

Série Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico

FAZERES EM SAÚDE COLETIVA

Experiência e reflexões de jovens sanitaristas
sobre a Economia da Saúde

Janice Dornelles de Castro
Graça Godinho
organizadoras

editora



redeunida

Série Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico

Janice Dornelles de Castro
Graça Godinho
organizadoras

FAZERES EM SAÚDE COLETIVA
Experiência e reflexões de jovens sanitaristas
sobre a Economia da Saúde

1ª Edição
Porto Alegre, 2015
Rede UNIDA

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Alcindo Antônio Ferla

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston- Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil
Alcindo Antônio Ferla- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Ángel Martínez-Hernández-Universitat Rovira i Virgili, Espanha
Ángelo Steffani- Universidade de Bolonha, Itália
Ardigó Martino- Universidade de Bolonha, Itália
Berta Paz Lorido- Universitat de les Illes Balears, Espanha
Celia Beatriz Iriart - Universidade do Novo México, Estados Unidos da América
Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Emerson Elias Merhy- Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil
Izabella Barison Matos- Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil
João Henrique Lara do Amaral- Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil
Julio César Schweickardt - Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil
Laura Camargo Macruz Feuerwerker - Universidade de São Paulo, Brasil
Laura Serrant-Green- University of Wolverhampton, Inglaterra
Leonardo Federico -Universidade de Lanus, Argentina
Lisiane Böer Possa- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Liliana Santos - Universidade Federal da Bahia, Brasil
Mara Lisiane dos Santos- Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil
Márcia Regina Cardoso Torres-Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil
Marco Akerman- Universidade de São Paulo, Brasil
Maria Luiza Jaeger - Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil
Maria Rocineide Ferreira da Silva - Universidade Estadual do Ceará, Brasil
Ricardo Burg Ceccim- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Rossana Staevie Baduy - Universidade Estadual de Londrina, Brasil
Sueli Goi Barrios - Universidade Federal de Santa Maria, Brasil
Túlio Batista Franco - Universidade Federal Fluminense, Brasil
Vanderléia Laodete Pulga - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil
Vera Lucia Kodjaoglanian - Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil
Vera Rocha- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Comissão Executiva Editorial

Janaina Matheus Collar

João Beccon de Almeida Neto

Capa

Voo de Primavera de Kathleen Tereza da Cruz

Projeto gráfico e Diagramação

Luciane de Almeida Collar

Bibliotecária Responsável

Jacira Gil Bernardes

Revisão de Língua Portuguesa

Monica Ballejo Canto

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

C122 Cadernos de saúde coletiva: fazeres em saúde coletiva; experiência e reflexões de jovens sanitaristas sobre a economia da saúde [recurso eletrônico] /Janice Dornelles de Castro, Graça Godinho organizadoras. – 1.ed. – Porto Alegre : Rede UNIDA, 2015. p.: 202 il. – (Série de Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico)

ISBN: 978-85-66659-41-2

DOI: dx.doi.org/1018310/9788566659412

1.Economia da saúde. 2. Saúde coletiva. 3. Financiamento em saúde. 4. Saúde pública. I. Castro, Janice Dornelles de. II. Godinho, Graça. III. Série.

CDU: 61:33
NLM: W74

Grafia atualizada segundo o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, que entrou em vigor no Brasil em 2009. Copyright © 2015 by Janice Dornelles de Castro e Graça Fabiana Ramos dos Santos Godinho.

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes – CRB 10/463

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

Janice Dornelles de Castro.....7

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO BRASIL E A IRRACIONALIDADE DOS MERCADOS – ENSAIOS DE ECONOMIA COMPORTAMENTAL

Alexandre Rodrigues da Silva.....9

UM ESTUDO DO GASTO EM SAÚDE NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS

Graça Fabiana Godinho.....33

ASSISTÊNCIA SUPLEMENTAR DE SAÚDE NO BRASIL: UM ENSAIO REFERENTE À NOVA ECONOMIA INSTITUCIONAL

Claucir Roberto Schmidtke.....53

ANÁLISE DA POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA: O ACESSO MAIS EFICIENTE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Kalila Luize Balen Winkler e Maiara dos Santos Mascarello.....99

ANÁLISE SOBRE OS DETERMINANTES DA REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL NO BRASIL A PARTIR DE UM MODELO ECONOMÉTRICO

Nietzscha Jundi Dubieux de Queiroz Neves.....113

O FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA PÚBLICA ODONTOLÓGICA NO BRASIL E EM PAÍSES ESCANDINAVOS

Patrícia Távora Bulgarelli, Maria Elena Gageiro Soares e Alexandre Fávero Bulgarelli.....139

INCENTIVOS FISCAIS DO GOVERNO À SAÚDE PRIVADA NO BRASIL: O CASO DAS RENÚNCIAS FISCAIS

Roberta Sampert.....155

PUBLICIZAÇÃO NO ÂMBITO DA REFORMA DO ESTADO BRASILEIRO NOS ANOS 1990: O PSF – PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE/RS

Thais Ayd Estevam e Rosa Angela Chieza.....165

SOBRE OS AUTORES.....201

APRESENTAÇÃO

*Se as coisas são inatingíveis... ora!
Não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos, se não fora
A presença distante das estrelas!
Mario Quintana*

O campo de conhecimento da Economia da Saúde foi construído nas últimas décadas do século passado e surge juntamente com a intensificação da introdução de novas tecnologias na área da saúde. Esse fato teve como consequência o aumento da qualidade e da expectativa de vida da população, mas os custos com o provimento desses serviços cresceram de forma exponencial em todo o mundo. Trouxeram consigo a discussão sobre os recursos necessários para o financiamento dessas ações, sobre a eficiência, eficácia e equidade dos diferentes modelos de atenção de saúde, sobre o papel dos sistemas de saúde para o desenvolvimento e crescimento econômico, entre outros.

No Brasil, avançamos no sentido de assegurar a saúde como direito de cidadania, mas a dificuldade para assegurar o

financiamento desse direito é evidente. A busca de respostas para essas questões tem sido um desafio e tem gerado muitas investigações nas universidades e instituições de pesquisa. O desvendamento das teorias econômicas e as possíveis aplicações desses conceitos para a melhor compreensão do setor é vital se pretendemos construir um sistema de saúde mais justo e eficiente. É importante a articulação entre as instituições acadêmicas e os serviços de saúde.

O ensino da Economia da Saúde forma profissionais com competências específicas que permitem compreender a complexidade da área. A Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) incluiu essa disciplina nos currículos de alguns de seus cursos de graduação e pós-graduação. A Série de Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico - Fazeres em saúde coletiva: experiência e reflexões de jovens sanitaristas sobre a Economia da Saúde é o resultado de trabalhos de alunos do curso de Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico do Curso de Ciências Econômicas, da Pós-Graduação em Economia e do Curso de Especialização em Gestão Pública da Saúde promovido pela Faculdade de Odontologia.

Janice Dornelles de Castro
Agosto/2015

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO BRASIL E A IRRACIONALIDADE DOS MERCADOS – ENSAIOS DE ECONOMIA COMPORTAMENTAL

Alexandre Rodrigues da Silva¹

Introdução

Avanços ocorridos nas áreas da sociologia, psicologia, neurociências e mesmo na economia, a partir das últimas décadas do século XX, abriram espaço para um promissor ramo da economia: a Economia Comportamental. Sua crescente importância tem sido prestigiada pelos mais altos níveis de reconhecimento, como o prêmio Nobel concedido a Kahneman e Tverski em 2002.

A Economia Comportamental surge como contraponto e ao mesmo tempo complemento da escola econômica baseada nas escolhas racionais dos indivíduos. O “núcleo duro”

¹ Agradeço ao professor Hélio Aguilar (UFRGS) pela orientação e à professora Janice Dornelles (UFRGS) pelas sugestões. Saliento, contudo, que os erros e omissões por ora existentes no presente artigo são da minha inteira responsabilidade.

dessas pesquisas tem como pressuposto fundamental a noção de que as decisões irracionais e mesmo inconscientes desempenham papel relevante na explicação dos fenômenos sociais e econômicos. Assim, a melhor compreensão da maneira como as pessoas fazem suas escolhas, que vai além do *homo economicus*, abre margem também para intervenções mais efetivas para resolver questões que a teoria neoclássica não consegue equacionar.

Neste artigo, à luz da Economia Comportamental, toma-se como exemplo as intervenções em saúde pública visando evitar a ocorrência de gravidez na adolescência. A gravidez na adolescência tem adquirido um caráter epidêmico no mundo todo, principalmente, em áreas de maior vulnerabilidade social. De um ponto de vista que parte da ortodoxia econômica neoclássica, seria possível dizer que os adolescentes estão “maximizando sua utilidade” ao quererem divertir-se, relacionando-se sexualmente e assumindo todos os riscos decorrentes disso. Teoricamente, eles pesaram os riscos e benefícios e tomaram suas decisões. Contudo, tal modelo mostra-se com algumas falhas. A Economia Comportamental oferece outro ponto de partida para se compreender esses fatos e buscar soluções.

Ao partir do princípio de que a decisão de uma adolescente engravidar não obedece necessariamente a uma escolha racional, será investigado o quanto políticas que instiguem “pré-compromissos”, como o uso de anticoncepção injetável, podem ser mais efetivas em evitar a gestação. A hipótese é que, intervenções que levam em conta somente a racionalidade das decisões não são tão efetivas quanto às que consideram a irracionalidade como elemento relevante na tomada de decisão.

A incidência da gravidez na adolescência no Brasil mantém-se entre as maiores no mundo, e mesmo em

comparação com outros países emergentes, ou da América Latina. Se de um ponto de vista emocional implica um grande desafio, dado o fato de um casal adolescente teoricamente apresentar maiores dificuldades para criar filhos, visto que são personalidades ainda em formação, do ponto de vista econômico há consequências não desprezíveis, como abandono da escola, saída do mercado de trabalho e assistência pública na forma de medicamentos.

Gravidez na Adolescência

A incidência de gravidez na adolescência no Brasil é uma das maiores da América Latina. Segundo relatório anual *Situação da População Mundial*, do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA, 2010), da Organização das Nações Unidas (ONU), no Brasil, 12% das adolescentes de 15 a 19 anos tinham pelo menos um filho em 2010. Cerca de 19,3% das crianças nascidas vivas em 2010 eram filhas de adolescentes. A gravidez na adolescência está em declínio nos países em desenvolvimento; mesmo assim, todos os dias 20 mil meninas com menos de 18 anos dão à luz e 200 morrem em decorrência de complicações da gravidez ou parto. Ainda segundo o relatório do UNFPA, são sete milhões de adolescentes que continuam a dar a luz - 95% do total de gravidezes precoces do mundo anualmente.

A taxa de natalidade de adolescentes no Brasil pode ser considerada alta, dadas as características do contexto de desenvolvimento brasileiro, sendo observado um viés de renda, raça/cor e escolaridade significativo na prevalência desse tipo de gravidez (adolescentes pobres, negras ou indígenas e com menor escolaridade tendem a engravidar mais que outras adolescentes). A maioria das gravidezes de adolescentes e jovens não foram planejadas e são indesejadas; inúmeros casos decorrem de abusos e

violência sexual ou resultam de uniões conjugais precoces, geralmente com homens mais velhos. Ao engravidar, voluntária ou involuntariamente, essas adolescentes têm seus projetos de vida alterados, o que pode trazer transtornos tanto psicológicos quanto sociais e econômicos. (UNFPA, 2010)

Se do ponto de vista emocional, teoricamente, um casal adolescente apresenta maiores dificuldades para criar filhos, do ponto de vista econômico, as consequências também são significativas e podem ser enumeradas: 1) abandono de escola, provocando o aumento dos índices de evasão escolar; 2) prevalência de transtornos psiquiátricos chega a 28% (MISDUHIEO et al., 2006); 3) pressupõe risco maior para vários problemas, como doenças sexualmente transmissíveis, como AIDS e sífilis, bem como pré-eclâmpsia e eclâmpsia, na gestação e no parto, respectivamente, conforme Butler (1992); 4) o risco para a criança também se reflete na gestação, tanto com maior ocorrência de baixo peso para idade gestacional quanto incidência maior de parto prematuro (Rondo et al., 2003); 5) para cuidar do filho, a mãe adolescente, pelo menos nos primeiros anos, estará fora do mercado de trabalho; 6) se conseguir que a criança seja cuidada em uma creche, ou mesmo por alguém da família, mesmo assim, os empregos à disposição para a adolescente serão de baixa especialização e, portanto, de baixa remuneração; 7) a carga de despesa por parte dos avós aumentará, visto que os pais adolescentes dificilmente poderão ser autossuficientes; 8) a incidência de depressão pós-parto, decorrente dos mais diversos fatores, aumentando os custos com saúde, tanto público quanto privado; 9) desagregação familiar: a regra, neste caso, é a de que a adolescente continue morando com os pais, com seu filho, sem formar um núcleo familiar com o pai da criança; e 10) de acordo com Nery et al. (2011), nova gravidez em seguida.

Paradoxalmente, a despeito da recriminação existente em relação ao comportamento sexual adolescente, em comunidades socialmente vulneráveis a maternidade é vista como um rito de passagem para a vida adulta, conforme Santos (2012). A hipótese da gravidez na adolescência ser frequentemente indesejada ou não planejada sugere que uma das causas possa ser a inadequação ou insuficiência dos programas de planejamento familiares, como demonstrado nos estudos de Gupta e Leite (1999) e Heilborn, Brandão e Cabral (2007). De acordo com Santos (2012), estudo realizado em favelas brasileiras mostrou que nenhuma das adolescentes grávidas envolvidas na pesquisa sentia-se capaz de falar sobre sexo com seus pais e que 90% delas jamais haviam consultado médico ginecologista antes de engravidarem.

Economia Comportamental *Versus* Escolha Racional

A capacidade de tomar decisões e de alocar recursos é estudada dentro das Ciências Econômicas desde os trabalhos iniciais de Adam Smith. O autor procurou mostrar que indivíduos racionais, agindo no livre-mercado, por meio das relações de oferta e demanda, maximizam a eficiência na divisão de trabalho e, conseqüentemente, geram mais riquezas para o bem-estar da sociedade. Bentham, que viveu na Inglaterra entre 1748 e 1832, deu nova força ao paradigma racionalista ao estabelecer as bases para o utilitarismo como filosofia moral. Partindo do princípio da utilidade, toda sua concepção foi construída num posicionamento que oscila entre o apelo à concretude e à ideia da abstração universalista. (BENTHAM, 1979)² Ele define o princípio da

² O utilitarismo é uma ética adequadamente denominada de consequencialista, na medida em que se deve avaliar em cada caso concreto os efeitos das ações para que se reflita se tal conduta é eticamente reprovável a partir do critério da utilidade. Preconiza, então, que as

utilidade como aquele:

[...] que aprova ou desaprova qualquer ação, segundo a tendência que tem de aumentar ou a diminuir a felicidade da pessoa cujo interesse está em jogo, ou, o que é a mesma coisa em outros termos, segundo a tendência a promover ou a comprometer referida felicidade. (BENTHAM, 1979, p.4)

Coube aos marginalistas, inclusive a Stanley Jevons, abrir novas possibilidades para se aprofundar o paradigma da racionalidade na economia. Através do uso de teoremas matemáticos, estabeleceu-se que as escolhas são relacionadas a partir da maior utilidade possível dentro de cada unidade monetária dispendida. A utilidade adicional (ou marginal) guiaria a mudança da escolha entre dois produtos, por exemplo.

Contribuições mais recentes, feitas a partir da metade do século XX, deram mais alento à tradição racionalista na Economia. Destacam-se, nesse caso, os trabalhos da Escola de Chicago, especialmente os de Gary Becker. Sua abordagem, calcada nas noções de comportamento maximizador, preferências estáveis e equilíbrio de mercado, passa a ser o guia para explicar fenômenos antes considerados como pertencentes aos domínios tradicionais da sociologia, da ciência política, das leis, da biologia social e da antropologia.³ Becker e Murphy (1988) desenvolveram, por exemplo,

ações humanas devem seguir o princípio da utilidade, consistente na consideração da quantidade de prazer e dor que as ações provocam aos indivíduos. As ações devem considerar todos os interesses de maneira que nenhum contrainteresse deva ser desconsiderado, ou tenha preponderância sobre o outro. Além disso, o número de pessoas atingidas pelas ações são objetos de análise. Busca-se sempre promover a maior quantidade de prazer possível ao maior número de indivíduos, ao passo que se evita o desprazer numa proporção inversa. (BENTHAM, 1979)

³ Harford (2008) demonstra que dentro de decisões aparentemente

modelos matemáticos sobre comportamentos que levam ao vício, abrangendo desde o consumo de bens até o uso de álcool, cigarros e drogas de abuso. Eles conseguiram estabelecer que tal comportamento está completamente inserido dentro da escolha racional:

As pessoas se viciam não apenas em bebidas alcoólicas, cocaína e cigarros, mas também em trabalhar, comer, música, televisão, no seu padrão de vida, em outras pessoas, na religião e em muitas outras atividades. Portanto, muitos comportamentos seriam excluídos da moldura da escolha racional se os vícios tivessem de ser explicados de outra maneira. (BECKER; MURPHY, 1988, p.675-676)

Em síntese, Becker e Murphy (1988) tratam do vício como efeito causal do consumo passado sobre o consumo atual, com a dependência sendo específica para os indivíduos. Um crítico destacado dos trabalhos de Becker é o filósofo Jon Elster, o qual afirma que a percepção de como as preferências dos agentes é formada é conceitualmente incoerente, bem como incompatível com a ambivalência e o desejo de aumento da autorregulação, que é empiricamente exibido por muitos viciados. Elster (2009) apresenta assim várias nuances do comportamento humano, contrapondo-as ao comportamento racional. Destaca, por exemplo, o peso das paixões e suas consequências para a ação. Segundo o autor, ao agirem sob o efeito das paixões,⁴ há:

irracional, há racionalidade. O exemplo mostrado por ele é o de adolescentes norte-americanas que mudaram suas preferências em suas práticas sexuais, ao preferirem praticar mais sexo oral como forma de evitar a gravidez e o contágio por doenças sexualmente transmissíveis. A análise do autor é de que mesmo diante de motivações aparentemente irracionais, tais como o impulso sexual, o temor de uma gestação indesejada propicie a busca de práticas sexuais mais seguras.

⁴ Aristóteles, de acordo com Elster (2009), já citava casos de confiança

[...] distorção da cognição (induzindo falsas crenças sobre consequências), obscurecendo a cognição (abolindo a consequência das consequências), induzindo fraqueza de vontade (opções com piores consequências previstas são escolhidas em lugar daquelas com melhores consequências) ou induzindo miopia (alterando os pesos das decisões ligadas as consequências). (ELSTER, 2009, p.20)

A “Teoria de Restrição”, de Elster (2009, p.18), estabelece a existência de pré-compromissos, ou seja, “tornar as opções conhecidas menos disponíveis, em vez de bloquear o conhecimento de sua existência”. Dentre os motivos para o pré-compromisso estão: superar a paixão; superar o egoísmo; superar o desconto hiperbólico; superar a inconsistência temporal estratégica; neutralizar ou impedir mudança de preferência. Já os dispositivos para o pré-compromisso são: eliminação de opções; imposição de custos; definição de recompensas; criação de atrasos; mudança de preferências; investimento no poder de barganha; indução à ignorância e indução à paixão.

Outros autores e trabalhos têm surgido concomitantemente nos últimos quarenta anos, com uma visão diferente da Escolha Racional. A Economia Comportamental é uma dessas linhas de pesquisa. Ela parte do princípio de que nem todas nossas decisões são tomadas com base na racionalidade. Nossas emoções e vivências prévias afetam nossa racionalidade, muitas vezes de forma inconsciente.⁵ Desse modo, a Economia Comportamental injustificada e autoilusões induzidas emocionalmente, mostrando que a paixão é um desejo, ao invés de ser apenas uma emoção. Neste caso, a paixão torna o agente completamente surdo a incentivos além dos desejos do momento.

⁵ Além disso, especialistas em *marketing* a serviço de grandes grupos econômicos têm procurado influenciar de forma tanto implícita quanto

ajuda a responder questões que a teoria econômica tradicional não consegue responder de forma satisfatória. (Kahneman; Tversky, 1979) A ideia de maximização, quando aplicada ao estudo dos problemas de saúde adquire novos contornos: o indivíduo, ao maximizar seu prazer no consumo, adota uma dieta que mais cedo ou mais tarde colocará sua saúde em risco. (Tversky; Kahneman, 1974)⁶ De acordo com a ortodoxia econômica, ele está exercendo sua liberdade. Ao adoecer, entretanto, a sociedade é que arcará com os custos do seu abuso, conforme descrito por Redelmeier, Rozin e Kahneman (1993) e Bodenheimer (2005).

A própria lógica de livre-mercado, de oferta e de procura, torna-se incapaz de explicar porque, a despeito da ampla informação sobre os malefícios do tabagismo, milhões continuam a fumar, e, a despeito de divulgação disseminada sobre os perigos de alimentação rica em gordura e calorias, a epidemia de obesidade é uma realidade cada vez mais ameaçadora no mundo todo.

explícita sobre os comportamentos econômicos das pessoas. De forma mais ampla, Bowles (1998) demonstra que o mercado não se restringe apenas a alocar recursos, mas acaba por influenciar na evolução dos próprios valores, preferências e personalidades.

⁶ No entanto, a utilidade marginal está sujeita a outros fatores como o tempo, por exemplo. Laibson (1997) lança mão do conceito de “taxa de desconto”, em que mostra variações temporais nas escolhas racionais, aonde mostra que algumas pessoas preferem abrir mão de um benefício imediato em troca de um benefício adicional no futuro, enquanto outros preferem o benefício imediato, mesmo que seja menor do que se este ocorresse no futuro. Desta forma, cria-se uma taxa de desconto ou desconto hiperbólico, onde, de uma forma quantitativa, consegue-se mudar o tempo de espera a partir de taxas de desconto maiores ou menores. Samuelson e Zeckhauser (1988), em seu estudo clássico, demonstraram que estabelecer padrões definidos (*status quo*), sem restrição à liberdade, seria mais confortável para as pessoas do que fazê-las realizar escolhas o tempo todo. Um exemplo seria o uso de dispositivos automáticos que colocariam o cinto de segurança logo que o passageiro entrasse no veículo. Esses teriam muito mais impacto na diminuição de danos devidos a acidentes do que campanhas para estimularem as pessoas a usarem cinto de segurança.

(Redelmeier; Rozin; Kahneman, 1993; Kahneman;Tversky, 1979) Isso demonstra que o acesso à informação, pura e simplesmente, não livra as pessoas de assumirem riscos, mesmo sabendo das conseqüências. Segundo Kahneman, Wakker e Sarin (1997), abordar impulsos nitidamente irracionais através da racionalidade é muito mais difícil de ter algum êxito do que partir do princípio de que as pessoas tomam decisões irracionais o tempo todo. Assim, não se trata de restrição da liberdade das pessoas ou dos mercados, mas de abordar os aspectos irracionais que fazem parte das decisões dos indivíduos. De acordo com Tversky e Kahneman (1974) e Bretteville-Jensen (1999), o componente irracional das decisões não é o preponderante, mas sua influência é significativa o suficiente para tornar as pessoas mais expostas a mecanismos não racionais para vendas de produtos, adoção de hábitos de consumo ou vício em drogas de abuso.

Finalmente, Thaler (2000) vê na Economia Comportamental não um contraponto à Escola Econômica Ortodoxa, mas como uma forma de responder a questões que a teoria econômica de até então era incapaz de equacionar com clareza. Afirma que a contextualização da forma como os agentes econômicos exercem sua racionalidade torna o modelo de estudo mais completo e mais próximo da realidade do que modelos “hiper-rationais”. Ele menciona Kahneman e Tversky (1979) que, através da *ProspectTheory*, lançaram as bases do estudo da cognição humana como fator capaz de interferir da teoria econômica convencional. Sua aplicação torna-se ampla o bastante para dirigir-se a todos os campos de atuação submetidos à interferência de mentes “quase-rationais”, ou seja, um misto de atitudes racionais (já estudados pela escola econômica ortodoxa) e de atitudes não racionais (mais difíceis de serem mensurados) e até então insuficientemente estudados.

Thaler (2000) também estabelece relação de como os psicólogos distinguem duas formas de teorias: normativas e descritivas. Enquanto as teorias normativas trabalham com escolhas racionais, utilizando axiomas de utilidade esperada, a teoria descritiva tem como paradigma a *ProspectTheory*, bem como dos “pré-compromissos” trabalhados por Elster (2009). A despeito de serem modelos de mais difícil construção, Thaler (2000) mostra-se otimista com a capacidade das gerações futuras de economistas em estabelecê-los. Compreendendo melhor estes aspectos, políticas de saúde pública mais efetivas podem ser formuladas, segundo os estudos de Camereretal. (2003) e Bodenheimer (2005).

Prevenção da Gravidez na Adolescência à Luz da Economia Comportamental

De acordo com o estudo de Courtney, Spivey e Daniel (2014), os paradigmas propostos pela Economia Comportamental podem ser efetivos em ações de saúde pública. Tal aplicação visa aumentar o bem-estar dos pacientes, melhorar sua qualidade de vida e diminuir os custos em saúde. As ações em saúde pública baseadas na Economia Comportamental levam em consideração aspectos como aversão à perda, tendência à inércia de ação e à maneira como a informação é fornecida.

Os três aspectos supracitados são pouco trabalhados dentro da medicina, assim como dentro da teoria econômica convencional, e estão abrindo extenso campo de aplicação em praticamente todas as áreas da saúde. (McCarthy; O’Brien; Kenny, 2014) Escolheu-se a questão da gestação na adolescência por possuir aspectos peculiares, tais como uma irracionalidade inata dada às transformações emocionais e cognitivas da adolescência. Esse é um período no qual

o indivíduo busca a independência, podendo desafiar a autoridade dos pais, esforçando-se para estabelecer um sentido de autonomia emocional ou individualização.

Sendo a prevenção a melhor atitude a tomar em relação à gravidez na adolescência, a anticoncepção injetável afigura-se como uma opção viável para se evitar gestações não planejadas. Apesar de ainda pouco utilizada, ela se mostra segura, de acordo com Chin-Queet al. (2013), além de ser um método reversível, reservando a possibilidade de gestação para um momento posterior, de maior maturidade, melhor nível educacional e, se possível, melhor nível econômico.

Salienta-se, contudo, que por se tratar de população incapaz de fazer livremente suas escolhas, dado que inimputáveis, essa política de planejamento familiar deve ser cooperativa, no sentido de estar amparada na devida conscientização por parte dos serviços de saúde e aceitação irrestrita por parte dos adolescentes e responsáveis.

