, F. G. O mercado de planos de saúde: uma criação do Estado? Rio de Janeiro: IPEA, 2005.
- _____. Avaliação dos gastos das famílias com a assistência médica no Brasil: o caso dos planos de saúde. Rio de Janeiro: IPEA, dez. 2002. 30p. (Texto para discussão, 921)

- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *World Health Statistics* 2005. Disponível em: <<http://www.who.int/es/>>. Acesso em: 10 jul. 2005.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. *Brasil: o perfil do sistema de serviços de saúde*. Brasília: OPAS, 2005. 38p.
- PAIM, J. S. Atenção à saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.15-44.
- PINDICK, R. S.; RUBINFELD, D. L. *Microeconomia*. 4. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 1999.
- PINTO, L. F.; SORANZ, D. R. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 85-98, 2004.
- PORTO, S. M. et al. Metodologia de alocação equitativa de recursos. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 7., 2003, Brasília. *Anais...* Brasília: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2003, v. 8, p. 146. Livro de resumos.
- RAMOS, C. A. Aspectos distributivos do gasto público na saúde. *Seminários Acadêmicos*. Brasília: ECO/UnB, 2001, 46 p.
- SILVEIRA, F. G.; OSÓRIO, R. G.; PIOLA, S. F. Os gastos das famílias com saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 719-731, 2002.
- SILVEIRA, F. G. et al. Dimensão, características e evolução do gasto familiar com assistência à saúde no Brasil. *Nota Técnica*, Brasília: IPEA, 2001.
- UGÁ, M. A. D.; SANTOS, I. S. *Uma análise da equidade do financiamento do Sistema de Saúde Brasileiro*. Rio de Janeiro, 2005. 92 p. (Relatório de Pesquisa)
- UGÁ, M. et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n.2, p. 417-437, 2003.

Custo da asma grave para a sociedade, para as famílias e impacto de um programa de controle em Salvador-Bahia

Harrison Floriano do Nascimento*, Rosana Franco**, Andreia Costa Santos***, Álvaro A. Cruz****, Maurício L. Barreto*****

Resumo

Introdução - Asma grave mal controlada resulta em grande impacto econômico para famílias e sistemas de saúde pública. Este estudo estima os custos familiares da asma grave e os custos de um programa para o controle da asma em Salvador, quando comparado com o tratamento usualmente oferecido pelo sistema de saúde pública local. **Métodos - Estudo** de coorte ambispectivo com 64 asmáticos graves. Custos com consultas, exames, medicações, internações, UTI e emergências foram coletados. Os custos familiares foram estimados a partir da aplicação de um questionário específico. **Resultados - A** renda média familiar anual foi de R\$ 6.908. Houve economia anual de R\$ 122.307 em recursos de saúde pública a favor do programa. A renda anual de cada família aumentou em 19% e os custos foram reduzidos em 86%. **Conclusão - Programas** bem estruturados de controle de casos da asma grave podem reduzir morbidade e custos com saúde.

Palavras chave: asma, custo, tratamento, custos familiares, sistema público de saúde

Abstract

Background - Severe uncontrolled asthma results in great economical burden for both families and public health systems. This study estimates family expenses with severe asthma and expenses of an asthma control program in Salvador, when compared to the regular treatment offered by the local public health system. **Methods** - Pre-and post-intervention cohort study, with 64 severe asthmatic patients. We collected figures of expenses with visits to the doctor, exams, medications, hospitalizations, intensive care unit, and emergency services. Family expenses were estimated by means of a specific questionnaire. **Results** - The family average annual income was of R\$ 6,908. There was an annual saving of R\$ 122,307 in public health resources in favor of the program. Each Family annual income increased 19% and their expenses were reduced in 86%. **Conclusion** - A well structured program for asthma control focused in severe cases may reduce morbidity and health costs.

Key-words: asthma, expenses, treatment, family expenses, public health system

* Mestre em Economia pela Universidade Federal do Espírito Santo e pesquisador do Programa Economia da Saúde (PECS) do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) /UFBA. harrisonfloriano@yahoo.com.br.

** Médica Pneumologista, doutoranda em Medicina Interna pelo Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde da UFBA. É coordenadora executiva do Programa de Controle da Asma e da Rinite Alérgica na Bahia (ProAR). rosana_franco@terra.com.br.

*** Doutoranda em Economia da Saúde pela Universidade de Londres e pesquisadora do Programa Economia da Saúde (PECS) do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) /UFBA. Andreia.Santos@ishtm.ac.uk.

**** Médico Pneumologista e Alergista com pós-doutorado em Pneumologia pela Johns Hopkins University e professor adjunto da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. cruz.aa@terra.com.br.

***** Médico com pós-doutorado em Epidemiologia pela Universidade de Londres e professor titular em Epidemiologia do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) /UFBA. mauricio@ufba.br.

INTRODUÇÃO

A asma é uma doença inflamatória crônica, cujo descontrole leva a freqüentes hospitalizações e visitas à emergência, eleva a morbidade e impõe grande impacto na vida social e econômica dos pacientes, piorando sua qualidade de vida. Caracteriza-se por hiperresponsividade brônquica e limitação do fluxo aéreo, reversível espontaneamente ou com tratamento, manifestando-se clinicamente por episódios recorrentes de sibilância,

dispnéia, aperto no peito e tosse. Resulta de uma interação entre genética, exposição ambiental e outras co-morbidades que levam ao desenvolvimento e manutenção dos sintomas (BUSSE & LEMANSKE, 2001).

Trata-se de enfermidade muito comum, afetando aproximadamente 7-10% da população mundial (300 milhões de pessoas), e cerca de 10% dos portadores têm a forma grave da doença (MASOLI *et al.*, 2004). Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) a asma leva à ocorrência de 239.000 mortes/ano no mundo, a grande maioria delas evitável à luz dos conhecimentos atuais, e é agravada quando associada à rinite alérgica (WHO-ARIA, 2001).

O aspecto mais intrigante da epidemiologia da asma e dos sintomas asma-símile é sua variabilidade geográfica e temporal (MALLOT *et al.*, 2000). Diversos indicadores epidemiológicos, tais como taxas de morbidade e mortalidade, internações hospitalares e quantidades de drogas prescritas, sugerem que a prevalência da asma tem aumentado significativamente desde 1970 (FIORI & FRISTCHER, 2001; GERGEN *et al.*, 1988).

O estudo ISAAC (*International Study on Asthma and Allergy in Children*) mostrou que a maior prevalência da asma encontra-se na América do Norte, Reino Unido, Irlanda, Austrália, Nova Zelândia e parte da América Latina. A prevalência da asma no Brasil está entre uma das maiores do mundo, conforme dados encontrados no estudo ISAAC. A asma foi a quarta causa de hospitalização em 1996, correspondendo a cerca de 350.000 internações em todo o país, a um custo de aproximadamente 76 milhões de Reais. Isto equivale ao terceiro maior gasto do SUS com uma doença. Em Salvador, uma das cidades avaliadas pelo estudo, a prevalência da doença para as faixas etárias de 6 a 7 anos e 13 a 14 anos foi de 25%, uma das maiores do país (MALLOT *et al.*, 2000).

Com o aumento crescente da prevalência da asma, sobem os custos para pacientes e suas famílias, para os sistemas de saúde pública e privada

e para a sociedade como um todo (BARNES *et al.*, 1996). A asma grave, direta e indiretamente, determina um grande impacto econômico e social, constituindo-se em uma das principais causas de grande consumo de recursos de saúde e perda de atividade produtiva (CISTERNAS *et al.*, 2003).

Existem inúmeros estudos para avaliar o impacto econômico da asma em países desenvolvidos, mas em nosso meio carecemos de trabalhos que mostrem, de forma detalhada e ampla, a realidade das cifras desta enfermidade. Como a asma tem aspectos clínicos e de prevalência que variam a depender da região geográfica, e te-

mos em Salvador uma das mais altas prevalências de asma do mundo, torna-se necessário um estudo de análise de custos local sobre a asma.

O objetivo deste artigo é estimar e analisar comparativamente os custos familiares e institucionais para pacientes com asma grave um ano antes e um ano após o acompanhamento no ProAR (Programa de Controle da Asma e da Rinite Alérgica na Bahia), um programa modelo para tratamento da asma com equipe multidisciplinar e distribuição gratuita de medicações inalatórias.

O PROGRAMA DE CONTROLE DA ASMA E DA RINITE ALÉRGICA NA BAHIA (PROAR)

Esse programa foi proposto e organizado pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia em 2002, em parceria com os governos Federal, Estadual e Municipal, com financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB). Ele representa um enfoque diferenciado do atendimento oferecido ao asmático pelo sistema de saúde pública disponível em Salvador e oferece tratamento associado da asma e rinite alérgica. No ProAR o atendimento é realizado mensalmente por equipe multidisciplinar, com médicos pneumologistas e alergistas treinados no diagnóstico e manejo da asma grave, além de psicólogas, enfermeiras e farmacêuticos que completam o atendimento global ao paciente. Há distri-

A asma foi a quarta causa de hospitalização em 1996, correspondendo a cerca de 350.000 internações em todo o país, a um custo de aproximadamente 76 milhões de Reais. Isto equivale ao terceiro maior gasto do SUS com uma doença

buição de medicação gratuita para uso contínuo (corticosteróide inalatório + beta adrenérgico de ação prolongada), dispensada por farmacêuticos e fornecida pela Secretaria do Estado da Bahia (SESAB), baseada na Portaria do nº 1318, Ministério da Saúde (MS), além de sessões de educação em asma para pacientes e familiares.

CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO DO ESTUDO

Foram estudados 64 pacientes, com idade entre 12 a 75 anos, de ambos os sexos, acompanhados durante um ano no ProAR, portadores de asma grave, segundo os critérios do III Consenso Brasileiro de Asma, que procuraram o ambulatório de referência do ProAR, no Ambulatório Magalhães Neto (AMN), do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES) na Universidade Federal da Bahia (UFBA), entre abril de 2004 e setembro de 2005.

Neste ambulatório o atendimento é realizado por equipe multidisciplinar, com médicos pneumologistas e alergistas treinados no diagnóstico e manejo da asma grave, além de psicólogas, enfermeiras e farmacêuticos que completam o atendimento global ao doente com asma e rinite alérgica. Há distribuição de medicação gratuita para uso contínuo (corticosteróide inalatório + beta adrenérgico de ação prolongada), dispensada por farmacêuticos e fornecida pela Secretaria do Estado da Bahia (SESAB), baseada na Portaria nº 1318, do Ministério da Saúde (MS), além de sessões de educação em asma para pacientes e familiares.

O ProAR atende pacientes com asma grave procedentes de Salvador e área metropolitana que inclui os municípios de Simões Filho, Candeias, Camaçari, Dias D'Ávila, Itaparica, Madre de Deus, Lauro de Freitas, Vera Cruz e São Francisco do Conde. A procura ao serviço ocorre por demanda espontânea além de pacientes que receberam alta das emergências e de internamentos dos hospitais públicos e que são encaminhados para acompanhamento ambulatorial e controle da asma. Essa é uma população homogênea com baixo nível sócio econômico e pouca escolaridade.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

A inclusão dos pacientes no programa segue os critérios diagnósticos da doença, segundo o III Consenso Brasileiro de Asma (2002). Os critérios de inclusão foram: 1) idade entre 12 a 75 anos; 2) procedentes de Salvador e área metropolitana; 3) apresentar qualquer uma das condições que configurem diagnóstico de asma grave há mais de um ano, conforme o III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma – 2002: sintomas diários contínuos, limitação diária (sintomas com esforço mínimo), crises freqüentes e graves com internações e com risco de vida, sintomas noturnos > 2 vezes por semana, uso de broncodilatadores > duas vezes por dia, função pulmonar (PEF e VEF1) pré broncodilatador (BD) < 60% do previsto; 4) assinatura do termo de consentimento; 5) documentação completa nos prontuários e fichas; 6) ausência de história de tabagismo atual ou > 10 anos/maço; 7) ausência de contra-indicação ao uso dos medicamentos prescritos.

VARIÁVEIS ANALISADAS

Custos Familiares (apurados através do questionário de custo familiar em asma): renda familiar e do paciente (salários e/ ou ganhos eventuais); gasto familiar mensal com tratamento da asma: consultas, exames, medicações, alimentação especial, reformas no domicílio, utensílios (nebulizadores, capas, travesseiros, colchões), transporte para serviços de saúde e gastos extras; valor de ajuda financeira e tipo de ajuda não financeira recebidas (medicações, utensílios, moradia, alimentos e assistência de saúde suplementar); tempo gasto em espera e no deslocamento pelo paciente e acompanhante para tratamento da asma multiplicado pelo número de idas ao serviço de saúde no último ano; valor da perda de rendimentos de pacientes e acompanhantes por causa do tratamento da asma; percentuais de pacientes e acompanhantes que perderam emprego, oportunidades de trabalho, aposentaram-se precocemente e faltaram ao trabalho e/ou escola.

Custos Ambulatoriais (baseados em valores do SUS, do HUPES e do ProAR): custo de consultas regulares a pneumologistas baseado na tabela

do SUS; custos de exames realizados (radiografias de tórax e seios paranasais, testes alérgicos e espirometrias), baseados na tabela do SUS; estimativa do consumo dos medicamentos orais distribuídos em postos de saúde realizada pela equipe de médicos do ProAR, com base nos valores do guia ABCFarma; custo médio do tratamento dos pacientes do estudo acompanhados durante um ano no ProAR através da contabilidade de todos os custos fixos e variáveis do programa: 1) *custos fixos*: administração, condomínio (energia, água, segurança, internet), limpeza e manutenção, baseado em planilhas do setor de custos do HUPES, pessoal, material de consumo, comunicação (telefone fixo e celular), depreciação de máquinas e equipamentos (taxa de 20% ao ano) e de móveis e utensílios (taxa de 10% ao ano) baseado na planilha de custos do ProAR, e do espaço ocupado através de cálculo de aluguel de área equivalente à usada pelo programa em um centro médico do mesmo bairro; 2) *Custos variáveis*: medicamentos inalatórios usados por paciente, baseado no custo de cada um dos produtos fornecidos pela Central Farmacêutica da Bahia, os custos de exames realizados por paciente com base nos valores do SUS, custos de operação do SAME (Serviço de Arquivo Médico) e da farmácia por prontuário manipulado e cada medicamento dispensado para os 64 pacientes, segundo planilha de custos do HUPES.

Estes custos foram levantados com base nas despesas do ProAR, em fevereiro de 2005, mês que se situou no meio da coleta de dados do estudo, quando o programa contava com 379 pacientes inscritos. Os custos fixos, então, foram rateados pelos 379 doentes e multiplicado pelos 64 pacientes que serão utilizados para a análise de custo deste estudo. Os custos variáveis foram contabilizados individualmente pelo consumo de recursos deste grupo.

Custos Hospitalares (apurados em hospitais públicos e privados, que atendem pacientes com asma pelo SUS através de contabilidade dos custos médios por dia de todas as despesas diretas do tratamento): atendimentos em emergência (consulta e medicamentos de rotina em asma); internações (hotelaria: soma de despesas com pessoal médico e

não médico, depreciação de bens móveis e imóveis, despesas correntes, exames e material de consumo acrescido dos custos com medicamentos utilizados para asma, dividido pelo número de pacientes internados); internações em UTI (contabilidade de cada um dos itens da UTI semelhante ao realizado com internação, acrescido de taxa diária de uso de equipamentos de monitorização).

OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

Os pacientes encaminhados ao ambulatório de referência do ProAR foram submetidos a uma triagem, pela enfermeira, na primeira visita do estudo, a fim de avaliar o diagnóstico de asma grave. Nos casos que não se configurou diagnóstico de asma ou se definiu asma leve a moderada, os pacientes foram encaminhados para o ambulatório de pneumologia geral do AMN, enquanto que aqueles com asma grave foram inseridos no estudo.

O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da faculdade de Medicina da Bahia-UFBA e os pacientes incluídos assinaram termo de consentimento livre e esclarecido. O questionário de custo familiar, originalmente criado para um estudo realizado em tuberculose e adaptado pela equipe deste estudo para pacientes com asma, passou por um estudo piloto em que foi validado e testou-se sua alta reprodutibilidade. Este questionário foi aplicado no início do estudo, referente ao último ano antes da admissão do paciente no ProAR, e ao final do estudo referente ao ano de acompanhamento no ProAR.