Anticoncepção Injetável

A anticoncepção injetável, com duração de efeito de três meses para cada dose, é ideal para aqueles que nem sempre se lembram de utilizar anticoncepcional oral em doses diárias, ou seja, má-adesão. (CAMPOS E MELO, 2001) Além disso, aproveita-se o princípio da tendência à inércia de ação como oportunidade para melhor adesão. Sua efetividade somente será máxima se outras atitudes forem tomadas, como maior acesso dos adolescentes à educação sexual, melhor atendimento e acessibilidade à atenção médica primária, assim como melhorias nos programas de planejamento familiar.

Tal como as pílulas, os anticoncepcionais injetáveis têm por finalidade impedir a ovulação, alterando a composição do muco cervical que se torna mais espesso, o que impede a passagem dos espermatozoides. As injeções mensais são compostas por dois hormônios, o estrogênio e a progesterona, ao passo que os anticoncepcionais injetáveis trimestrais têm a vantagem de conter somente progesterona. Os hormônios injetados são absorvidos lentamente pela corrente sanguínea e sua eficácia é quase que imediata.

As desvantagens do anticoncepcional injetável são de acordo com Campos e Melo (2001), alguns efeitos colaterais, como alterações no ciclo menstrual, que pode variar desde o excesso de sangramento a completa amenorreia; cefaleia; dores nos seios e também nas pernas; e retenção de líquidos. Outra desvantagem do anticoncepcional injetável, ainda é a incerteza quanto à fertilidade, pois ao interromper o uso do anticoncepcional injetável a mulher só voltará a ser fértil após seis meses ou um ano.

Por último, e não menos importante, é a questão da relação do impacto desse método contraceptivo sobre a incidência de doenças sexualmente transmissíveis. É de se esperar que a sensação de maior segurança em relação à gravidez possa impulsionar comportamentos sexuais menos cuidadosos, aumentando-se o risco de transmissão sexual (principalmente do vírus HIV). Uma questão passível de ser colocada é se o uso de preservativos não seria mais viável em termos de políticas públicas de saúde, já que esse poderia prevenir ao mesmo tempo a gravidez e a transmissão de doenças sexuais. O quadro a seguir procura sintetizar a discussão.

Quadro 1: Escolha Racional Versus Escolhas Baseadas no Modelo da Economia Comportamental

MODELO RACIONAL	Risco de DST/ AIDS	Risco de gravidez
Uso de preservativo	Baixo	Baixo
Uso de anticoncepção injetável	Alto	Baixo
MODELO COMPORTAMENTAL	Risco de DST/ AIDS	Risco de gravidez
Uso de preservativo	Alto	Alto
Uso de anticoncepção injetável	Alto	Baixo

Fontes: Dados do Trabalho, Chama e Walmsley (2015) e Lawani, Onyebuchi e Elyoke (2014).

A parte superior do Quadro 1 descreve um cenário onde as decisões quanto à anticoncepção são tomadas de forma completamente racional. O uso de preservativos, nesse caso, seria suficiente tanto para anticoncepção quanto para evitar gravidez não planejada; e a anticoncepção injetável não seria necessária. A parte inferior reflete o modelo comportamental, onde as decisões, por uma série de fatores, não são completamente racionais. Um exemplo comum na adolescência é o de se esquecer de usar preservativos durante a relação sexual. Isso levaria a um risco aumentado de gestação não planejada e de contaminação por DST. Assim, como forma de, pelo menos evitar a gestação indesejada, o uso de contracepção injetável adquire significativa importância.

Estudos Empíricos sobre Anticoncepção Injetável na Adolescência

De acordo com os trabalhos de Vieira et al. (2006) e de Belo e Silva (2004), a gravidez não planejada durante a adolescência pode ocorrer por diversas razões, destacando-se: a falta de informação sobre métodos contraceptivos, fatores sociais, falta de acesso a serviços específicos para atender essa faixa etária, o início cada vez mais precoce de experiências sexuais, a insegurança do adolescente em utilizar métodos contraceptivos e o desconhecimento da fisiologia reprodutiva.

Estudo brasileiro transversal realizado por Duarte, Holanda e Medeiros (2012), fazendo uso de um questionário para uma amostragem de 50 adolescentes de 11 a 19 anos de idade, mostrou que os métodos mais conhecidos por elas são os preservativos masculino (94%) e feminino (68%), o anticoncepcional oral (70%), injetável (70%) e de emergência (64%). Além disso, 54% relataram que não utilizaram nenhum método na primeira relação sexual, justificando o “esquecimento” ou a “abstração” durante a relação; todavia, 40% já fazia uso frequente de algum método anticoncepcional antes de engravidar, sendo o anticoncepcional oral o mais usado por elas. Sobre a frequência de uso dos métodos contraceptivos antes de engravidar, 40% usava métodos contraceptivos com frequência antes de engravidar, 32% nunca usaram nenhum método contraceptivo e 28% não usava métodos contraceptivos com frequência, só às vezes. Das que usavam métodos contraceptivos com frequência antes de engravidar, os mais utilizados foram: 45% o anticoncepcional oral, 40% preservativo masculino, 30% anticoncepcional injetável e 5% anticoncepcional oral de emergência. Os autores concluíram afirmando que as adolescentes demonstraram conhecimento inadequado com relação a

alguns métodos anticoncepcionais e baixa frequência de uso desses métodos.

O acetato de medroxiprogesterona⁷ de depósito tem sido usado para contracepção por 30 milhões de mulheres em mais de 90 países desenvolvidos e em desenvolvimento, de acordo com o trabalho de Lali, Chandra e Gupta (1996). Conforme Martinez, Copen e Abma (2011), o uso de anticoncepção injetável entre adolescentes tem contribuído para a queda das taxas de gravidez na adolescência. Apesar disso, em 2009, aproximadamente 410 mil adolescentes entre 15 e 19 anos deram a luz nos Estados Unidos. Apesar de ter ocorrido nos EUA entre 1991 e 2009, uma queda de 37% de nascimento de crianças filhas de mães adolescentes, a taxa de 39,1 nascimentos por 1.000 adolescentes do sexo feminino em 2009 é a mais alta entre os países desenvolvidos, levando a um custo de seis bilhões de dólares em impostos/ano além de três bilhões de dólares/ano em campanhas públicas. (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2011; Hoffman, 2006) Em 2008, de acordo com Martinez, Copen e Abma (2011), 17% das adolescentes faziam uso de anticoncepção injetável, valor não significativamente estatístico em relação a 2002, que era de 21%. Esse fato talvez se deva ao crescente uso de anticoncepção hormonal subcutânea (*patch*) que aumentou de 2% em 2002 para 11% em 2008.

Assim, a despeito de ampla revisão na literatura, não foi encontrado nenhum estudo medindo o impacto da anticoncepção injetável sobre a gravidez na adolescência, mas apenas dados sobre a **comodidade** e **segurança** do método, conforme World Health Organization (2009) e Olawo et al. (2013). Em geral, os grupos estudados variam de 700 a 2.000 pessoas, principalmente em países da África Subsaariana e América Latina. (Barden-O'Fallon et al., 2011;

⁷ Princípio ativo do anticoncepcional injetável.

HOKE et al., 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009; Olawo et al. 2013)

No Brasil, estudo semelhante foi realizado por Campos e Melo em 2001, com 27 adolescentes que foram acompanhadas por 12 meses. A taxa de continuidade nessa época foi de 81,48%, levando à conclusão que a anticoncepção injetável, na forma de acetato de medroxiprogesterona de depósito mostrou-se um contraceptivo satisfatório para as adolescentes, corroborando os resultados de comodidade e segurança do método. Contudo, conforme estudos na África (Barden-O'Fallon et al., 2011) houve alta taxa de abandono da anticoncepção injetável, principalmente entre mulheres jovens e solteiras, sendo necessária a contínua intervenção dos agentes de saúde.

Considerações finais

Ao abordar os aspectos psicológicos do comportamento humano, contrapondo-os aos aspectos utilitários salientados pelo pensamento econômico ortodoxo, a Economia Comportamental permite vislumbrar alternativas que aumentam a eficácia das políticas públicas de saúde.

O presente trabalho destaca o caso da gravidez na adolescência, que permanece como relevante problema de saúde pública, gerando altos custos para a sociedade. Compreender os diversos fatores envolvidos é crucial para sua solução. No caso, a anticoncepção injetável foi citada como um paradigma de pré-compromisso para prevenir a gestação na adolescência, período de vida em que as decisões racionais são afetadas por uma maior oscilação hormonal além de transformações emocionais e cognitivas.

Apesar da ausência de estudos clínicos de maior

impacto (como ensaios clínicos randomizados duplo-cego), a anticoncepção injetável mostrou-se como um modelo confiável do ponto de vista técnico. Com relação ao impacto desse método contraceptivo sobre a incidência de doenças sexualmente transmissíveis, este ainda é desconhecido, devido à insuficiência de dados pelo início relativamente recente. É possível que a sensação de maior segurança em relação à gravidez possa impulsionar o comportamento sexual menos cuidadoso. Volta-se à questão, portanto, de saber se o uso de preservativos como forma de anticoncepção não seria mais eficaz por evitar respectivamente a gravidez e o contágio por doenças sexualmente transmissíveis. Para o presente trabalho, essa conclusão seria verdadeira em um mundo de decisões completamente racionais. Como este não é o caso, conforme atesta a Economia Comportamental, a alternativa para se minorar ambos os impactos (das doenças sexualmente transmissíveis e da gravidez na adolescência), é o uso concomitante da anticoncepção injetável e de preservativos como métodos contraceptivos. Além disso, salienta-se também a necessidade de dar acesso à informação e de promover melhorias nos programas de planejamento familiar e no atendimento médico básico aos adolescentes.

Se a Economia Comportamental não traz a solução para todas as questões econômicas, pelo menos traz formas diferentes (e talvez mais eficazes) e pode ser um importante complemento para resolver problemas que a economia da escolha racional não foi capaz. Certos impulsos não racionais, como a sexualidade humana, são impossíveis de serem compreendidos somente pela ótica do “prazer e da dor”, como propunha Bentham (1979), nem por uma mera busca de “maximização de utilidade” dados os contextos específicos que colocamos (adolescentes) e de suas consequências previsíveis, mas não adequadamente ponderadas (gravidez).

Referências

- BARDEN-O’FALLON, J. et al. An analysis of contraceptive discontinuation among female, reversible method users in urban Honduras. **Studies in Family Planning**, v.42, p.11-20, 2011.
- BECKER, G.S; MURPHY, K.M. A Theory of Rational Addiction. **Journal of Political Economy**, v.96, n. 4, p. 675-700, 1988.
- BELO, M. A.V; SILVA, J. L. P. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. **Rev. Saúde Pública**, v.38, n.4, p. 479-87, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n4/21075.pdf>. Acesso em: 27 jul 2010.
- BENTHAM, J. **Uma introdução aos princípios da moral e da legislação**. São Paulo: Abril, 1979. Os Pensadores.
- BODENHEIMER, T. High and rising health care costs-Part 1: seeking an explanation. **Annals of Internal Medicine**, v.142, n.10, p. 847-854, 2005.
- BOWLES, S. Endogeneous preferences: the cultural consequences of markets and other economic institutions. **Journal of Economic Literature**, v. 36, p.75-111, 1998.
- BRETTEVILLE-JENSEN, A.L. Addiction and discounting. **Journal of Health Economics**, v. 18, p. 393-408, 1999.
- BUTLER, A. The changing economic consequences of teenage childbearing. **Social Service Review**, v. 66, p. 1-31, 1992.
- CAMERER, C. et al. Regulation for conservatives: Behavioral Economics and the case for ‘asymmetric paternalism’. **University of Pennsylvania Law review**, v. 151, n.3, p. 1211, 2003.

CAMPOS, J.R; MELO, V.H. Acetato de medroxiprogesterona de depósito como anticoncepcional injetável em adolescentes. **RBGO**, v. 23, n. 03, 2001.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Vital signs: teen pregnancy-United States, 1991-2009. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 60, p. 414-20, 2011.

CHIN-QUEE, D. et al. Building on safety, feasibility, and acceptability: the impact and cost of community health worker provision of injectable contraception. **Global Health: Science and Practice**, v. 1, n. 3. p. 316-27, 2013.

COURTNEY, M.R; SPIVEY, C.; DANIEL, K.M. Helping patients make better decisions: how to apply behavioral economics in clinical practice. **Patient Preference and Adherence**, v. 8, p. 1503-1512, 2014.

DUARTE, C.F.; HOLANDA, L.B.; MEDEIROS, M.L. Avaliação de conhecimento contraceptivo entre adolescentes grávidas em uma unidade básica de saúde do Distrito Federal. **Journal of the Health Sciences Institute**, v. 30, p. 140-3, 2012.

ELSTER, J. **Ulisses Liberto**: estudos sobre racionalidade, pré-compromisso e restrições. São Paulo: Editora Unesp, 2009.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Situação da população mundial**. UNFPA, 2010.

GUPTA, N.; LEITE I.C. Adolescent fertility behaviour: trends and determinants in northeast Brazil. **International Family Planning Perspectives**, v. 25, p.125-30, 1999.

HARFORD, T. **A lógica oculta da vida**. Editorial Presença: São Paulo, 2008.

HEILBORN, M.L; Brandão E.R; Cabral C.S. Teenage pregnancy and moral panic in Brazil. **Culture, Health and Sexuality**, v. 9, p. 403-14, 2007.

By the Numbers: the public costs of teen childbearing. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, 2006.

HOKE, T. et al. Community-Based distribution of injectable contraceptives: introduction strategies in four sub-saharanafrican countries. **International Perspectives on Sexual and Reproductive Health**, v. 38, p. 214-19, 2012.

KAHNEMAN, D.; TVERSKY, A. Prospect Theory: an analysis of decision under risk. **Econometrica**, v.47, n.2, p. 263-291, 1979.

KAHNEMAN, D.; WAKKER, P.P.; SARIN, R. Back to Bentham? explorations of experienced utility. **Quarterly Journal of Economics**, v. 112, n. 2, p. 375-405, 1997.

LAIBSON, D. Golden Eggs and Hyperbolic Discounting. **Quarterly Journal of Economics**, v.62, p. 44, 1997.

LALI, P.; CHANDRA, L.; GUPTA, R.P. Serum immunoglobulin levels during contraceptive use of depotmedroxyprogesterone acetate in Indian women: a preliminary study. **Contraception**, v. 53, p. 363-5, 1996.

LAWANI, L.O; ONYEBUCHI, A.K; IYOKE, C.A. Dual method use for protection of pregnancy and disease prevention among HIV-infected women in South East Nigeria. **BMC Women Health**, v. 14, n.1, p. 39, 2014.

MCCARTHY, F.P; O'BRIEN, U.; KENNY, L.C. The management of teenage pregnancy. **British Medical Journal**, v. 349, p.58-87, 2014.

MARTINEZ, G.; COPEN, C.E.; ABMA, J.C. Teenagers in the United States: sexual activity, contraceptive use, and childbearing, 2006–2010. National Survey of Family Growth. National Center for Health Statistics. **Vital Health Statistics Series**, v. 23, p. 1-35, 2011.

MITSUHIRO, S.S. et al. Teenage pregnancy: use of drugs in the third trimester and prevalence of psychiatric disorders. **Rev. Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, p.122-5, 2006.

NERY, I.S. et al. Reincidência da gravidez em adolescentes de Teresina, PI, Brasil. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, v. 64, p. 31-7, 2011.

OLAWO, A.A. et al. A Cup of Tea with our CBD Agent...”: community provision of injectable contraceptives in Kenya is safe and feasible. **Global Health Science and Practice Journal**, v.1, p. 308–315, 2013.

REDELMEIER, D.A.; ROZIN, P.; KAHNEMAN, D. Understanding patients’ decisions: cognitive and emotional perspectives. **Journal of the American Medical Association**, v. 270, n.1, p. 72-76, 1993.

RONDO, P.H. et al. Maternal psychological stress and distress as predictors of low birth weight, prematurity and intrauterine growth retardation. **Eur J Clin Nutr**, v. 57, p.266-72, 2003.

SAMUELSON, W; ZECKHAUSER, R. Status quo bias in decision making. **Journal of Risk and Uncertainty**, v.1, p. 7-59, 1988.

SANTOS, K.A. Teenage pregnancy contextualized: understanding reproductive intentions in a Brazilian shantytown. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, p. 655-664, 2012.

SHARMA M.; WALMSLEY S. Contraceptive options for HIV-positive women: making evidence-based, patient-centre decisions. **HIV Medicine**, Feb 17, 2015.

THALER, R. From homo economicus to homo sapiens. **Journal of Economic Perspectives**, v. 14, n. 1, p. 133-141, 2000.

TVERSKY, A.; KAHNEMAN, D. Judgment under uncertainty: Heuristics and Biases. **Science**, v. 185, p. 1124-31, 1974.

VIEIRA, L.M. et al. Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil. **Rev. Brasileira de Saúde Materna Infantil**, v.6, n.1, p. 135-140, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n1/a16v6n1.pdf>>. Acesso em: 01 set 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Agency for International Development, Family Health International (FHI). **Conclusions from a technical consultation**. Community-based health workers can safely and effectively administer injectable contraceptives. Research Triangle Park, NC: FHI; 2009. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/WHO_CBD_brief.pdf>. Acesso em: 01 set 2015.

UM ESTUDO DO GASTO EM SAÚDE NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS

Graça Fabiana Godinho

Introdução

Este estudo será realizado com base nos aspectos econômicos e políticos dos municípios brasileiros, buscando identificar elementos de continuidade ou de mudanças para analisar a evolução no financiamento da política de saúde no Brasil.

Será analisada a operacionalização do gasto *per capita* em saúde como *proxy* das políticas implementadas nesta área em nível municipal por três períodos eleitorais, entre 2000 e 2011, tendo em vista que o gasto social constitui-se como principal indicador de esforço de um governo no que tange às políticas sociais. Argumentamos que fatores econômicos e institucionais são importantes no sentido de ampliarem nossa capacidade explicativa no que se refere ao aumento ou redução do gasto.

Financiamento em saúde: histórico e tendências recentes

A partir da Constituição de 1988 e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), observam-se mudanças profundas na Política de Atenção Básica no Brasil. O movimento sanitário dos anos 80 apoiou a reorganização do sistema de saúde, por meio da participação popular, da universalização do acesso e a conformação de um sistema público e descentralizado. (PAIM, 1997)

Uma tríade de apoio político constituída pela comunidade, pelos municípios e pelo Ministério da Saúde favoreceu a entrada do Programa Saúde da Família na agenda federal, seu caráter inovador e seu foco na família contribuíram para a priorização na segunda metade dos anos 1990, quando foram definidas as bases da Política Nacional de Atenção Básica no SUS. (CASTRO; MACHADO, 2012)

Nesse contexto, o SUS passou a ser financiado pelas três esferas de governo: União, estados e municípios, sendo estruturado pelas Leis 8.080/90 e 8142/90. Posteriormente, a Emenda Constitucional Nº 29/2000 estabeleceu os percentuais mínimos para o financiamento das ações para União, estados e municípios (para síntese da legislação estruturante do SUS VIDE Quadro 1). A partir de então, as transferências de recursos passaram a ser realizadas, de forma regular, pelo Fundo Nacional de Saúde diretamente para estados (Fundo Estadual de Saúde) e municípios (Fundo Municipal de Saúde), observando critérios demográficos, epidemiológicos, características de rede assistencial, incluindo as transferências discricionárias.

Entretanto, Fortes (2012) aponta que, ao longo da década de 1990, o SUS ressentiu-se do pouco comprometimento das esferas subnacionais – em particular, dos estados – para com o seu financiamento. As regras

da descentralização da política de saúde e as condições restritivas impostas pela crise fiscal e pelos esforços da União para enfrentá-la contribuíram para o relativo afastamento da esfera estadual e para a redução de sua participação no total do gasto público com saúde. Portanto, a partir das determinações contidas na Constituição Federal de 1988 e nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS), as regras de implementação do SUS têm sido definidas, principalmente, por meio de normas operacionais básicas (NOBs).

Se essas normas mostraram-se capazes de estimular a adesão dos governos municipais ao SUS, o mesmo não se pode dizer com relação aos estados. Isto porque os incentivos previstos – recursos financeiros para a oferta de serviços –, eficientes em promover a descentralização e em aumentar o comprometimento dos municípios com os gastos em saúde, não alcançaram os estados. A Emenda Constitucional nº 29/2000 não explicita aquilo que pode ser computado como gasto em saúde, favorecendo o conflito entre os que defendem um conceito mais restrito e aqueles que advogam a favor de uma definição mais abrangente. (FORTES, 2012)

Além da inclusão no cálculo do gasto com saúde, para efeitos de cumprimento da EC nº 29/2000, de despesas que se mostravam em claro desacordo com o que seriam consideradas “ações e serviços de saúde, eram discricionariamente informadas no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos sobre Saúde” (Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS).

Viana et al. (2002) apontam que as Comissões Intergestores,¹ principalmente as CIBs, foram importantes instrumentos para construção da gestão compartilhada,

¹ Comissão Intergestores Tripartite (CIT), integrada por representantes dos gestores municipais, estaduais e federal, e Comissão Intergestores Bipartite (CIB), integrada por representantes dos gestores municipais e estadual.

pois se constituíram como foros de negociação, planejamento e decisão intergovernamental. Ao se adequarem as normas nacionais às condições específicas de cada Estado, preservou-se a autonomia dos demais entes governamentais no processo de descentralização.

A NOB/96 estabeleceu que os municípios habilitados para a gestão plena assumiriam a responsabilidade das ações e serviços no âmbito de seu território, no que se refere ao estabelecimento de contratos com prestadores, programação orçamentária das unidades ambulatoriais, autorização de internações hospitalares, pagamento, controle e auditorias.

A implantação do Piso da Atenção Básica (PAB), a partir de 1997, foi outra medida importante que determinou a redistribuição de recursos baseada no número de habitantes. O PAB é composto de uma parte fixa, que é definida de acordo com o número de habitantes do município; e de uma parte variável, que é repassada de acordo aqueles serviços que foram efetivamente oferecidos pelo município. Os recursos do PAB variável são distribuídos de acordo com a adesão, por parte dos municípios, a programas do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2007)

Abrúcio e Franceze (2002) salientam que o PAB fixo teve como objetivo reduzir a desigualdade entre a capacidade de financiamento dos diferentes municípios, atenuando em parte o critério da produtividade, segundo o qual se remunera os municípios pela produção de procedimentos hospitalares realizados. O resultado foi uma efetiva municipalização do atendimento por meio da adesão a esses programas e ampliação da cobertura dos serviços de saúde no país.

Ainda, na visão dos autores, outra medida importante foi a aprovação da Emenda Constitucional nº 29/2000, que estabeleceu novos pisos de investimento das receitas

para as três esferas. A partir de 2000 todos os municípios brasileiros são obrigados a investir 15% e os estados 12% do total de sua arrecadação.

Mesmo que os dispositivos da EC nº 29/2000 fossem autoaplicáveis, verificou-se a necessidade de maior regulamentação a fim de garantir a correta aplicação dos percentuais por parte das esferas. A Constituição de 1988 atribuiu um conceito de saúde bastante amplo, o qual incluía serviços de alimentação, transporte, educação, meio ambiente, transporte, saneamento, lazer, etc.; porém, deixou de fixar o mais importante: a definição de quais atividades que correspondem às ações efetivas em saúde. Dentro desse contexto, a Lei Complementar 141/2012 fixou as regras e diretrizes para identificar as despesas que são consideradas ações e serviços públicos de saúde para fins de apuração do mínimo constitucional (12% para os estados e 15% para os municípios).

Estes novos processos descentralizados passaram a exigir não apenas maior capacidade de gestão das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, mas elevada capacidade técnica das unidades gestoras na alocação dos recursos e atendimento das demandas locais.

Quadro 1: Síntese da legislação estruturante do SUS

(continuação)

Lei 8.080, de 19/9/1990	Lei orgânica da Saúde que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências
-------------------------	---

Quadro 1: Síntese da legislação estruturante do SUS

(continuação)

Lei 8.142, de 28/12/1990	Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
Norma Operacional Básica NOB SUS 01/93.	Regulamenta o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do Sistema Único de Saúde e estabelece os mecanismos de financiamento das ações saúde, em particular da assistência hospitalar e ambulatorial e diretrizes para os investimentos no setor.
Norma Operacional Básica do SUS NOB SUS 01/96	Redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema
Emenda Constitucional n. 29, de 13/9/2000	Acrescenta um artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, a fim de assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

(conclusão)

Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002.	Amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e município,
Lei Complementar nº 141, de 13/01/2012	Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências

Fonte: Elaboração própria a partir do site do Ministério da Saúde

Metodologia

A análise constitui-se em um estudo dos dados sobre orçamento em saúde entre os anos de 2000 e 2011 para todos os municípios brasileiros, tendo como fonte de pesquisa as informações do Censo Demográfico de 2010 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010), do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS-DATASUS) e da Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda.

Para a sistematização dos dados, foi construído um banco com variáveis políticas, econômicas, sociais e institucionais, com o objetivo de analisar não apenas a evolução dos gastos em saúde, mas compreender quais outras dimensões são capazes de influenciar o aumento da despesa com saúde.

A fim de atingirmos os propósitos previamente estabelecidos, esta análise será composta por duas dimensões descritas a seguir: econômica e institucional.

Dimensão Econômica

Para descrever e analisar a evolução da despesa com saúde, utilizamos uma *proxy* do gasto *per capita* em saúde das políticas públicas implementadas pelos municípios brasileiros no período de 2000 a 2011. O Gasto municipal em saúde foi escolhido em função das novas atribuições fiscais delegadas a essa esfera a partir dos anos 90 e dos poucos estudos direcionados à análise dos governos locais.

A dimensão econômica divide-se em dois tipos de análise: na primeira analisamos a evolução ou involução do gasto *per capita* em saúde para todos os municípios. Na segunda parte realizamos o cálculo *per capita* dos gastos

com saúde em cada um dos municípios, classificando-os em diferentes estratos, de acordo o porte populacional. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010)

A categorização baseia-se em Arretche e Marques (2002), na qual municípios com população inferior a 10.000 habitantes são classificados como “vilas”; aqueles com população entre 10.000 e 20.000 são considerados “muito pequenos”; quando o número de habitantes está entre 20.000 e 100.000 o município é classificado como “pequeno” e, se a população está entre 100.000 e 500.000, o município é considerado de porte “médio”. A última categoria inclui municípios acima de 500.000 habitantes que, em geral, apresentam características de polos regionais ou regiões metropolitanas, articulando em torno de si grandes parcelas da rede urbana, compartilhando diversos serviços de saúde e oferecendo suporte às cidades próximas desprovidas de recursos.

O gasto *per capita* em saúde, que se apresentava com unidade em moeda corrente (R\$) ao longo de todo o período, foi corrigido pelos valores anuais do salário-mínimo, considerando as correções inflacionárias.

Nesta dimensão, aplicaremos o conceito de dependência de trajetória na tentativa de encontrar elementos de continuidade ou mudanças institucionais, uma vez que novas políticas podem surgir em função de oportunidades promovidas pela própria estrutura institucional. Estas políticas poderão trazer elementos das estruturas anteriores de forma que reforçarão aspectos ou tendências já iniciadas há algum tempo.

Dimensão Institucional

Esta seção pretende compreender quais seriam os fatores explicativos para tamanha diferença na destinação do gasto *per capita* entre os municípios, tendo em vista os repasses constitucionais legais. Pretende-se verificar a importância da EC nº 29/2000 no gasto municipal, a fim de constatar a relevância desta dimensão institucional, tendo em vista os elevados repasses do SUS para os municípios.

Fortes (2012) constatou que a EC nº 29/2000 promoveu mudanças na participação dos entes federativos no financiamento da política de saúde do país, sendo que a esfera estadual foi a que apresentou alteração mais significativa. As evidências da autora sustentam o argumento de que um dos propósitos da EC nº 29/2000 era desonerar o Executivo Federal e repassar os encargos às esferas subnacionais, em particular, para os estados.

Menicucci (2009a) também mostrou que a EC nº 29/2000 não foi capaz de garantir crescimento significativo nos recursos do governo federal para as políticas de saúde e foi parcialmente bem-sucedida na elevação dos gastos dos entes subnacionais. Ela provocou uma mudança da composição relativa do gasto público com saúde: redução do gasto federal, ampliação significativa dos gastos municipais e menor ampliação da participação dos estados no custeio da assistência.

Em 2012 a Lei Complementar nº 141 regulamentou as fontes dos recursos federais, as bases de cálculo para cada esfera, além da normatização do que se refere a ações e serviços de saúde. Esta última constitui um dos aspectos mais importantes da referida Lei. Embora a Constituição tenha estabelecido o mínimo de 15%, estes recursos serão, continuamente, objeto de disputa entre interesses diversos e barganhas eleitorais. O destino do gasto em nível municipal

dependerá, na maioria das vezes, das pressões e incentivos a que esteja submetida a administração municipal.

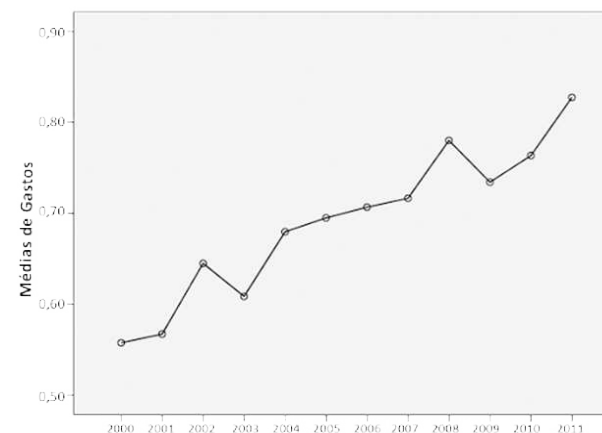
Análise dos resultados e discussão

Análise da Dimensão Econômica

Ao analisar a evolução ou a involução dos gastos em saúde para cada um dos municípios, identificamos que, de forma geral, os municípios apresentaram um incremento nos seus gastos de um ano para o outro, ao longo do período estudado. Iniciaremos a discussão acerca do perfil do gasto *per capita* nos municípios, de forma geral e, posteriormente, destacaremos a classificação por estratos.

O Gráfico 1 apresenta um padrão de crescimento no gasto *per capita* por, praticamente, todo o período, com retomadas nos anos de 2003 e 2009.

Gráfico 1: Média de gasto per capita em saúde nos municípios brasileiros de 2000 a 2011 (em salários mínimos - SM).



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do DATASUS.

Essa trajetória de crescimento, embora permanente, não se mostrou homogênea, apresentando dois momentos de inflexão - 2001/2003 e 2007/2009. Os dois períodos de retomada no crescimento coincidem com alguns momentos importantes em termos econômicos.

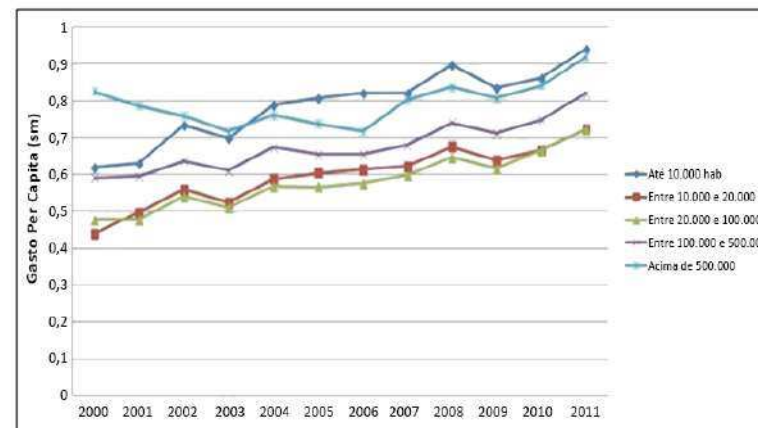
Castro (2012) verificou que, na primeira metade do período analisado, o gasto social federal (GSF) *per capita* cresceu 32% em termos reais. Instigado pela resposta à crise internacional no país, o segundo mandato de Fernando Henrique Cardoso (1999-2002) teve início tendo de enfrentar a crise no setor externo e a insustentabilidade da dívida pública. Desse modo, o governo direcionou o foco para o aumento na arrecadação, que foi possível graças a mudanças na legislação e o retorno da CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira).

Castro (2012) aponta que entre os fatores mais relevantes para a retomada no gasto *per capita* dos municípios a partir de 2002, estão a criação da Emenda Constitucional nº 29/2000 e a aprovação da Lei Complementar Nº 101/2000. Devido à reorientação econômica implementada pelo governo, o segundo mandato de Fernando Henrique Cardoso foi também marcado por um período de estagnação dos gastos sociais, apresentando somente no final do período uma lenta trajetória de recuperação. (CASTRO, 2012)

Ao analisarmos os municípios dentro de cada estrato da população (Gráfico 2), outras questões relevantes podem ser apontadas. Podemos identificar que não há relação direta entre o gasto despendido e a população do município, ou seja, não é verdade que municípios mais populosos necessariamente gastem maiores percentuais do orçamento em saúde. Observou-se, inclusive, que aqueles municípios de menor população apresentaram os maiores gastos *per capita*. Parte desses municípios com pequeno número de habitantes (10.000 e 20.000 habitantes)

apresentou-se mais dispendiosa do que municípios com população acima de 100.000 habitantes. Entretanto, municípios de porte médio não apresentam variação nos gastos, seguindo as médias nacionais.

Gráfico 2: Média de gasto per capita de acordo com o porte populacional



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do DATASUS.

Há pouca variabilidade dentro de cada estrato; entretanto, municípios com até 10.000 habitantes apresentam médias de gastos semelhantes àqueles pertencentes às regiões metropolitanas. Isso se deve ao pequeno número de habitantes desses municípios, nos quais simples alterações de domicílios provocam fortes impactos nos indicadores. Um exemplo para este fato é o município de Borá (SP) que possui apenas 800 habitantes, uma unidade de atenção básica, mas apresenta uma despesa *per capita* de cerca de dois salários mínimos.

A partir desses achados, não podemos inferir que os municípios com elevados gastos *per capita* em saúde oferecem, necessariamente, os melhores serviços à população ou apresentam os melhores indicadores. Porém,

o perfil de gasto *per capita* dos municípios de acordo com seu porte, corrobora com outros estudos, como Arretche (2005) e Lima (2007).

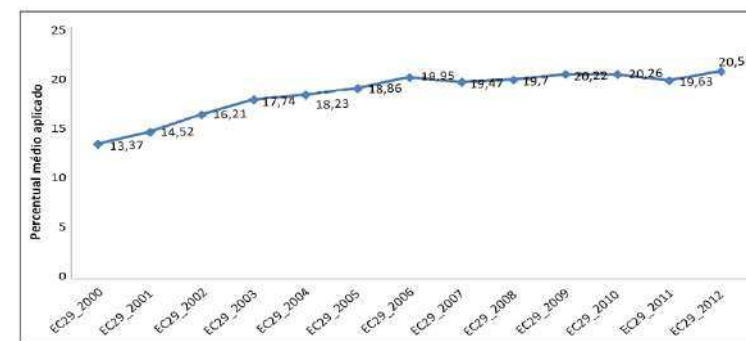
Salientamos que as mudanças referentes à descentralização fiscal ocorrida na década de 1980 privilegiaram a autonomia dos municípios, tornando-os, em grande medida, dependentes dos recursos transferidos da União. Por outro lado, as diferentes capacidades de arrecadação e a dependência tributária de estados e municípios apontam para possibilidades distintas de gastos vinculadas às suas receitas próprias disponíveis, o que justifica tamanha disparidade regional. As características estruturais do federalismo fiscal, aliados à política de ajuste fiscal do governo federal e às desigualdades econômicas e sociais subjacentes, configuram um cenário bastante complexo, onde a disputa por recursos para as ações de saúde se desenrola. (LIMA, 2012)

Análise da Perspectiva Institucional

Esta análise pretende compreender se os mecanismos institucionais observados a partir da regulamentação da Emenda Constitucional nº29/2000 contribuíram para o incremento dos gastos em saúde por parte dos municípios, tendo em vista a enorme disparidade entre as unidades da federação após o estabelecimento dos percentuais mínimos de aplicação.

A EC29/2000 estabeleceu o piso para os gastos em saúde nas três esferas, de modo que os municípios deveriam investir, no mínimo, 7% de suas receitas de impostos para a saúde a partir de 2000, ampliando gradativamente essa despesa até atingirem, em 2004, a obrigatoriedade de 15%.

Gráfico 3: Percentual médio aplicado de acordo com a EC29/2000.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do SIOPS.

A análise dos percentuais médios efetivamente aplicados pelos municípios (gráfico 3) revelou uma tendência crescente ao longo da década. As normas constitucionais, especialmente a EC29/2000, são exemplos da regulação federal nos gastos com saúde em nível municipal. Embora exista um patamar mínimo para a aplicação dos recursos nessa rubrica, provavelmente existam outras influências que permeiem a decisão dos gestores municipais. Portanto, a destinação forçada por parte do Ministério, as necessidades regionais podem ter influenciado, em alguma medida, as diretrizes das políticas da saúde no âmbito municipal. Tendo em vista a dificuldade de financiamento da política de saúde durante a década de 1990, nossos dados sugerem que a promulgação da EC29/2000 pode ter tido participação relevante no esforço de equalizar a redistribuição de recursos municipais.

Embora os valores médios dos percentuais aplicados apresentem crescimento bastante satisfatório, observamos que até o ano de 2004, 25% dos municípios ainda não aplicavam o mínimo de 15%. A partir do referido ano,

Fortes (2012) observou que a grande maioria (cerca de 86%) dos municípios passou a investir o percentual mínimo na rubrica da saúde.

Os resultados permitem sugerir que a EC29/2000 foi um importante instrumento capaz de induzir os prefeitos a elevarem os percentuais de gasto com a saúde. Entretanto, esta variável sozinha não apresenta total poder explicativo quanto às diferenças na adesão dos prefeitos em relação à EC nº 29/2000.

Este estudo possui sua relevância na medida em que se constatou que a EC29/2000 induziu a grande maioria dos municípios a elevar a proporção do gasto com saúde. Contudo, algumas explicações para o cumprimento dos percentuais mínimos são apontadas por Fortes (2012), no qual a autora assinala que, devido à ausência de uma clara definição de “ações e serviços de saúde” no texto da EC29/2000, muitos prefeitos e governadores computaram como gasto com saúde despesas não classificadas como tal.

Os conflitos em torno da interpretação da base de cálculo dos recursos federais e do conceito de ações e serviços de saúde, as tentativas de “burlar” a EC29/2000 e os entraves no processo de regulamentação apresentam-se como limitações do federalismo brasileiro.

Conclusões

O artigo estudou a evolução do gasto em saúde pelos municípios brasileiros, partindo das considerações sobre o arranjo federativo brasileiro, que centralizou no município a implementação da maioria das políticas públicas formuladas pela União. Sobre as perspectivas econômica e institucional, procuramos explicações para a tamanha desigualdade no que se refere ao gasto *per capita* municipal.

Inicialmente analisamos a evolução dos gastos em saúde para a totalidade dos municípios brasileiros a partir do ano 2000, utilizando como *Proxy* o gasto *per capita*. Posteriormente, os municípios foram estratificados de acordo com o critério populacional a fim de analisarmos o perfil de gasto dentro de cada estrato e entre os mesmos. Observamos que, em geral, os gastos *per capita* do primeiro estrato de municípios apresentaram-se inversamente proporcionais à população. Municípios com menor população apresentam maiores despesas com saúde em função das particularidades constitucionais que privilegiam essas esferas.

Já os municípios de porte médio apresentam gastos com saúde proporcionalmente inferiores quando comparados ao primeiro estrato, porém com pouca variação no gasto. E essas características mantêm-se ao longo do período analisado, ou seja, municípios menores gastam mais que municípios maiores. Os municípios acima de 500.000 habitantes apresentam maior heterogeneidade, sendo que alguns mais populosos apresentam gastos superiores à média da categoria analisada.

Na comparação entre os estratos, identificamos que a categoria de municípios de menor população apresentou maiores despesas *per capita*, até mesmo mais elevados que os municípios mais populosos pertencentes ao último estrato. Ao analisarmos a evolução do gasto em saúde para cada um dos municípios, identificamos que, via de regra, os municípios apresentaram gastos crescentes de um ano para outro, dentro do período estudado.

De forma geral, a avaliação histórica da política de saúde sugere que, gradualmente, vinha ocorrendo nos municípios um processo de reestruturação da administração pública, no sentido de uma intensificação de sua permeabilidade à participação e do processo de descentralização.

Mas o que explica o padrão do gasto com saúde por parte dos municípios? Conforme discutimos previamente, as escolhas alocativas de determinados municípios estão sujeitas à disponibilidade de receita, variando de acordo com a capacidade tributária e pela dotação de recursos provenientes de transferências intergovernamentais.

Podemos inferir, então, o incremento ou redução no volume de gastos depende muito mais dos incentivos decorrentes da descentralização no Ministério da Saúde, e, mais especificamente, das regras de financiamento para a operacionalização do SUS, do que, via de regra, da própria receita municipal.

Por este motivo, podemos sugerir que a trajetória da política de saúde no Brasil foi gradualmente materializada ao longo do caminho percorrido, incorporando experiências do passado e definindo as ações futuras. O padrão de gasto existente nos municípios é fruto de grandes transformações históricas e institucionais. Embora o arranjo fiscal brasileiro ainda apresente deficiências e reproduza desigualdades, é inegável sua contribuição para incremento no aporte de recursos experimentado pelos entes subnacionais nas últimas décadas.

Referências

ABRUCIO, F.L.; FRANZESE, C. Federalismo e Políticas Públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil. In: ARAÚJO, M.F.I.; BEIRA, L. (Org.). **Tópicos de Economia Paulista para Gestores Públicos**. 1ed. Edições FUNDAP: São Paulo, v. 1, p. 13-31. 2007.

ARRETCHE, M. Quem taxa e quem gasta: a barganha federativa na federação brasileira. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba, n. 24, 2005.

ARRETCHE, M.; MARQUES, E. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. **Ciênc. Saúde Coletiva**. São Paulo, v. 7, n. 3, 2002.

BRASIL. **Lei Complementar nº 7.789, de 3 de julho de 1989**. Dispõe sobre o salário mínimo. 1989

BRASIL. **Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000**. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1884**, de 18 de dezembro de 1997. Institui o PAB Fixo de, no mínimo R\$ 10,00, e no máximo R\$18,00. Diário Oficial da União, Brasília, v.85, n.247E,p.11, 22 dez. Seção 1. 1997.

CASTRO, A.L.B.; MACHADO, C.V. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. **Physis** [online].v.22, n.2, pp. 477-506, 2012.

FORTES, F.B.A emenda constitucional n. 29 de 2000 e os governos estaduais. **Lua Nova**, n.87, p.167-202, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa de Informações Básicas Municipais. 2010.

LIMA, L.D. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, Apr. 2007.

LIMA, L.D. et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.11, Nov. 2012.

MENICUCCI, T.M.G. Ruptura e continuidade: a dinâmica entre processo decisório, arranjos institucionais e contexto político - o caso da política de saúde. **Locus** (UFJF), v. 15, p. 47-69, 2009b.

_____. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, p. 1620-1625, 2009a.

PAIM, J.S. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY, S. M. T. (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p.11-24.

ROCHA, R. A avaliação da implementação de políticas públicas a partir da perspectiva neo-institucional: avanços e validade. **Cad. EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, Mar. 2004.

VIANA, A.L.D.; LIMA, L.D.; OLIVEIRA, R.G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto - lições do caso brasileiro. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, 2002.

ASSISTÊNCIA SUPLEMENTAR DE SAÚDE NO BRASIL: UM ENSAIO REFERENTE À NOVA ECONOMIA INSTITUCIONAL

Claucir Roberto Schmidtke

Introdução

No que consiste o desenvolvimento econômico? Uma resposta a essa indagação tende a refletir um segundo questionamento caracterizado pela preocupação em se verificar quais mecanismos são mais eficientes ou quais caminhos devem ser percorridos para se chegar a esse destino. O norteamento de uma provável solução fica mais circunscrito se o ponto de partida abranger uma diferenciação entre quantitativo e qualitativo.

No primeiro, o desenvolvimento consiste num fenômeno resultante da intensidade de riqueza, isto é, existe uma relação positiva entre certo poder de compra e bem-estar. Logo, os reflexos do crescimento, a princípio, por lógica, não podem consistir em ambientes prejudiciais ao padrão de vida tido como ótimo.

Se o desenvolvimento for considerado um fenômeno proveniente de bens que vão além da mensuração ou do tato, a tarefa de elucidação tende a ser mais complexa, haja vista que há a saída de um ambiente mais restrito de análise para se adentrar num que possui como essência características individuais dos agentes, ou mais precisamente, as de cada ser humano.

É possível notar que esses parágrafos iniciais deram ênfase a caminhos que levem ao desenvolvimento econômico, mas não nortearam para a sua qualificação. A evolução da teoria econômica mostra que o debate acerca dessa solução está mais direcionado aos meios para se obter o desenvolvimento do que a entendê-lo, principalmente, em determinadas circunstâncias, para em seguida promover os mecanismos ou construir os caminhos. Exemplo disso é a ideia de que determinado modelo de desenvolvimento é eficiente em qualquer região ou país.

Se a essência do desenvolvimento residir na felicidade, e esta ser dependente de certo padrão qualitativo de vida, há uma tendência de ele ser dependente da união entre fenômenos quantitativos e qualitativos, tendo em conta que os primeiros possibilitarão, mas não garantirão, o segundo.

De mais a mais, ao se pensar o desenvolvimento como um estado de bem-estar, que vai além da riqueza, não que ela seja desprezível, a saúde passa a fazer parte do ambiente imaginado. Nesse contexto, as discussões no meio acadêmico, acerca do papel da saúde, obtiveram maior intensidade doravante a segunda metade do século XX, principalmente a partir da contribuição de Arrow (1963).

Entre aspectos tidos como relevantes, ocorre certa indecisão relacionada ao fato de o desenvolvimento ser causa ou efeito da saúde, isto é, se ele gera a saúde ou a saúde o ocasiona. Independentemente de uma definição concreta, é perceptível que a interação entre ambos é fundamental

ao bem-estar social. Como o mercado apresenta falhas e, assim como outros setores, o da saúde está inserido no capitalismo, o objetivo de acúmulo de riqueza pode refletir entraves à maximização dessa interação, o que pode gerar relevância à ação do Estado, de modo a restringir possíveis excessos.

No Brasil, a assistência suplementar de saúde, naturalmente um dos componentes do setor de saúde, é marcada pela subordinação da ação estatal por meio de agência reguladora: a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Diante disso, devido ao grau de utilização de planos de saúde, o trabalho busca uma resposta para o seguinte questionamento: Há evidências de que as operadoras (agentes ofertantes) de planos de saúde têm procurado influenciar na alteração da caracterização do ambiente legal que restringe possíveis excessivos benefícios de determinadas ações realizadas pelas mesmas?

Esse tipo de situação é objeto de estudo da Nova Economia Institucional (NEI). De acordo com North (1990), as instituições influenciam os objetivos e as estruturas das organizações. Se o sucesso depende de favores, decisões ou concessões políticas, as organizações terão como objetivo influenciar o Congresso e os órgãos governamentais responsáveis pelas políticas públicas que estruturam as condições institucionais para elas aumentarem os seus resultados.

Entende-se que o ambiente institucional consiste naquele composto por regras formais, criadas para nortear a atuação dos agentes do setor de assistência suplementar de saúde e por organizar as operadoras de planos de saúde. O objetivo do trabalho consiste em verificar, por meio de pesquisa do tipo bibliográfica, a composição dos respectivos ambientes e investigar possíveis situações, como as descritas por North (1990), que tenham como característica

a alteração de instituições no sentido de favorecimento dessas organizações, o que pode ser interpretado como uma autorregulação. O ferramental teórico da NEI, portanto, consiste em instrumento de análise.

À guisa de um referencial teórico: a nova economia institucional

Um dos fundamentos da teoria econômica neoclássica reside na caracterização de que os agentes agem de forma racional. Essa racionalidade tende a ser resultado da perfeita informação a respeito do ambiente em que estão inseridos, isto é, possuem racionalidade ilimitada para maximizar utilidade (consumidores) ou obter o lucro máximo (firmas). No caso da firma, fenômenos influenciadores exógenos ao processo de produção eram tidos como dados e, portanto, somente a análise referente aos custos de produção possuía relevância.

Na década de 1930, Ronald Harry Coase (especificamente em novembro de 1937), por meio de seu trabalho denominado *A natureza da firma*, destacou que a firma não é somente uma estrutura voltada à produção de determinado produto, de modo que também é caracterizada por relações hierárquicas que definem o percurso para a consolidação das decisões, tendo em vista o objetivo final que, naturalmente, consiste na realização de processos produtivos eficientes como necessidade básica à maximização de lucros. Surge, portanto, subsídios para uma segunda definição, que consiste em se entender a firma como um nexo de contratos, termo afluído posteriormente.

O ponto de partida da análise de Coase (1937) residiu num questionamento voltado à justificativa da existência da firma, isto é, uma estrutura em que há o domínio das

etapas do processo produtivo. Como a essência da resposta residiu na constatação de que a utilização do sistema de preços (mercado) acarreta custos, outra pergunta, ligada ao motivo de não existir uma rede de agentes produtores, em que cada um domine determinada etapa do processo produtivo e repasse seu produto para o da etapa posterior, até a finalização e, conseqüentemente, chegada ao consumidor final, se fez necessária.

Se só os custos de produção são relevantes, por que as empresas, que supostamente possuem racionalidade ilimitada, buscam organizar a produção dentro de sua planta ao invés de utilizar o seu conhecimento e buscar no mercado? Por que não existe somente uma grande empresa? Uma resposta explícita reside no fato de que a busca no mercado resulta, para a empresa, num sacrifício que pode inviabilizar a produção, reflexo da existência de custos exógenos ao processo produtivo, definidos como de transação.

A essência da presença dos custos de transação reside na necessidade de utilização de mecanismos que busquem minimizar perdas provenientes de interação entre os agentes, mais precisamente o estabelecimento de contratos. Logo, a firma, ao interagir no mercado, dá indícios de que não o conhece perfeitamente e busca se proteger de possíveis prejuízos provenientes do mesmo, acarretados pela: racionalidade limitada, complexidade, incerteza, oportunismo e especificidade dos ativos.

A racionalidade limitada resulta da incapacidade cognitiva que o ser humano possui em absorver e processar todas as informações presentes no ambiente em quem está inserida. Apesar de ele buscar agir de forma racional, é incapaz de atingir tal meta. A complexidade do ambiente transacional possibilita os efeitos perversos provenientes da racionalidade limitada, haja vista que em ambientes de

pouca complexidade, os custos de determinadas decisões acabam por serem mínimos¹. No que tange à incerteza, esta está relacionada à impossibilidade de se realizar possíveis previsões em decorrência de determinados eventos. Assim, se não fosse por ela, “os problemas da organização econômica seriam relativamente desinteressantes.” (WILLIAMSON, 2012, p.26)

Racionalidade limitada, complexidade e incerteza criam condições atrativas a comportamentos oportunistas. Williamson (2012, p.43) destaca que:

[...] mais genericamente, o oportunismo se refere à revelação incompleta ou distorcida da informação, especialmente aos esforços calculados de enganar, distorcer, disfarçar, ofuscar, ou de outra forma confundir.

No que diz respeito à especificidade de ativos, ela:

[...] se refere a investimentos duráveis que são realizados em suporte a transações determinadas, sendo que o custo de oportunidade destes investimentos é muito menor nos melhores usos alternativos ou por usuários se a transação original for terminada prematuramente. (Williamson, 2012, p.50)

Na ausência de racionalidade limitada, de tendência de oportunismo e especificidade de ativos, a contratação ocorre por meio de planejamento, que é resultado da possibilidade de realização de contratos completos, tendo em conta que, “desse modo, nunca surgem problemas

com a execução dos contratos (ou a defecção em relação a tais acordos é coibida por que a adjudicação judicial de todas as disputas se presume eficaz).” (BAIMAN, 1982 apud WILLIAMSON, 2012, p.26)

No caso de a transação ser caracterizada pela presença de racionalidade limitada, especificidade de ativos e ausência de oportunismo, o contrato passa a consistir num ambiente de promessas, pois há a autoexecução das particularidades estabelecidas. Um contrato confeccionado numa conjuntura marcada por racionalidade limitada, possibilidade de oportunismo e ausência de especificidade de ativos é característica de um ambiente de competição, considerando-se que a identidade dos agentes não apresenta importância.

Quando há a presença de racionalidade limitada, oportunismo e especificidade de ativos, o planejamento, a promessa e a competição tendem a falhar, pois o primeiro pode ser incompleto, a segunda não ser cumprida e a terceira ser descaracterizada devido ao fato de a identidade dos agentes ser importante, fato decorrente da especificidade de ativos. Logo, Williamson (2012, p.27) explica que “o imperativo organizacional que emerge [...] é este: organizar as transações de forma a economizar com a racionalidade limitada e, simultaneamente, salvaguardá-las dos riscos de oportunismo.”