Através deste questionário, foi possível estimar os principais custos diretos para o paciente com diagnóstico de asma grave como aqueles relacionados aos medicamentos, exames, deslocamento aos serviços de saúde, adaptações no domicílio em função da doença, e transportes. Além destes, também foram estimados os custos indiretos, representados pelo absenteísmo escolar e por ganhos não realizados, que envolvem o próprio paciente e seus acompanhantes (ausência ao trabalho e perda temporária ou definitiva da capacidade de trabalho). Existem ainda os custos intangíveis, que não serão objeto de análise neste estudo, de difícil mensuração e que re-

presentam as perdas com o enorme sofrimento emocional para o paciente e seus familiares com relação à doença (BARNES *et al.*, 1996). A perda de renda foi calculada pelo proporcional aos dias de trabalho perdidos com relação à remuneração do paciente ou familiar acompanhante. Esta perda foi atribuída ao paciente quando o familiar teve seu dia de falta no trabalho descontado no salário, e foi atribuída à sociedade se o dia de falta não foi descontado.

Dentre os recursos utilizados com o tratamento da asma no ProAR e no Sistema Público de Saúde, investigouse principalmente o número de consultas, idas à emergência, internações, UTI, exames complementares, medicação utilizada, recursos humanos médicos e não médicos e demais custos com hotelaria. Características socioeconômicas, clínicas e utilização de recursos foram levantadas através de entrevistas, empregando-se questionário e conferindo os prontuários médicos. Os custos unitários utilizados no Sistema Público de Saúde para internação e UTI basearam-se nos dados da Secretaria Estadual de Saúde e em investigação nos principais hospitais de Salvador que tratam a doença (Otávio Mangabeira, Hospital Ernesto Simões e Hospital Roberto Santos). Para estimar o custo médio de um dia de internamento para um caso de asma, foi utilizada a média simples dos custos médios obtidos nos três hospitais públicos, chegando-se ao valor de R\$ 1.221,93. O custo médio de uma visita à emergência foi estimado somando-se o custo da consulta médica ao custo da medicação. Admitiu-se que um asmático, ao ser avaliado na emergência recebe, no mínimo, uma inalação (Aminofilina, Salbutamol e Prednisona, soro fisiológico e oxigênio).

Os valores de todas as medicações utilizadas pelos doentes, antes e após o tratamento no ProAR, foram somados. Para os medicamentos adquiridos nas farmácias cujos preços não foram recordados pelos pacientes no momento da entrevista, o custo foi estimado com base no guia

farmacêutico de 2004 (ABCFarma). Todos os custos considerados foram atualizados pelo IPC-FIPE para valores de fevereiro de 2006, a fim de pudessem ser comparados, uma vez que avaliações econômicas com duração de mais de um ano necessitam deste tratamento para análise de dados monetários atualizados.

A análise estatística dos dados foi feita com a utilização dos *Softwares Excel* e *SPSS 11.0 para Windows*. As variáveis categóricas foram comparadas usando-se o teste de *Wilcoxon* e as contínuas o teste *t* de “*student*”. O teste de normalidade das variáveis contínuas foi feito utilizando *Kolmogorov Smirnov Test*.

As despesas médicas podem constituir ônus considerável para pacientes e seus familiares, que aumenta com a gravidade da asma. Existem poucos estudos na literatura que avaliam o impacto destes custos para as famílias, e estes usaram como instrumento de avaliação, questionários não validados e não publicados na literatura

REVISÃO DA LITERATURA SOBRE OS CUSTOS DA ASMA

Com o aumento crescente da prevalência da asma, sobem os custos para pacientes e suas famílias, para os sistemas de saúde pública e privada e para a sociedade como um todo (BARNES *et al.*, 1996).

A asma grave, direta e indiretamente, determina um grande impacto econômico e social, a exemplo do grande consumo de recursos de saúde e da perda de atividade produtiva dela decorrentes (CIS-TERNAS *et al.*, 2003). Os custos diretos com o tratamento da asma correspondem à soma dos gastos com consultas médicas, exames complementares, oxigênio, equipamentos e procedimentos médicos, serviços de ambulância, cuidados domésticos, medicamentos e hospitalizações. Os custos indiretos envolvem absenteísmo à escola e ao trabalho, tanto do paciente quanto de seu acompanhante, além de perda de produtividade, aposentadoria precoce e morte. Existem ainda os custos intangíveis (que não serão objeto de análise neste artigo), difíceis de serem mensurados e apresentam as perdas que levam em consideração a dor e a ansiedade, prejudicando a qualidade de vida destes pacientes e seus familiares com relação à doença (BARNES *et al.*, 1996).

As despesas médicas podem constituir ônus considerável para pacientes e seus familiares, que aumenta com a gravidade da asma. Existem poucos estudos na literatura que avaliam o impacto destes custos para as famílias, e estes usaram como instrumento de avaliação, questionários não validados e não publicados na literatura. Um estudo australiano (TOELLE *et al.*, 1995) estimou o custo anual da doença e o tempo despendido com o seu tratamento para famílias de 238 crianças asmáticas. Foi encontrada uma média anual de custo para a família de A\$ 212,48 (dólares australianos) por criança asmática e 13,4 horas foram gastas com o tratamento (TOELLE *et al.*, 1995).

Em um estudo de assistência médica realizado nos Estados Unidos (Califórnia) (CISTERNAS *et al.*, 2003), baseado em dados de comunidade, analisaram-se os custos anuais totais *per capita* da asma que chegaram a US\$ 4.912. Os custos diretos foram responsáveis por 65% deste montante e os custos indiretos por 35%. Os custos aumentam com a gravidade da asma, estimando-se em US\$ 2.646 (13,24%) os custos de pacientes com asma leve, US\$ 4.530 (22,66%) os de pacientes com enfermidade moderada e US\$ 12.813 (64,10%) os de pacientes com doença grave. O custo *per capita* mais elevado foi o da medicação responsável por 50% dos custos diretos globais e as hospitalizações foram responsáveis por cerca de 15% destes custos. Porém, em pacientes com asma grave, os custos com hospitalizações são de aproximadamente 33%, enquanto que entre os doentes com asma leve e moderada são de apenas 8% (CISTERNAS *et al.*, 2003).

O tratamento ambulatorial regular com medicações de controle (antiinflamatórios) ao nível da assistência primária é menos dispendioso que a assistência emergencial, quer em clínicas ou hospitalares. O custo monetário da asma é em grande parte, atribuível a uma doença inadequadamente controlada e às suas conseqüências para os cuidados de saúde, tais como uso de emergência e hospitalizações (ANTONICELI *et al.*, 2004).

Outro estudo prospectivo de um ano realizado na França (GODART *et al.*, 2002), revelou que os pacientes asmáticos graves responderam por mais que o dobro dos custos associados aos pacientes

com asma moderada, quando somados todos os custos diretos, excluindo-se a hospitalização.

Um estudo espanhol (SERRA-BATLLES *et al.*, 1998) mostrou que os custos diretos e indiretos aumentaram com a gravidade crescente da asma, e uma outra pesquisa realizada na Itália (ANTONICELI *et al.*, 2004) documentou que os custos globais com a asma são maiores nos pacientes graves. Assim, do ponto de vista de estratégia para redução de custos de assistência médica com a asma, deve-se priorizar a atenção aos doentes graves e reduzir ao máximo os atendimentos emergenciais, especialmente as internações.

ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS

As características sociodemográficas dos pacientes estão apresentadas na Tabela 1. Houve um predomínio do sexo feminino (82,8%). A idade média dos pacientes foi de 45 anos. O número de pessoas, por família, em média, foi de três. Cerca de 17,2% dos pacientes eram analfabetos. 94,9% dos pacientes compõem a população de cor parda e negra. 40,6% exercem alguma atividade remunerada.

Tabela 1
Características socioeconômicas dos pacientes

| Características socioeconômicas | N | % |
|---------------------------------|----|-------|
| Sexo | | |
| Feminino | 53 | 82,8 |
| Masculino | 11 | 17,2 |
| Cor* | | |
| Branca | 3 | 5,1 |
| Parda | 32 | 54,2 |
| Negra | 24 | 40,7 |
| Ocupação** | | |
| Ativo | 26 | 40,6 |
| Desempregado | 11 | 17,2 |
| Dona de Casa | 12 | 18,8 |
| Aposentado | 8 | 12,5 |
| Estudante | 7 | 10,9 |
| Escolaridade | | |
| Analfabeto | 11 | 17,2 |
| 1º Grau | 34 | 53,1 |
| 2º Grau | 15 | 23,4 |
| Nível Superior | 4 | 6,3 |
| Total de Pacientes | 64 | 100,0 |

Fonte: Elaboração própria - Pesquisa do ProAR.

* Percentual válido sem os valores perdidos

**PED/RMSUFBA/SEI/SEPLANTEC/SEADE/DIEESE, 2005

As características clínicas dos pacientes foram apresentadas na Tabela 2. O tempo médio de duração da asma foi 25 anos. Observa-se que o número de idas à emergência reduz drasticamente de 70 para dois casos anuais, em média, quando se compara o período pré e pós-tratamento no ProAR. Houve o relato de quatro dias de internações entre os pacientes da pesquisa um ano antes do início do tratamento no ProAR e praticamente não houve registro de dias de internamento e permanência em UTI no período pós-tratamento.

A Tabela 2 mostra também a utilização de recursos como consultas, internações, exames subsidiários, medicamentos. Durante o ano de acompanha-

Tabela 2
Comparação dos aspectos clínicos dos pacientes um ano antes e um ano depois do ProAR

| Aspectos clínicos | Ano antes do ProAR | | Ano depois do ProAR | |
|--|--------------------|---------------|---------------------|---------------|
| | Média | Desvio Padrão | Média | Desvio Padrão |
| Nº médio de dias internados | 5 | 10,9 | 0 | 0,1 |
| Nº médio de dias em UTI | 0 | 0,9 | 0 | 0,0 |
| Nº médio de idas à emergência | 70 | 94,6 | 2 | 3,2 |
| Nº médio de consultas regulares (asma) | 0 | 0,2 | 9 | 1,9 |
| Nº médio de Rx de tórax realizados por paciente | 2 | 1,9 | 1 | 1,0 |
| Nº médio de espirometrias realizadas por paciente | 1 | 1,1 | 2 | 0,8 |
| Nº médio de Rx de face realizados por paciente | 0 | 0,5 | 0 | 0,8 |
| Nº médio de testes alérgicos realizados por paciente | 0 | 0,7 | 0 | 0,6 |

Fonte: Elaboração própria - Pesquisa do ProAR.

Tabela 3
Renda anual e custos totais anuais das famílias antes e depois do ProAR – R\$

| Descrição | Ano antes do ProAR | Ano depois do ProAR | Economia | Variação % |
|-------------------------------------|--------------------|---------------------|------------|------------|
| Renda Familiar | 442.114,70 | 525.935,50 | 83.820,80 | 18,96 |
| Renda Paciente | 136.054,54 | 169.382,96 | 33.328,41 | 24,50 |
| Gasto Transporte | 24.714,85 | 3.414,66 | 21.300,19 | (86,18) |
| Outros gastos nas idas ao serviço | 3.184,03 | 1.508,50 | 1.675,53 | (52,62) |
| Gasto Medicamento | 80.502,71 | 4.942,54 | 75.560,17 | (93,86) |
| Gasto Alimento | 4.468,97 | 4.482,38 | (13,42) | 0,30 |
| Gasto Consulta/Exames | 3.160,72 | 180,81 | 2.979,91 | (94,28) |
| Gasto Extra Depreciado | 13.895,02 | 7.601,50 | 6.293,51 | (45,29) |
| Gasto Total | 129.926,30 | 22.130,40 | 107.795,89 | (82,97) |
| Perda Renda (Paciente+Acompanhante) | 36.064,30 | 1.595,43 | 34.468,87 | (95,58) |
| Custo Total | 165.990,60 | 23.725,83 | 142.264,77 | (85,71) |

Fonte: Elaboração própria - Pesquisa do ProAR.

mento no ProAR, os pacientes realizaram uma média de nove consultas regulares, ao contrário do que ocorria anteriormente quando os pacientes e/ou familiares referiram não ter tido consultas regulares. Os exames de Rx de tórax e espirometria foram realizados em todos os pacientes com uma média aproximada de um e dois exame(s)/paciente/ano, respectivamente. Em menor proporção, também foram realizados exames complementares como teste alérgico e Rx de face, após o tratamento no ProAR.

Na perspectiva do paciente e de sua família, o total de custos diretos (consultas, medicamentos, exames complementares, transportes e outros gastos) e indiretos (dias de trabalho descontados), considerando-se o tratamento de um ano antes (Rede Pública de Saúde) e um ano após o ProAR foi elencado na Tabela 3. Com relação ao custo total de viagens realizadas para transporte do paciente e acompanhante para os serviços de saúde seja para atendimento de emergência, consultas ambulatoriais, exames ou internações foram gastos, no período de um ano antes e um ano após o tratamento no ProAR respectivamente R\$ 24.714,85 e R\$ 3.414,66 em viagens de ônibus (principal meio de transporte utilizado). O item de maior participação nos custos da família com relação à asma se refere à compra de medicamentos, perfazendo um total de R\$ 80.502,71 antes do acompanhamento no ProAR. Outro item que representou um ônus considerável para as famílias com pacientes asmáticos no período pré-tratamento no ProAR foram os gastos extras com reformas na casa e a compra de utensílios como col-

chões, travessieiros e forros de sofá, representando um custo total anual de R\$ 13.895,02.

Os custos indiretos para o paciente são aqueles decorrentes dos dias descontados do seu salário ou férias. Os custos indiretos para a sociedade são decorrentes da falta de produtividade de familiares que não podem ir trabalhar, por terem de levar o paciente

ao hospital. Também se deve levar em conta a perda de produtividade dos pacientes quando estiverem ausentes do trabalho, bem como o impacto familiar e social decorrentes da perda de renda. Com relação ao impacto da doença na família (prejuízo por faltas no emprego ou na escola), 45% dos pacientes e/ou familiares relataram ter perdido dias de trabalho por causa da doença. Na maioria dos casos houve desconto dos dias não trabalhados totalizando um custo anual de R\$ 36.064,30, antes do tratamento no ProAR.

Em razão das faltas ao trabalho decorrentes da doença, 2% dos pacientes perderam o emprego em razão das faltas ao trabalho decorrentes da doença antes do ProAR; 8% dos pacientes, anteriormente ao início do acompanhamento no ProAR, perderam dias de aula na escola seja por faltas decorrentes da impossibilidade de ir à escola por causa da doença, seja para consultas médicas e realização de exames.

Os custos totais anuais diretos e indiretos, sob a perspectiva do paciente antes e após o atendimento no ProAR foram de R\$ 165.990,60 e R\$ 23.725,83 respectivamente, representando uma economia de R\$ 142.264,77, ou seja, cerca

de 85,71% da renda anual dos pacientes deixou de estar comprometida com o tratamento da asma. Após um ano de acompanhamento no ProAR, houve uma redução de 82,97% nos custos diretos e 95,58% nos custos indiretos.