Racionalidade limitada, especificidade de ativos e oportunismo têm em comum a assimetria de informações nas transações. Assim, os custos provenientes dos contratos, que acabam por consistir em mecanismos inibidores de ações oportunistas não podem ser desprezados. Desse modo, a essência da análise da NEI está na transação e se esta consiste em foco de estudo, o norteamento de sua realização torna-se importante para a minimização de desvios de resultados. Isso ocorre por meio da criação de

¹ Como comenta Fiani (2002, p.270), “em ambientes complexos a descrição da árvore de decisões pode se tornar extremamente custosa, impedindo os agentes de especificar antecipadamente o que deveria ser feito a cada circunstância”.

instituições que busquem inibir possíveis comportamentos negativos das organizações provenientes de assimetria de informações, como o oportunismo. Mas o que são instituições e organizações?

As instituições compreendem regras formais, limitações informais (normas de comportamento, convenções e códigos de conduta auto-impostos) e os mecanismos responsáveis pela eficácia desses dois tipos de normas. Em suma, constituem o arcabouço imposto pelo ser humano a seu relacionamento com os outros. O grau de identidade existente entre as normas institucionais e as opções feitas pelo indivíduo no contexto institucional dependem da eficácia do sistema de fiscalização do cumprimento de tais normas. Essa fiscalização é exercida pela primeira parte (códigos de conduta auto-impostos), pela segunda parte (represálias) ou por uma terceira parte (sanções por parte da sociedade ou exigência coercitiva por parte do Estado). As instituições, aliadas à tecnologia empregada, afetam os custos de transação e transformação (produção). Se as instituições constituem a regra do jogo, as organizações são os jogadores. As organizações compõem-se de grupos de indivíduos dedicados a alguma atividade executada com determinado fim. As limitações impostas pelo contexto institucional (ao lado de outras restrições normais em qualquer economia) definem o conjunto de oportunidades e, portanto, o tipo de organizações que serão criadas. (North, 2006, p.13)

O objetivo das instituições reside no estabelecimento de ordem e na redução da incerteza, tendo em vista que

elas não geram o aumento da eficiência de forma líquida e certa, mas buscam reduzir os empecilhos que venham a dificultar seu alcance.² Elas afetam o desempenho econômico na medida em que definem a estrutura de incentivos na economia, com efeitos sobre os custos de transação e de produção. Inicialmente, as organizações se enquadrarão ao ambiente institucional vigente, buscando manter sua existência por meio das mais diversas estratégias competitivas provenientes dos atuais preços relativos.

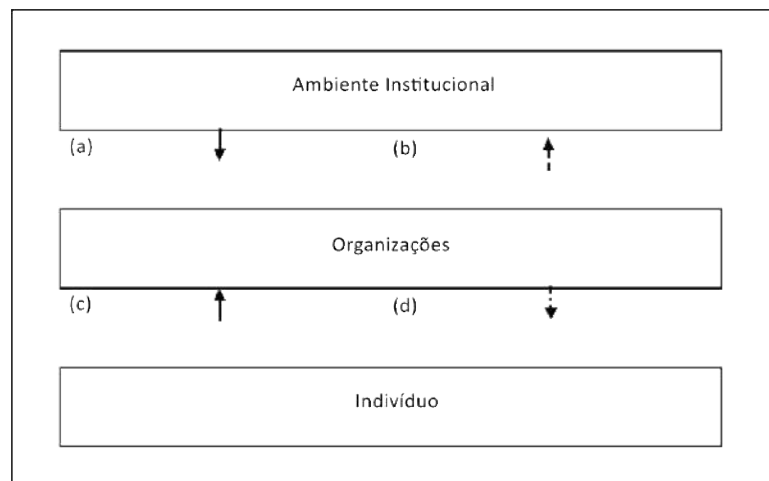
A partir do instante em que há alteração dos preços relativos, que podem ocorrer como reflexo de mudanças tecnológicas e preferências, a firma tem duas possibilidades de enquadramento ao novo sistema de preços: reordenar o seu sistema produtivo ou buscar formas de alterações no arcabouço institucional, sendo que as organizações procurarão influenciar essa mudança em sentido favorável a elas.

A Figura 1 consiste num esquema que busca sintetizar a interação entre ambiente institucional, organizações e os indivíduos na análise. Inicialmente, as organizações têm o seu desenvolvimento pelo arcabouço de regras (ambiente institucional) e pelos atributos comportamentais dos indivíduos. Na figura, esta situação é demonstrada em

² Portanto, “as mudanças de regras formais incluem, entre outras, reformas legislativas, como a aprovação de novas leis; mudanças jurídicas resultantes de jurisprudência que altera os institutos do Direito; mudanças de normas e diretivas por parte dos órgãos reguladores; e mudanças de dispositivos constitucionais, o que altera as regras que ditam a elaboração de outras normas. As mudanças institucionais resultantes da alteração de restrições informais - normas, convenções ou padrões individuais de honestidade, por exemplo - têm as mesmas fontes das mudanças no sistema de ensino ou de preços relativos, mas ocorrem muito mais gradativamente e às vezes de forma subconsciente, à medida que as pessoas desenvolvem padrões alternativos de comportamento condizentes com sua nova avaliação dos custos e benefícios.” (NORTH, 2006, p.15)

a e *c* (flechas), respectivamente. Em *b* e *d*, têm-se ações estratégicas secundárias das organizações sobre o ambiente institucional e indivíduos (flechas pontilhadas).

Figura 1 – Esquema de três níveis de Williamson.



Fonte: WILLIAMSON (1996) apud SAES (2000, p. 168)

Mas como as alterações institucionais ocorrem? Como comentado precedentemente, o ambiente institucional determina a estrutura de incentivos que indica os tipos de habilidades que produzem ganhos para as organizações. Notoriamente, a interação entre organizações e instituições acontece num ambiente de competição. Este obriga as organizações a investirem em habilidades para a obtenção de certas vantagens. Consequentemente, os agentes têm a sua percepção influenciada por essas novas habilidades, que deriva dos construtos mentais dos indivíduos. Em decorrência desses aspectos, a busca por economias de escala e de escopo, as complementaridades e as externalidades, fazem com que a mudança institucional seja incremental.

As fontes de mudança são oportunidades percebidas pelos empresários. Derivam de mudanças externas no meio ambiente ou da aquisição de conhecimentos ou habilidades que, dados os construtos mentais dos atores, sugerem novas oportunidades. O empresário em geral pesa as potenciais vantagens de uma reformulação de contratos no arcabouço institucional existente contra o retorno obtido do investimento de recursos na reforma desse arcabouço. O poder de barganha e a incidência de custos de transação são diferentes na política e na economia. Caso contrário, não valeria a pena os diversos grupos transferirem as questões para a arena política. Assim, os empresários que se vêem e às suas organizações como perdedores relativos (ou absolutos) no intercâmbio econômico, em consequência da estrutura de preços relativos vigente, podem lançar mão do processo político para corrigir seus erros percebidos, através da alteração da estrutura de preços relativos. De qualquer forma, as percepções do empresário - certas ou erradas - são as fontes básicas da mudança. (North, 2006, p.15)

No ambiente de análise da NEI, de modo geral, o ponto de partida consiste nas regras formais. Estas, além de influenciar o surgimento e a utilização de novas tecnologias, norteiam o estabelecimento de direitos de propriedade. Por sua vez, a tecnologia dita a intensidade dos custos de transformação (ou de produção na teoria neoclássica tradicional) e a necessidade de se fazer valer os direitos de propriedade resulta nos custos de transação. Logo, a união destes determina o nível dos custos de produção³ e,

³ Além destes, há o Governo e as regras informais. Estas não fazem par-

portanto, ao buscar influenciar o ambiente institucional, as organizações acabam por almejar a elevação de lucros por meio da redução dos custos de transação.

Desenvolvimento e saúde: complexo industrial da saúde

Esta subseção destaca algumas das contribuições dadas por Araújo (1975) e Gadelha (2003), haja vista a relevância e a característica de continuidade que ambos os trabalhos apresentam. O fenômeno desenvolvimento econômico traz implícito, em seu contexto característico, a importância do setor saúde, haja vista a improvável imaginação ou verificação de uma evolução do nível de bem-estar acompanhada de intensidade contrária dos padrões de saúde de determinada sociedade. Assim, o dispêndio de recursos nesse setor pode ser interpretado como investimento ou como gastos relacionados a consumo, o que significa defender a ideia de que a saúde promove o desenvolvimento ou é resultado deste, reflexo da elevação da possibilidade que a nação desenvolvida tem em realizar maiores gastos voltados a ela.

A literatura acadêmica apresenta trabalhos cuja essência acaba por se voltar às duas formas de interpretação, o que gera uma indefinição e, portanto, torna a afirmação de que o bem-estar social tende a ser resultado da maximização da perfeita interação entre desenvolvimento e saúde em um presumível atalho para a obtenção de níveis ótimos de ambos. Desse modo, Araújo (1975) teve como objetivo realizar uma revisão de literatura acerca da

te do arcabouço analítico da NEI e aquele tem sido incluído em determinados trabalhos, tendo em vista que consiste num agente que pode influenciar o ambiente de regras formais e, conseqüentemente, favorecer determinadas organizações. Assim, a inclusão do Governo e das regras informais resulta no ambiente de estudo do “velho” institucionalismo. Já a tecnologia e os custos de transformação consistem no foco de análise microeconômica tradicional.

produção acadêmica ligada à saúde e ao desenvolvimento, tendo em conta que o respectivo autor, ao participar de mesa redonda no Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, cujo tema residiu em aspectos econômicos da saúde, percebeu certo nível relevante de falta de conhecimento de publicações acerca do tema, o que o motivou a fazer esse tipo de pesquisa.

Dentre os trabalhos que compuseram a pesquisa, as contribuições de Myrdal (1952) e Fein (1964) são destacadas. Por meio da teoria da causação circular acumulativa, Myrdal explicou que, devido ao fato de os setores estarem interligados, a caracterização econômica de determinado ambiente tende a se expandir em detrimento de alterações de um ou mais setores. Essa expansão pode ocorrer de forma positiva, mas caso setores sofram mudanças de forma isolada, os resultados na estrutura social podem ser desastrosos. Citou como exemplo os gastos em saúde e concluiu que, se realizados, devem ser acompanhados da destinação de recursos para outros setores que ajam paralelamente aos possíveis resultados de melhoria da saúde populacional. Caso contrário, o produto dessa melhora, representado pelo aumento populacional, propende a acarretar necessidades que não serão supridas pelo ambiente econômico, representando, portanto, um desvio de finalidade desses gastos. Assim, entende que a destinação de recursos para a saúde é importante, mas deve ocorrer como resultado do desenvolvimento econômico.

Com uma visão relativamente contrária a de Myrdal (1952), Fein (1964), com base em revisão de vários estudos que destacaram o valor econômico da vida humana, também procurou descrever relações entre os programas de saúde e o desenvolvimento econômico. Explicou que os respectivos programas em países subdesenvolvidos podem resultar em efeitos de difícil percepção, haja vista a

presença de alterações em diversos segmentos econômicos, o que possui ligação ao ponto de vista de Myrdal (1952), no sentido de que não devem ocorrer investimentos isolados em determinado setor. Assim, a saúde por si só, não gera o desenvolvimento, mas acompanhada de outros gastos propicia melhor bem-estar, o que traz a ideia de interação.

No entanto, outro aspecto estudado por Fein (1964), a repercussão negativa do crescimento populacional em relação ao bem-estar social, proveniente de uma provável diminuição do PIB *per capita*, é amplamente desabonado por ele. Argumenta que o aumento vegetativo da população, refletido pela melhora da saúde, é acompanhada por outros fenômenos que anulam o suposto resultado prejudicial ao desenvolvimento. Neste ambiente, há uma provável diminuição da morbidade, o que tende a refletir positivamente no produto da economia. À vista disso, a ideia de que o aumento da população significa, simplesmente, maior nível de necessidade de alimentação, é discutível.

Por fim, Fein (1964) incluiu a educação em sua análise, haja vista a ocorrência de uma aceitação geral de que ela contribuiu positivamente com o desenvolvimento e, por conta disso, questionou os efeitos da doença no processo de aprendizagem, reflexo da falta de informações consistentes acerca dessa relação.

Por ser caracterizado pela geração de investimento, emprego e renda, provenientes da inovação e acumulação de capital, de acordo com Gadelha (2003, p.523), o setor saúde consiste num *locus* de desenvolvimento. Além disso, imediatamente explica que o respectivo setor consiste numa “área que requer uma forte presença do Estado e da sociedade para compensar as forças de geração de assimetrias e de desigualdade associadas à operação de estratégias empresariais e de mercado”. Em adição, Folland, Goodman e Stafano (2008, p.516) descrevem que a

intervenção estatal “ocorre principalmente através de três atividades: provisão, redistribuição e regulamentação de bens e serviços.”

De acordo com Gadelha (2003), o setor de saúde consiste num complexo, composto por atividades industriais e de prestação de serviços. Nestas, estão inseridas os hospitais, os ambulatórios e os serviços de diagnóstico e tratamento. Aquelas são divididas em: indústrias de base química e biotecnologia⁴ e indústrias de base mecânica, eletrônica e de materiais.⁵ Assim, procura esclarecer que as bases que tornam o respectivo setor um *locus* de desenvolvimento, tendo em vista que é formado por um ambiente de atividades de objetivo quantitativo e qualitativo voltadas a repercutir favoravelmente à melhora econômica e social.

A respectiva caracterização mostra que no setor de saúde a existência de espaço de acumulação de capital, de inovação e as oportunidades de investimento, renda e emprego, o tornam um *locus* essencial de desenvolvimento. No entanto, assimetrias de interesse geram conflitos que resultam na importância de interferência do Estado para evitar ou minimizar os entraves resultantes.

Diante disso, além de atividades voltadas à questão humanitária, o setor de saúde possui outras que buscam o aumento de riqueza, o que reflete uma tendência, digamos, de conflitos de conveniências ou a ocorrência de decisões com resultados de interesses heterogêneos entre os componentes do complexo, que acabam por gerar a ação do Estado no intuito de minimizar possíveis efeitos contraproducentes ao desenvolvimento econômico,

⁴ Constituídas pelas de fármacos e medicamentos, vacinas, hemoderivados e reagentes para diagnósticos.

⁵ Compostas pelas atividades de produção de equipamentos mecânicos, equipamentos eletroeletrônicos, próteses e órteses e materiais de consumo.

provenientes da interação entre os integrantes do complexo industrial da saúde.

Gadelha (2003) descreve a respeito dessa ação do Estado. Verifica que os setores industriais são qualificados como de dimensão econômica e os prestadores de serviços como de dimensão socio sanitária. Estes dinamizam o processo, haja vista que possuem uma relação direta com a população, que consiste na força propulsora do complexo. Aqueles, por meio de processos de inovação e acumulação, buscam maximizar a eficiência econômica. Como de um lado há como principal objetivo a geração de riqueza e de outro essa meta possui menor intensidade,⁶ surgem *trade-offs* que impedem a interação entre ambos os setores. Assim, o Estado deve agir no sentido de impedir prejuízos ao bem-estar social resultante da possível relação conflituosa entre eles.

De mais a mais, complexo industrial da saúde pode ser entendido como um ambiente em que agentes com finalidades heterogêneas interagem por meio da observação e interferência do Estado. Assim, por meio de bases institucionais formais, o agente governamental interfere no ambiente de interação entre ofertantes e demandantes dos serviços de saúde com o intuito de minimizar os entraves provenientes das respectivas transações, como é o caso do setor de saúde complementar.

Resultados e discussão

Esta parte do trabalho busca contextualizar alguns dos indícios de prováveis interações entre organizações e instituições no ambiente caracterizado pela atuação do setor de assistência suplementar de saúde no Brasil, no

⁶ Ou nenhuma, no caso da população, que busca a maximização qualitativa proveniente dos serviços do setor de saúde.

sentido de verificar evidências que resultem na percepção de mudanças de “regras” provenientes de uma provável influência dos “jogadores”. Por conta disso, principalmente com base em informações obtidas junto à ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, a seção está dividida em três partes: inicialmente, aspectos relacionados à composição do ambiente organizacional são destacados. Em seguida, o ambiente institucional que norteia o comportamento e ações dessas organizações é focado e, por fim, a seção é finalizada com o desenvolvimento de uma possível resposta à questão principal do trabalho.

A Assistência Suplementar no Brasil: os “jogadores”

Como já mencionado, por meio de North (2006), os jogadores consistem nas organizações, que, além de atuarem de acordo com ambiente institucional a que estão inseridas, são formadas por grupos de indivíduos que possuem determinado fim em comum. No contexto da assistência suplementar de saúde, a organização (operadora de plano de saúde) consiste em

[...] pessoa jurídica constituída sob a modalidade empresarial, associação, fundação, cooperativa, ou entidade de autogestão, obrigatoriamente registrada na ANS, que opera ou comercializa planos privados de assistência à saúde. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2013, p.45)

A Tabela 1 traz o progresso, em termos de quantidade, do ambiente organizacional das operadoras de planos privados de saúde no Brasil. Uma breve observação nos dados mostra que houve uma diminuição na quantidade de operadoras que ofertam planos privados de saúde no Brasil.

No período destacado, o ano 2000 foi o único em que ocorreu um maior número de novos registros em relação à quantidade de cancelamento.

Em 2002, foi verificada a maior diferença entre a quantidade de cancelamentos, reflexo da ultrapassagem de 300 unidades, e a realização de novos registros, que consistiu em 17. Obviamente, a constante superioridade do número de cancelamentos em relação aos novos registros, resultou na diminuição da quantidade de registros de organizações ofertantes de planos de saúde, sendo que no caso das operadoras em atividade, ocorreu uma queda de 1.152.

Tabela 1 – Evolução do registro de operadoras de planos privados de saúde (Brasil – dez/1999 – set/2013)

Ano	Registros novos (1)	Registros cancelados (1) Total	Operadoras em atividade (3)			Operadoras com beneficiários (4)		
			Total	Médico-hospitalares	Exclusivamente odontológicas	Total	Médico-hospitalares	Exclusivamente odontológicas
Até dez/99	2 825	186	2 639	1 967	672	1 838	1 380	441
dez/00	235	151	2 723	2 002	721	1 966	1 458	490
dez/01	143	157	2 709	1 990	719	1 969	1 456	505
dez/02	17	319	2 407	1 747	660	1 862	1 381	481
dez/03	35	169	2 273	1 646	627	1 814	1 345	469
dez/04	32	129	2 176	1 574	602	1 751	1 302	449
dez/05	30	117	2 089	1 522	567	1 657	1 242	415
dez/06	52	76	2 065	1 486	579	1 610	1 197	413
dez/07	62	199	1 928	1 375	553	1 576	1 168	408
dez/08	31	199	1 760	1 267	493	1 521	1 117	404
dez/09	34	101	1 693	1 214	479	1 477	1 087	390
dez/10	65	142	1 616	1 181	435	1 410	1 044	366
dez/11	56	74	1 598	1 171	427	1 369	1 006	363
dez/12	37	100	1 535	1 117	418	1 322	964	358
set/13 (2)	32	79	1 487	1 084	403	1 274	929	345

Fonte: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (2013, p.32 e 45).

- (1) Registros novos e cancelados no ano.
- (2) Operadoras com beneficiários incluem quatro operadoras médico-hospitalares que estavam ativas em setembro/2013 no momento da coleta de dados e cujos registros foram posteriormente cancelados.

- (3) Operadoras registradas com autorização de funcionamento na ANS. Pode haver operadoras em atividade, mas sem beneficiário cadastrado. O cálculo das operadoras em atividade é feito a partir da soma das operadoras em atividade no ano anterior, adicionando-se os registros novos e subtraindo-se os registros cancelados.
- (4) São operadoras em atividade, ou seja, registradas com autorização de funcionamento na ANS e com beneficiários cadastrados.

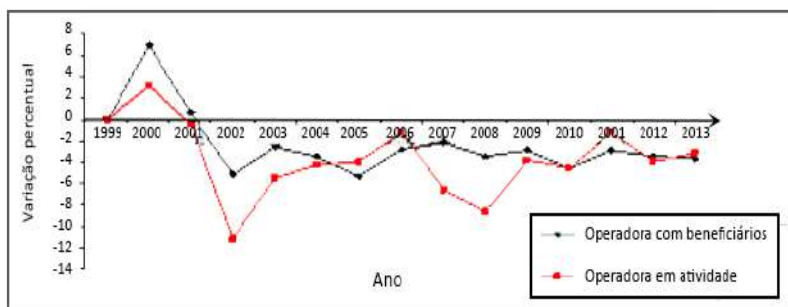
No que diz respeito às operadoras com beneficiários, foi percebido que a totalidade nos três primeiros anos do período não representa a soma entre as operadoras de planos médico-hospitalares e de planos odontológicos, que consistem em 1.821, 1.948 e 1.961, respectivamente, tendo em conta que o restante das informações totais é produto da respectiva soma. Houve, portanto, a queda de 547 registros dessas organizações.

A Figura 2 mostra a o desempenho do respectivo ambiente por meio de variação percentual, com a finalidade de deixar explícita a involução quantitativa demonstrada na Tabela 1. O início do período caracterizou-se pela elevação da quantidade de registros. No entanto, fica evidente a predominância reducente da respectiva variação, com a maior queda ocorrendo no ambiente organizacional das operadoras em atividades no ano de 2002. Também é observado que a diminuição das operadoras com beneficiários apresentou menor intensidade, tendo o ano de 2005 como o que ocorreu a maior redução. Por fim, entre 1999 e 2013, houve queda de cerca de 30% nas operadoras com beneficiários e de aproximadamente 44% nas em atividade.

Em termos de unidades da Federação, São Paulo possui a maior quantidade de operadoras, com um número superior a 300 unidades. No entanto, a maior parte do país

possui menos de 21 operadoras. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2013)

Figura 2 – Variação percentual da quantidade de organizações de planos de assistência suplementar de saúde no Brasil.



Fonte: Tabela 1

Contrariamente à quantidade de registros de operadoras de assistência suplementar de saúde, a variação do número de beneficiários dos planos ofertados pelas mesmas apresentou intensidade positiva. A Tabela 2 informa acerca da evolução da quantidade de consumidores de planos de assistência médica e odontológica, no período de 2003 a 2013. No caso dos beneficiários relacionados à assistência médica com ou sem odontologia, é presenciada a elevação de aproximadamente 17 milhões de consumidores.

Tabela 2 - Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil – dez/2003 – set/2013)

Ano	Beneficiários em planos privados de assistência médica com ou sem odontologia		Beneficiários em planos privados exclusivamente odontológicos	
	Quantidade	Δ%	Quantidade	Δ%
Dez/2003	32 074 667	1,8	4 325 568	17,6
Dez/2004	33 840 716	5,5	5 312 915	22,8
Dez/2005	35 441 349	4,7	6 204 404	16,8
Dez/2006	37 248 388	5,1	7 349 643	18,5
Dez/2007	39 316 313	5,6	9 164 386	24,7
Dez/2008	41 446 310	5,4	11 044 191	20,5
Dez/2009	42 556 797	2,7	13 253 679	20,0
Dez/2010	44 997 412	5,7	14 476 813	9,2
Dez/2011	46 299 636	2,9	16 904 963	16,8
Dez/2012	47 896 324	3,4	18 938 304	12,0
Set/2013	49 032 912	2,4	19 531 839	3,1

Fonte: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (2013, p.9).

Já a quantidade de brasileiros que contrataram planos de saúde privados, exclusivamente odontológico, aumentou em torno de 15 milhões. Importante destacar que em termos percentuais, a comparação entre ambas as variações resulta em comportamento bem distinto, de modo que houve crescimento de 52,9% dos que utilizam os planos com ou sem odontologia e de 351,6% dos que contrataram somente planos odontológicos. Os anos de maior variação foram os de 2010 (com ou sem odontologia)

e de 2007 (exclusivamente odontológico), cujos resultados foram 5,7% e 24,7%, respectivamente.

Outro aspecto relevante consiste na verificação do percentual da população brasileira que passou a ser atendida pelas respectivas organizações, isto é, aqueles que buscam amenizar por meio do setor privado os efeitos perversos de possíveis perdas do estoque de saúde, tendo em vista que demonstram uma provável reprovação à capacidade e à qualidade do atendimento público de saúde.

De mais a mais, a Tabela 3 mostra a taxa de cobertura pelos planos privados de saúde entre 2003 e 2013. Fica constatado que houve crescimento em todos os anos do período destacado nos dois tipos de beneficiários.

Tabela 3 - Taxa de cobertura (%) por planos privados de saúde (Brasil - 2003-2013)

(continuação)

Ano	Beneficiários em planos privados de assistência médica com ou sem odontologia	Beneficiários em planos privados exclusivamente odontológicos
Mar/2003	35,5	4,2
Mar/2004	35,9	4,9
Mar/2005	36,6	5,8
Mar/2006	38,2	6,5
Mar/2007	39,3	7,6
Mar/2008	41,8	9,7
Mar/2009	43,2	11,4
Mar/2010	45	14

(conclusão)

Mar/2011	47,3	15,5
Mar/2012	47,9	17,8
Mar/2013	49,5	19,5
Mar/2014	51,3	20,8

Fonte: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (2015, p.1).

Assim, o período terminou com cerca de 50% da população brasileira atendida por um plano privado de assistência médica com ou sem odontologia e em torno de 20% com um plano exclusivamente odontológico.

Limitações à Ação dos “Jogadores”: algumas regras

Em parte anterior, o trabalho focou o estabelecimento da legalidade da ação do Estado no ambiente econômico e destacou o caso das agências reguladoras como instrumentos de norteamto, fiscalização e, caso necessário, punição, voltados ao cumprimento das ações estabelecidas como favoráveis à sociedade.

Como abordado na segunda seção, o ambiente institucional possui relevância na geração de eficiência econômica. Como definido por North (2006), basicamente as regras formais e informais formam o respectivo ambiente. Apesar de o foco do trabalho residir naquelas, isso não representa a ausência de importância destas, haja vista que mudanças de comportamento das pessoas, por exemplo, obviamente influenciam na eficiência do sistema econômico, apesar da tendência de ocorrer de forma mais gradativa.

A abordagem, portanto, de algumas das bases do arcabouço institucional norteador do setor de assistência suplementar de saúde no Brasil tem como ponto de partida a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988⁷, mais especificamente, no artigo 196, que decreta que “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. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1988) Caracterizada como constituição econômica, pois possui os respectivos aspectos em seu corpo, a carta de 1988 deixa explícita a preocupação social relacionada à saúde por parte do legislador, que acaba por decretar a respectiva responsabilidade de promoção ao Estado, de forma que, teoricamente, não haja empecilhos e disparidades na acessibilidade por parte de população.

As formas de o Estado possibilitar a maximização de bem-estar social podem ocorrer por meio de ações diretas e indiretas, isto é, ele pode ser o produtor de determinado bem ou serviço, ou passar ao setor privado tal responsabilidade e interferir nos momentos em que haja a necessidade de proteção dos interesses sociais da coletividade. Com relação ao ambiente de promoção da saúde, a carta magna brasileira estabelece no artigo 197 que “são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado”, (BRASIL, 1998) ou seja, a responsabilidade do Estado promover a saúde não significa que somente ele

⁷ Importante destacar que os serviços privados de assistência à saúde no Brasil surgiram no final da década de 60 sob a forma de planos de assistência médica e, na década de 70, houve a sedimentação dos chamados seguros-saúde.

deve atuar diretamente, ele também pode oportunizar ao setor privado e cuidar para que os resultados não sofram desvios de finalidades sociais.

Visto que a carta magna possibilita a contribuição do setor privado na promoção da saúde, não poderia ser diferente para o caso de viabilizar a atuação dele no oferecimento de assistência suplementar de saúde. Assim, o artigo constitucional 199 (BRASIL, 1998) estabelece que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada”. Além disso, complementa por meio do parágrafo primeiro que “as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.”

Em vista dos mecanismos constitucionais abordados, que podem ser interpretados como base do ambiente institucional centralizado pelo trabalho, é presenciada a necessidade de regras específicas, isto é, voltadas ao direito e obrigações das organizações ofertantes de assistência suplementar de saúde, que é suprimida pelas Leis 8.078/90⁸ e 9.656/98.⁹

O Código de Defesa do Consumidor (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1990) estabelece em seu segundo artigo que “consumidor é toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final”. No quarto artigo, a respectiva lei conceitua fornecedor como “toda pessoa física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como os entes despersonalizados, que desenvolvem atividade de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização

⁸ Brasil. Presidência da República (1990).

⁹ Brasil. Presidência da República (1998).

de produtos ou prestação de serviços”. Direcionando ao ambiente foco do trabalho, os beneficiários dos planos de saúde acabam por se caracterizar como consumidores e as organizações como fornecedores, independentemente se possuem fins lucrativos, haja vista o entendimento do Superior Tribunal de Justiça, ao recomendar que

[...] a relação de consumo caracteriza-se pelo objeto contratado, no caso a cobertura médico-hospitalar, sendo desinfluyente a natureza jurídica da entidade que presta os serviços, ainda que se diga sem caráter lucrativo, mas que mantém plano de saúde remunerado.¹⁰

Como produto imediato dessa interpretação, surge a não coerência de operadoras argumentarem, no caso de possuírem natureza jurídica não lucrativa, que não possam ser atuadas com base no Código de Defesa do Consumidor, fato que vinha a ocorrer em ações contra as respectivas operadoras e pode ser entendido como uma espécie de choque entre organizações e instituições.

Por se tratar de um instrumental de regras norteador das relações contratuais entre consumidores e fornecedores dos mais variados ramos de atividades, a necessidade de uma legislação específica resultou na Lei 9.656/98. (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1998) No primeiro artigo, a respectiva lei caracteriza as organizações que são submetidas a ela. Vejamos os esclarecimentos iniciais.

§ Art. 1.º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua

¹⁰ REsp 469.911/SP, Rel. Ministro ALDIR PASSARINHO JÚNIOR, DJe 10/03/2008. (Grifo nosso)

atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós- estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo;

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1998, p.1)

Deste modo, a respectiva instituição caracteriza o ambiente ofertante de assistência suplementar à saúde, considerando-se a discriminação das especificidades relacionadas aos planos privados, às operadoras e à denominação dada ao conjunto de contratos necessários ao

cumprimento de direitos e deveres contidos na transação, definida como carteira. Por meio do estabelecimento dessas particularidades, ficam definidas bases iniciais para o surgimento e atuação dessas organizações, como abordado na segunda seção.

No final do inciso terceiro, o texto chama a atenção para situações contidas no primeiro parágrafo que, basicamente, retrata acerca do órgão responsável pelo acompanhamento dos reflexos provenientes da interação entre operadoras e beneficiários. Especificamente, tem-se que:

§ 1.º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:

- a) custeio de despesas;
- b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
- c) reembolso de despesas;
- d) mecanismos de regulação;
- e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
- f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1998, p.1)

O respectivo parágrafo identifica a preocupação do Estado com entraves que possam surgir no ambiente

transacional entre os agentes, tendo em vista o amplo conteúdo de ações estipuladas como de responsabilidade da ANS.¹¹ Sendo assim, é percebida a retórica de que em setores de suma importância social, o Estado pode optar em se abster de atuar diretamente, o que não significa um abandono a favor da iniciativa privada, pois ele agirá indiretamente por meio de instituições que tornam legais a sua interferência ou a sua ação de regulação. No caso específico do setor de assistência suplementar de saúde:

Em termos gerais, a regulamentação visava corrigir e atenuar as falhas do mercado, como a assimetria de informações entre clientes, operadoras e provedores de serviços e a seleção de riscos. A seleção dava-se da parte das empresas de planos – que preferem oferecer cobertura para os riscos menores – e, por parte de clientes, – que tendem a adquirir seguros e planos em razão de já apresentarem um problema (seleção adversa) e a consumir mais serviços em função das coberturas dos planos (risco moral ou moral hazard). (BAHIA; VIANA, 2002, p.13)

O oportunismo, que consiste em um dos fundamentos na NEI, caracteriza-se, portanto, como uma das justificativas da necessidade de regulação do setor, considerando-se os custos de transação provenientes dele. Assim, esse tipo de comportamento está ligado aos beneficiários e às operadoras, o que torna mais complexa a sua minimização e eleva a importância do papel da agência.

Como naturalmente a grande maioria da população é impossibilitada de realizar o seu próprio atendimento

¹¹ Apesar da Lei 9.656/98 caracterizar o ambiente de atuação da ANS, a respectiva agência reguladora foi criada cerca de dois anos depois, por meio da lei contida em Brasil (2000).

de saúde,¹² ou na linguagem utilizada pela NEI, se integrar verticalmente, necessita recorrer ao mercado para amenizar os efeitos do natural desgaste do seu estoque de saúde. Com isso, a tendência do surgimento de efeitos perversos, provenientes da racionalidade limitada, reflete a necessidade do mecanismo contratual como fator de minimização de atos oportunistas.

No entanto, constantemente são presenciadas situações de conflitos jurídicos entre beneficiários e operadoras, cuja essência pode residir do descumprimento contratual ou de falhas no estabelecimento das cláusulas do contrato, reflexo da racionalidade limitada e, portanto, da assimetria de informações, vindo a resultar em oportunismo.

Não obstante, os casos em que os beneficiários consistem na parte prejudicada é que, geralmente, possuem maior repercussão, o que torna fundamental a maximização de conceituação positiva, por parte dos beneficiários, em relação às operadoras, para estas terem melhores possibilidades de permanência no mercado. Em vista disso, a ANS publicou pesquisa ligada à satisfação dos consumidores de planos de saúde que são clientes de 89 operadoras, ou seja, uma população de 17 milhões de beneficiários.

Do total de 419 operadoras que poderiam ter participado da pesquisa, 256 optaram por aderir e conhecer o grau de satisfação dos seus beneficiários. Das 256 que se propuseram a realizar a pesquisa, apenas 120 conseguiram concluir a coleta de dados e realizaram o total de entrevistas estabelecido no tamanho da

¹² Foi utilizado o termo *maioria por entender-se que um médico, por exemplo, tem a possibilidade de realizar determinados tipos de autoatendimento, ou seja, se integrar horizontalmente.*

amostra. Dentre estas 120 que concluíram a pesquisa, 89 foram aprovadas na auditoria. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2014, p.6)

De forma geral, dos cerca de 70 mil entrevistados, a maioria se caracterizou como satisfeita com o plano de saúde que possui, isto é, 86,5%. Destes, 10,1%, disseram estar muito satisfeitas, e 3,4% indiferentes, sendo que 89,15% informaram que utilizaram o plano de saúde nos últimos 12 meses.

Apesar dos resultados positivos obtidos na respectiva pesquisa, foi avaliada uma quantidade de operadoras que não permite conclusões acerca de todo o setor. A própria AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (2014, p.6) comenta que

[...] é importante destacar que os resultados apresentados nesta pesquisa representam a população de beneficiários – 17 milhões de consumidores das 89 operadoras analisadas. Dessa forma, não podem ser interpretados como resultados de todo o setor.

A justificativa do destaque da respectiva pesquisa reside no fato da importância que existe na opinião dos indivíduos para o comportamento das organizações, dado um determinado ambiente institucional. Quanto maior o nível de exigência dos beneficiários, maior a tendência de as operadoras buscarem influenciar o ambiente institucional no sentido de ocorrer mudanças que as beneficiem. Assim, apesar de a pesquisa destacar a opinião positiva quanto à satisfação dos usuários de planos de saúde, a ressalva levantada fica a contento de casos que desabonam o comportamento e a credibilidade de determinadas

operadoras, como aqueles resultantes da negação de determinados tipos de atendimento, e/ou coberturas, e que, conseqüentemente, geram elevadas multas às organizações.

Um possível caso de alteração de regras por meio da ação dos jogadores: a medida provisória 627/13

Em parte anterior, o trabalho destacou alguns dos aspectos característicos da NEI, que são resumidos em fundamentos transacionais e comportamentais. Os primeiros relacionados à existência de custos na utilização do mecanismo de preços (mercado) e de instituições como dispositivos que contribuem para a geração de eficiência econômica. Os segundos consistem na racionalidade limitada e no oportunismo, tendo em conta que as limitações cognitivas que o ser humano possui o impossibilitam de absorver e processar todas as informações de forma plena, o que pode resultar em atos oportunistas no ambiente transacional e, portanto, ineficiências econômicas.

Por conta desse contexto, a limitação racional dos agentes faz com que a elaboração de contratos seja um mecanismo parcialmente eficaz na busca pela minimização do oportunismo, o que os caracteriza como incompletos. Assim, a característica que os agentes possuem de buscar a racionalidade nas transações e formatá-la na forma de contratos também depende de um arcabouço institucional que cria as condições necessárias para a maximização dos cumprimentos contratuais.

As organizações, no entanto, como já citado por North (2006), podem buscar mudar o ambiente institucional por meio da possibilidade de influência que possuem com o ambiente político. No caso do setor de assistência suplementar à saúde, as infrações (ou quebras

contratuais) realizadas pelas operadoras têm substancial nível de punibilidade, que se resume na imposição de multas por parte da ANS. Os artigos 25 e 27, contidos em Brasil (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. 1998, p.1), tratam das infrações e multas, respectivamente.

Art. 25. As infrações dos dispositivos desta Lei e de seus regulamentos, bem como aos dispositivos dos contratos firmados, a qualquer tempo, entre operadoras e usuários de planos privados de assistência à saúde, sujeitam a operadora dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1.º do art. 1.º desta Lei, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados às seguintes penalidades, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente: (Vigência)

I - advertência;

II - multa pecuniária;

III - suspensão do exercício do cargo;

IV - inabilitação temporária para exercício de cargos em operadoras de planos de assistência à saúde;

V - inabilitação permanente para exercício de cargos de direção ou em conselhos das operadoras a que se refere esta Lei, bem como em entidades de previdência privada, sociedades seguradoras, corretoras de seguros e instituições financeiras.

VI - cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora.

Art. 27. A multa de que trata o art. 25 será fixada e aplicada pela ANS no âmbito de suas atribuições, com valor não inferior a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou prestadora de serviço

e a gravidade da infração, ressalvado o disposto no § 6.o do art. 19.

Os incisos do artigo 25 mostram a composição do ambiente de punições a que estão sujeitas as operadoras e seus dirigentes, que vai da advertência até o cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora. Nesse intervalo, entre outros mecanismos de punibilidade, tem-se a multa, que possui o valor monetário discriminado no artigo 27, cujo intervalo possui o limite inferior de cinco mil reais e o superior de um milhão de reais.

Recentemente, esse ambiente institucional passou por possibilidade de alteração. Foi incluído, por parte da Câmara dos Deputados, na Medida Provisória 627/13, cujo tema central reside na alteração da legislação tributária, artigos que mudam a intensidade dos valores relacionados às multas aplicadas como punição às infrações cometidas pelas operadoras de planos de saúde. O respectivo texto, mais especificamente, no artigo 101, buscou alterar os artigos 25 e 27 mencionados ao informar que:

Art. 101. A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 25. O descumprimento dos dispositivos previstos nesta Lei e em seus regulamentos, bem como dos dispositivos dos contratos firmados, a qualquer tempo, entre operadoras e usuários de planos privados de assistência à saúde, caracterizará prática infrativa, conforme indicadores de fiscalização estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde – ANS, sujeitando a operadora dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos,

consultivos, fiscais e assemelhados às seguintes penalidades, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente:” (NR)¹³

“Art. 27.

.....

§ 2º No caso de 2 (duas) ou mais infrações da mesma natureza, em período inferior a 1 (um) semestre-calendário, praticadas até 31 de dezembro de 2014, aplica-se a pena de 1 (uma) única infração, se iguais, ou a mais grave, se diferentes, a qual deverá ser aumentada em até 20 (vinte) vezes, observados o valor da multa definido em regulamento e os seguintes parâmetros de proporcionalidade:

I – de 2 (duas) a 50 (cinquenta) infrações, 2 (duas) vezes;

II – de 51 (cinquenta e uma) a 100 (cem) infrações, 4 (quatro) vezes;

III – de 101 (cento e uma) a 250 (duzentos e cinquenta) infrações, 8 (oito) vezes;

IV – de 251 (duzentos e cinquenta e uma) a 500 (quinhentas) infrações, 12 (doze) vezes;

V – de 501 (quinhentas e uma) a 1.000 (mil) infrações, 16 (dezesesseis) vezes;

VI – acima de 1.000 (mil) infrações, 20 (vinte) vezes.” (NR). (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2002, p.1)

A tentativa de alteração gerou reações por parte dos mais variados segmentos da sociedade, devido à ideia de anistia das infrações cometidas e à espécie de incentivo para a quebra de contratos que a mudança representava e, conseqüentemente, foi vetada pela presidente da República. Como exemplo, pode ser imaginado o caso em

¹³ Segundo Brasil (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2002, art. 24, VII) “o artigo com alteração de redação, supressão ou acréscimo no caput ou em seus desdobramentos deve ser identificado, somente ao final da última unidade, com as letras “NR” maiúsculas, entre parênteses”

que determinada operadora cometa 10 infrações num semestre, cujo valor de cada fique em R\$ 5 mil. Pelo ambiente institucional atual, a multa resultaria em R\$ 50 mil. No novo ambiente que se busca criar, a penalidade acarretaria R\$ 10 mil, segundo o inciso I do segundo parágrafo do artigo 27. Se ela, portanto, cometer 50 infrações, o valor da multa continuará em R\$ 10 mil. Segundo André Lopes, assessor chefe do Procon de São Paulo, “na prática, o artigo é um franco estímulo à violação das normas que regem os planos. Vai sair mais barato descumprir as normas e dificultará a cobrança por parte dos órgãos de defesa do consumidor”.¹⁴ Ainda, o assessor comenta que “hoje, os planos de saúde, embora não tenham o maior volume de reclamações, são um tema que preocupa muito a defesa do consumidor. Vemos, de forma corriqueira, negativas de cobertura e reduções da rede credenciada.”

Gomes (2014, p.1) destacou o comentário do professor Mário Scheffer, do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, ao enfatizar que

[...] desde o ano passado, vêm se beneficiando os convênios médicos. Eles já se livraram da cobrança de PIS e Confins (relacionada ao trabalho e à seguridade social) e, recentemente, houve a indicação de um diretor para a ANS que é contra o ressarcimento do SUS (pelo atendimento de usuários de planos particulares).

Como um provável resultado da repercussão negativa, as respectivas alterações foram vetadas por Dilma Rousseff. No entanto, surgiram no Congresso Nacional, mais especificamente, na Câmara dos Deputados e obtiveram aprovação do legislativo. Como a principal

¹⁴ Em entrevista a Gomes (2014, p.1).

interpretação dada consistiu na tendência de queda na qualidade de serviços, resultado da quebra de contratos, o que poderia justificar a consolidação de uma lei que, a princípio, beneficiária um setor (as organizações de assistência suplementar de saúde) e geraria custo de repasse à sociedade, representado, principalmente, pela piora na qualidade da prestação de determinados serviços de saúde?

Na parte introdutória do trabalho, foi destacado em North (2006) que as instituições influenciam os objetivos e as estruturas das organizações. Se o sucesso depende de favores, decisões ou concessões políticas, as organizações terão como objetivo influenciar o Congresso e os órgãos governamentais responsáveis pelas políticas públicas que estruturam as condições institucionais para elas aumentarem os seus resultados. Assim, a legalidade da possibilidade de doação de recursos para campanhas eleitorais pode ser entendida como uma das causas, haja vista que fica improvável a imaginação de objetivos exógenos ao interesse individual predominarem como justificativa para uma organização oferecer tais valores.

Ao abordar o caso das eleições de 2006, Scheffer e Bahia (2011) verificaram a existência de montante relevante de recursos, provenientes de operadoras de planos de saúde, com destino a campanhas eleitorais na forma de doação, haja vista que a legislação brasileira permite tal mecanismo.

Os parlamentares se veem diante de variados “cardápios” de composição de interesses e agentes sociais. Geralmente, ocupam espaço na agenda dos parlamentares: a defesa dos programas partidários, os interesses das bases eleitorais regionais e locais, a

interlocução com o Poder Executivo, as demandas de movimentos específicos (gênero, patologias, deficiências físicas, discriminações étnicas, raciais, por orientação sexual etc.), mas também as reivindicações de grupos empresariais setorializados e a formulação da legislação sobre temas econômicos e sociais nacionais. (SCHEFFER; BAHIA, 2011, p.949)

O total de recursos doados por operadoras de planos de saúde, nas eleições de 2006, consistiu em mais de sete milhões de reais, no que diz respeito aos candidatos a deputado (federal e estadual) senador e governador. Além disso,

Foram identificadas, em 2006, doações contabilizadas de 62 empresas de planos de saúde. Ao se analisar por segmento de atuação dos planos de saúde, fica evidente a predominância da participação das cooperativas médicas, que foram responsáveis por 75,7% do total das doações, contra 24,3% das empresas de Medicina de Grupo. Também chama a atenção a completa ausência, nas doações contabilizadas, das seguradoras de saúde entre os doadores (Sul América, Bradesco etc.), talvez porque sejam apenas um ramo de empresas maiores que atuam com seguros em geral ou no mercado financeiro. (SCHEFFER; BAHIA, 2011, p.949)

No respectivo trabalho, os autores informaram que mais de 50% dos recursos doados por operadoras de planos de saúde, nas eleições de 2006, vieram de apenas três organizações, isto é, a Federação das Unimed do Estado

de São Paulo, a Unimed Cooperativa Médica e a Unimed do Estado do Paraná. Com intuito de realizar uma breve verificação do volume de doação nas últimas eleições, foi verificada, junto ao Tribunal Superior Eleitoral, a quantia de recursos que as respectivas empresas concederam nas campanhas eleitorais de 2012: a) a Federação das Unimed do Estado de São Paulo fez a doação de R\$ 2,44 milhões para deputados federais e R\$ 1,14 milhões para deputados estaduais; b) a Unimed Cooperativa Médica fez o repasse de R\$ 390 mil para deputados federais e R\$ 60 mil para senadores; c) a Unimed do Estado do Paraná doou R\$ 420 mil para deputados estaduais e R\$ 20 mil para senadores. (TRIBUNAL SUPERIOR ELEITORAL, 2014)

Como em 2006, no último período eleitoral a Federação das Unimed do Estado de São Paulo realizou um valor expressivo de doações, sendo que não houve repasse a candidatos ao senado. Já nos casos da Unimed Cooperativa Médica e a da Unimed do Estado do Paraná, não houve repasse para candidatos a deputado estadual.

Por conta do maior volume de doações para candidatos a deputado federal, foi verificado o percentual dos que receberam doações e foram eleitos. Dos candidatos que receberam doações da Federação das Unimed do Estado de São Paulo, 35% foram eleitos. No caso da Unimed Cooperativa Médica e a Unimed do Estado do Paraná, o percentual de candidatos foi de 20% e 80%, respectivamente.

Assim sendo, após a verificação dessas bases que dão sustentação à evidência de tentativa de mudança do ambiente institucional por ação, mesmo que indireta, dos jogadores, este artigo é finalizado com algumas considerações conclusivas.

Considerações finais

Fatigante é a imaginação de uma sociedade tida como desenvolvida sem a presença qualitativa dos efeitos procedentes de um setor de saúde eficiente. Da mesma forma, penosa é a tarefa de procura de evidências que deem a certeza de que é factível a existência de eficiência neste setor sem a existência do desenvolvimento. Considerando-se esta espécie de confronto de conclusões, o direcionamento da atenção para a interação entre ambos pode contribuir para a percepção e geração de mecanismos que maximizem a produção de bem-estar social.

A essência do texto residiu nesse direcionamento. Independentemente da utilização de indicadores, buscou realizar uma análise qualitativa do setor de assistência complementar à saúde por meio do arcabouço da NEI. Tendo em vista que além dos aspectos humanitários que veem à mente, ao se falar de saúde, o setor é composto por atividades que buscam o aumento de riqueza e, conseqüentemente, por meio de determinadas estratégias, os meios para a realização dos objetivos desses agentes podem refletir resultados desprezíveis para a coletividade. Assim, foi verificado que o Estado atua no intuito de minimizar esse ambiente de medidas que podem produzir efeitos negativos ao bem-estar da sociedade.

Com a utilização dos respectivos fundamentos teóricos, foi percebida a existência de evidências de uma possível ação indireta dos jogadores voltada à mudança de parte das regras do jogo, no sentido de limitar a ação do Estado ligada à minimização de quebra de contratos, por parte das operadoras, que resultam em prejuízos aos beneficiários. Como a mudança institucional focada propiciaria menores valores a serem pagos no caso da não prestação de serviços, poderia consistir num mecanismo

gerador de oportunismo e, portanto, de ineficiências transacionais e, obviamente, econômicas.

De forma geral, as evidências, que são solidificadas pela legalidade de certa interação financeira entre as respectivas organizações e candidatos a cargos públicos, principalmente aos do legislativo, por meio de doações para campanhas eleitorais, geraram certo tipo de relação, de modo que o ambiente institucional, caracterizado pela Lei 9.656/98, inicialmente norteia o surgimento das operadoras de planos de saúde, bem como as necessidades e exigências dos beneficiários. Num segundo momento, há uma possibilidade de alteração do ambiente institucional, no sentido de diminuição do nível de multas por quebras contratuais, por parte das operadoras, que tenderia a elevar a frequência desses atos e, conseqüentemente, aumentar os custos provenientes da racionalidade limitada, isto é, do estabelecimento de um arcabouço contratual que, por conta da mudança institucional, propicie o cumprimento das obrigações estabelecidas na transação.

Essa certa “união” entre direito e economia tende a propiciar um vasto ambiente de pesquisa científica, haja vista a presença dos dois ramos do conhecimento no dia a dia dos indivíduos e organizações, por meio da influência em suas decisões. Posto isto, recomenda-se a realização de novos trabalhos, voltados ao setor de saúde, que centrem a discussão nas relações entre indivíduos, organizações e normas, a julgar que somente o estabelecimento de condições propícias à maximização dos resultados provenientes dessa interação possibilitará eficiência no setor e, conseqüentemente, elevará a possibilidade de bem-estar que resulte da participação do desenvolvimento econômico.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos**. Rio de Janeiro: ANS, 2013. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/2013_mes12_caderno_informacao.pdf>. Acesso em: mai. 2014.

_____. **Perfil do setor: dados gerais**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/nossos-servicos/25-materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/227-dados-gerais>>. Acesso em: jun. 2015.

_____. **Relatório da pesquisa de satisfação dos beneficiários**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/informacoes_avaliacoes/psb/psb_relatorio_completo_pesquisa.pdf>. Acesso em: mai. 2014.

ARAÚJO, J.D. Saúde e desenvolvimento econômico: atualização de um tema. **Saúde Pública**, São Paulo, v.9, p.515-28, 1975.

ARROW, K.J. Uncertainty and the welfare economics of medical care. **The American Economic Review**, v. 53, n. 5, dez. 1963.

BAHIA, L.; VIANA, A.L. Introdução. In: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Regulação e saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2002. p.07-17. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_Serie_regulacao_e_saude_Vol_1.pdf>. Acesso em: 30 mai 2014.

BAIMAN, S. Agency research in managerial accounting: a survey. **Journal of Accounting Literature**, l: 154-213.

BRASIL. Presidência da República. **Mensagem n.º 111, de 13 de maio de 2014**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/Msg/VEP-111.htm>. Acesso em: 30 set 2015.

_____. **Decreto n.º 4.176, de março de 2002**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4176.htm>. Acesso em: 30 set 2015.

_____. **Lei n.º 9.961 de 28 de janeiro de 2000**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9961.htm>. Acesso em: 30 jun. 2014

_____. **Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm>. Acesso em: 30 jun 2014.

_____. **Lei n.º 8.078, de 11 de setembro de 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078.htm>. Acesso em: 30 jun 2014.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 30 jun 2014.

COASE, R. H. The nature of firm. **Economic**, New Series, v. 4, n. 16, p.386-405, 1937. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/2626876?seq=1#page_scan_tab_contents>. Acesso em: 30 jun 2014.

FEIN, R. Health programs and economic development. In: AXELROD, S. J. (Org.). **The economics of health and medical care: proceedings of the first Conference on the Economics of Health Services**. Ann Arbor: The University of Michigan, 1964. p.271-82.

FIANI, R. Teoria dos custos de transação. In: KUPFER, D.; HASENCLEVER, L. **Economia Industrial**: fundamentos teóricos e práticas no Brasil. Rio de Janeiro: Campus. 2002.

FOLLAND, S.; GOODMAN, A.C.; STANO, M. **A economia da saúde**. Porto Alegre: Bookman, 2008.

GADELHA, C.A.G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p.521-535. 2003.

GOMES, R. Entidades de consumidores contestam emenda que reduz multas de convênios. **Rede Brasil Atual**, p.1, 2014. Disponível em: <<http://www.redebrasilatual.com.br/cidadania/2014/04/mp-entidades-repudiam-medida-limita-multas-convenios-medicos-irregularidade>>. Acesso em: 01 mai 2014.

MYRDAL, G. Les aspects économiques de La santé. **Chron. Org. mond. Santé**, v.6, p.224-42, 1952.

NORTH, D.C. **Custos de transação, instituições e desempenho econômico**. Rio de Janeiro: Instituto Liberal, 2006.