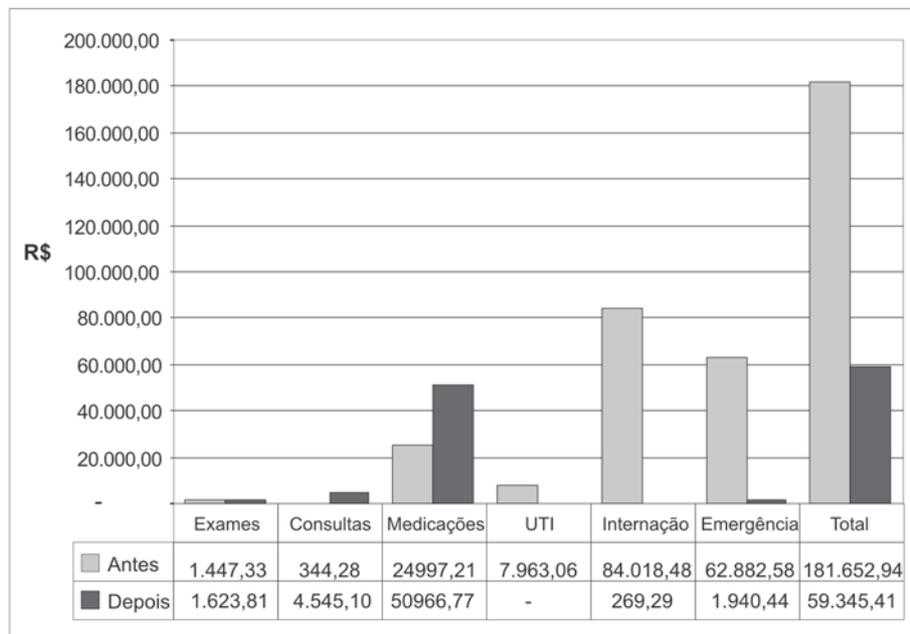
O total de custos diretos dos pacientes sob a perspectiva da sociedade (custos ambulatoriais e hospitalares com consultas, internações, medicamentos e exames complementares) comparando-se o tratamento convencional na Rede Pública durante um ano, e o posterior acompanhamento no ProAR com um igual período está descrito no Gráfico 1. Antes do acompanhamento no ProAR, o custo total com internações foi o mais significativo (R\$ 84.018,48), seguido pelo custo total com o atendimento em emergência (R\$ 62.882,58). Os custos diretos totais sob a perspectiva da sociedade, somaram o valor de R\$ 181.682,94 e R\$ 59.345,41 antes e após o tratamento no ProAR respectivamente.

DISCUSSÃO

Quanto ao nível econômico e grau de instrução dos pacientes, estudo revelou que estes se acham na categoria baixo. O índice de analfabetismo foi alto, cerca de 17,2%, o que não refletiu em perda das informações pertinentes aos custos diretos e indiretos incorridos pelos pacientes e familiares em decorrência da asma, uma vez que o questionário foi administrado por um entrevistador treinado e especializado em economia da saúde.

O custo da doença devido à asma representa um ônus substancial para as famílias mais pobres, porque consome uma parte maior do rendimento na sua prevenção e tratamento. O estudo revelou que antes do tratamento no ProAR, os custos da

Gráfico 1
Custo institucional anual para tratamento da asma grave um ano antes e um ano depois do ProAR – R\$



Fonte: Elaboração própria - Pesquisa do ProAR.

prevenção para as famílias foram mais expressivos. As famílias gastavam por ano R\$ 13.895,02 em utensílios como aparelhos nebulizadores, colchões, travesseiros, ou, mais significativamente, reformas na casa em função da doença.

A perda de dias de trabalho de 45% dos pacientes e de familiares acompanhantes levou a um importante impacto na renda familiar, pois acarretou desconto de salário nos dias de trabalho perdidos. Nos casos em que não ocorreu desconto do pagamento do dia não trabalhado, houve outro tipo de perda econômica, isto é, aquela decorrente da falta de produção consequente à falta no trabalho. Devemos também salientar que 2% dos pacientes perderam o emprego em razão das faltas, agravando o problema socioeconômico dessas famílias. O índice de absentismo escolar foi pequeno, uma vez que a maioria dos pacientes já não se encontra em idade escolar – a média de idade encontrada na pesquisa foi de 45 anos.

Um ano após o tratamento no ProAR, a renda média familiar aumentou em 18,96%, isto se explica, em parte, por um proporcional aumento da taxa de participação no mercado de trabalho dos pacientes. Esse dado mostra que os pacientes tratados de forma convencional na Rede Pública têm dificuldades para participar do mercado de trabalho. As implicações econômicas tornam-se ainda mais relevantes quando se constata que 40% dos pacientes da pesquisa estão concentrados na faixa etária dos 15 a 49 anos, os quais, em consequência da limitação imposta pela asma grave, reduzem suas atividades econômicas durante o tempo de tratamento justamente na idade ativa. Além disto, entre os pacientes estudados, muitos dependiam do seu estado de saúde para manterem o trabalho e o ganho diário, pois exerciam atividades autônomas ou através de contratos precários e sem proteção previdenciária, como pedreiros, pintores de parede, empregadas domésticas, etc. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 53% dos pacientes

da cidade de Salvador, com asma grave, estão na faixa etária acima de 15 anos.

Desse modo, ocorre uma redução do tempo disponível para o trabalho e para outras atividades, o que, muitas vezes, inviabiliza o exercício de atividades profissionais e pode influenciar sobre

as decisões de participação no mercado de trabalho e/ou de alocação de tempo para trabalho.

As implicações econômicas dos custos indiretos da asma grave são importantes, pois irão influenciar, de modo marcante e decisivo, o comportamento dos agentes econômicos no mercado de trabalho, estando associada à redução nas horas trabalhadas, a menores taxas de salário, à aposentadoria precoce, à saída antecipada do mercado de trabalho e a programas de transferência de renda.

O fato de o paciente estar capacitado para retornar ao trabalho ou continuar trabalhando é do interesse tanto da sociedade como do indivíduo. Do ponto de vista social, é importante que se reduzam a incapacidade de trabalhar e as perdas econômicas envolvidas numa cessação desnecessária e involuntária do trabalho; do ponto de vista do indivíduo, não voltar a trabalhar quando da doença resulta, de modo geral, em perdas financeiras, isolamento social e redução da auto-estima. A participação no mercado de trabalho pode levar também a uma melhoria na qualidade de vida como um todo. Contudo, neste trabalho foram estimadas apenas as perdas financeiras decorrentes de sua atuação no mercado de trabalho.

Os pacientes com a forma grave da doença encontram uma variedade de impedimentos com relação ao emprego, que incluem condição física e emocional debilitada, a convivência com a doença, preocupação com a perda de benefícios relativos aos rendimentos potenciais e também rigores referentes ao tratamento da asma. Contudo o modo de tratamento pode afetar, de forma significativa, a capacidade e o desejo de trabalhar do indivíduo.

Antes do acompanhamento no ProAR, o custo total dos pacientes com asma grave (custos diretos e indiretos para o paciente) para a sociedade significou R\$ 181.652,94/ano, ou seja, o total de custos para a sociedade por paciente foi de R\$ 2.838,33/ano. Por outro lado, após um ano de tratamento no ProAR, o custo total da amostra de pacientes para a sociedade foi reduzido para 59.345,41, ou seja, R\$ 927,27 por paciente/ano

Conforme os dados da pesquisa, o tratamento dos pacientes com asma grave corresponde a elevados gastos principalmente com internações e UTI. A assistência médica a estes pacientes é bastante dispendiosa. Antes do acompanhamento no ProAR, o custo total dos pacientes com asma grave (custos diretos e indiretos para o paciente) para a sociedade significou R\$ 181.652,94/ano, ou seja, o total de custos para a sociedade por paciente foi de R\$ 2.838,33/ano. Por outro lado, após um ano de tratamento no ProAR, o custo total da amostra de pacientes para a sociedade foi reduzido para R\$ 59.345,41, ou seja, R\$ 927,27 por paciente/ano. Houve, portanto, uma economia de R\$ 1.911,06/ano por paciente para a sociedade.

O valor repassado pelo SUS aos serviços prestados aos pacientes não reflete os verdadeiros custos que estes oneram à instituição, pois cobrem apenas 30%¹ dos custos hospitalares com a asma grave. É sabido também que as internações em enfermaria e unidade de terapia intensiva não são remuneradas adequadamente pelo SUS aos hospitais, levando a um *deficit* financeiro crônico a estes últimos, com impactos à sociedade quanto à qualidade do atendimento. Os dados da pesquisa apontam que a cobertura do SUS para atendimentos de emergência, internação e UTI representa respectivamente 58%, 14% e 17% dos custos totais com a asma grave. Os pacientes que, no período de análise relataram casos de internação², são os mais dispendiosos, visto que são os que mais realizam exames complementares, necessitam internações clínicas e cirúrgicas e consomem mais medicamentos. Os custos diretos totais incorridos nos casos de internamento registrados antes do ProAR totalizam R\$ 84.018 (R\$1.312,78 por paciente/ano).

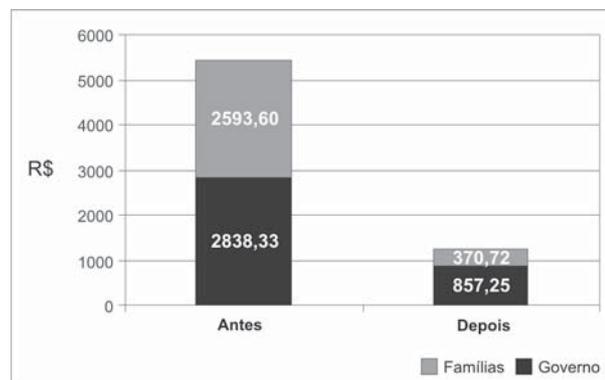
De acordo com os dados da pesquisa, um paciente e sua família gastam em média R\$ 2.593,60/ano quando atendido de forma convencional na Rede Pública (cerca de 37,5% da renda familiar média anual). Já um paciente acompanhado regularmente no

ProAR tem um custo médio de R\$ 370,72/ano por causa da asma (sete vezes menos). Considerando o aumento real de 19% na renda anual familiar e a redução nos custos totais com a asma após o ProAR, tem-se uma economia anual de R\$ 2.222,89 por família. O comprometimento da renda familiar, que era de 37% antes do ProAR passou para apenas 5%.

Assumindo os custos totais médios (custos diretos e indiretos) apurados neste estudo, sob a perspectiva da sociedade e sob a perspectiva do paciente durante o período de um ano antes e um ano após o acompanhamento no ProAR, tem-se uma noção exata da carga da doença sobre os dois segmentos como pode ser visto no Gráfico 2. O custo global por paciente reduziu em R\$ 4.133,94, sendo que o custo da doença para cada família passou de 52,3% para 28,6% após o tratamento.

Gráfico 2

Carga da doença: custo anual da asma por paciente pago pelo governo e pelas famílias, um ano antes e um ano depois do ProAR – R\$



Fonte: Elaboração própria - Pesquisa do ProAR.

Pretende-se com isso, mostrar que os recursos investidos no ProAR se revertem em economia de recursos para a saúde pública, para o paciente e sua família, reduzem a incidência de novos casos de internação e refletem em uma melhoria na qualidade de vida para os pacientes nele acompanhados.

CONCLUSÕES

A análise de custos revelou grande vantagem em favor do tratamento realizado pelo ProAR, em comparação ao tratamento convencional para asma grave oferecido atualmente pela rede de saúde pública.

¹ Os custos apurados (reais) para as hospitalizações por asma grave foram comparados aos valores repassados pelo SUS nos hospitais pesquisados (Otávio Mangabeira, Hernesto Simões e Roberto Santos).

² O viés de memória que é inerente a todos os estudos que buscam relembrar informações passadas, através de questionários ou entrevistas, deve também ser considerado como limitação para os resultados encontrados.

Em termos de custos familiares, quando acompanhados no ProAR, os pacientes com asma grave e suas famílias obtiveram acentuado benefício econômico com aumento real na renda média de cada família em 19% e redução dos custos em 86%, com uma economia anual de R\$ 2.222,89 por família. O percentual da renda familiar comprometida com o tratamento de um paciente com asma grave que era de 37% passou a 5% após acompanhamento no ProAR. Em termos de custos para a sociedade, houve economia anual de R\$ 122.307,53 em recursos de saúde pública a favor do ProAR. O aumento em R\$ 30.347,00 no custo com tratamento preventivo para os 64 pacientes foi largamente compensado pela redução em R\$ 152.654,00 nos custos hospitalares. No total, o governo economizou 67% dos recursos para o tratamento anual destes 64 pacientes. No contexto do tratamento da asma vigente no sistema público de saúde no Brasil, as famílias de pacientes graves dividem em partes semelhantes com o governo a carga da doença.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Caderno de informação do gestor de saúde. Disponível em: <<http://www.ana.gov.br/portal/site/perfil-gestores>>. Acesso em: 4 abr. 2006.
- ANTONICELLI, L.; BUCCA, C.; NÉRI, M. *et al.* Asthma severity and medical resource utilization. *European Respiratory Journal*, Leiden, The Netherlands, n. 23, p. 723-9, 2004.
- BARNES, P.J.; JONSSON, B.; KLIM, J.B. The costs of asthma. *The European Respiratory Journal*, Leiden, The Netherlands, n. 9, p. 636-42, 1996.
- BUSSE, W.W.; LEMANSKE, R.F. Asthma. *New England Journal of Medicine*, Massachusetts, United States, n. 344, p. 350-62, 2001.
- CISTERNAS, M.G. *et al.* A comprehensive study of the direct and indirect costs of adult asthma. *Journal Allergy Clinical Immunology*, Milwaukee, Wisconsin, United States, n. 6, p. 1212-18, 2003.
- CONSENSO BRASILEIRO NO MANEJO DA ASMA, 3., 2002, São Paulo. *Jornal de Pneumologia*, São Paulo, v. 28, p. 9-21, jun. 2002. Suplemento.
- FIORI, R.; FRISTCHER, C.C. Variação na prevalência de asma e atopia em um grupo de escolares de Porto Alegre /Rs. *Jornal de Pneumologia*, São Paulo, n. 27, p. 237-42, 2001.
- FUNDAÇÃO INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS. *Índice de preços ao consumidor: cálculo mensal da medida de variação de preços ao consumidor*. Disponível em: <<http://www.fipe.org.br/indices/indices.asp>>. Acesso em: 13 abr. 2006.
- GERGEN, P.J.; MULLALLY, D.I.; EVANS, Richard. National survey of prevalence of asthma among children in the United States, 1976 to 1980. *Pediatrics*, Illinois, United States, n. 88, p.1-7, 1988.
- GODART, P., *et al.* Costs of asthma are correlated with severity: a 1 yr. prospective study. *Eur Resp J*, Leiden, The Netherland, n.19, p. 61-7, 2002.
- MALLOT, J. *et al.* Prevalencia del asma en escolares chilenos. Estudio descriptivo de 24.470 niños. ISAAC-Chile. *Rev Med Chile*, Chile, n. 128, p. 279-85, 2000;.
- MASOLI, M. *et al.* The global burden of asthma: executive summary of the GINA Dissemination Committee Report. *Allergy*, Oxford, United Kingdom, n. 59, p. 469-78, 2004.
- SALVADOR. Secretaria Municipal do Planejamento, Urbanismo e Meio Ambiente. *Plano diretor de desenvolvimento urbano*. Disponível em: <<http://www.seplam.pms.ba.gov.br/pddua/anexos/anexo08.htm>>. Acesso em: 3 mar. 2006.
- SERRA-BATLLES, J. *et al.* Costs of asthma according to the degree of severity. *Eur Respir J*, Leiden, The Netherlands, n. 12, p. 1322-6, 1998.
- THE INTERNATIONAL Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee. Worldwide variations in the prevalence of asthma symptoms. *The European Respiratory Journal* Leiden, The Netherlands, n. 12, p. 315-35, 1998.
- TOELLE, B.*et al.* The costs of childhood asthma to Australian families. *Pediatric Pulmonology*, n.19, p. 330-5, 1995.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma Workshop Report. *J Allergy Clin Immunol*, Milwaukee, Wisconsin, United States, n. 108, p. 147-334, 2001.

Novos arranjos organizacionais e a oferta privada de terapia renal substitutiva¹

Fábio Batista Mota*, Hamilton de M. Ferreira Jr**

Resumo

Apresentamos neste artigo parte da discussão teórica desenvolvida para aplicar determinadas teorias econômicas – a saber, a teoria dos custos de transação e a análise de Porter sobre a estrutura e a competitividade das indústrias – ao estudo do segmento privado ofertante de serviços de Terapia Renal Substitutiva. Nosso objetivo é discutir a possibilidade de avançarmos em novos arranjos organizacionais mais adequados às firmas a partir da adoção de Tecnologias de Informação e Comunicações. Como é sabido, este segmento é um tomador de preços para frente e para trás, o que implica que aumentos de margens de lucro e o incentivo à entrada de novas firmas, passam, necessariamente, pelo estabelecimento de uma forma de governança mais eficiente no que tange à minimização de custos.

Palavras-chave: tecnologias de informação e comunicações, teoria dos custos de transação, forças competitivas, estratégias genéricas, terapia renal substitutiva.

Abstract

In the present paper we present part of the theoretical discussion developed to apply the following economic theories – the Transactional Cost Theory, and the Porter Analysis about the structure and competitiveness of industries – to the study of the private segment that offers Renal Substitution Therapy. Our aim is to discuss the possibility we may advance in new organizational arrangements, which are more suitable to the firms, by using Information and Communication Technologies. As well known, this segment is a price taker from front to back, which implies that the increase in the margin of profit, and the incentive for new firms, goes, necessarily, through the establishment of a more efficient corporate governance related to cost minimization.

Keywords: information and communication technologies, transactional cost theory, competitive forces, generic strategies, renal substitution therapy.

INTRODUÇÃO

Este artigo parte do argumento de que alguns dos principais problemas sociais e econômicos atuais enfrentados pelos estados brasileiros decorrem da dificuldade de compreender o caráter e as consequências das transformações características da nova dinâmica sócio-técnico-econômica, que refletem um novo padrão de acumulação global. A lite-

ratura econômica recente tem dado ênfase e crescente importância à análise do processo de difusão e adoção das novas tecnologias. Diversas escolas do pensamento econômico, principalmente nas economias consideradas adiantadas, vêm investindo sistematicamente no desenvolvimento de estudos empíricos sobre a disseminação das Tecnologias de Informação e Comunicações (TICs) no tecido organizacional das iniciativas privada e pública e seus impactos econômicos e sociais. Estes estudos buscam, em parte, gerar informações para subsidiar a tomada de decisão com o fim de promover capacitações em torno da adoção e difusão das novas tecnologias, contribuindo, neste sentido, para a formação de estratégias de desenvolvimento endógeno, para o progresso técnico e para

¹ Os autores agradecem ao apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia – FAPESB.

* Mestrando em Economia (CME/UFBA) e Pesquisador do Programa Economia da Saúde (PECS/ISC/UFBA). motafb@hotmail.com.

** Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Econômicas da UFBA e Pesquisador do Programa Economia da Saúde (PECS/ISC/UFBA). hamilton@ufba.br.

a capacidade de avançar em novos arranjos organizacionais.

De forma geral, a adoção das novas tecnologias da informação e comunicação permite soluções organizacionais de baixo custo, mas que, em face de razões estruturais e institucionais, exigem políticas públicas para serem executadas. Sumariamente, a adoção de TICs costuma estar associada a alguns fatores, como: coordenação da produção e do fluxo de informações na cadeia produtiva; aceleração dos fluxos comerciais e financeiros e do processo de tomada de decisão;

redução do tempo de transação, dos tempos mortos de espera e dos estoques ociosos; suporte ao planejamento integrado da produção; simplificação dos procedimentos de entrega de materiais e prestação de serviços; melhoria da logística; participação em redes de empresas; acesso em tempo real a agentes econômicos dispersos geograficamente; estabelecimento de novas relações entre organizações e indivíduos (TIGRE, 2000).

Quanto às razões estruturais, segundo Porter (1986), a estrutura básica de uma indústria está refletida na intensidade das forças competitivas que, a longo prazo, determinam em conjunto a intensidade da concorrência na indústria, bem como a sua rentabilidade. Já as razões institucionais derivam maiormente da Portaria n.º 82, de 3 de Janeiro de 2000, que estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos serviços de diálise e as normas para cadastramento destes junto ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste artigo propomos uma discussão teórica relacionando o uso de certas teorias econômicas ao tratamento de questões pertinentes à área da saúde. Neste sentido, discutimos a Teoria dos custos de transação (TCT), com base nos trabalhos seminais de COASE (1991) e Williamson (1985), bem como abordamos as estruturas de mercado e as estratégias de empresas a partir da análise de Porter (1986, 2001), direcionando ambas ao Setor saúde, mais especificamente para o segmento privado de Terapia Renal Substitutiva (TRS), escolhido em caráter complementar à demanda da própria Se-

cretaria de Saúde do Estado da Bahia para estudar os custos do tratamento de Hemodiálise realizados em Salvador (AVALIAÇÃO..., 2005). Complementarmente, o foco no Setor saúde deriva também do reconhecimento da sua importância econômica como fonte geradora de renda e emprego, com

impactos consideráveis para o dinamismo das economias locais, assim como sobre os gastos do Governo.

Apenas a demanda por serviços de TRS, por exemplo, tem onerado o SUS, que é o financiador de 95% desse tipo de intervenção, em valores pró-

ximos a um bilhão de reais anuais. No segmento, a participação do setor privado no financiamento da TRS é mínima, cerca de 7% (AVALIAÇÃO..., 2005). Neste sentido, acreditamos que a compreensão deste processo, com base no uso das teorias econômicas, poderá contribuir para que os gestores de saúde possam formular políticas direcionadas ao desenvolvimento da iniciativa privada neste segmento, não somente permitindo incrementos imediatos de produtividade, mas também estimulando a entrada de novas firmas no setor, reduzindo a pressão para expansão da participação pública na prestação destes serviços.

Contextualizando o segmento, segundo o Relatório de Pesquisa (AVALIAÇÃO..., 2005) a Bahia possui 22 centros prestadores de serviços de diálise para aproximadamente 3.18 milhões de habitantes, sendo 11 em Salvador e os demais distribuídos pelo interior do Estado, para mais 417 municípios, totalizando 9.95 milhões de habitantes. Na Bahia, o SUS financia cerca de 2.100 pacientes com frequência de até três vezes por semana, 1.115 dos quais são atendidos em Salvador. Em 2002, a quantidade de sessões de TRS na capital baiana foi de 161.159, com um gasto estimado em 18.3 milhões de reais.

Estruturado em mais três seções, além desta parte introdutória, este artigo apresenta na seção a seguir as razões estruturais que consideramos incidir sobre os provedores privados de TRS, bem como sobre qual seria a melhor estratégia genérica a ser adotada. A terceira seção discute o seg-

Apenas a demanda por serviços de TRS, por exemplo, tem onerado o SUS, que é o financiador de 95% desse tipo de intervenção, em valores próximos a um bilhão de reais anuais

mento de TRS à luz da Teoria dos Custos de Transação. A quarta e última seção traz as considerações finais.

FORÇAS COMPETITIVAS E ESTRATÉGIAS GENÉRICAS DE PORTER APLICADAS AO SEGMENTO PRIVADO OFERTANTE DE TRS

Em Estratégias Competitivas (PORTER, 1986), o sucesso das firmas é considerado uma variável dependente da estrutura industrial em que está inserida, bem como do seu posicionamento relativo dentro desta.¹ Segundo Porter, uma estratégia competitiva pode ser entendida como uma ação por parte da firma com o objetivo de construir defesas a longo prazo contra a atuação conjunta das chamadas *cinco forças competitivas* (quais sejam: 1 - ameaça de novos entrantes na indústria; 2 - rivalidade entre as empresas existentes; 3 - ameaça de produtos ou serviços substitutos; 4 - poder de negociação dos compradores; e 5 - poder de negociação dos fornecedores.), e, se possível, influenciar o equilíbrio das forças exógenas a seu favor. *Lato sensu*, o modo como as firmas orientam a formulação de estratégias empresariais com o fim de superar as cinco forças consiste em adotar uma dessas estratégias, ou uma combinação de parte das *três estratégias genéricas*, i.e., *liderança no custo total*, *diferenciação* e *enfoque*.

Porter (1986) argumenta que a *liderança no custo total* permite proteção para a firma contra as cinco forças porque a redução dos níveis de lucros, dada à concorrência, tem o seu limite no ponto de eliminação dos lucros do rival com a segunda estrutura de custos mais baixos. Já a estratégia de *diferenciação* está fundamentada na hipótese de fidelização do cliente, cuja existência permitiria à firma obter tanto um isolamento contra as pressões dos concorrentes, quanto uma baixa elasticidade preço da demanda por seus produtos. Por último, a estratégia de *enfoque* tem por base a premissa de que a firma que é capaz de estabelecer um alvo estratégico pode atender às necessidades desse de forma mais efetiva ou efi-

ciente (entendida como baixo custo, diferenciação, ou ambas) do que os rivais que ofertam os seus produtos de forma menos focada.

A primeira das cinco forças competitivas é a *ameaça de novos entrantes*² na indústria, que é uma função das *barreiras à entrada* (cujas fontes principais são as economias de escala, diferenciação do produto, necessidade de capital, custos de mudança, acesso aos canais de distribuição, desvantagem de custo independente de escala e política governamental) e da *reação dos concorrentes já estabelecidos* (retaliação prevista e preço de entrada dissuasivo). Contudo, ainda que a ameaça de novos entrantes configure um fator de preocupação para os provedores privados de hemodiálise, a sua importância deve ser amenizada, pois: a) quanto as barreiras à entrada, o fato de as empresas serem tomadoras de preço para frente e para trás implica em desvantagens de custos independentemente da escala, desestimulando a entrada; e b) a política governamental, que determina preço desconsiderando a estrutura de custos das firmas, é também um fator que não estimula a entrada de novas empresas.

A segunda força, a *rivalidade entre as empresas existentes*, atua quando os rivais se sentem pressionados ou identificam um modo de melhorar a sua posição na indústria. Esta força é derivada da interação dos seguintes fatores estruturais: 1) concorrentes numerosos ou bem equilibrados; 2) crescimento lento da indústria; 3) custos fixos ou de armazenamento altos; 4) ausência de diferenciação ou custos de mudança; 5) capacidade aumentada em grandes incrementos; 6) concorrentes divergentes; 7) grandes interesses estratégicos; e 8) barreiras de saída elevadas. Apesar das características supracitadas fazerem parte do universo dos ofertantes privados de TRS, a rivalidade entre as empresas parece pouco relevante porque, a princípio, dado que a firma é tomadora de preço, a forma mais imediata de melhorar a posição no mercado seria através da minimização da estrutura de custos, que, entretanto, oferece um leque de possi-

¹ Parte da literatura costuma enquadrar os trabalhos de Porter no tipo de abordagem conhecida como *outside-in*, por tomar a estrutura da indústria como o fator dominante na escolha da estratégia empresarial.

² Em oposição a Joe Bain, Porter considera também que "a aquisição de uma empresa já existente em uma indústria com intenção de construir uma posição no mercado deveria ser vista provavelmente como uma entrada, muito embora nenhuma entidade inteiramente nova tenha sido criada" (PORTER, 1986).

bilidades muito pequeno para resultar em ameaça à sobrevivência do concorrente.

A terceira força, a *ameaça de produtos ou serviços substitutos*. Supondo uma alta elasticidade preço da demanda, a pressão exercida por estes produtos deriva da possibilidade de impor um teto à fixação de preços por parte da firma, reduzindo, desta forma, o lucro potencial da indústria. Esta força competitiva também não pode ser considerada relevante para os provedores privados de TRS porque, como o preço é dado pelo governo e não há tratamento substituto, a demanda é inelástica ao preço.

A quarta força, o *poder de negociação dos compradores*. Compradores que rivalizam com a indústria, utilizando como arma a concorrência entre as firmas, com o fim de obterem vantagens pecuniárias, mais qualidade ou maior gama de serviços. Assim como na terceira força, a consequência pode ser a perda de rentabilidade da indústria. Para Porter (1986), um grupo comprador tem poder para se impor sobre a indústria se apresenta as seguintes características: 1) é concentrado ou adquire grandes volumes em relação às vendas totais; 2) os produtos adquiridos representam fração significativa de seus próprios custos ou compras; 3) os produtos são padronizados ou não diferenciados; 4) há poucos custos de mudança, 5) trabalha com baixas margens de lucro; 6) são ameaça de integração para trás; 7) o produto da indústria é desimportante para a qualidade dos produtos do comprador; e 8) o grupo detém total informação sobre a indústria.

Sendo o Governo Federal o responsável pelo financiamento de 95% das prestações de TRS, de acordo com a tipologia de Porter, podemos enquadrá-lo como “comprador”. Das oito características apresentadas no parágrafo anterior, que identificam um grupo comprador poderoso, apenas a quatro, a seis e a sete não pertencem ao domínio do Governo. As características quatro e seis estão relacionadas com o conceito econômico de *custo de transação*. A questão seria identificar o que é mais vantajoso para o Governo, se,

A questão seria identificar o que é mais vantajoso para o Governo, se, como em COASE (1991), continuar recorrendo ao mercado ou integrar verticalmente, afastando a esfera privada e assumindo a totalidade da prestação do serviço

como em COASE (1991), continuar recorrendo ao mercado ou integrar verticalmente, afastando a esfera privada e assumindo a totalidade da prestação do serviço. Considerando que um processo de integração resulta em elevados *custos de mudança*, então a característica quatro não pode ser, *a priori*, considerada um instrumento de pressão sobre os provedores do serviço. Vale ressaltar que a seis é uma função da quatro, isto é, elevados custos de mudança implicam ser mais vantajoso recorrer ao mercado. É preciso observar, contudo, que o Governo também é provedor de TRS. Desta forma, a oferta deste tipo de ser-

viço assume, como apresentado por Williamson (1985), uma forma “híbrida”, ou seja, a oferta não é 100% mercado ou Governo, ficando, porém, a maior parte para a iniciativa privada. Por sua vez a característica sete está relacionada à vida, bem maior protegido pela Carta Magna de 1988. Desta forma, a qualidade dos provedores na oferta do serviço é fator prioritário, com implicações sociais, políticas e econômicas.

As demais devem pertencer ao domínio do Governo e consideradas instrumentos de pressão sobre os provedores do serviço. A característica de número: 1) faz a indústria tomadora de preço – dado que os preços dos serviços são determinados pelo Governo; 2) Cerca de um bilhão de Reais, segundo o Relatório de Pesquisa 2005, o que aumenta o interesse do Governo para o controle de preços, mantendo-os em níveis reduzidos, com o fim de minimizar custos; 3) Considerando-se que a oferta dos provedores do serviço é padronizada, regulamentada por lei (Portaria 82/00), o “produto” pode ser considerado homogêneo; 5) cuja importância reside no descompasso entre o crescimento da demanda efetiva pelos serviços de TRS e o montante da parcela do orçamento público nacional destinado para atendê-la, fato agravado se considerarmos também a demanda reprimida; e 8) também devido ao fato de a oferta ser regulada por lei (Portaria nº 82/2000), podemos considerar que o Governo detém perfeita informação sobre as caracte-

terísticas do serviço, inobstante desconheça a estrutura de custos dos provedores de TRS, o que implica em práticas de regulação de preços danosas à iniciativa privada.

Por último, o *poder de negociação dos fornecedores*, que, assim como no caso dos compradores, pode impor baixa à rentabilidade da indústria se esta não dispuser de meios para transferir o aumento dos custos de produção para os preços – caso dos provedores privados de TRS, uma vez que o valor da seção é determinado pelo governo. Um grupo fornecedor poderoso tende a reunir as mesmas características citadas para os compradores, só que de forma inversa, a saber: 1) é dominado por poucas companhias e é mais concentrado do que a indústria para a qual vende; 2) não concorre com produtos substitutos; 3) a indústria não é um cliente importante; 4) o produto dos fornecedores é um insumo importante; 5) o produto do grupo é diferenciado ou há custos de mudança; e 6) o grupo é uma ameaça de integração para frente.

Neste caso, todas estas características podem ser consideradas instrumentos de pressão sobre os prestadores privados de TRS: 1) é um oligopólio internacional, formado, maiormente, pela *Fresenius Medical Care* e pela *Baxter Healthcare*, entre outras poucas, mas nenhuma de capital nacional; 2) o tipo de equipamento (máquinas proporcionadoras) adotado pelas firmas é determinado por lei (Portaria nº 82/2000), o que exclui a possibilidade de substitutos (máquinas-tanque – fabricadas, antes da Portaria nº 82/2000, também por produtores nacionais); 3) o tamanho do mercado brasileiro consumidor de equipamentos e insumos de TRS é, quando comparado com o mercado mundial, pequeno demais para configurar um cliente relevante para os fornecedores; 4) o produto dos fornecedores é o que torna possível a prestação do serviço; 5) o produto do grupo é diferenciado (porque atende às especificidades da Portaria nº 82/2000) e há custos de mudança, como os derivados do estabelecimento de contratos, ou de mudanças na lei; e 6) dado que as firmas fornecedoras, tomadas individualmente, compõem grupos econômicos cuja força permite atuação em escala mundial, devemos considerar a possibilida-

de de haver, ou vir a haver, integração para frente, i.e., no sentido da prestação do serviço.