_____. **Institutions, institutional change and economic performance**. Cambridge University Press, 1990. 152 p.

SAES, M. S.M. Organizações e instituições. In: ZYLBERSZTAJN, D.; NEVES, M. F. (Orgs.). **Economia e gestão dos negócios agroalimentares**. São Paulo: Pioneira, 2000. p.165-186.

SCHEFFER, M.; BAHIA, L. Representação política e interesses particulares na saúde: o caso do financiamento de campanhas eleitorais pelas empresas de planos de saúde privados no Brasil. **Interface (Botucatu)**, v. 15, n. 38, p.947-56, jul./set. 2011.

TRIBUNAL SUPERIOR ELEITORAL. **Consulta aos doadores e fornecedores de campanha de Candidatos**. Disponível em: <<http://inter01.tse.jus.br/spceweb.consulta.receitasdespesas2014/abrirTelaReceitasCandidato.action>>. Acesso em: 01 mai 2014.

WILLIAMSON, O. **As instituições econômicas do capitalismo**: firmas, mercados, relações contratuais. São Paulo: Pezco ditora, 2012.

_____. **The mechanisms of governance**. New York: Oxford University Press, 1996.

ANÁLISE DA POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA: O ACESSO MAIS EFICIENTE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

*Kalila Luize Balen Winkler¹
Maiara dos Santos Mascarello²*

Introdução

O acesso aos serviços de saúde pela população brasileira a partir da redemocratização passou a ser ofertado em grande parte pelo Estado. Seguindo a essência do Sistema Único de Saúde de universalidade, equidade e integralidade, adotou-se o Programa Saúde da Família – mais tarde chamado de Estratégia da Saúde da Família –, o qual surgiu a partir de um modelo assistencial baseado na atenção básica.

¹ Bolsista de Iniciação Científica na pesquisa intitulada “Avaliação e monitoramento dos custos da estratégia saúde da família: capacidade de promover desenvolvimento econômico sustentável nos municípios”, desenvolvida na Faculdade de Ciências Econômicas da UFRGS, coordenada por Janice Dornelles de Castro.

² Bolsista de Iniciação Científica na pesquisa intitulada “Avaliação e monitoramento dos custos da estratégia saúde da família: capacidade de promover desenvolvimento econômico sustentável nos municípios”, desenvolvida na Faculdade de Ciências Econômicas da UFRGS, coordenada por Janice Dornelles de Castro.

Métodos

Os objetivos específicos são: a) verificar a relação entre as taxas de internação por condições sensíveis e a taxa de cobertura da atenção básica, no período entre 1996-2013; b) analisar a evolução dos gastos estaduais na função saúde, no que se refere à atenção básica no período de 2002 a 2012.

Os dados para a realização do estudo foram obtidos em diversas fontes: (a) IBGE para os dados de população, (b) Ministério da Saúde, a partir do Sistema Informações de Orçamento Público de Saúde (SIOPS), para obter os dados de gasto *per capita* em Saúde, e do sistema SIAB (no DATASUS), onde foram coletados dados referentes às taxas e valores médios das internações, das hospitalizações de crianças menores de 5 anos por desidratação, número de casos de acidente vascular cerebral confirmados pelo médico e o número de consultas realizadas por residentes na área de abrangência do programa Estratégia da Saúde da Família.

O tratamento dos dados foi realizado da seguinte forma: na primeira etapa, para a população foram utilizados os dados referentes ao Censo de 2000 corrigidos para os anos subsequentes, usando a estimativa de crescimento do próprio IBGE. Os gastos *per capita* estaduais em saúde foram calculados a partir dos dados coletados no SIOPS e deflacionados pelo IGP-DI, ano base 2013.

Na segunda etapa do tratamento dos dados, foram coletados valores referentes às taxas de internação por condição sensível à atenção básica, valor médio das internações, taxa de cobertura da atenção básica e a hospitalização por desidratação em crianças menores de 5 anos no DATASUS para os vinte e seis estados mais o Distrito Federal. Em seguida, os valores foram agrupados de acordo

com as regiões nacionais: Sul, Sudeste, Centro-Oeste, Norte e Nordeste.

Resultados

Os resultados apontam, preliminarmente, para uma elevação de internações, mas nos períodos subsequentes, há uma redução e estabilização destas.

Tabela 1 - Percentual de internações por Condições Sensíveis à atenção primária em relação ao número total de internações, por regiões entre os anos de 1998 a 2012.

Ano	SUL	SUDESTE	CENTRO-OESTE	NORTE	NORDESTE	BRASIL
1998	27,7	22,5	26,3	27,6	25,4	24,1
2002	27,8	22	27,2	25,8	26,6	25
2003	28,2	22,6	29	25,5	26,4	25,3
2006	25,9	20,9	27	26,5	25,8	24
2010	22,4	18,6	23,6	26,2	24,1	21,8
2012	20,5	17,9	21,3	25,2	22,1	20,4

Fonte: Elaboração própria com informação do PROADESS, Fundação Oswaldo Cruz para Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde.

Na Região Sul a proporção de internações sensíveis à atenção básica, que se de boa qualidade, poderiam diminuir ou evitar hospitalizações, manteve uma média de 27,12% de 1998 ao ano de 2007, após esse período a proporção cai sistematicamente chegando a 7,12%. No Sudeste, no período de 1998 a 2006 a média foi de 21,79%, ocorrendo uma queda para 18%, após 2006. No Centro-Oeste houve uma diminuição de 27,44% para 21,3% em 2013. No mesmo ano, na Região Nordeste, ocorreu uma redução de 25,73% para

22,1% nas internações. A Região Norte foi onde a diminuição das internações foi menor, passando de 26,2% para 25,2% em 2013, destacando-se que nos estados do Amazonas e do Acre ocorreu o aumento desse percentual. A explicação para esse aumento pode ser o maior acesso aos serviços de atenção básica e a realização de diagnósticos que tem como consequência o crescimento das internações sensíveis a atenção básica, ou seja, o crescimento das internações é a expressão da demanda reprimida que havia na região.

Tabela 2 - Valores médios das internações totais por regiões entre os anos de 1996 a 2013.

Ano	SUL	SUDESTE	CENTRO-OESTE	NORTE	NORDESTE	BRASIL
1996	1.130,01	1.147,70	1.020,57	599,72	847,92	884,91
1998	1.258,61	1.295,40	1.112,01	707,37	944,58	994,75
2002	1.009,35	1.009,74	801,71	589,46	723,83	774,61
2006	1.086,89	1.047,80	839,18	637,11	795,46	830,65
2010	1.334,45	1.257,24	1.017,26	753,16	934,75	992,08
2013	1.349,69	1.228,82	987,06	691,65	965,06	979,25

Fonte: DATASUS/ SIAB – Ministério da Saúde. Valores a preços correntes de 2013, deflacionados pelo IGP-DI.

Os valores médios das internações totais por regiões elevaram-se em quatro delas, exceto no Centro-Oeste. A região que apresentou maior incremento foi o Sul, aumentando seu percentual em quase 20%. Comparando a média brasileira com a das regiões percebe-se que a região Norte apresenta valor abaixo da média em todo período analisado. A região Nordeste possui valores próximos à média nacional, embora sejam um pouco abaixo dela. O Centro-Oeste, por sua vez, também fica em torno da média, mas com valores levemente acima dela. As regiões Sul e Sudeste apresentam valores superiores à média nacional. As diferenças entre os valores médios do Sul e do Norte são superiores a 50% em todo período, contudo, essa

defasagem da região Norte vem diminuindo a partir de 2006.

Tabela 3 - Número de consultas médicas realizadas pela população que tem a cobertura da Estratégia Saúde da Família por regiões, entre os anos de 1998 a 2013.

Ano	SUL	SUDESTE	CENTRO-OESTE	NORTE	NORDESTE	BRASIL
1998	2.704.712	1.253.331	45.037	1.067.582	1.846.657	6.917.319
2000	6.916.538	7.819.524	1.262.656	1.866.873	12.670.895	30.536.487
2002	10.533.018	19.711.426	7.138.663	5.372.502	27.217.702	69.973.311
2006	20.758.727	36.398.904	8.607.332	7.693.226	42.259.274	115.717.463
2010	22.250.224	39.115.431	10.269.135	8.928.310	42.865.809	123.428.909
2013	23.524.508	46.103.474	10.375.680	8.724.772	40.273.675	129.002.109

Fonte: DATASUS/ SIAB – Ministério da Saúde.

O número de consultas médicas realizadas pela população que tem a cobertura da Estratégia Saúde da Família cresceu significativamente ao longo dos últimos catorze anos em todas as regiões. A que mais se destaca é o Centro-Oeste, onde aumentou mais de 230 vezes o número de consultas realizadas. As regiões Sudeste e Nordeste também tiveram uma grande elevação, multiplicando o número de consultas em 37 e 22, respectivamente. O Sul e o Norte também tiveram desempenho positivo, mas seus valores foram bem menores do que nas demais regiões, superando em oito vezes as consultas realizadas em 1998. É possível constatar que no Sul, a elevação ocorreu mais fortemente entre os anos de 2002 e 2006, como também nas regiões Sudeste e Nordeste. No Norte, foi entre os anos de 2000 e 2002 que houve um crescimento mais acentuado, onde quase triplicou o número de consultas realizadas. Para o Centro-Oeste, esse aumento vertiginoso ocorreu entre os anos de 1998 e 2000, chegando a aumentar em cerca de 28 vezes a marcação de consultas. Entretanto, mesmo com essa expressiva elevação no número de consultas médicas realizadas, não

se alcançou uma consulta médica realizada por habitante, em termos *per capita*. Em 1998, a região Norte apresentava quase 0,09 consultas *per capita*, enquanto o Sudeste tinha 0,05, o Nordeste e o Sul, 0,04 e o Centro-Oeste apenas 0,004. Ao longo dos anos, manteve-se a tendência de elevação neste dado e em 2013 a região Sul apresentava 0,8 consultas por habitante, seguido pelo Nordeste, Centro-Oeste com 0,7, o Sudeste e pelo Norte com 0,5 consultas *per capita*. A média brasileira saltou de 0,04, em 1998, para 0,64, em 2013. Contudo, ainda se está longe das 3 consultas *per capita* recomendadas pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº. 1101/GM de junho de 2002. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002)

Tabela 4 - Hospitalização por Desidratação em crianças menores de 5 anos e números de casos de Acidente Vascular Cerebral (AVC) confirmados por regiões entre os anos de 1998 a 2013.

(continuação)

Ano		1998	2002	2006	2010	2013
SUL	AVC	785	3.280	4.056	3.557	3.816
	Hosp. Desidratação	3.520	9.055	7.626	3.496	1.845
SUDESTE	AVC	887	10.689	19.632	12.373	13.311
	Hosp. Desidratação	2.063	12.275	11.900	5.182	3.576
CENTRO-OESTE	AVC	79	1.967	2.324	2.504	2.621
	Hosp. Desidratação	3.911	7.467	6.840	3.439	1.190
NORTE	AVC	142	1.134	1.135	1.240	1.100
	Hosp. Desidratação	6.614	10.534	8.967	7.192	2.410

(conclusão)

NORDESTE	AVC	700	7.906	10.253	11.263	10.552
	Hosp. Desidratação	17.995	43.782	34.534	13.943	8.373
BRASIL	AVC	2.593	24.976	37.400	30.937	31.400
	Hosp. Desidratação	34.103	83.113	69.867	33.252	17.394

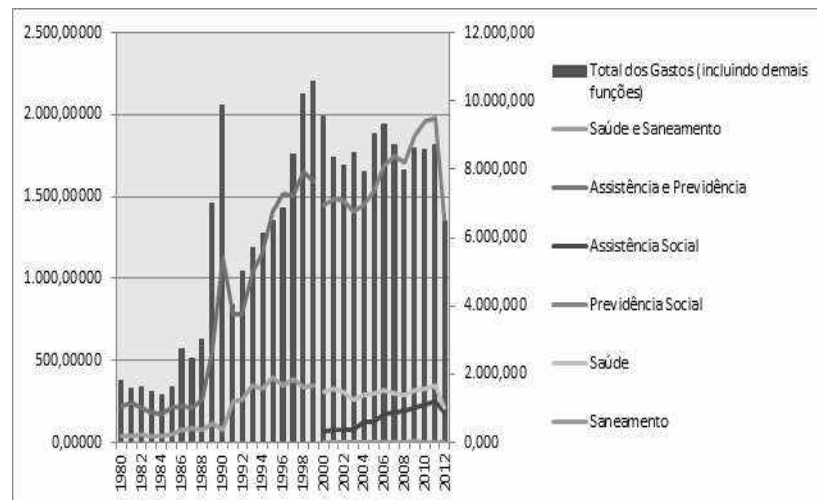
Fonte: DATASUS/ SIAB – Ministério da Saúde.

Quanto à ocorrência de acidente vascular cerebral, a tabela mostra que houve uma elevação dos casos registrados em todas as regiões do país, e mais significativamente no Centro-Oeste, passando de 79 casos para 2.621, seguido pelo Norte, onde aumentou quase oito vezes. As regiões Nordeste, Sul e Sudeste apresentavam, em 1998, valores próximos de casos. Entretanto, já em 2002, os valores do Nordeste e do Sudeste eram bem mais altos que os do Sul. O ápice dos casos registrados de AVC no Brasil ocorreu em 2006, ano no qual também foi o ponto alto da região do Sudeste com mais de 19 mil casos.

Em relação aos casos de hospitalização por desidratação de crianças menores de 5 anos, constata-se que entre os anos de 1998 e 2002 houve uma elevação dos casos em todas as regiões e nos períodos subsequente há uma redução nas hospitalizações por essa causa. Em 2013, apenas na região sudeste o número de hospitalizações por desidratação ficou acima dos casos registrados em 1998. O Nordeste era a região que, em 1998, tinha a maior incidência de casos de hospitalização por desidratação de crianças menores de 5 anos, com quase 18 mil casos; em 2002, chegou a registrar quase 44 mil casos, reduzindo para pouco mais de 8 mil casos em 2013. A região Sudeste, com menor incidência de casos em 1998, com cerca de 2 mil

hospitalizações, passou para 12 mil, mas chegou em 2013 com pouco mais de 3,5 mil casos.

Gráfico 1 – Gastos da União por funções relacionadas à saúde *per capita*.



Fonte: Gastos Tesouro Nacional e População IPEADATA(IBGE).

Entre os anos de 1980 a 1998, a subfunção Saúde era contabilizada pelo tesouro Nacional em conjunto ao Saneamento, assim como a Assistência Social e a Previdência. A partir de 1999, há uma separação dessas subfunções, como mostra o gráfico, comum investimento estável em saúde ao longo da última década, enquanto o saneamento fica com o menor volume de investimentos entre as subfunções analisadas. Em relação à subfunção Previdência Social, o gráfico mostra que os investimentos são os maiores entre as subfunções apesar de sofrer uma queda entre os anos de 2010 e 2012. Considerando que, apesar de haver um pequeno crescimento na Saúde entre os anos de 2008 e 2010, assim como um crescimento modesto

da Assistência Social de 2002 a 2010, uma pequena queda também pode ser vista nas funções Saúde e Assistência Social entre os anos de 2010 e 2012.

Discussão

Com a Constituição de 1988, entendeu-se que o acesso à saúde é um direito dos indivíduos e, dessa forma, o Estado tem um papel imprescindível na oferta deste serviço. A implementação do Programa Saúde da Família (PSF) tinha como um dos objetivos alterar a forma na qual os profissionais da saúde trabalhavam “saindo da medicina curativa e passando a atuar na integralidade da assistência, tratando o indivíduo como sujeito dentro da sua comunidade socioeconômica e cultural.” (ROSA; LABATE, 2005, p.1030) Os objetivos desta estratégia eram, inicialmente, estender a cobertura dos serviços de saúde à população visando a redução da mortalidade infantil e materna. Como os efeitos foram positivos e seguindo uma tendência mundial voltando-se à assistência familiar, o PSF se torna o alicerce da atenção básica, caracterizando-se pela integração e promovendo uma organização das ações realizadas, facilitando o acesso ao Sistema Único de Saúde. (ROSA; LABATE, 2005)

Constatou-se que o percentual de internações por condições sensíveis à atenção primária em relação ao número total de internações aumenta no início do período analisado e depois apresenta uma tendência declinante para todas as regiões e para a média nacional. De acordo com Alfradique et al. (2009, p.1337)

[...] altas taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária em uma população, ou subgrupo(s)

desta, podem indicar sérios problemas de acesso ao sistema de saúde ou de seu desempenho.

A taxa média brasileira destas internações está um pouco acima do que se percebe nos países mais desenvolvidos, que é entre 7 e 13%, segundo o PROADESS. Essa tendência de queda no percentual de internações por condições sensíveis à atenção primária em relação ao número total de internações em todas as regiões poderia ser atribuída ou a um maior acesso ao sistema de saúde ou a um desempenho mais satisfatório da atenção básica.

De acordo com Rosa e Labate (2005) quando o Programa da Saúde da Família funciona corretamente é possível resolver 85% dos problemas de saúde da comunidade atendida, diminuindo internações desnecessárias. Dessa forma, ao se constatar que os valores médios das internações por regiões elevaram-se em quatro delas, com exceção do Centro-Oeste, pode-se inferir que, havendo a diminuição de internações evitáveis, estas podem ser tratadas mais facilmente com a prevenção ou com diagnóstico precoce quando diagnosticadas mais cedo, não havendo necessidade de internação, elevando o valor por ter a média mais próxima dos casos de média e alta complexidade.

O número de consultas realizadas pela população que tem a cobertura da Estratégia Saúde da Família cresceu significativamente ao longo dos últimos catorze anos em todas as regiões, como mostra a tabela 3. Tal fato aponta que há uma maior cobertura e, assim, conforme Mafra (2011) conclui, ela pode ser associada com a redução dos valores das internações. Para ele,

Além de todos os benefícios proporcionados pela atenção básica no atendimento das populações necessitadas, uma parcela equivalente a uma pequena parte dos valores investidos é revertida em benefício do erário público, em função das economias geradas pelas internações evitadas. (MAFRA, 2011, p.85)

A partir dos dados relativos à Hospitalização por Desidratação em crianças menores de 5 anos e número de casos de acidente vascular cerebral (AVC) confirmados, apresentados pela tabela 4, nota-se que existe um aumento nos casos de hospitalização por desidratação de crianças menores de 5 anos em todas as regiões no período de 1998 e 2002, mas nos anos seguintes houve uma redução nas hospitalizações por essa causa. Quanto à ocorrência de acidente vascular cerebral, os dados apontam que também houve uma elevação dos casos em todas as regiões do país, com pico em 2006, e depois há uma redução gradual, que se mantém estável nos últimos anos. Em sua dissertação, Mafra (2011) ressalta que a ampliação da cobertura da atenção básica resultava em relações opostas quanto às taxas de internações, quando as regiões são analisadas separadamente. Segundo ele, tal fato sugere que “em regiões em que há carência de serviços de saúde em geral, a atenção básica, por meio do trabalho desenvolvido pelos ACS (...), pode estar funcionando como um elemento facilitador das internações hospitalares.” (MAFRA, 2011, p.86) Pode-se reforçar tal fato ao perceber que após a implantação do Programa Saúde da Família em 1994, há um aumento nos casos de hospitalização por desidratação em crianças menores de 5 anos e número de casos de AVC confirmados, mas depois de alguns anos existe uma redução nesses casos.

Considerações finais

A partir dos dados apresentados pelas tabelas 1 e 2, onde aparece a diminuição do percentual de internações por condições sensíveis à atenção primária em relação ao número total de internações e a elevação dos valores médios das internações totais em quatro regiões, pode-se inferir que, com base nessas tendências, a média dos valores de internações aproxima-se mais dos valores despendidos com a alta e a média complexidade. Mais estudos nessa área devem ser realizados, pois assim como os valores médios podem refletir mais a alta e a média complexidade, podem ocorrer decisões errôneas quanto à forma do gasto, o que é prejudicial ao sistema de saúde, indicando que não houve uma melhora na eficiência do serviço prestado à população.

Pode-se concluir que a cobertura e o acesso aos serviços de atenção básica aumentaram, pois o número de consultas médicas realizadas pela população com cobertura da Estratégia Saúde da Família cresceu significativamente, bem como houve uma redução da taxa de internações por condições sensíveis à atenção primária, ou seja, em relação ao número total de internações e pela tendência declinante nos casos registrados de hospitalização por desidratação em crianças menores de 5 anos e pela estabilização dos casos registrados de AVC. Acredita-se que o significativo aumento para os casos de AVC e hospitalização por desidratação foi decorrente da existência de uma demanda reprimida, ou seja, pessoas necessitavam desses serviços, mas não os tinham. Dessa forma, quando conseguiram acessar o sistema de saúde houve tal elevação.

Sobre o levantamento dos dados, é considerável o fato de algumas fontes como SIOPS e DATASUS terem apresentado dados discrepantes em relação aos gastos

estaduais nas subfunções relacionadas aos gastos em saúde, não podendo assim ser utilizados, assim como a falta de informações do gênero nos sites de Tribunal de Contas dos estados analisados.

Referências

ALFRADIQUE, M. E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.6, p. 1337-1349, jun.2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1101/GM**. Junho/2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm>>. Acesso em: 06 jan.2015.

_____. **Sistema Informações da Atenção Básica - SIAB**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04>>. Acesso em: 25 nov. 2014.

_____. **Sistema Informações de Orçamento Público de Saúde - SIOPS**. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/rel_subfuncaouf.php>. Acesso em: 22 out 2014.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. Índice Geral de Preços. Disponível em <<http://www.portalbrasil.net/igp.htm>>. Acesso em: 30 set 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População**. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2013/default.shtm>>. Acesso em: 04 dez 2014.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde –PROADESS**. Disponível em <<http://>>

www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=res1>.
Acesso em: 01 dez 2014.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R. C. **Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência**. Revista Latino Americana de Enfermagem. São Paulo, 2005, nº 13, vol. 6 nov./dez., p. 1027-1034. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>>. Acessado em: 11 jan 2015.

MAFRA, F. **O Impacto da Atenção Básica em Saúde em Indicadores de Internação Hospitalar no Brasil**. 2010. Dissertação, Mestrado em Regulação e Gestão de Negócios, Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciência da Informação e Documentação (FACE), Universidade de Brasília (UnB), Brasília, 2011.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: a construção de um modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n.6, p.1027-1034, nov./dez.2005.

SANTOS, I. M. V. dos; SANTOS, A. M. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, v. 13, n.4, p.703-716, ago./2011.

ANÁLISE SOBRE OS DETERMINANTES DA REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL NO BRASIL A PARTIR DE UM MODELO ECONÔMICO

Nietzscha Jundi Dubieux de Queiroz Neve

Introdução

O coeficiente de mortalidade infantil (CMI) ou taxa de mortalidade infantil (TMI) é conhecido como um bom indicador do padrão de desenvolvimento de uma determinada população e é calculado dividindo-se o número de óbitos de crianças menores de um ano de vida pelo número de nascidos vivos no período e multiplicando-se o resultado por mil.

Geralmente, os cientistas sociais examinam a mortalidade como uma variável dependente. Essa variável tem força porque as mortes são eventos definitivos que podem ser facilmente medidos e agregados. Entretanto, um foco exclusivo na mortalidade prejudica

a pesquisa, pois a medição do evento morte requer o estudo de grandes populações ou o acúmulo da experiência de mortalidade ou de pequenas populações durante longos períodos. (CHEN; MOSLEY, 1984, 142, *tradução minha*)

O coeficiente de mortalidade infantil pode ser analisado levando-se em conta os seus dois componentes: 1º) Período neonatal: compreendido do nascimento ao 27º dia de vida completos. Este período pode ser subdividido em: 1º) período neonatal precoce (do nascimento até o 6º dia de vida) e neonatal tardio (do 7º ao 27º dia); 2º) Período pós-neonatal: compreendido do 28º dia ao 365º dia ou um ano de vida. O período que vai do nascimento até o primeiro ano de vida é designado período infantil. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014)

A análise dos componentes (neonatal e pós-neonatal) da taxa de mortalidade infantil é particularmente importante na compreensão dos seus determinantes porque cada período está associado a fatores de risco diferentes. Os óbitos infantis do período neonatal são em geral associados a problemas ligados à gestação e ao parto, bem como às características biológicas maternas (como, por exemplo, hipertensão) e do recém-nato (como nos casos de má-formações congênitas, baixo peso ao nascer, etc.) e também relacionadas a fatores sociais (como a desnutrição que pode levar ao nascimento de um recém-nascido de baixo peso). (LEITE; SILVA, 2000) Granzotto, Fonseca e Lindemann (2012) realizaram um estudo de Coorte em 2006 para levantar as causas de óbitos neonatais no Rio Grande do Sul. Baixo peso ao nascer, prematuridade, idade materna e condições socioeconômicas foram apontados como os principais fatores relacionados à mortalidade neonatal. Outro estudo que encontrou resultados similares foi o

realizado por Assis, Machado e Rodrigues (2008) em Belo Horizonte entre 2001 e 2006. Em seus resultados 41% da prevalência dos óbitos infantis foram consideradas difíceis de serem evitadas (associados a fatores de risco como casos de prematuros extremos, com peso inferior a 1000g) e 30% da prevalência dos óbitos com possibilidade consistente de redução (relacionada a fatores passíveis de intervenção).

O conceito de mortes infantis por causas evitáveis diz respeito aos eventos que não deveriam ocorrer caso os recursos de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde estivessem disponíveis, acessíveis e utilizados adequadamente pela população. (BATISTA et al., 2010, p.206)

Os óbitos que ocorrem no período pós-neonatal, por sua vez, denotam o desenvolvimento socioeconômico e a infraestrutura ambiental que condicionam a desnutrição infantil e as infecções a ela associadas. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, DATASUS, 2014)

Considera-se extremamente importante realizar um empenho para conhecer os determinantes da mortalidade infantil para que seja possível ampliar as políticas públicas e de saúde já existentes e criar outras capazes de garantir o cuidado neonatal, a promoção da saúde materna de maneira a reduzir os danos e agravos à saúde e para melhorar a qualidade de vida da população como um todo.

O Brasil, desde o final do século XX e início do século XXI, galgou degraus importantes na redução da mortalidade infantil. Um marco institucional muito importante foi a universalização do acesso à saúde garantido com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada cujos princípios e diretrizes são: universalidade de acesso, integralidade da atenção e

descentralização político-administrativa mantendo-se a direção única em cada esfera de governo (federal, estadual e municipal). Buscando olhar o ser humano de uma maneira integral, a criação do SUS pode ser considerada um acontecimento de grande relevância para a melhoria dos indicadores de mortalidade, pois estão garantidos a partir dele a assistência pré-natal, assistência ao parto e ao puerpério e acompanhamento de gestantes de alto risco. Da mesma forma, podemos citar, os compromissos pela saúde firmados através do *Pacto pela Saúde* divulgado através da portaria n. 399 de 22 de fevereiro de 2006. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006) O *Pacto pela Saúde* é composto pelos *Pacto pela Vida*, o *Pacto em Defesa do SUS* e o *Pacto de Gestão*, sendo seu objetivo fortalecer os princípios de equidade e de universalidade do SUS. Uma das prioridades da convenção estabelecida no *Pacto pela Vida* inclui a redução da mortalidade materna, a redução da mortalidade neonatal e infantil.