Como as firmas são tomadoras de preço para frente e para trás, as suas práticas de negócios ficam limitadas sobretudo à administração da sua estrutura de custos, com o fim de minimizá-lo. Devido às características das forças que atuam sobre o segmento, principalmente quanto ao poder de negociação dos compradores e fornecedores, acreditamos que a *estratégia genérica* mais adequada às especificidades dos provedores privados de TRS seja a *liderança no custo total*. Neste sentido, acreditamos que a adoção de TICs se faz relevante para viabilizar o avanço em um novo arranjo organizacional que permita ampliar as margens de lucros a partir da redução de custos.

Em termos gerais, os trabalhos de Porter abordados neste artigo têm por base a *Nova Organização Industrial*, derivada do paradigma *Estrutura-Condução-Desempenho* (ECD) de Edward Mason e Joe Bain (VASCONCELOS; CYRINO, 2000). Sumariamente, “o modelo SCP supõe que a *performance* econômica das firmas é o resultado direto de seu comportamento concorrencial em termos de fixação de preços e custos e que esse comportamento depende da estrutura da indústria na qual as firmas estão inseridas” (VASCONCELOS; CYRINO, 2000, p. 23). Porém, quanto a atribuir a Bain a relação causal que vai da estrutura para a conduta para o desempenho, nesta ordem, consideramos que “Bain inaugura, além de nova proposta metodológica, a abordagem que enfatiza a ligação direta de causalidade entre estrutura de mercado e desempenho, sem ênfase, portanto, nos aspectos de conduta como elo intermediário” (FONTENELE, 1995, p. 28). Mas, de forma oposta a Mason e Bain, que tinham por objetivo estudar os oligopólios para promover políticas de defesa da concorrência, Porter faz uso do modelo ECD para a formulação de estratégias empresariais, considerando o poder dos monopólios em favor das firmas, sem preocupar-se, portanto, com os aspectos relacionados à regulamentação governamental.

Parte das críticas às abordagens da Nova Organização Industrial relaciona-se tanto à consideração de que o seu caráter *outside-in* implica às estratégias de empresas um esforço continuado de

adaptação *ex post*, quanto à adoção de um modelo de racionalidade próximo ao da economia neoclássica, superavaliando a capacidade dos agentes econômicos em formular estratégias (VASCONCELOS; CYRINO, 2000). Por se tratar de um modelo baseado no enfoque ECD, a racionalidade supracitada deve estar relacionada, maiormente, às noções de *racionalidade processual e limitada*, variantes da *racionalidade adaptativa*,³ trabalhadas em parte dos estudos de economia industrial. A primeira noção considera a dinâmica e soluções ótimas com equilíbrio, podendo haver desequilíbrio, mas não ruptura estrutural. A segunda é uma versão fraca da racionalidade substantiva, considera que o agente pode não escolher a solução que maximiza a sua utilidade, levando a indeterminações derivadas da multiplicidade de pontos de equilíbrio, admitindo instabilidade relativa do equilíbrio mas não ruptura estrutural (VERCELLI, 1991).

Da insatisfação com as soluções da nova organização industrial, orientada de *fora para dentro* das organizações, e, portanto, com a análise de Porter (1986), surge a *Resource-Based View* (RBV), que se apresenta como uma teoria explicativa da vantagem competitiva orientada de *dentro para fora* das organizações (*inside-out*). Para esta linha de pensamento estratégico:

as diferenças existentes entre os desempenhos das firmas dentro de uma mesma indústria se mostravam expressivamente superiores às diferenças de desempenho entre indústrias, significando que os fatores internos às empresas exerceriam um impacto maior em comparação aos fatores externos, isto é, à estrutura da indústria (LEITE; PORSSE, 2003, p. 124).

Para a *Resource-Based View*, a vantagem competitiva é explicada mais pela *heterogeneidade de recursos*, internos à firma, do que pela estrutura industrial, exógeno à firma, isto é, “as imperfeições do mercado de recursos possibilitam a obtenção de desempenho acima da média do mercado” (LEITE; PORSSE, 2003, p. 125). Nesse sentido, parece haver certa complementaridade entre o conceito de *heterogeneidade de recursos* e o de *especificidade*

*dos ativos*⁴ de Williamson (1985), ou seja, se o primeiro é determinante do sucesso da firma, o segundo é determinante da sua estrutura de governança (integração vertical, mercado, ou híbrida), que pode ser também entendido como um dos fatores determinantes da criação de vantagem competitiva de longo prazo.

Em relação às críticas à *Resource-Based View*, Foss (1996)⁵ *apud* Vasconcelos e Cyrino (2000), apresenta três limites à teoria, quais sejam: 1) ênfase na noção de equilíbrio; 2) ênfase em recursos discretos; e 3) o papel secundário atribuído ao ambiente, que, em última análise, evidenciariam ainda certa aproximação teórica com o *mainstream* econômico.

A TEORIA DOS CUSTOS DE TRANSAÇÃO APLICADA AO SEGMENTO PRIVADO OFERTANTE DE TRS

Fazendo uma adaptação à questão básica de Coase em “*The nature of the firm*”, de 1937, questionamos: por que existem firmas ofertantes de TRS? A resposta mais simples à questão é que existem elevados custos de transação cujo nível torna desinteressante para o governo integrar verticalmente, preferindo, como em Williamson (1985), a forma híbrida como estrutura de governança. Observe-se que, se a forma de governança é uma função dos custos de transação, que é uma função da especificidade dos ativos, e dado que parece haver um elevado grau de especificidade neste segmento, a adoção da estrutura híbrida estaria, portanto, consoante com as soluções da Teoria dos Custos de Transação.

Segundo Williamson (1983)⁶ (*apud* BUENO, 2004), há quatro tipos de especificidade de ativos que definem a rigidez de uma relação contratual: a) especificidade locacional; b) especificidade em ativos físicos; c) especificidade em capital humano; e d) especificidade em ativos vinculados à escala de produção. Dos quatro, poderíamos consi-

⁴ Um ativo é específico se o custo de oportunidade de sua substituição cresce com o tempo de vigência das transações.

⁵ FOSS, N. J. Research in strategy, economics and Michael Porter. *Journal of Management Studies*, v.33, n.1, p.1-24, Jan. 1996.

⁶ WILLIAMSON, O. Credible commitments: Using hostages to support exchange. *American Economic Review*, 1983.

³ “The agent may be defined in this case as ‘option-taker’; rationality is restricted to the problem of the optimal choice out of a given option set in order to adapt to a given environment” (VERCELLI, 1991, p. 92).

derar que os ativos indicados pelas letras b, c e d pertencem ao domínio do segmento provedor de serviços de TRS. A letra b porque tanto Governo quanto a iniciativa privada investem em equipamentos específicos para a transação (máquinas proporcionadoras); a letra c, dado o caráter *learning-by-doing* e o processo de transferência de conhecimento entre firmas e Governo, ainda que não, provavelmente, entre as firmas entre si; e a letra d porque, como o Governo é responsável pelo financiamento de 95% dos procedimentos, podemos considerar que a “produção” é quase totalmente vendida para um único consumidor, o Governo.

A proposição de que a forma como se estrutura um determinado segmento da indústria (isto é o tamanho e a natureza das firmas participantes, as formas organizacionais e os padrões de concorrência entre elas) depende dos custos de transação incorridos pelas firmas participantes, os quais por sua vez são determinados pela especificidade de seus ativos é uma proposição testável da teoria neo-institucionalista de organização industrial (BUENO, 2004, p. 368).

A teoria dos custos de transação, além de explicar a forma de organização atual, pode ser usada para verificar a possibilidade de avançar em novos arranjos organizacionais, no sentido de fundamentar a busca por uma estrutura de *governança*: mais adequada às características estruturais do segmento privado de TRS e que amenize o poder de barganha dos fornecedores (principalmente a *Fresenius Medical Care* e a *Baxter Healthcare*), reduzindo a estrutura de custos das firmas no que tange à compra de equipamentos e insumos em geral. É neste ponto que se considera a possibilidade de formação de *redes de empresa*. Considerando as características do segmento, formada, maiormente, por empresas de pequeno porte, acreditamos que o arranjo mais adequado estaria na promoção de *alianças estratégicas*.

As redes, segundo o mecanismo de coordenação, são classificadas em hierarquizada, não-hierarquizada e aliança estratégica. A primeira constitui

um modelo no qual o poder de coordenação da cadeia produtiva é exercido por um número reduzido de firmas que impõem padrões tecnológicos, práticas de transação e preços para os seus parceiros comerciais. A segunda rede tem por forma de governança uma estrutura onde as empresas compartilham o controle das ações entre agentes diversos e ao longo de toda a cadeia produtiva. Por fim, as alianças estratégicas constituem uma resposta à necessidade de recorrer a outras empresas para a complementação de capacitações, gerando externalidades positivas através do acesso a tecnologia, estrutura técnica, produtiva e operacional dos seus parceiros comerciais (TIGRE, 2000).

Como estas empresas, além de pequenas, estão em grande número e espaçadas geograficamente, não acreditamos que a iniciativa privada, por si só, venha a empreender forças no sentido de construção de uma aliança estratégica. Fato que estaria de acordo com as duas pressuposições básicas sobre o comportamento humano no que tange à realização de uma transação – feita pela escola neo-institucionalista com base no *individualismo metodológico* –, a racionalidade processual e limitada, e o *oportunismo*.

Entiendo por oportunismo la búsqueda del interes propio con dolo. Esto incluye algunas formas más flagrantes tales como la mentira, el robô y el engaño, pero no se limita a ellas. Más a menudo, el oportunismo comprende algunas formas sutiles del engaño. Se incluyen aquí tanto las formas activas como las passivas, y tanto los tipos ex ante como los tipos ex post (WILLIAMSON, 1985, p. 57).

Desta forma, acreditamos que apenas o governo poderia assumir o papel de “empresa” líder com força para impor padrões tecnológicos, práticas de transação e organização em rede, aumentando o poder de barganha dos provedores privados de serviços de TRS frente aos fornecedores, minimizando o impacto dos custos derivados da negociação. É preciso antes, porém, estudar o estágio atual de adoção de TICs nas empresas privadas

Acreditamos que apenas o governo poderia assumir o papel de “empresa” líder com força para impor padrões tecnológicos, práticas de transação e organização em rede, aumentando o poder de barganha dos provedores privados de serviços de TRS frente aos fornecedores, minimizando o impacto dos custos derivados da negociação

ofertantes de TRS, a relação interfirmas e a flexibilidade deste segmento para absorver inovações e avançar em novos arranjos. Promover políticas direcionadas a reduzir o impacto dos custos em um segmento que é tomador de preços para frente e para trás pode implicar em desenvolvimento da iniciativa privada, permitindo incrementos imediatos de produtividade, como também incentivar a entrada de novas firmas e, desta forma, reduzir a pressão para expansão da participação pública na oferta deste tipo de serviço.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Argumentamos que alguns dos principais problemas sociais e econômicos atualmente enfrentados pelos estados brasileiros decorrem da dificuldade de compreender a dinâmica das transformações derivadas do processo de adoção e difusão das novas tecnologias. Assim, grande parte da pesquisa econômica vem investindo no desenvolvendo de estudos teóricos e empíricos que tratam do tema, informando não só sobre os seus impactos no tecido organizacional das iniciativas privada e pública, mas também sobre os seus reflexos nas esferas econômica e social, gerando subsídios para tomada de decisão.

Utilizando a análise de Porter para o entendimento da estrutura do segmento privado de TRS, bem como das forças competitivas que atuam sobre essa estrutura, argumentamos que as práticas de negócios das firmas ficam, maiormente, limitadas à administração da estrutura de custos, visto que são tomadoras de preço. Considerando o poder de negociação dos compradores e fornecedores, sugerimos ser a liderança no custo total a estratégia genérica mais adequada às especificidades do segmento. Nesse sentido, o uso de TICs pode constituir-se em meio para a ampliação das margens de lucros a partir da minimização de custos. Adicionalmente, argumentamos, à luz da Teoria dos Custos de Transação, a possibilidade de se proceder a busca de uma estrutura contratual ótima, que permita não só uma forma de governança mais adequada às características do segmento, como também mais eficaz no que tange à apropriação privada de lucros frente aos fornecedores, a

partir da redução dos custos derivados da compra de equipamentos e insumos.

Por fim, e de forma geral, afirmamos que a adoção das novas tecnologias da informação e comunicação permite soluções organizacionais de baixo custo, mas que, em face de razões estruturais e institucionais, exigem políticas públicas para serem executadas. Sendo assim, caberia ao governo o papel de “empresa” líder, pois seria o único com condições, dado o tamanho das firmas de TRS, para impor não só padrões tecnológicos, mas também rotinas e governança em redes, amenizando a estrutura de custos e aumentando o poder de barganha do segmento junto aos fornecedores. No entanto, este processo passa pelo entendimento da dinâmica da adoção e difusão de TICs, das relações interfirmas, e, sobretudo, da flexibilidade das empresas para avançar em novos arranjos. Nesse sentido, trabalhos que visem a analisar o impacto da promoção de políticas dirigidas à minimização dos custos na oferta destes serviços, a partir das TICs, podem informar os gestores da Saúde no processo de tomada de decisão. Assim, políticas de saúde poderiam ser pensadas com o fim incrementar a participação da iniciativa privada, reduzindo, desta forma, a pressão para expansão da participação pública na oferta de serviços de TRS.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, E. M.; CASSIOLATO, J. E. As especificidades do sistema de inovação do Setor Saúde: uma resenha da literatura como introdução a uma discussão sobre o caso brasileiro. *Estudos FESBE*, Belo Horizonte, 2000.
- AVALIAÇÃO econômica do tratamento de terapia renal substitutiva no Estado da Bahia. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva; UFBA, 2005. (Relatório de pesquisa).
- CARNEIRO, Jorge; CAVALCANTI, Mari; SILVA, Jorge. Porter revisitado: análise crítica da tipologia estratégica do mestre. *RAC*, v. 1, n. 3, p. 7-30, set./dez. 1997.
- COASE, R. The nature of the firm. In: WILLIAMSON, O.; WINTER, S. (Ed.). *The nature of the firm – Origins, Evolution and Development*,. New York: Oxford University Press, 1991. v. 4. Originalmente publicado em 1937 ...
- BUENO, N. P. Lógica da ação coletiva, instituições e crescimento econômico: uma resenha temática sobre a nova economia institucional. *Economia*, Brasília (DF), v. 5, n. 2, p. 343-402, jul./dez. 2004.

- FONTENELE, A.M. *Progresso e método na história das teorias da organização industrial*. Tese (Doutorado) – Faculdade de Economia e Administração - USP, São Paulo, 1995.
- LASTRES, H. M. M. Indicadores da era do conhecimento: pautando novas políticas na América Latina. TALLER DE INDICADORES DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA IBEROAMERICANO E INTERAMERICANO: Medir el Conocimiento para la Transformación Social, 6, 2004. Buenos Aires, 15 a 17 set. 2004.
- LEITE, João; PORSSE, Melody. Competição baseada em competências e aprendizagem organizacional: em busca da vantagem competitiva. *RAC*, p.121-141, 2003. Edição especial.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 82, de 3 de Janeiro de 2000. Estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos serviços de diálise e as normas para cadastramento destes junto ao Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 3 jan. 2000.
- PORTER, Michael. *A vantagem competitiva das nações*. Rio de Janeiro: Editora Campos, 2001.
- _____. *Estratégias competitivas*. Rio de Janeiro: Editora Campos, 1986.
- TIGRE, Paulo Bastos. *E-commerce: o modelo competitivo na internet*. São Paulo: Plano Editorial, 2000.
- _____. Agenda de pesquisas e indicadores para estudos de difusão de tecnologias da informação e comunicação. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/>>. Acesso em: 13 mar. 2005. (Texto para discussão, 920).
- _____. DEDRICK, Jason. Mitos e realidades sobre a difusão do comércio eletrônico nas empresas brasileiras. *Revista Brasileira de Inovação*, v. 2, n. 2, jul./dez., 2003.
- TOMMASO, Marco R.; DUBBINI, Sabrina. *Towards a theory of the small firm: theoretical aspects and some policy implications*. NU. CEPAL, 2000. División de Desarrollo Productivo y Empresarial. Disponível em: < <http://www.eclac.cl/cgi-bin/wxis.exe/>>. Acesso em: 17 mar. 2005.
- VASCONCELOS, Flávio; CYRINO, Álvaro. Vantagem competitiva: os modelos teóricos atuais e a convergência entre estratégia e teoria organizacional. São Paulo. *RAE*, v. 40, n. 4. out./dez. 2000.
- VERCELLI, Alessandro. *Methodological foundations of macroeconomics: Keynes and Lucas*. New York, Cambridge University Press, 1991.
- WILLIAMSON, O. E. *Lãs instituciones economicas del capitalismo*. México: Fondo de Cultura Económica, 1985.

Pequenas empresas de saúde em Salvador

Antonio Luiz de Carvalho Fernandes*

Resumo

Este artigo se apóia na pesquisa intitulada: *Pequenas Empresas de Saúde em Salvador - Impactos no Desenvolvimento Econômico Local*, realizada entre janeiro e outubro de 2003. O trabalho teve como foco de análise o modelo que se implantou no Brasil, em 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em paralelo ao desenvolvimento da assistência médica suplementar. Assim, apresentam-se aqui os resultados em termos dos principais fatores que determinaram o crescimento e as características atuais desses sistemas dentro da dinâmica das políticas sociais e econômicas de caráter neoliberal que, ao reduzirem a participação do Estado na economia, aceleraram o processo de construção de um mercado privado de serviços de saúde. Analisa-se neste contexto, portanto, o processo de crescimento das clínicas, laboratórios e cooperativas de saúde em Salvador.

Palavras-chave: economia da saúde, serviços de saúde, demanda e oferta, Salvador, serviços de saúde, ocupação.

Abstract

This paper is based on the research entitled "Small Health Service Business in Salvador – Impacts on the Local Economic Development", which took place from January to October, 2003. As focus of analysis, the research considered the model implanted in Brazil in 1988 with the conception of the Brazilian Public Health System "Sistema Único de Saúde" – SUS, along with development of the supplementary health assistance. Therefore, we present the results, as regards to the main factors that determined both the growth as the latest features of these systems within the dynamic of social and economic neoliberal policies that, while reducing the State's involvement in economy, speeds up the building process of a health service private market. Thus, within this context, we analyze the expansion process of private clinics, laboratories and health cooperative societies in Salvador.

Key-words: health economy, health services, supply and demand, Salvador, health services, occupation.

INTRODUÇÃO

A dinâmica que vem assumindo o capitalismo mundial a partir dos anos 80, a implementação de políticas de cunho neoliberal em países centrais e sua disseminação nos países periféricos, tendo como pressuposto básico a redução da intervenção do Estado nas políticas sociais têm trazido, entre outras conseqüências, a diminuição dos gastos públicos com Saúde e Educação. Estes setores que historicamente eram fortemente financiados pelo setor público foram perdendo gradativamente

recursos orçamentários e, de forma acelerada, inserindo-se num contexto privatizante.

A implementação de diversos modelos de assistência à saúde pública no Brasil, entre os anos 50 e 80, foram paulatinamente sendo substituídos pelo modelo de assistência sustentado na combinação público – privado, a partir das "recomendações" das agências internacionais. Segundo o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), caberia ao Estado o provimento de serviços médicos essenciais voltados para a população de baixa renda. Sob essa ótica, o relatório do Banco Mundial, em 1983, propunha uma política de fortalecimento do mercado de serviços de saúde visando à expansão de novas fronteiras de acumu-

* Economista, mestre em Análise Regional pela Universidade Salvador – UNIFACS, professor da UNIME, membro do Programa de Economia da Saúde – ISC/UFBA. alcfernandes@gmail.com.

lação de capital vinculadas ao financiamento e prestação de serviços de saúde (REIS, 1995, p.19).

A própria criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, concebido dentro de um modelo de assistência universal a ser financiado pela União, Estados e Municípios, paradoxalmente, nasceu em um momento em que o país se ressentia dos efeitos provocados pela crise da economia mundial no final da década de 70 e início dos anos 80. Assim, os avanços sociais conquistados na Constituição Federal de 1988, em especial o direito à assistência à saúde como um dever do Estado, chocavam-se frontalmente com as políticas em implementação no Brasil, sob a égide do neoliberalismo econômico.

Como desdobramento natural de todo um processo de construção de um mercado privado de serviços de saúde, conduzido pela assistência médica suplementar e estimulado pelo Estado, surgem no Brasil, as empresas médicas, constituídas por hospitais e clínicas particulares, que viriam dar o suporte necessário à sustentação desse modelo, lastreado fortemente na parceria com o Estado na condição de contratados por este como prestadores de serviços.

Esse processo de fortalecimento das empresas médicas e estímulos ao seu crescimento teria se iniciado durante o regime militar. Segundo Almeida, 1988, o desenvolvimento do setor privado de saúde no Brasil está intrinsecamente ligado à opção modernizante implementada pelo regime autoritário, que, ao unificar os institutos de previdência elevando a população previdenciária, desintegrou o processo associativo que lhe dava voz. Com isto, o Estado estaria reduzindo seus gastos com saúde, a partir de uma nova forma de articulação entre o setor público e o privado, incentivando assim o empresariamento dos próprios médicos.¹

¹ Estimulados pela demanda do setor produtivo – em expansão e que se apresentava com uma clientela potencial crescente e diversificada – e legitimados pelo Estado, os grupos médicos ou se reestruturaram ou se criaram segundo uma perspectiva empresarial mais sólida, incluindo-se aqui tanto a medicina de grupo quanto as cooperativas médicas (ALMEIDA, 1998, p. 13).

Em paralelo à consolidação do mercado de serviços de saúde, o próprio crescimento populacional registrado no Brasil nas últimas décadas, associado ao ritmo de envelhecimento da população, contribuiu sobremaneira neste processo.

Adicionalmente, o advento da tecnologia da informação, correlacionado com a reestruturação produtiva do sistema capitalista, produziu impacto em nível setorial, local, regional e mundial, principalmente no que se refere às relações de emprego. Neste sentido, o conhecimento intensivo embutido em novos equipamentos médicos tanto estimulou o desenvolvimento do setor privado de serviços de saúde quanto proporcionou a criação de novos postos de trabalho.

A pesquisa realizada sobre as “Pequenas Empresas de Saúde em Salvador: Impactos no Desenvolvimento Econômico Local”, pelos resultados obtidos, indica as principais causas do crescimento desse segmento na cidade do Salvador, entre 1989 e 2002, aponta as justificativas para a constituição dessas firmas ao tratar do nível de empresariamento dos profissionais da área, enfoca os aspectos locacionais e as principais áreas de aglomeração das clínicas e laboratórios nas Regiões Administrativas de Salvador, relacionando-as com as variáveis sócioeconômicas e espaciais. Aborda, ainda, a questão da ocupação como fator de impulso no desenvolvimento local, através das diversas formas de absorção de mão-de-obra pelo setor privado de saúde em Salvador.

ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLEMENTAR – ÂNCORA DO SETOR PRIVADO DE SAÚDE

Ao reduzir gradativamente o atendimento direto dos serviços de assistência médica, o Estado entra em contradição com o que propunha na implantação do SUS, cujo modelo está baseado na universalização do atendimento. Mesmo com a adoção do sistema de contratação dos serviços privados para atendimento público, o Estado não conseguiu cobrir a demanda crescente pela assistência à saúde.

de pública e gratuita, deixando fora do atendimento um contingente expressivo da população.

A expansão registrada nos serviços privados de saúde seria então capitaneada por um segmento representado pelos planos e seguros de saúde e empresas de autogestão. Dentre as causas que teriam contribuído para esse crescimento, além daquela relacionada com a queda na qualidade dos atendimentos dos serviços públicos, outras são destacadas como fundamentais para a consolidação do sistema.

Almeida (1998) identifica a questão da privatização de algumas funções públicas, entre as quais a assistência médico-hospitalar, que teria contribuído para o crescimento do setor privado, cuja característica principal é a sua natureza mercantil – contratual. A exigência básica, portanto, é o pagamento pela utilização dos serviços, ou seja, a sua compra direta pelos usuários ou através das diferentes modalidades de acesso ao sistema suplementar – contratos entre indivíduos, famílias, empresas, dentre outros.

O setor privado foi se fortalecendo, tanto pelo seu potencial financeiro, com investimentos em capacidade instalada com novas tecnologias, quanto pela sua oferta de serviços com qualidade para uma outra parcela da população, isto é, os estratos de renda média e alta. O fator renda passaria a ser uma variável determinante, também, para o consumo dos serviços de assistência médica.

Ao privilegiar e estimular o crescimento do setor privado, o Estado foi excluindo parcela significativa dos consumidores dos serviços de saúde, representada pela população de baixo poder aquisitivo e que não tinha condições de contratar uma assistência médica suplementar através dos planos e seguros de saúde (MELAMED, 2000).

Sobre a criação do SUS, Melamed (2000) avalia o contexto em que nasceu este sistema em 1988, identificando a falta de recursos públicos para a sua sustentação, principalmente por parte dos estados e municípios. A distorção entre a implementação do SUS e falta de recursos para manter o sistema acabou por criar privilégios e benefícios para o setor privado, na medida em que o Estado permitiu o repasse de recursos subsidiados via Fundo de Assistência à Saúde (FAS)

para a construção e reequipamento de unidades assistenciais. Este crescimento do setor privado viria a se consolidar principalmente através do atendimento ambulatorial.

Constata-se, assim, que tanto as proposições da Organização Pan-Americana da Saúde/ Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe OPS/ CEPAL, quanto as do Banco Mundial na formulação das políticas de saúde para os países periféricos teriam direcionado a questão da assistência médica por parte do Estado para o provimento de serviços clínicos essenciais. “Por um lado, o Estado desestimularia a propensão dos serviços de saúde a consumir, e por outro, não permitiria a utilização dos procedimentos de atenção médica desnecessários” (REIS, 1995, p. 21).

Dentro desta ótica, o Brasil, ao incorporar as recomendações das agências internacionais, teria estimulado o crescimento do setor privado através da concessão de subsídios, isenções fiscais ou mesmo financiamentos diretos com recursos públicos. Esses financiamentos, concedidos através da Caixa Econômica Federal, teriam beneficiado diretamente empresas nacionais e internacionais, que estariam se implantando no País já a partir da segunda metade da década de 70.

Assim, o Estado foi promovendo de forma acelerada, na década de 80, o ingresso no mercado do setor privado de serviços de saúde, tendo como âncora desse modelo os planos e seguros de saúde e as empresas de autogestão. Para corroborar com a formação do mercado de saúde privado, a crise econômica vivida pelo País, marcada por índices elevados de inflação no mesmo período, teria contribuído para a deterioração dos preços praticados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) na remuneração dos serviços prestados pelo setor privado. Isto teria marcado o início das dificuldades crescentes no relacionamento entre os prestadores de serviços – hospitais e clínicas com finalidade lucrativa – e o setor público, enquanto contratante desses serviços, o que acabou por reforçar o atendimento através dos planos e seguros de saúde supletiva.

Outra parte da demanda potencial pelos serviços de saúde privados seria constituída pelas grandes e médias empresas do setor industrial e de

serviços e pelas próprias estatais que, buscando um atendimento de qualidade para os seus empregados, passaram a firmar convênios com os planos e seguros de saúde, ou mesmo a constituir sistemas de autogestão da assistência médica suplementar, afastando-se, assim, cada vez mais do atendimento do SUS.

Dentro deste quadro de consolidação da assistência médica suplementar, o Estado vinha estimulando essa atividade com a prática da renúncia fiscal através da dedução do imposto de renda de pessoas jurídicas e físicas.² Com a implantação desse sistema, as empresas passaram a contabilizar como despesas dedutíveis dos seus resultados operacionais aquelas incorridas anualmente com o patrocínio total ou parcial dos gastos com seguros e planos de saúde suplementar para os seus empregados. Isto implica redução do lucro tributável e, conseqüentemente, um menor imposto de renda a recolher.

Por outro lado, as pessoas físicas, principalmente os estratos de renda média e alta, que contrataram planos e seguros de saúde individualmente, passaram a gozar do incentivo governamental ao deduzirem das suas declarações anuais de rendimentos os gastos realizados com planos e seguros de saúde, além daquelas despesas médicas e odontológicas realizadas diretamente pelos contribuintes

Com isto, o Estado abriu mão da arrecadação de parcela considerável do imposto de renda das pessoas jurídicas e físicas, estimulando o consumo dos serviços de assistência suplementar de saúde fomentando, assim, o crescimento de seguradoras e planos de saúde privados. Esta evolução do chamado setor privado autônomo no Brasil está retratada em Reis (1995), ao identificar o período entre 1967 a 1977 como o de surgimento das empresas de medicina em grupo, estimuladas pelos convênios com o Instituto Nacional de Previdência Social

² Segundo Vianna (1994, p. 26-27 apud REIS, 1996, p. 78) “[...] a possibilidade de deduzir despesas com saúde do imposto de renda. Este dispositivo pouco lembrado se implantou com as sucessivas reformas fiscais realizadas (o Código Fiscal Nacional de 1966, a Constituição de 1967, o Decreto-lei 200, os 11 decretos promulgados no rastro do AI-5) [...]”

(INPS), evoluindo até 1988, ano de promulgação da Constituição Federal.

A EVOLUÇÃO DAS EMPRESAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM SALVADOR (1989-2002)

A oferta de serviços privados de saúde em Salvador envolve basicamente os hospitais com finalidades lucrativas, os filantrópicos, as clínicas médicas em geral, os laboratórios de análises e os consultórios particulares constituídos por profissionais enquanto pessoas físicas

A nova dinâmica da economia dos serviços traduz-se pela maior participação do setor na formação do Produto Interno Bruto (PIB) do Brasil, em nível regional e local, destacando-se, neste caso, o segmento de serviços privados de saúde. Na Bahia, os recursos gerados pela economia da saúde teriam uma participação da ordem de 3,73% do PIB do

Estado (GAZETA MERCANTIL, 2000).

A oferta de serviços privados de saúde em Salvador envolve basicamente os hospitais com finalidades lucrativas, os filantrópicos, as clínicas médicas em geral, os laboratórios de análises e os consultórios particulares constituídos por profissionais enquanto pessoas físicas.

Para fins deste estudo, a população de empresas de serviços de saúde foi estratificada em três categorias – Clínicas Médicas, Laboratórios de Análises Clínicas e Clínicas de Fisioterapia, além das Cooperativas de Trabalho. Apresenta-se o número de empresas existentes até dezembro de 1989, e em dezembro de 2002, destacando-se o crescimento das categorias individualmente e no total da população, Tabela 1.

Ao analisar o crescimento do número de firmas estabelecidas como Clínicas e Laboratórios em Salvador, entre 1989 e 2002, constata-se que, tanto os estímulos gerados pelo sistema de assistência de saúde suplementar, quanto outros fatores de ordem financeira, mercadológicas e espaciais teriam contribuído de forma decisiva para a consolidação do setor privado em Salvador.

A própria limitação de recursos para sustentação do SUS e a falta de um plano de carreira, que seja estimulador do exercício das profissões dentro do setor público, reflete-se diretamente nos níveis de remuneração dos profissionais médicos e ou-

Tabela 1**Salvador: Empresas de Serviços de Saúde, segundo Categorias Evolução - 1989/2002**

| Categorias | Até Dezembro de 1989 | | Em Dezembro de 2002 | | Evolução (%) 1989/2002 |
|----------------------------|----------------------|------------------|---------------------|------------------|---------------------------|
| | Nº de Empresas | Participação (%) | Nº de Empresas | Participação (%) | |
| 1 Clínicas Médicas | 228 | 82,61 | 1.693 | 86,33 | 642,54 |
| 2 Laboratórios de Análises | 29 | 10,51 | 140 | 7,14 | 382,76 |
| 3 Clínicas de Fisioterapia | 19 | 6,88 | 128 | 6,53 | 573,68 |
| Total | 276 | 100,00 | 1.961 | 100,00 | 610,51 |

Fonte: CREMEB, CRF, CREFITO (2002).

tros. Além disto, se por um lado, os valores remunerados pelo SUS para os procedimentos médicos foram se deteriorando, os preços praticados pelos planos e seguros de saúde e empresas de auto-gestão foram estimuladores e atrativos para o processo de implantação de novas empresas.