Conhecer as causas relacionadas ao declínio da mortalidade infantil é importante porque permite melhorar as propostas de políticas públicas com vistas a direcionar melhor os recursos, a melhorar os programas direcionados à saúde materno-infantil, ao garantir programas de fornecimento mínimo de calorias (nutrição) e para melhoria da infraestrutura social e ambiental.

Tendo esses aspectos introdutórios em vista, é objetivo deste trabalho identificar através da modelagem econométrica se os fatores socioeconômicos estruturais foram relevantes para a redução da mortalidade infantil de crianças menores de um ano no Brasil e comparar os resultados obtidos com aqueles encontrados na literatura específica sobre o tema. Para isso, construiu-se uma série temporal anual para a variável dependente representada pela taxa de mortalidade infantil, para o período compreendido

entre 1970 e 2011, bem como foram coletados dados sobre as variáveis explanatórias: produto interno bruto (PIB) *per capita* ajustado pela paridade do poder de compra e índice de Gini. Adicionalmente foi incluída uma variável *dummy* para avaliar o efeito da universalização do acesso à saúde. Utilizou-se o modelo econométrico de regressão do tipo mínimos quadrados ordinários (MQO), visto que este permite obter estimadores mais eficazes, permitindo inclusive a realização de testes de hipótese para a verificação de significância individual dos estimadores e da regressão geral.

Determinantes da Mortalidade Infantil

Existe atualmente uma ampla literatura tratando das relações entre as condições socioeconômicas, de acesso aos serviços de saúde e o comportamento da mortalidade infantil. Esses estudos também mostram que os fatores que afetam a mortalidade podem variar de acordo com o tempo e de uma região geográfica para outra. Não se ignora, porém, que existem outros fatores, como os aspectos biológicos, que afetam a saúde do recém-nato, incluindo então as características individuais e seu impacto sobre o número de óbitos infantis.

A mortalidade infantil é amplamente aceita como um indicador de bem-estar. A identificação de fatores que aumentam a mortalidade é importante, tendo em vista que índices elevados sinalizam um baixo desenvolvimento socioeconômico (...). Há uma concordância menos ampla no que se refere à redução da taxa de mortalidade, e a implementação de políticas destinadas a essa redução é prejudicada pelas variações intra e inter-países que compreendem

desde determinantes geográficos a aspectos culturais e socioeconômicos da sobrevivência infantil. (FRANZ; FITZ-ROY, 2006, p.5, *tradução minha*)

Chen e Mosley (1984) desenvolveram uma investigação, considerada por muitos autores como um marco conceitual, a respeito dos determinantes da sobrevivência infantil em países em desenvolvimento. Sua abordagem incorporou tanto os aspectos sociais quanto os aspectos biológicos e procurou, adicionalmente, criar uma nomenclatura capaz de integrar os métodos de pesquisa utilizados pelos pesquisadores das ciências sociais e pelos pesquisadores das ciências médicas.

As variáveis analisadas foram classificadas entre os “determinantes proximais” e os “determinantes socioeconômicos”. Os “determinantes proximais” (ou variáveis intermediárias) são aqueles que se referem às condições que exercem influência direta sobre a morbidade e a mortalidade. Foram agrupados pelos autores em cinco categorias: a) fatores maternos (idade, paridade, etc.), b) contaminação ambiental (ar, água, comida, vetores/insetos), c) deficiências nutricionais (baixa ingestão de calorias, proteínas e demais nutrientes), d) doenças e/ou acidentes, e) controle de doenças (medidas de prevenção, tratamentos, etc.). Os determinantes proximais podem ser medidos direta ou indiretamente. (CHEN; MOSLEY, 1984)

Ou seja, resumidamente, “os determinantes proximais são definidos como aqueles intimamente ligados à variável desfecho de interesse, no caso, a mortalidade infantil; agem da maneira direta ou imediata para influenciar o risco de morte infantil.” (LEITE; SILVA, 2000, p.9)

Os “determinantes socioeconômicos” (variáveis independentes) são aqueles que operam através dos determinantes proximais influenciando os níveis de

mortalidade. Estes foram agrupados em três subcategorias de variáveis em função da frequência com que apareceram na literatura. São elas: a) variáveis do nível individual (produtividade individual, tradições, normas, atitudes), b) variáveis do nível doméstico (renda, riqueza), c) variáveis do nível comunitário (cenário ecológico, políticas econômicas, sistema de saúde). (CHEN; MOSLEY, 1984)

Souza e Leite Filho (2008) analisaram os fatores determinantes do padrão de saúde nos estados da região Nordeste e utilizaram como *proxy* o indicador da TMI. A metodologia adotada pelo estudo foi a de dados em painel. Identificaram que no ano de 2000 a região apresentava uma alta taxa de mortalidade com alta ocorrência de óbitos pós-neonatais que ocorrem geralmente em função do baixo desenvolvimento econômico e social das populações. Em seus resultados, os fatores que se mostraram significativos para a redução da mortalidade infantil no período foram: acesso à água tratada e saneamento, redução na taxa de fecundidade, aumento da escolaridade e da renda *per capita*. Além disso, o estudo mostrou que a variável “médico por mil habitantes” não foi uma boa *proxy* para a categoria “cuidados médicos”. Isso pode ser devido à elevada concentração de profissionais e de infraestrutura em determinados municípios, geralmente as capitais e regiões metropolitanas.

Batista et al. (2010) realizaram um estudo ecológico, no Distrito Federal entre 1997 e 2006, que analisou a tendência do coeficiente de mortalidade infantil a partir de critérios de evitabilidade. Seus resultados mostram que houve uma redução desse coeficiente, sobretudo por causas evitáveis, que pode estar associada tanto a uma maior efetividade do Sistema Único de Saúde quanto à melhoria das condições socioeconômicas da população.

Modelo econômico

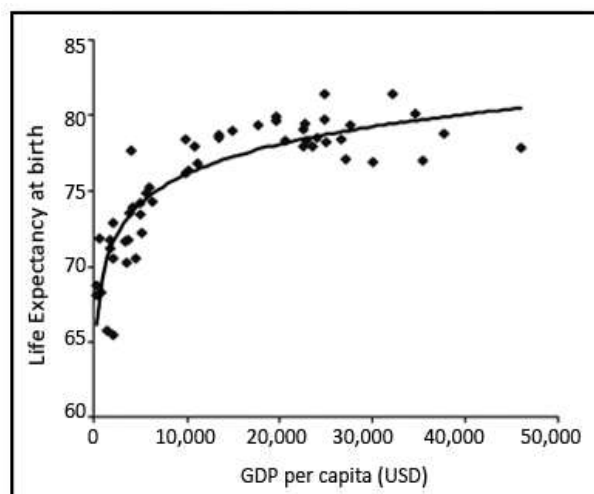
Em seu estudo pioneiro, Grossman (1972a) modelou a demanda por cuidados de saúde partindo do pressuposto de que as pessoas têm uma dotação inicial de saúde que vai se depreciando com o tempo (envelhecimento, aparecimento de doenças, etc.) e que cresce com o investimento em saúde (que pode ser desde a prática de exercícios físicos como também o acesso a medicamentos, tratamentos e serviços de saúde disponíveis). Em linhas gerais, seu estudo procurou enfatizar os impactos da saúde sobre os níveis de produtividade dos indivíduos, e seus resultados apontam o nível educacional, a idade, os salários e a demanda por serviços médicos e de saúde como os principais fatores a influenciar a acumulação de capital em saúde.

A proposição central do modelo é de que a saúde pode ser encarada como um bem de capital durável que produz um tempo de vida saudável. O indivíduo determina o seu estoque ótimo de capital-saúde em qualquer idade igualando a eficiência marginal deste capital aos seus custos de usuário em termos de preço de investimento bruto no período. Gráficamente, cada pessoa tem uma curva de demanda negativamente inclinada para o capital saúde, que relaciona a eficiência marginal do capital ao estoque e a uma curva de oferta infinitamente elástica. O estoque de equilíbrio é determinado pela intersecção dessas duas funções. A curva de demanda inclina-se para baixo devido à redução da produtividade marginal do capital saúde. (GROSSMAN, 1972a, p.246-247, *tradução minha*)

A partir da formulação da função de produção de saúde que está assentada na análise do comportamento individual, os trabalhos de Grossman (1972a; 1972b) deram origem a inúmeras formulações que são usadas nos estudos da área de Economia da Saúde, como, por exemplo, os estudos de Barros (2003) e Souza e Leite Filho (2008).

Os elementos inovadores introduzidos por Grossman, e que ainda hoje perduram, foram: (a) tratar a saúde como um *stock*, análogo ao *stock* de capital humano; (b) considerar a saúde como um processo de produção conjunto, requerendo contribuição quer do indivíduo (nomeadamente através do uso de tempo), quer de consumo de bens e serviços apropriados, denominados cuidados médicos. (BARROS, 2003, p.8)

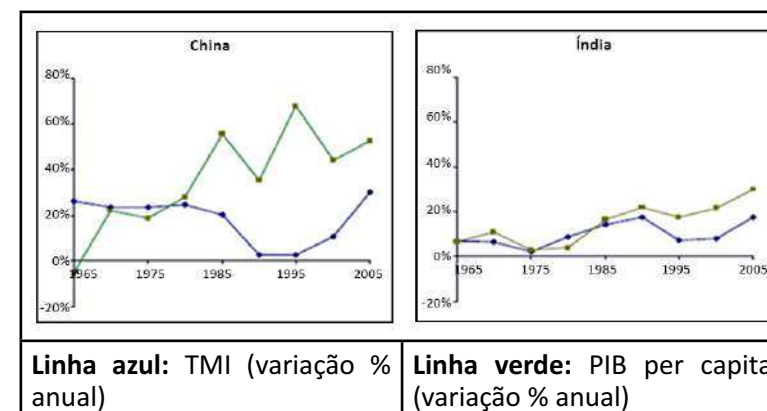
Outro trabalho que merece destaque é o elaborado por Preston (1975), no qual são apresentados dados (*cross-section*) da renda *per capita* medida pelo PIB *per capita* (em dólares) e do *status* de saúde medido pela expectativa de vida para um conjunto de países. Nele se encontrou uma relação côncava entre as duas variáveis. Dados levantados mais recentemente pelo Banco Mundial confirmam a concavidade da relação entre estado de saúde e a renda. (WORLD BANK, 2009)

Figura 1 - Curva de Preston, 2001.

Fonte: World Bank, 2009.

Ainda que a curva de Preston (1975) mostre um relacionamento forte entre renda e saúde, outro estudo, utilizando dados longitudinais realizado por Deaton (2006), sugere que esse relacionamento pode não se aplicar individualmente a alguns países ao longo do tempo. (WORLD BANK, 2009)

A avaliação feita pelo Banco Mundial sobre a evolução da renda em dois países, Índia e China, a partir das proposições de Deaton (2006), evidencia que em ambos os países houve uma melhora do *status* de saúde e na renda *per capita* entre 1965 e 2005, mas as suas experiências são diferentes. Na China, a taxa de crescimento do PIB *per capita* é negativamente correlacionada com a redução da taxa de mortalidade infantil, enquanto na Índia a correlação é positiva. A Índia apresenta mais ambiguidades. Durante o período entre 1965 e 1985, a correlação positiva entre mudanças na renda e saúde foram mais fortes do que no período seguinte. (WORLD BANK, 2009)

Figura 2 - Evolução da renda e da taxa de mortalidade infantil na China e na Índia entre 1960 e 2000.

Fonte: World Bank, 2009.

Resumindo, a curva de Preston (1975) mostra um relacionamento forte entre saúde e renda. Já o estudo de Deaton (2006) sugere que este relacionamento pode não funcionar para alguns países. Além disso, constatou-se que o padrão de saúde é mais rapidamente impulsionado nos países pobres do que nos países ricos, a despeito das rendas terem crescido mais lentamente nos países pobres. (WORLD BANK, 2009)

Atualmente, os pesquisadores admitem cada vez mais a existência de uma relação recíproca entre saúde e crescimento econômico. A revisão de literatura feita por Ospina (2010) resume as conclusões desses estudos. O autor identificou na literatura evidências de que aumentos na produtividade decorrente da melhoria na saúde dos trabalhadores são particularmente importantes nos países onde os investimentos públicos, como porcentagem do PIB, são médios e baixos, como na América Latina, Caribe e África Subsaariana.

Ressalta-se a relevância de se conhecer os determinantes da mortalidade infantil, pois isso permitirá que as políticas de saúde pública se constituam efetivamente na promoção da saúde da população. Além disso, é necessária uma coordenação entre as políticas públicas e as políticas de saúde para a realização destes objetivos. Entretanto, isso somente pode ser possível com o estudo dos fatores socioeconômicos que interferem no padrão de saúde.

Metodologia

A fim de conhecer o comportamento dos determinantes estruturais da mortalidade infantil no Brasil, foi aplicado o modelo econométrico com a utilização de séries de dados temporais. A taxa de mortalidade infantil, entre 1996 e 2011, foi calculada a partir dos dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), ambos disponibilizados pelo DATASUS. Para o período compreendido por 1985 e 1995, foram utilizados os dados das séries históricas¹ disponibilizadas pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), bem como dados fornecidos pelos censos demográficos e pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) (IBGE, anos diversos).

Para o período restante (1970 a 1984), os dados foram obtidos em documentos disponibilizados no banco de dados do Ministério da Saúde (MS) que também disponibiliza séries históricas, entretanto para alguns anos deste último período os dados referem-se a projeções baseadas nas tábuas de mortalidade. A TMI é a variável dependente a

¹ FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) Séries estatísticas e séries históricas. Anos diversos.

ser estudada e foi adotada como *proxy* do padrão de saúde populacional.

De acordo com Leite e Silva (2000), a renda familiar está relacionada com a possibilidade de ter acesso aos serviços que influem na saúde infantil, como, por exemplo, moradia, alimentação, acesso à água de boa qualidade, etc. Sendo assim, o PIB *per capita* foi escolhido como *proxy* da renda dos indivíduos. É definido pela razão entre o somatório do PIB e o número de indivíduos da população e está ajustado pela paridade do poder de compra (PPC); portanto, está expresso em dólares. A série foi obtida no banco de dados do Banco Mundial. Outras medidas indiretas da renda comumente encontradas na literatura incluem: PIB *per capita* a preços correntes, renda domiciliar, renda familiar, renda do trabalho, entre outras. Como a distribuição de renda não é homogênea na sociedade, esta variável não consegue captar as desigualdades distributivas da riqueza. Por isso, optou-se em adicionar o Índice de Gini ao modelo.

O índice de Gini mede a desigualdade da renda domiciliar *per capita*, com valor variando de 0 até 1, sendo menor a desigualdade quanto mais próximo de zero. Os seus valores para o período entre 1970 e 1991 foram retirados de Balarini (1996). Para o período seguinte (1992 até 2011), os dados foram extraídos do IBGE (PNAD e censos demográficos). (IBGE, anos diversos)

Também foi incluída uma variável *dummy* para avaliar o impacto da universalização do acesso à saúde com a instituição do SUS ocorrida com a promulgação da Constituição Federal de 1988.

Quadro 1 - Descrição das variáveis e da base de dados.

Variável: nome e sigla	Descrição da variável	Sinal esperado	Fonte de dados
Taxa de mortalidade infantil (TMI)	Taxa de mortalidade infantil de menores de 1 ano de vida.	-	DATASUS MS IBGE
PIB <i>per capita</i> (PIB)	PIB <i>per capita</i> ajustado pela paridade de poder de compra (PPC). É obtido pela razão entre o somatório do PIB e do número de indivíduos. Expressos em dólares (US\$).	Negativo	B A N C O MUNDIAL
Índice de Gini (GINI)	Índice de Gini segundo a renda domiciliar <i>per capita</i> .	Positivo	BALARINI (1996) IBGE
Constituição Federal de 1988 (CF88)	Variável <i>dummy</i> (zero para o período anterior a 1988).	Negativo	-

Fonte: Elaboração própria.

Modelo econométrico

Souza e Leite Filho (2008), baseando-se nos estudos de Grossman (1972a), Lavy et al. (1996) e Rosero-Bixby et al. (2005), apresentaram a seguinte equação para analisar o *status* de saúde de uma população:

$$H_i = f(M_i, S_i, E_i) \quad (1^a)$$

Onde (H) representa o padrão ou *status* de saúde e é dependente dos serviços e cuidados médicos (M), dos serviços de saneamento e saúde pública (S) disponíveis na comunidade e do padrão socioeconômico da população (E). O subscrito (i) é dado por ($i = 1, \dots, n$). Essa equação forneceu o suporte necessário para empreender a escolha das variáveis utilizadas na elaboração do modelo econométrico que será descrito nesta seção. Os vetores da primeira equação são especificados a seguir, a partir da seleção de variáveis consideradas representativas pela literatura pesquisada, ao passo que para proceder à análise do *status* de saúde (H) foi utilizada a taxa de mortalidade infantil:

$$H = f(\text{PIB}, \text{GINI}, \text{CF88}) \quad (2^a)$$

$$\text{TMI} = f(\text{PIB}, \text{GINI}, \text{CF88}) \quad (3^a)$$

As variáveis explanatórias foram selecionadas considerando-se, além da literatura, a disponibilidade de dados de séries temporais. Considerando a segunda equação, é possível chegar a um modelo econométrico capaz de analisar o efeito das variáveis que foram selecionadas sobre a taxa de mortalidade. A especificação do modelo é dada por:

$$\text{TMI}_t = \alpha + \beta X_t + \varepsilon_t$$

Sendo a taxa de mortalidade infantil (TMI) a variável dependente, X é o vetor que representa as variáveis que determinam a TMI , ε é um ruído branco e t é o tempo em anos (1970-2011). Todas as variáveis sofreram *transformação logarítmica*. Assim sendo, os coeficientes estimados representam as respectivas elasticidades. Isso significa, por exemplo, se o coeficiente para a variável “*PIB per capita*” for -0,6 significa que uma variação positiva no percentual da renda das pessoas em 1%, levará a uma redução de 0,6 na TMI.

Discussão e Resultados

A tabela a seguir apresenta os resultados das variáveis explicativas do modelo estimado por Mínimos Quadrados Ordinários (MQO) ou *Ordinary Least Squares (OLS)* a partir de 42 observações, referentes à série de tempo construída para o período entre 1970 e 2011. A tabela também apresenta o resultado da regressão, bem como o valor da estatística “ t ” usada para o teste de hipóteses. Na última linha, constam os valores do R-quadrado, do R-quadrado-ajustado e da estatística F (ou razão F).

Tabela 1: Resultado da regressão (MQO).

(continuação)

Variáveis independentes (X_s)	Coefficiente (β)	Erro padrão	Estatística t (t -stat)
Intercepto	9,04379914	0,584573	15,47078
X1: (ln) Pib <i>per capita</i> (PPC)	-0,4171443	0,081723	-5,10435
X3: (ln) Índice de Gini	3,13586579	0,809898	3,871927

(conclusão)

X3: (dummy) CF 1988 -0,5541897 0,11813 -4,69137

R2: 0,8915 R2_ajustado: 0,8830 F: 104,1643

Os resultados estimados indicam que as variáveis independentes, a renda medida pelo logaritmo do PIB *per capita* (PPC) e a desigualdade medida pelo logaritmo do índice de Gini foram significativas. Além disso, todos os coeficientes estimados apresentaram sinal conforme o esperado. O intercepto apresentou significância estatística.

A despeito das conjunturas econômicas oscilatórias, marcadas por períodos de crise econômica e recessão, a melhoria na renda e a redução da desigualdade no longo prazo parecem ter contribuído para a redução da mortalidade infantil de menores de um ano no período analisado. Além disso, as intervenções específicas no setor saúde, com a universalização do acesso à saúde e avanços ocorridos no SUS também mostraram efeitos positivos capturados pela variável *dummy*, cujo coeficiente foi estatisticamente significativo. Após a realização do teste- t , a hipótese nula foi rejeitada. Foi aplicado o teste de White e descartada a hipótese de heterocedasticidade.

A literatura sobre determinantes de mortalidade encontra uma forte correlação entre acesso à água, melhoria das condições sanitárias e sobrevivência infantil (...) Portanto, em uma análise multivariada entre países, o poder explicativo dessas variáveis é reduzido quando outras variáveis socioeconômicas são incluídas. (FRANZ; FITZ-ROY, 2006, p.13, *tradução minha*)

O principal fator que explica a redução da mortalidade infantil no período de acordo com o estimador de *OSL* é o logaritmo do índice de Gini. A seguir está a universalização do acesso à saúde seguido pelo logaritmo do PIB *per capita* (PPC). Ou seja, pelo modelo, a redução da desigualdade de renda, a elevação desta e a cobertura universal de saúde agem sobre a mortalidade infantil, diminuindo-a.

Limitações do estudo

Limitações da utilização da variável dependente

A principal dificuldade das pesquisas relacionando saúde e crescimento econômico está ligada aos problemas de mensuração das variáveis selecionadas. A validade das medidas utilizadas como *proxies* é muitas vezes contestada e é difícil estabelecer uma relação de causalidade.

Admite-se atualmente que exista uma relação bidirecional entre saúde e desenvolvimento econômico; entretanto, normalmente são usadas como *proxy* do padrão de saúde as taxas de mortalidade infantil e a expectativa de vida e ambos os indicadores possuem limitações quanto à sua aplicabilidade na análise empírica.

Segundo Acemoglu e Johnson (2006), proporcionar melhorias na saúde das populações pode ser considerado um importante objetivo social, pois tem impacto direto na qualidade de vida das pessoas, propiciando vidas melhores e mais longas para milhões de pessoas. Soma-se a isto o fato de que as condições de saúde de uma determinada comunidade podem gerar resultados positivos sobre o crescimento econômico. Dessa forma, no estudo da relação existente entre o desenvolvimento econômico e a saúde dos indivíduos, ganha destaque a questão da mensuração desta variável. Embora sabidamente falha,

existe um consenso em utilizar a expectativa de vida e as taxas de mortalidade infantil como *proxy* para avaliar as condições de saúde. Além disso, destaca-se que ao adotar a mortalidade como um instrumento de mensuração deve-se observar que aumentos na expectativa de vida associado com aumentos na população podem reduzir a renda *per capita*, enfraquecendo seu efeito explicativo.

As dificuldades em se interpretar as relações entre saúde e nível socioeconômico são muitas, a começar pela dificuldade em se obter registros acurados. Em particular, utilizar a TMI para medir o *status* de saúde é difícil por razões conceituais e práticas. Por se tratar de um evento único (a morte) e raro, a mortalidade é considerada uma medida “subótima” de saúde e é muito importante que sejam desenvolvidos estudos a respeito da morbidade para suprir esta lacuna. (WORLD BANK, 2009)

Outras dificuldades na utilização da TMI como *proxy* para avaliar o padrão de saúde populacional são descritas por Laurenti (1975). Listamos, a seguir, aquelas consideradas relevantes para esta investigação:

(1) definição incorreta dos eventos vitais: ainda que todos os países adotem as definições de nascido vivo e nascido morto da Organização Mundial da Saúde (OMS), nem sempre os critérios são utilizados na prática. Considerar, por exemplo, um nascido vivo que morre logo após o nascimento como um natimorto irá afetar o coeficiente, reduzindo-o. Um estudo realizado em São Paulo em 1969 constatou que houve um registro de 1,4% de natimortos, que na verdade eram nascidos vivos, que morreram minutos e mesmo horas depois do nascimento. (LAURENTI, 1975)

(2) Sub-registro de nascimento e sub-registro de óbitos: são fatores relevantes, sobretudo nos países subdesenvolvidos onde se constatou maior ocorrência desses eventos. (WORLD BANK, 2009) Um levantamento

realizado em 1973 divulgado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPS) e citado por Laurenti (1975) constatou que, em relação aos óbitos de menores de um ano, 9,5% das crianças falecidas com óbito registrado não possuíam registro de nascimento. O sub-registro de nascimento afeta o coeficiente de mortalidade infantil aumentando-o, e o sub-registro de óbitos diminuindo-o.

(3) Declaração errada da idade: trata-se da declaração errada da idade no atestado de óbito. Eventualmente, crianças com idade em torno de 20 a 28 dias são declarados como tendo um mês de vida, sendo excluídas do período neonatal e, portanto, afetando a taxa de mortalidade neonatal. (LAURENTI, 1975)

(4) Definição de nascido vivo no ano: mesmo quando se respeita o prazo legal de 15 dias para registro do nascimento, nascimentos ocorridos no último mês do ano correm o risco de serem registrados no ano seguinte, influenciando na TMI do período posterior ao que de fato deveria ser considerado. (LAURENTI, 1975)

Limitações do modelo

Um importante problema com modelos de regressão desta natureza é a relativa ausência de dados em série que permitam estimar os determinantes estruturais da mortalidade infantil e não apenas correlações de curto prazo. Muitos estudos têm driblado este problema utilizando dados em painel (em *cross-section*) de períodos de 5 ou 10 anos para aumentar o número de observações. Neste estudo, procurou-se analisar estes determinantes estruturais e por isso a escolha em abranger um período mais longo. Finalmente, relembramos que as variáveis utilizadas como *proxy* foram escolhidas em função de sua relevância e de sua disponibilidade.

Conclusão

A análise sobre os dados de mortalidade infantil e seus determinantes fornece um grande instrumento de avaliação em saúde, sendo essencial para estudar o padrão de saúde de uma população, para realizar abordagens programáticas e para utilizar tecnologias e recursos humanos adequados à resolução dos diversos problemas de saúde.

Através da modelagem econométrica, procurou-se identificar qual a relevância dos fatores socioeconômicos para a redução da mortalidade infantil no Brasil para crianças menores de um ano de vida. Para isso, construiu-se uma série temporal para a variável dependente (taxa de mortalidade infantil) entre 1970 e 2011 e coletaram-se dados sobre as variáveis explanatórias (PIB *per capita*, índice de Gini e acesso aos serviços de saúde). Os resultados obtidos pelo método de mínimos quadrados ordinários (MQO) mostram que a elevação da renda medida pelo PIB *per capita*, a redução da desigualdade, medida pelo índice de Gini, bem como a universalização do sistema de saúde, foram fatores considerados significativos para a redução da mortalidade infantil no período analisado.

A despeito das limitações relacionadas ao modelo e às variáveis testadas, este estudo corrobora com os resultados encontrados na literatura especializada e indica que melhores condições socioeconômicas e políticas públicas são capazes de exercer um impacto positivo nas condições de vida da população.