No que se refere à contribuição, um aspecto a ser considerado é a grande concentração de profissionais médicos na cidade de Salvador. Além de refletir uma má distribuição espacial desses profissionais entre a capital e o interior do estado da Bahia, esta concentração estaria compelindo à formação de novas sociedades.

A busca por uma alternativa que implique menor carga tributária aparece como uma das principais justificativas para a constituição de empresas de saúde. A tributação dessas empresas varia em função da natureza jurídica e representa uma redução de impostos para os profissionais sócios, enquanto pessoas físicas. De acordo com a natureza jurídica, identificou-se que 49% das empresas são constituídas como Sociedade Civil, 36% por Cotas de Responsabilidade Ltda e 15% como Firma Individual (CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA; CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA; CONSELHO REGIONAL FÁRMACIA, 2002).

Foram determinantes também as vantagens competitivas e a flexibilidade nas negociações, isto é, relacionadas aos aspectos mercadológicos, tais como as

parcerias ou alianças estratégicas. Isto já vem ocorrendo entre os grandes laboratórios de análises clínicas, que começaram a atuar com equipes conjuntas, preservando suas identidades jurídicas, com o objetivo de reduzir custos operacionais e compensar a falta de re-

justes dos preços praticados por planos e seguros de saúde desde 1994.

Tanto a oferta de serviços profissionais, quanto a sua demanda influenciaram favoravelmente à abertura de novas firmas e isto pode ser constatado pelo elevado número de profissionais sócios de firmas, Tabela 2.

Tabela 2 - Salvador: Número de Sócios nas Clínicas e Laboratórios, segundo Categorias Profissionais – 2002

| Categorias Profissionais | Número de Profissionais Registrados (a) | Número de Empresas (b) | Número de Sócios nas Empresas (c) | Sócios sobre Profissionais de Salvador (c) / (a) |
|--------------------------|---|------------------------|-----------------------------------|--|
| 1. Médicos | 7.820 (*) | 1.757 | 2.870 (*) | 36,70 |
| 2. Farmacêuticos | 1.391 | 76 | 453 | 32,57 |
| 3. Fisioterapeutas | 1.508 | 128 | 210 (**) | 13,93 |
| Total | 10.719 | 1.961 | 3.533 | 32,96 |

Fonte: CREMEB, CRF, CREFITO (2002).

Notas:

(*) Profissionais sócios de Clínicas e Laboratórios registrados no CREMEB.

(**) O número de sócios de Clínicas de Fisioterapia foi estimado com base em cadastro do CREFITO, a partir da identificação deste dado em quarenta empresas, com média de três sócios em cada uma. Utilizou-se esta base para projetar-se o total de sócios da população de 128 empresas

A categoria profissional dos médicos é a que mais tem se utilizado das vantagens fiscais ou é a que mais tem sido compelida a aceitar os termos estabelecidos para contratações pelos grandes e médios hospitais privados. Já na categoria profissional dos farmacêuticos, 32,6% dos registrados no respectivo Conselho são sócios de empresas. Observa-se, entretanto, um menor nível de empenhamento na categoria dos Fisioterapeutas, registrando-se que a maioria desses profissionais ainda é assalariada e outra parcela atua através de cooperativas ou na condição de autônomos (apenas 13,9% são sócios de empresas).

A dinâmica competitiva do mercado de serviços de saúde fez com que sua estrutura se tornasse

mais complexa, acompanhando o crescimento das especialidades médicas. De acordo com o Conselho Federal de Medicina (CFM), em 2003 existiam 56 especialidades médicas reconhecidas e regulamentadas através da Resolução 1666/2003.

Até 1989, das 228 empresas registradas no Conselho Regional de Medicina da Bahia (CREMEB), 181 empresas (79,4%) estavam relacionadas à determinada especialidade, enquanto que as demais (47 empresas) não registravam suas especialidades. Em 2002, o total de empresas registradas crescera para 1.693, das quais 1.093 estavam relacionadas a uma determinada especialidade. Não só aumentou o número de empresas, mas também o de novas especialidades, acompanhando os avanços tecnológicos e a própria qualificação diversificada dos profissionais médicos.

Dentre as especialidades que mais cresceram dentro do universo pesquisado, entre 1989 e 2002 em número de clínicas, destacam-se: Endocrinologia (23); Cardiologia (58); Ginecologia e Obstetrícia (66); Bioimagem (96); Oftalmologia (117); Clínicas Cirúrgicas (61); Clínica Médica (64); Pediatria (49); Ortopedia e Traumatologia (41); Angiologia (28); Neurologia (25) e Otorrinolaringologia (24). Isto representa cerca de 73% das pequenas empresas entrantes no mercado.

Os laboratórios de análises clínicas são empresas que se encontram registradas em dois conselhos regionais, em função da formação dos seus responsáveis técnicos. Eles vêm sendo dirigidos historicamente mais por profissionais farmacêuticos e bioquímicos do que por profissionais médicos, o que vem resultando entre 1989 e 2002 em maior número de unidades registradas no Conselho Regional de Farmácia (CRF) (54,3%).

Este crescimento do número de laboratórios de análises em Salvador, segundo o Sindicato dos Laboratórios na Bahia (SINDLAB), é resultado de uma estratégia das empresas de maior porte para a ampliação do número de unidades, ao implantarem filiais em vários bairros com o objetivo de alcançar os pacientes mais distantes, através do sistema de coleta regionalizada e realização das análises na sede central.

Outro fator que contribuiu para o aumento do número de laboratórios de análises foi a entrada de

novos profissionais no mercado de trabalho nos últimos anos, a exemplo de médicos, farmacêuticos e bioquímicos. À medida que os empregos formais foram ficando cada vez mais escassos, a abertura de uma empresa com recursos familiares ou provindos de financiamentos de longo prazo constituiu-se em uma opção para a absorção dessa mão-de-obra recém-formada.

Já o crescimento das clínicas de fisioterapia demonstra como essa profissão vem evoluindo dentro do conjunto de atividades de serviços na área da saúde, integrando-se cada vez mais às clínicas e hospitais privados e públicos. Isto também foi influenciado pelo aumento, na década de 90, do número de hospitais privados, que passaram a ampliar os serviços de fisioterapia. Houve também uma maior inserção dos serviços prestados pelos fisioterapeutas em atividades esportivas em geral, assim como na área da Fisioterapia do Trabalho.

Há indícios de que o aumento do número de profissionais dessa categoria teria sido estimulado pelo crescimento da oferta de cursos em faculdades privadas em Salvador, entre 1995 e 2002. Essa oferta do número de cursos estaria acompanhando uma tendência nacional, cuja elevação no período foi da ordem de 45,0% (CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, 2003).

Cooperativas de trabalho em serviços de saúde – nova sistemática de contratação de mão-de-obra especializada

No ramo da saúde, as cooperativas de trabalho dedicam-se à preservação e recuperação da saúde humana. É um dos segmentos que mais rapidamente cresceu nos últimos anos, incluindo profissionais médicos, dentistas, psicólogos e outros de atividades afins. As cooperativas de médicos já estão organizadas em federações estaduais e em uma confederação nacional (SERVIÇO..., 2001).

De acordo com a Organização das Cooperativas do Estado da Bahia (OCEB), em 2002, havia 30 unidades nas diversas especialidades médicas, tanto de profissionais da assistência à saúde, como da área de gestão hospitalar.

No âmbito dos serviços de saúde, o número de cooperativas, em Salvador, até 1989 era de apenas

duas unidades, registrando um crescimento lento até 1995. O impulso para o crescimento dessa atividade ocorreu de forma mais acentuada a partir de 1996, após o Plano Real, quando as empresas privadas passaram a fazer seus ajustes ou “reestruturação produtiva” promovendo a terceirização de serviços das atividades meio, e em seguida, evoluindo para as atividades fins.

Esse processo está diretamente relacionado com a flexibilização das relações de trabalho e com a queda do emprego formal, o que vem se inserindo nas economias desenvolvidas e em desenvolvimento e de forma muito acentuada no setor de serviços.

Dentro deste contexto, insere-se uma questão central, que é a redução de custos com encargos sociais e trabalhistas por parte das empresas contratantes das cooperativas de trabalho. A diminuição dos custos fixos com pessoal contratado com carteira assinada proporciona economias de escala para as empresas de serviços de saúde, na medida em que estas obtêm aumento dos níveis de produção dos serviços com a diminuição dos custos fixos unitários. Isso ocorre, em geral, nos médios e grandes hospitais públicos e privados mais intensivos em mão-de-obra.

Pelo lado dos profissionais cooperativados, os impostos incidentes sobre a remuneração dos serviços também são inferiores àqueles descontados em folha de pagamento dentro do regime de contratação formal através da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Essas “vantagens” para os trabalhadores, ao perceberem rendas líquidas superiores àquelas pagas no regime de contratação formal, implicam a precarização das relações de trabalho, na medida em que direitos trabalhistas (Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), férias, décimo terceiro salários, licença maternidade, Programas de Integração Social (PIS) e de Formação do Patrimônio do Servidor Público (Pasep)) são trocados por ganhos conjunturalmente maiores.

Existem 2.134 pessoas filiadas às cooperativas de serviços de saúde em Salvador. Estas empregam 49 funcionários, os quais atuam nas áreas de administração e finanças. As estruturas administrativas das cooperativas, em geral, são enxutas em virtude da direção e da gestão operacional se-

rem exercidas pelos próprios filiados. Adota-se, neste modelo, o sistema de rodízio de dirigentes por prazo determinado, o que reduz substancialmente o número de contratações de funcionários através de carteira assinada.

Determinantes demográficos e espaciais para a localização das empresas de serviços de saúde em Salvador

Nesta seção faz-se uma breve digressão sobre o processo de desenvolvimento urbano de Salvador nas últimas décadas e procura-se relacioná-lo com a localização das empresas de serviços de saúde tomando-se como referência as principais áreas de maior concentração dessas unidades. Tenta-se desta maneira identificar uma possível correlação entre os aspectos espaciais, população residente, renda e o adensamento de clínicas e laboratórios de análises em determinadas Regiões Administrativas da cidade.

As novas avenidas implantadas no final da década de 60, como Vale do Canela, Anita Garibaldi, Antonio Carlos Magalhães e Tancredo Neves passaram a absorver investimentos significativos em Centros Médicos e Empresariais, os quais abrigam centenas de atividades privadas de serviços de saúde. Somente na Avenida Anita Garibaldi, a primeira a ter uma ocupação especializada na área de saúde, estão instalados dois hospitais de médio porte, cinco centros médicos em pleno funcionamento, além de algumas clínicas e laboratórios em unidades isoladas.

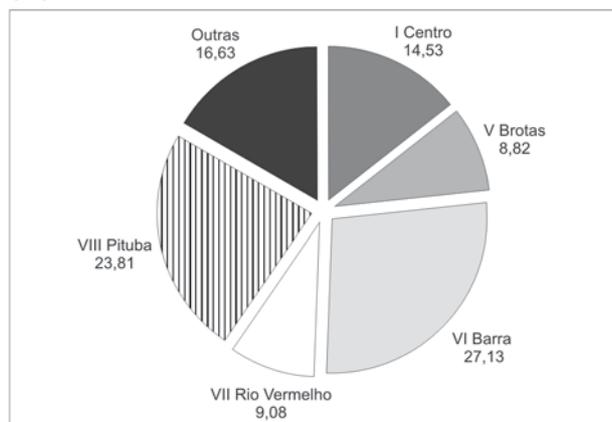
As demais avenidas, a partir da construção de novos centros médicos e empresarias passaram a ser ocupadas, ao longo da década de 90, por clínicas e laboratórios de análises, além de outras atividades de serviços e comércio ligados ao segmento de saúde. Instalados geralmente na parte térrea desses edifícios, nota-se a presença de postos avançados de planos de saúde farmácias, óticas, lojas de produtos odontológicos e ortopédicos, etc.

Na escolha pela localização das empresas de saúde, predominam os aspectos relativos à disponibilidade de boa infra-estrutura e de facilidades de acesso. Outro fator determinante na decisão locacional é o nível de renda da população da área onde se instalaram. Isto está relacionado com a ca-

pacidade de atendimento a um público associado ou capaz de associar-se a planos e seguros de saúde.

Das 1.961 empresas da população estudada, 1.635 (ou seja, 83,4% do total), estão localizadas nas Regiões Administrativas (RAs) habitadas por classes de renda média e alta³ as quais, representam 24,1% da população de Salvador. As outras 326 empresas (isto é, 16,6% do total), estão distribuídas em outras dez RAs⁴ onde residem 75,9% da população da capital, com predominância de baixa renda (Figura 1).

Figura 1
Salvador: Localização das Clínicas e Laboratórios, segundo as Regiões Administrativas - em (%) - 2002



Fonte: CREMEB, CRF, CREFITO (2002).

Merece destaque a Região Administrativa da Pituba, com 467 unidades ou 23,8 % do total de empresas. Essa RA é composta pelos bairros da Pituba, Parque Júlio César, Parque da Cidade, Iguatemi, Caminho das Árvores e Itaigara, sendo que neste último estão instalados os mais modernos centros médicos e empresariais da cidade para onde migraram nos últimos dez anos muitas clínicas e laboratórios. Este processo de realocização das pequenas empresas estaria associado a fatores como: a) maior "status" para os profissionais e sócios das empresas; b) acessibilidade e proximidade de outras empresas de serviços de saúde e

melhor infra-estrutura dos centros médicos e empresariais; c) proximidade do local de trabalho do profissional, já que essas áreas de maior concentração das empresas são também zonas residenciais de classe média e alta.

Como tentativa de estabelecer uma relação direta entre a localização das empresas de saúde e a renda da população das Regiões Administrativas onde estão instaladas essas unidades privadas, efetuou-se o cálculo da renda média ponderada por RA, tomando como base os valores disponibilizados pelo Censo Demográfico de 2000. O critério utilizado pelo IBGE (2002) leva em consideração o número de 651.278 chefes de família responsáveis por domicílios e residentes em Salvador.

Nas RAs do Centro, Brotas e Rio Vermelho, onde os valores de rendas médias dos chefes de famílias responsáveis por domicílios estão abaixo de R\$ 1.000,00, situam-se 32,4% das empresas. As demais unidades de saúde (16,7%) estão localizadas nas RAs em que a renda média dos chefes de famílias é de R\$ 500,00, ou seja, pouco acima de três salários mínimos, considerando-se como referência o valor vigente no ano de 2000.

Tomando-se como unidade de análise uma RA, verificam-se evidências de disparidades entre a população residente e a oferta de serviços privados de saúde. A RA de São Caetano, por exemplo, cuja população residente representa 8,2% do total de Salvador, possui apenas 1% das empresas instaladas no município. Da mesma forma, os Subúrbios Ferroviários que possuem 10,7% da população municipal abrigam apenas 0,9% das empresas de saúde. Ainda neste contexto, 1,32% das empresas instaladas em Salvador atendem a um contingente de 21,8% da população municipal residentes nas RA's de Tancredo Neves, Pau da Lima e Cajazeiras.

É possível que pequena parcela da população residente em áreas onde a oferta de serviços privados de saúde é baixa seja beneficiária de planos ou convênios cobertos parcialmente pelas empresas onde trabalham, ou mesmo tenham acesso a planos de saúde individuais de menor valor. Isto pode levar a um deslocamento desse contingente até as clínicas e laboratórios localizados em áreas de maior poder aquisitivo.

³ I Centro, V Brotas, VI Barra, VII Rio Vermelho e VIII Pituba

⁴ II Itapagipe, III São Caetano, IV Liberdade, IX Boca do Rio, X Itapuã, XI Cabula, XII Tancredo Neves, XIII Pau da Lima, XIX Cajazeiras, XV Valéria, XVI Subúrbio Ferroviário e XVII Ilhas.

Mas a grande maioria da população residente nas áreas de baixa renda constitui-se em uma forte demanda para o atendimento através do Sistema Único de Saúde (SUS)⁵ Na medida em que apenas uma pequena parcela das empresas privadas de serviços de saúde atende pelo SUS, a assistência a esse contingente populacional fica na dependência dos serviços ofertados pelo setor público municipal para a atenção básica, além dos hospitais estaduais e filantrópicos para a atenção de média e alta complexidade.

A ocupação nas pequenas empresas de serviços de saúde

A maior parte dos empregos nas economias mais avançadas localiza-se no setor de serviços. As transformações mais acentuadas na estrutura do emprego ocorreram no período entre 1970 e 1990, em decorrência do processo de reestruturação econômica e do desenvolvimento tecnológico, o que implicou em redução do emprego industrial em vários países. “[...] como tendência, na década de 90, a maior parte da população do G-7 está empregada no setor serviços.” (CASTELLS, 1999, p. 230).

Ainda segundo Castells (1999), o setor de serviços de saúde está entre as atividades que mais crescem em termos de ocupação, destacando-se os de assistência médica hospitalar, em especial, para idosos.

Em Salvador, segundo dados da Pesquisa de Emprego e Desemprego (PED), 2002 na distribuição da mão-de-obra residente, segundo atividades do setor serviços, o segmento de saúde que participava em 1987-1988 com 6,5% do pessoal ocupado, em 2002 já apresentava uma participação de 7,6%, ou seja, um crescimento de 20,6%, no conjunto das atividades. A PED revela que, no conjunto das ocupações os enfermeiros não diplomados,

⁵ A população residente em nove Regiões Administrativas localizadas, principalmente, na periferia da cidade, com renda média dos chefes de família inferior a 3,3 salários mínimos é de 1 409 731 habitantes, ou seja, 57,8% da população total.

médicos e técnicos representam 33,7% do contingente ocupado. O grupo de Outros Profissionais da Assistência à Saúde participa com 37,1% do total.

As pequenas empresas de serviços de saúde desempenham um papel importante na economia de Salvador na medida em que absorvem número significativo de profissionais da área de saúde de outras áreas. O número total de pessoas ocupadas nas pequenas empresas, conforme a amostra das três categorias estudadas, é de 1.121, das quais, 61% trabalham nos laboratórios de análises, 34% nas clínicas médicas e 5% nas clínicas de fisioterapia.

Em termos comparativos, as pequenas empresas ocupam o equivalente a 9,64% do total de pessoas ocupadas nos hospitais privados de Salvador, considerando-se, neste caso, todos os empregos diretos. Os médios e grandes hospitais, pelo nível de complexidade e número de leitos de internação, absorvem maior quantidade de mão-de-obra, especialmente na área de enfermagem. Porém, como o nível de investimentos por emprego gerado é muito superior ao das pequenas empresas, isso torna as clínicas e laboratórios capazes de gerar, proporcionalmente, mais empregos.

O número de empregos diretos nas três categorias de empresas estudadas revela que ainda existe uma predominância das relações de trabalho com vínculo empregatício. Comparando-se o pessoal ocupado nas clínicas e laboratórios com o pessoal ocupado nos hospitais privados de Salvador, constata-se que, nas pequenas empresas, os empregados com vínculo empregatício representam (67%) do total, enquanto que, nos médios e grandes hospitais, o pessoal com vínculo empregatício representa (76,5%) do total dos empregos diretos nesta categoria.

Quando o foco de análise é o emprego direto nos laboratórios de análises clínicas quase 88% do emprego são com vínculo empregatício. Nas Clínicas Médicas, o índice de emprego com vínculo é de 17,9% em relação ao total, o que indica maior flexibilidade nas relações de trabalho nestas empresas.

Nas RAs do Centro, Brotas e Rio Vermelho, onde os valores de rendas médias dos chefes de famílias responsáveis por domicílios estão abaixo de R\$ 1.000,00, situam-se 32,4% das empresas. As demais unidades de saúde (16,7%) estão localizadas nas RAs em que a renda média dos chefes de famílias é de R\$ 500,00

Do total de 747 pessoas com vínculos empregatícios encontrado nas pequenas empresas de saúde, nota-se que a maior parte é constituída por técnicos de laboratórios (39%), somados ao pessoal das áreas administrativas e de apoio empregados nas três categorias de empresas (46%). No conjunto, os profissionais da assistência à saúde representam 17% do total empregado, distribuídos da seguinte forma: Médicos (2%), Bioquímicos (5%), Farmacêuticos (1%) e Profissionais de Assistência à Saúde (9%).⁶

O processo de flexibilização das relações de trabalho, que vem determinando o crescimento do número de pessoas contratadas através de empresas prestadoras de serviços e cooperativas de trabalho, manifesta-se de forma crescente no mundo e no Brasil.

O setor de assistência médico-hospitalar no Brasil, reproduzindo uma tendência mais geral da economia contemporânea, vem utilizando de forma crescente o expediente da terceirização, ou seja, a intermediação de agentes terceiros organizacionalmente constituídos para o suprimento da força de trabalho e serviços. (GIRARDI; CARVALHO; GIRARDI JR., 2000 o ano nas referências ano é 2003, p. 9).

As pequenas empresas de saúde de Salvador contratam 12% do seu pessoal através de empresas ou cooperativas de serviços médicos. Trata-se de um percentual significativo, ainda mais quando se constata que os médios e grandes hospitais privados contratam, através dessas modalidades, 15,5% do seu pessoal ocupado.

No que concerne aos empresários, sócios das pequenas empresas, observou-se que o maior grupo é constituído por médicos, seguido por bioquímicos e fisioterapeutas. A participação de profissionais de outras áreas na condição de sócio das clínicas e laboratórios é pouco expressiva.

Das três categorias de empresas, os laboratórios de análises destacam-se pelo maior nível de ocupação de pessoas em função de uma das características dessa atividade, que é ser intensiva em mão-de-obra. Entre os profissionais ligados à

assistência à saúde, destacam-se os bioquímicos, dos quais 27,5% estão na condição de sócios das empresas, 46,5% são empregados, 15,9% são terceirizados e 10,1% autônomos.

Ainda nesta atividade, é significativo o número de técnicos de laboratórios contratados em todas as empresas, o que representa 34,4% do total. Essa atividade ocupa também número expressivo de pessoas nas áreas administrativas e de apoio, tais como: recepção, faturamento, controle financeiro, serviços gerais, segurança e higiene, o que representa 32,8% do total.

Na categoria das Clínicas Médicas, a ocupação do pessoal de nível superior em relação ao total é de 49,3%. Do total de médicos que atuam nessas clínicas, 24,7% são sócios, 60,2% são autônomos, 9,62% são terceirizados e, apenas 7,69% têm vínculo empregatício.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sistema de assistência à saúde que se implantou no Brasil a partir de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como pressuposto constitucional o caráter universal de atendimento à população, colocou para o Estado, em um momento crucial, o desafio de financiar um volume significativo de recursos para dar sustentação ao modelo.

A conjuntura nacional e internacional no início da década de 80, marcada pelas elevadas taxas de juros, níveis de endividamento interno e externo crescentes, inflação alta e redução do emprego e da renda, colocou o setor de saúde diante da necessidade de efetuar ajustes, os quais tiveram como foco principal a contenção dos custos. O Estado enfrentava uma crise fiscal de elevadas proporções e, a partir daí, foi reduzindo cada vez mais o nível de investimentos em saúde pública.

O modelo brasileiro de assistência à saúde, fundamentado na Constituição de 1988, acabou por se constituir em um misto de atendimento público - privado, conjugando o SUS com as empresas contratadas pelo Estado. Segundo Reis (1995), esse modelo resultou na fragilização do setor público de saúde, o qual se tornou prisioneiro do caráter privatista das políticas de saúde implementadas no Brasil no âmbito das estratégias competitivas de mercado.

⁶ São os profissionais que lidam diretamente com os pacientes nas diversas fases do atendimento (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, bioquímicos, técnicos de laboratórios, técnicos e auxiliares de enfermagem, técnicos de raio X e bioimagem).

Mais tarde, nas décadas de 1980 e 1990, o “negócio da saúde” passou a se desenvolver dentro de uma articulação mais ampla entre o Estado, o setor privado da indústria de equipamentos médicos e a indústria farmacêutica multinacional. Neste contexto, os planos e seguros de saúde, fortemente vinculados a instituições financeiras nacionais e internacionais, juntamente com as empresas de autogestão, desempenharam o papel de “âncoras” para o crescimento das empresas médicas de pequeno, médio e grande porte.

A expansão do setor privado de saúde insere-se no contexto do surgimento de novas atividades empresariais a partir do processo de modernização do país, com o direcionamento de investimentos em tecnologia em todo o setor de serviços. Com o progresso técnico, o “mercado de serviços de saúde” passa a funcionar dentro de uma nova dinâmica do capitalismo mundial, estruturando-se através de estratégias competitivas, com capital intensivo em tecnologia associado ao conhecimento e qualificação dos profissionais de saúde.

O crescimento observado no setor de serviços privados de saúde em Salvador está diretamente vinculado ao conjunto de fatores que contribuíram para a consolidação desse segmento, com a participação efetiva do Estado em nível nacional. O processo de empresariamento dos profissionais da saúde, através da constituição de pequenas empresas – clínicas e laboratórios de análises – insere-se numa questão muito mais ampla, que foi o próprio direcionamento das políticas sociais para uma vertente privatizante.

Além disto, contribuíram decisivamente para o desenvolvimento e consolidação das pequenas empresas de saúde em Salvador a elevada concentração de profissionais médicos na capital, a menor carga tributária, os aspectos espaciais vinculados à renda das classes médias e altas, além do estímulo dos grandes e médios hospitais públicos e privados na contratação de pessoal qualificado na condição de pessoas jurídicas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Célia. *O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar*. Brasília: IPEA, 1998.

ASSOCIAÇÃO DOS HOSPITAIS E SERVIÇOS DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA. *Informações preliminares sobre saúde na Bahia*. Salvador: ASHEB, 2001.

CASTELLS, Manuel. *A sociedade em rede: a era da informação: economia, sociedade e cultura*. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Serviços: especialidades reconhecidas*. Rio de Janeiro: CFM. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/especialidades/especialidades.asp?portal=>>. Acesso em: 22 jan. 2004.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. São Paulo, n. 19, jun. 2003.

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA. *Dados cadastrais: banco de dados de pessoas jurídicas*. Salvador: CREFITO 2002.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA. *Dados cadastrais: banco de dados de pessoas jurídicas*. Salvador: CREMEB, 2002.

CONSELHO REGIONAL FÁRMACIA. *Dados cadastrais: banco de dados de pessoas jurídicas*. Salvador: CRF, 2002.

GAZETA MERCANTIL. *Gazeta da Bahia*. São Paulo, 31 ago. 2000. Especial Saúde, p. 6.

GIRARDI, Sábado Nicolau; CARVALHO, Cristiana Leite; GIRARDI JR., João Batista. *Formas institucionais da terceirização de serviços em hospitais da Região Sudeste do Brasil: um estudo exploratório*. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v2n1/FITSHRSP.htm>>. Acesso em: 16 out. 2003.

IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 26 out. 2002.

IPEA. *Políticas sociais: acompanhamento e análise. Sistema Integrado de Dados Orçamentários – Sidor*. Brasília, 2002.

MELAMED, Clarice. *Estrutura tributária, gasto social e financiamento da saúde pública no Brasil - Anos 90*. 2000. 225 f. Tese (Doutorado em Economia) - Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

MOREIRA, Terezinha. *Políticas sociais e setor privado: avaliação e propostas para os anos 90*. Brasília: Fundap, 1991.

REIS, Carlos Octávio Ockê. *O setor privado em saúde no Brasil: os limites da autonomia*. 1995. 114 f. Tese (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1995.

SERVIÇO NACIONAL DE APRENDIZAGEM DO COOPERATIVISMO. *Orientação para constituição de cooperativas, conforme a nomenclatura do sistema*: OCB. 8. ed. rev. e amp. Brasília: SESCOOP, 2001.

SUPERINTENDÊNCIA DE ESTUDOS ECONÔMICOS E SOCIAIS DA BAHIA. Disponível em: <<http://www.sei.ba.gov.br>>. Acesso em: 28 jul. 2003.

Normas para publicação

ORIGINAIS APRESENTADOS

- Os textos serão submetidos à apreciação de membros do Conselho Editorial;
- Ao Conselho Editorial reserva-se o direito de aceitar, sugerir alterações ou recusar os trabalhos encaminhados à publicação;
- O autor será notificado da aceitação ou recusa do seu trabalho. Em caso de recusa o parecer será enviado ao autor. Os originais não serão devolvidos. Quando aceito e publicado, receberá 02 exemplares.
- Serão considerados definitivos e, caso sejam aprovados para publicação, as provas só será submetidas ao autor quando solicitadas previamente;
- Serão considerados como autorizados para publicação por sua simples remessa à Revista. Não serão pagos direitos autorais.

OS ARTIGOS DEVEM:

- Ser enviados em disquete ou CD-ROM acompanhados de cópia impressa, ou e-mail, nos casos de texto sem imagem;
- Incluir os créditos institucionais do autor, referência a atual atividade profissional, titulação, endereço para correspondência, telefone, e-mail;
- Ser apresentados em editor de texto de maior difusão (Word), formatado com entrelinhas de 1,5; margem esquerda de 3 cm, direita de 2 cm, superior de 2,5 cm e inferior de 2 cm, fonte Times New Roman, tamanho 12;
- Ter no mínimo 10 páginas e no máximo 20;
- Vir acompanhados de resumo, com no máximo 10 linhas (entrelinhas simples), abstract, 5 palavras-chave e key words;
- Apresentar uma padronização de títulos de forma a ficar claro o que é TÍTULO, SUB-TÍTULO, etc.;
- As tabelas e gráficos devem vir no programa no qual foi elaborado (excel, etc.), conter legendas e fontes completas, e as respectivas localizações assinaladas no texto;
- Indicar a localização exata para inserção de desenhos, fotos, ilustrações, mapas, etc., que, por sua vez, devem vir acompanhados dos originais, de sorte a garantir fidelidade e qualidade na reprodução;
- Destacar citações que ultrapassem 3 linhas, apresentado-as em outro parágrafo com recuo de 1cm, entrelinha simples e tamanho de fonte 10 (NBR 10.520 da ABNT);
- Evitar as notas de rodapé, sobretudo extensas, usando-as apenas quando realmente houver necessidade, para não interromper a seqüência lógica da leitura e não cansar o leitor. Devem aparecer na mesma página em que forem citadas;
- Conter referências bibliográficas completas e precisas, adotando-se os procedimentos a seguir.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- No transcorrer do texto, o trabalho de onde foi retirada a citação é identificado pelo nome do autor e a data, que aparecem entre parênteses ao final da citação. Ex: (SANTOS, 1999)
- No final do artigo deve aparecer a referência bibliográfica completa, por ordem alfabética, em conformidade com a norma NBR-6.023 da ABNT.

EXEMPLOS:

Para Livros:

- BORGES, J.; LEMOS, G. *Comércio Baiano: depoimentos para sua história*. Salvador, Associação Comercial da Bahia, 2002, 206 páginas.
 - Livro: Comércio Baiano: depoimentos para sua história (Título: Comércio Baiano; Subtítulo: depoimentos para sua história)
 - Autor: Jafé Borges e Gláucia Lemos
 - Editor: Associação Comercial da Bahia
 - Local de edição: Salvador
 - Ano da edição: 2002
 - Volume da edição: 206 páginas

Para Artigos:

- SOUZA, L. N. de. Essência X Aparência: o fenômeno da globalização. *Bahia: Análise & Dados*, Salvador, SEI, v.12, n.3, p.51-60,dez.2002.
 - Artigo: Essência X Aparência: o fenômeno da globalização
 - Autor: Laumar Neves de Souza
 - Publicação: Bahia: Análise & Dados
 - Editor: SEI
 - Local de edição: Salvador
 - Data de edição: dezembro de 2002
 - Volume da edição: 12
 - Número da edição: 3
 - Páginas referentes ao artigo: 51 a 60
 - A data escolhida para a referência pode ser a da edição utilizada ou, preferivelmente, a data da edição original, de forma a ficar clara a época em que o trabalho foi produzido. Neste caso é necessário colocar as duas datas: a da edição utilizada, para que a citação possa ser verificada e a da edição original;
 - O nome dos livros citados e o nome de revistas devem aparecer sempre em itálico.