Referências

ACEMOGLU, D.; JONHSON, S. **Disease and Development: The Effect os Life Expectancy on Economic Growth**. National Bureau of Economic Research. Cambridge, MA. *Working Paper* 12269, 2006. Disponível em: < <http://www.nber.org/papers/w12269>> Acesso em: 07 out 2014.

ASSIS, H.M; MACHADO, C.J; RODRIGUES, R.N. Perfis de mortalidade neonatal precoce: um estudo para uma Maternidade Pública de Belo Horizonte (MG), 2001-2006. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 11, n. 4, Dec. 2008.

BALARINI, O.F.O. **Determinação do impacto de fatores socioeconômicos na formação do Estoque**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1996.

BARROS, P.P. Estilo de vida e estado de saúde: uma estimativa da função de produção em saúde. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. temático, 2003.

BATISTA, R.V. et al. Evolução da mortalidade infantil por causas evitáveis: série histórica 1997-2006, Distrito Federal. **Comun. Ciênc. Saúde**, v.21, n.3, p.201-10, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. DATASUS. **Informações de Saúde**. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>> Acesso em: 01 set 2014.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. **Informações de Saúde**. Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>> Acesso em: 01 set 2014.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria no 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 — Consolidação do SUS e aprova as

Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, 2006.

_____. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As causas sociais das iniquidades de saúde no Brasil**. 2008. Disponível em < bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf> Acesso em: 01 set 2014.

CHEN; L.C; MOSLEY, W.H. An analytic framework for the study of child survival in developing countries. **Population and Development Review**, v.10, 1984.

DEATON, A. Global Patterns of Income and Health: Facts, Interpretations, and Policies. NBER Working Paper W12735, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA, 2006. Disponível em <<http://ssrn.com/abstract=948648>> Acesso em: 01 set 2014.

FRANZ, J; FITZ-ROY, F. Child mortality, poverty and environment in developing countries. **Population and Environment**, v. 27, n.3, p. 263-384, 2006.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estatísticas do Século XX**. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: < seculoxx.ibge.gov.br> . Acesso em: 28 mai 2014.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios** (PNAD). Síntese de Indicadores 1992/2007. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 02 set 2014.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios** (PNAD). Anos selecionados (2001 a 2011). Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 1 set 2014.

_____. **Censo Demográfico** 1991. Rio de Janeiro, 1993.

_____. **Censo Demográfico** 2000. Rio de Janeiro, 2003.

_____. **Censo Demográfico** 2010. Disponível em <censo2010.ibge.gov.br> Acesso em: 01 set 2014.

_____. **Séries históricas**. Anos selecionados. Disponível em: <serieestatisticas.ibge.gov.br> . Acesso em: 28 set2014.

GRANZOTTO, J.A; FONSECA, S.S; LINDEMANN, F.L. Fatores relacionados com a mortalidade neonatal em uma Unidade de Terapia Intensiva neonatal na região Sul do Brasil. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 56, n.1, p. 57-62, jan./mar. 2012.

GROSSMAN, M. **The demand for health**: a theoretical and empirical investigation. New York, NY : Columbia University Press, 1972a.

GROSSMAN, M. On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. **Journal of Political Economy**, v. 80, n.2, mar./abr. 1972b.

LAURENTI, R. Fatores de erros na mensuração da mortalidade infantil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 9, n. 4, p. 529-537, Dec. 1975 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101975000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 5 set 2014.

LAVY, V.; STRAUSS, J.; THOMAS, D.; VREYER, P. Quality of health care, survival and health outcomes in Ghana. **Journal of Health Economics**, 15, n.3. 1996.

LEITE, A.J.M; SILVA, A.C. Mortalidade infantil: indicadores das condições de vida das populações. **Rev. Pediatria do Ceará**, v. 1, n. 2, p. 8-15, 2000.

OSPINA, A.G. Antecedentes de evidencias teóricas y empíricas de asociación bidireccional entre la salud y el crecimiento económico. **Revista Académica e Institucional**

de La Universidad Católica Popular de Risaralda (UCPR). Colombia, 2010.

PRESTON, S.H. The Changing Relation between Mortality and Level of Economic Development. **Population Studies** v.29 (2): p.231–248, 1975.

ROSETO-BIXBY, L.; DOW, W.H; LACLÉ, A. Insurance and other determinants of elderly longevity in a Costa Rican panel. **Journal of Biosocial Science**, 37, n.6. 2005.

SOUZA, T.R.V; LEITE FILHO, P.A.M. Análise por dados em painel do status de saúde no Nordeste Brasileiro. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n.5, p. 796-804, out. 2008.

WORLD BANK. Health Investments and Economic Growth: Macroeconomic Evidence and Microeconomic Foundations. **Policy Research Working Paper**, nº 4877; 2009.

O FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA PÚBLICA ODONTOLÓGICA NO BRASIL E EM PAÍSES ESCANDINAVOS

*Patrícia Távora Bulgarelli
Maria Elena Gageiro Soares
Alexandre Fávero Bulgarelli*

Introdução

Um dos tópicos mais complexos e difíceis de serem avaliados e monitorados dentro do dinâmico processo de funcionamento de um serviço público de saúde é o processo de financiamento do sistema. De onde vem o dinheiro, para onde vai, como solicitá-lo, como comprovar e justificar a utilização, como devolvê-lo em caso de não utilização, em quais leis o financiamento é fundamentado, e *et cetera*, são várias questões a serem problematizadas quando se fala em financiamento da saúde no Brasil.

Muitas são as origens e as políticas públicas que permitem aos gestores trabalharem com recursos financeiros que mantêm um serviço à população sem custos para a mesma.

O trabalho, tal quais os recursos financeiros, está situado dentro de um arcabouço processual que transita do momento de levantamento de custos até a solicitação do dinheiro/verba à instância hierarquicamente mais complexa, como, no caso brasileiro, a federal.

No Brasil, o dinheiro que mantém o funcionamento do Sistema Único de Saúde é proveniente da arrecadação de impostos que estruturam um fundo de financiamento para a seguridade social. De acordo com a Constituição da República, a seguridade social compreende um “conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.” (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1988, p. 129)

O Sistema Único de Saúde/SUS, com seu financiamento macro contextualizado na seguridade social, tem na sua construção teórica o exemplo de sistemas de saúde de alguns países latino-americanos e também europeus. No escopo da atenção à saúde bucal, em nível coletivo, o Brasil dá um passo à frente quando inclui a saúde bucal do seu cidadão como algo essencial para a sua saúde geral e, desse modo, inclui a assistência à saúde em todos os níveis de complexidades de tratamento, desde o atendimento básico até o ultra especializado. Nessa perspectiva, o financiamento da assistência odontológica no SUS fundamenta-se em políticas estruturantes da atenção básica, bem como em políticas específicas para a saúde bucal.

Neste pressuposto, o objetivo deste texto é apresentar e descrever as diferentes formas de financiamento da assistência odontológica pública em países da Europa, como os países escandinavos, e um país economicamente em desenvolvimento, o Brasil. De maneira específica, este estudo busca apresentar as formas de financiamento da assistência odontológica em países como a Dinamarca, Suécia e Finlândia e compará-las ao Brasil.

Metodologia

O presente estudo apresenta uma reflexão teórica do estado de arte sobre o tema: financiamento da assistência odontológica em alguns países da Europa e no Brasil. O levantamento de informações para a construção desse conhecimento foi acontecendo por meio de uma leitura sistematizada de artigos e documentos teóricos como livros sobre o tema saúde coletiva, textos de políticas públicas voltadas à saúde dos brasileiros, bem como manuais da Organização Mundial da Saúde. Tais materiais foram acessados em bancos de dados de domínio público por meio de cruzamento aleatório e livre de palavras-chave, como financiamento da saúde; saúde bucal; assistência odontológica; custos e investimentos em saúde dentre outras. Os materiais lidos foram categorizados em dois temas, os quais foram construídos por meio da técnica de Análise de Conteúdo, na categoria temática. (BARDIN, 2011)

O presente artigo tem como pressuposto o fato de que o Brasil é o único país em que a saúde bucal é totalmente ofertada e livremente acessada pela população. Tal oferta é garantida pelas políticas públicas vigentes no país atualmente. Desse modo, os resultados e a discussão serão apresentados seguindo a problematização dos temas construídos, permitindo, assim, uma retórica textual compreensível do problema abordado.

Odontologia pública brasileira: a oferta do serviço como direito

O texto apresentado no relatório final da terceira Conferência Nacional de Saúde Bucal mostra que as condições da saúde bucal e dos dentes dos brasileiros são significativos indicadores de exclusão social, (BRASIL.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. COORDENAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 2004), nessa medida é muito importante melhorar o acesso aos serviços odontológicos de qualidade para garantir as condições de saúde bucal do brasileiro.

O Sistema Único de Saúde (SUS) oferta serviços públicos de assistência à saúde bucal, em todos os níveis de complexidade tecnológica, para o cidadão brasileiro. As ações são financiadas pelas três esferas de governo: federal, estadual e municipal, conforme determinado pela Constituição Federal. (MOYSÉS, 2013; BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1988) As atribuições e responsabilidades, de cada um dos entes, são definidas em políticas específicas, entre elas a de municipalização da saúde.

O processo de municipalização da saúde, com suas origens embasadas e problematizadas na reforma sanitária brasileira, caracteriza-se pela redistribuição de responsabilidades referentes ao financiamento e a execução de ações e de serviços de saúde entre os três níveis de governo. Tal perspectiva estrutura uma redefinição das atribuições desses níveis de governança e dá mais autonomia ao nível municipal objetivando a descentralização do poder e aproximando o sistema de saúde às diversas realidades brasileiras. Nessa lógica, é necessária a elaboração de planos municipais de saúde, pois os mesmos se mostram como um requisito importante e fundamental para o desenvolvimento dos diversos territórios em saúde (DE LAVOR CORIOLANO et al., 2010) para que o financiamento seja estruturado e justificado nesta perspectiva.

O financiamento das ações de saúde bucal é suportado e fundamentado em políticas específicas para tal questão. Assim, a Política Nacional de Saúde Bucal, Brasil Sorridente, surgiu em 2003 e foi lançada pelo Ministério da Saúde,

estabelecendo incentivos financeiros para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada aos municípios por meio da Estratégia Saúde da Família com a inserção das equipes de saúde bucal, de Centros de Especialidades Odontológicas/CEO e de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária/LRPD. (SOBRINHO; SANTO, 2013)

Desde a formulação do “Brasil Sorridente” em 2004, houve um aumento no repasse de recursos financeiros da União para os municípios com o intuito de financiar as ações e serviços de saúde bucal (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. COORDENAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 2004), embora os municípios ainda sejam os maiores provedores dos recursos financeiros dispensados para ações e serviços de saúde bucal. (SOBRINHO; SANTO, 2013)

Vale ressaltar que a Portaria Nº 204, de 29 de janeiro de 2007, que “Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle” juntamente com o Piso de Atenção Básica Variável/PAB Variável constituem os recursos financeiros destinados a saúde bucal. Esses recursos são transferidos fundo a fundo de saúde, ou seja, segundo a Lei Orgânica da Saúde (Lei Nº 8.080/90) em seu Art. 33, os recursos financeiros dos SUS são depositados em conta especial, em cada esfera de atuação, e geridos sob a fiscalização dos respectivos conselhos de saúde, especificado como fundo de saúde pela Lei Nº 8.142/90; e ficando mais claro com a edição da Emenda Constitucional Nº 29/2000, que elucida que a utilização dos recursos para a saúde somente poderá ser feita por meio dos conselhos. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003)

Desta forma, os recursos financeiros atribuídos à atenção básica e às ações específicas de programas e incentivos do Ministério da Saúde são transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais ou municipais de saúde, fundamentados em quantias fixas e quantias variáveis a depender das situações de gestão e de modelos assistenciais em que o município se encontra. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003)

O Piso de Atenção Básica (PAB) compõe-se nos recursos financeiros designados, exclusivamente, ao financiamento das ações da atenção básica à saúde. Sendo o mesmo composto de uma parte fixa (PAB - fixo) destinada à assistência básica e de outra parte variável (PAB - variável) destinada aos incentivos para o desenvolvimento de programas a serem executados na atenção básica. Os recursos obtidos no PAB – fixo corresponde a multiplicação de um determinado valor pela população de cada município e transferidos direta e automaticamente do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003; MELAMED; COSTA, 2003)

Fundamentado nesses pressupostos, não existe uma porcentagem específica de repasse financeiro destinados à saúde bucal procedente do Fundo de Saúde Municipal. Os incentivos financeiros são atribuídos por meio da implantação da equipe de saúde bucal, na Estratégia de Saúde da Família (ESF). (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006)

Em relação ao financiamento das ações e à oferta de serviços odontológicos em níveis de mais densidade tecnológica, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), no qual ofertam serviços nas especialidades de Endodontia, Periodontia, Pacientes com Necessidades Especiais e Cirurgia Oral Menor, ocupam espaço de destaque no financiamento da odontologia no Brasil. De acordo com a política Brasil Sorridente, tais centros de especialidades vão

receber montantes diferentes de repasses de acordo com a capacidade de instalação de equipamentos odontológicos que variam de acordo com a capacidade de atendimento da demanda de usuários. Assim, onde se têm CEO tipo I, que possui três cadeiras odontológicas há um repasse mensal para custeio de R\$ 8.250,00; CEO tipo II, com quatro ou mais cadeiras, um repasse de R\$ 11.000,00 e o CEO tipo III, com no mínimo sete cadeiras, um repasse de R\$ 19.250,00. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a)

Para o financiamento da assistência odontológica em níveis mais especializados, os CEO mostram-se como centros de referência para as equipes de saúde bucal da atenção básica, têm o seu financiamento previsto na Portaria nº 600/GM (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b) e depois atualizado pela Portaria nº 1.341/GM (BRASIL, 2012), onde fica definido, no Art. 1º, um valor de antecipação do incentivo financeiro de implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas para CEO tipo I no valor de R\$ 60.000,00; para o CEO tipo II no valor de R\$ 75.000,00 e para o CEO tipo III no valor de R\$ 120.000,00.

Como compreensão final, tem-se que o repasse financeiro do governo federal se dá em parcela única para a implantação dos CEO e os repasses mensais para custeio culminam em valores abaixo das reais despesas e custos nos centros, ficando, assim, o município com a incumbência de assumir o restante do orçamento para possibilitar a continuidade do serviço, o que pode acarretar o desinteresse pela implantação dos mesmos.

A odontologia pública parcialmente financiada:
exemplificando com países escandinavos

É interessante observar que houve uma grande mudança nos últimos anos na oferta de serviços de saúde bucal em certos países europeus. Essa mudança é a crescente privatização de serviços odontológicos que antes eram espaços de produção de saúde em contexto coletivo e público. (WIDSTÖM; EATON, 2011) Porém, alguns países ainda compreendem que acesso a certos serviços assistenciais odontológicos são fundamentais para a vida de suas populações. Certos países europeus, em especial os escandinavos, são aqueles que mantêm uma forte força política para continuar ofertando serviços públicos de saúde bucal aos seus cidadãos. (WIDSTÖM; EATON, 2011) Tais países mostram-se estruturalmente fundamentados em políticas públicas de educação e saúde como contextos essenciais para a vida de seus cidadãos. Nessa lógica, a essencialidade dessas políticas públicas reflete-se em uma assistência odontológica pública e de qualidade para a população.

Certas políticas mostram que muitas vezes as ofertas de serviços de saúde bucal podem acontecer na lógica do reembolso por parte do governo. Esse é o caso da Dinamarca, onde o acesso à saúde bucal ocorre pelo sistema de reembolso dos serviços prestados à população por meio do Sistema Nacional de Seguridade e Saúde (NHSS), sendo totalmente gratuito para crianças e adolescentes de até 18 anos de idade, gestantes e pessoas com necessidades especiais. (MOYSÉS, 2013) É uma situação em que a equidade no acesso se faz presente.

Na Dinamarca, o regime político é democrático parlamentar. O país possui alto padrão de vida. As autoridades locais regionais possuem um papel dominante na política

de saúde, sendo, assim, responsáveis pelo financiamento e pelo provimento dos serviços primários e secundários. Partidos políticos, em geral apoiam a ideia de que o acesso aos cuidados de saúde deve ser independentemente da capacidade individual de pagamento ou do local de residência dos cidadãos.

Desde 1973, na Dinamarca, o sistema de saúde é financiado por impostos obrigatórios pagos por toda a população havendo algumas exceções de serviços parcialmente pagos, como medicamentos e tratamentos odontológicos que necessitam de especialidades. Em outra instância, o governo financia os serviços dos cirurgiões dentistas do Sistema Nacional de Seguridade e Saúde (NHSS), em substituição ao seguro médico tradicional o qual era vigente até 1973. Dito de forma sucinta, o cidadão procura o serviço do cirurgião dentista, paga pela assistência e o governo reembolsa. Nesse processo de acesso e oportunidade de cuidados com a saúde bucal, os municípios têm responsabilidades que incluem serviços como casas de repouso, enfermeiros de família, visitas domiciliares de saúde, dentistas municipais e serviços de saúde escolar, onde também se incluem ações em saúde bucal. Essas atividades são financiadas por arrecadação de impostos, com orçamentos distribuídos por meio de planejamento global para todo o país. Dois terços dos dentistas trabalham no modelo assistencial privatista e um terço deles é empregado dos municípios, onde realizam serviços orientados para a promoção da saúde, a prevenção sistemática e a assistência curativo-reabilitadora em saúde bucal. (MOYSÉS, 2013)

O sistema de saúde dinamarquês sofreu várias mudanças nos últimos dez anos. Várias iniciativas locais regionais foram mudando o modelo assistencial vigente, sempre focando e caminhando dentro uma perspectiva de

diretrizes de um sistema descentralizado e financiado por impostos arrecadados pela própria sociedade. Isso resultou na diminuição do tempo de espera pelo atendimento e melhorias na qualidade dos serviços públicos de saúde. Neste processo de financiamento das ações de saúde bucal, a Dinamarca gasta em média 116 milhões de euros por ano. (WIDSTÖM; EATON, 2011; MOYSÉS, 2013)

A Suécia é um país em que sua estrutura de sistema de saúde foi influenciada pelas ideias de bem-estar social, advindas depois da Segunda Guerra Mundial. Um componente importante dessa perspectiva é a provisão de cuidados em saúde para a população em geral considerada parte da seguridade social no país. Ou seja, os financiamentos da saúde bucal ofertada para a população provêm de financiamento da seguridade social e existe uma forte ênfase em equidade no sistema, pois todo cidadão tem o direito à saúde, independentemente de renda, gênero, etnia ou faixa etária. (WIDSTÖM; EATON, 2011)

Há um entendimento na Suécia de que seus cidadãos devem ter boa saúde, acesso igual aos serviços de saúde, descentralizados e municipalizados, que são financiados por fundos financeiros públicos. O país oferece atenção odontológica, por meio do Serviço Público Odontológico em centros de saúde pública, sem nenhum custo às crianças e aos adolescentes de até 19 anos de idade, bem como para procedimentos de alto custo aos usuários acima de 64 anos de idade. (WIDSTÖM; EATON, 2011; MOYSÉS, 2013) O financiamento de cuidados odontológicos para adultos acima de 20 anos é feito pelo Seguro Social Nacional, em sistema baseado em pagamento fixo por procedimento. Contudo, há subsídios variáveis por faixas de população, cujos serviços odontológicos são parcialmente subsidiados pelo Estado e pagos diretamente ao provedor do serviço. É válido ressaltar que o seguro nacional de saúde mantido

pelos suecos, também subsidia, em parte, despesas com medicamentos odontológicos, desde que sejam fármacos integrantes do Esquema Nacional de Benefício para Medicamentos, prescritos por médicos e dentistas. (MOYSÉS, 2013)

O controle social também é uma retórica da saúde pública na Suécia. O modelo de assistência odontológica na Suécia apresenta uma característica relevante que é o papel fundamental exercido pelos conselhos regionais. Tais conselhos, com o suporte das leis do país, são responsáveis pelo planejamento e administração dos serviços de saúde. O referido conselho possui poder de negociação para impedir ou não o estabelecimento de uma nova clínica privada em seu território, assim como estabelecer o número máximo de pacientes que o serviço privado poderá atender em um ano. Desta maneira, tais conselhos regulam fortemente o mercado em relação à saúde na Suécia. (TRAEBERT, 1996)

Dando continuidade à reflexão sobre o financiamento da saúde bucal em países escandinavos, é interessante destacar a proposta de financiamento público da Finlândia. Na Finlândia, desde 2002, toda a população é beneficiada com cuidados em saúde bucal, financiados com recursos públicos e com as parcerias assistenciais de higienistas dentais. (MOYSÉS, 2013)

Na Finlândia, a organização e o financiamento do sistema de saúde são considerados responsabilidade pública há muito tempo. Parte dos custos com medicamentos e certos serviços médicos privados passaram a ser reembolsados pelo Seguro Nacional de Saúde (NHI). O sistema de saúde provê cobertura inclusiva para toda a população residente, embora alguns serviços sejam excluídos desse sistema, como cuidados odontológicos para certas faixas etárias. O foco principal da odontologia nos centros de saúde estava nas crianças e nos adolescentes, com forte ênfase

preventiva. A partir de 2002, novas reformas no sistema de saúde passaram a estender a cobertura odontológica para todos os grupos etários. Há dois sistemas odontológicos paralelos funcionando, que são: o sistema municipal e o sistema privado, apoiado em parte pelo NHI. No setor privado, os pacientes pagam todo o tratamento, mas podem reivindicar reembolso parcial ao NHI. As taxas reembolsadas pelo NHI para médicos e dentistas particulares são de até 60% da tarifa básica estabelecida. Contudo, esses profissionais têm liberdade de fixar preços mais altos, o que significa que o NHI reembolsa apenas cerca de um terço da taxa real que os pacientes pagam no setor privado. Após a década de 2000, reembolsos odontológicos estão sendo estendidos gradualmente à população inteira, na faixa de 60% dos custos que foram pagos pelos cidadãos. Algumas municipalidades conseguem oferecer cuidado odontológico a toda a população, enquanto outras só oferecem os serviços obrigatórios. Em 2002, toda a população foi beneficiária de cuidados em saúde bucal, financiados com recursos públicos. Algumas cidades maiores que tratam adultos tiveram dificuldades no provimento dos cuidados necessários, apresentando aumento de filas e escassez de dentista, sendo parte dos serviços realizados por higienistas dentais. (MOYSÉS, 2013)

Considerações finais

É interessante a observação macro contextual do financiamento da saúde pública de países com realidades sociais e econômicas tão diferentes das do Brasil e ao mesmo tempo observar quão semelhantes são suas posturas políticas em relação ao financiamento dessas ações de saúde pública. Tal comparação foi possível de ser observada na presente reflexão teórica, pois certos países

européus (nórdicos) se assemelham ao Brasil na origem de certas políticas públicas de financiamento da saúde bucal.

O acesso à saúde pública e a oferta universal de serviços de saúde bucal são situações que se diferenciam, pois o Brasil vê na integralidade do cuidado o eixo central das ações de saúde. Porém, muito ainda é necessário caminhar para que o financiamento da saúde bucal contemple a assistência em todos os níveis de densidade tecnológica, a adequada utilização de recursos pelos municípios, bem como a adequada gestão financeira da saúde bucal para, assim, diminuir o impacto da morbidade da saúde bucal do brasileiro.

Referências

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 6.ed. São Paulo: Lisboa: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico**. Brasília: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, 2003. 66p.

_____. **Portaria 1.464** de 27 de junho de 2011. Altera o Anexo da Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 de jun. 2011a.

_____. **Portaria nº 600/GM/MS**, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 de jun. 2011b.

_____. **Portaria Nº 1.341/GM** de 13 de junho de 2012. Define os valores dos incentivos de implantação e

de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1341_13_06_2012.html>. Acesso em: 15 dez 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Saúde Bucal**. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php?conteudo=faq. Acesso em: 27 out 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição: República Federativa do Brasil 1988**. Brasília (DF): Centro Gráfico do Senado Federal; 1988.

COSTA, J.F.R.; CHAGAS, L.D.; SILVESTRE, R.M. (Orgs.). A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. In: **Técnica**. Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), 2006. 67p.

DE LAVOR CORIOLANO, M.W. et al. Vivenciando o processo de municipalização do SUS no município de Juazeiro do Norte (CE). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2447-2454, 2010.

MELAMED, C.; COSTA, N. do R. Inovações no financiamento federal à atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 393-401, 2003.

MOYSÉS, S.J. **Saúde coletiva**: políticas, epidemiologia da saúde bucal e redes de atenção odontológica. São Paulo: Artes Médicas, 2013. 126 p.

SOBRINHO, J.E.L; SANTO, A.C.G.E. Participação dos entes federados no financiamento da saúde bucal de atenção básica: estudo no município da Vitória de Santo Antão, Pernambuco. **Saúde Soc.**, v. 22, n.4, p. 994-1000, 2013.

TRAEBERT, J.L. Implicações de custo financeiro e recursos humanos em assistência odontológica no Brasil segundo o modelo escandinavo. **Rev. Saúde Pública**, v. 30, n. 6, p. 519-25, 1996.

WIDSTRÖM, E.; EATON, K.A. Oral healthcare systems in the extended European Union. **Oral Health & Preventive Dentistry**, v.2, n.3, p.155-194, 2011.

INCENTIVOS FISCAIS DO GOVERNO À SAÚDE PRIVADA NO BRASIL: O CASO DAS RENÚNCIAS FISCAIS¹

Roberta Sampert

Renúncias fiscais à saúde privada

A Constituição Federal de 1988 determinou ser dever do Estado brasileiro garantir saúde a toda a população. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi implementado, então, a partir das definições legais estabelecidas pela Constituição, com a finalidade de alterar a situação de histórica desigualdade na assistência à saúde dos brasileiros. A estrutura, bem como a forma de organização da saúde no Brasil, sustenta a relação de convênio entre o setor público e o setor privado. Ao longo das últimas décadas após a criação do SUS, contraditoriamente pode-se observar um mercado de planos e seguros privados de saúde em pleno crescimento. Concomitantemente, o montante destinado ao

¹ Trabalho final da disciplina de Economia da saúde e desenvolvimento econômico, do curso de Ciências Econômicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

financiamento do SUS não tem sido suficiente para assegurar recursos financeiros adequados ou estáveis ao sistema público. Dessa forma, o SUS brasileiro enfrenta grandes dificuldades em garantir o acesso universal à população brasileira com eficiência e qualidade. (BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2006)

O governo federal coopera para o contínuo crescimento da saúde suplementar por meio de incentivos, na forma de financiamento – concedendo linhas de crédito - ou subsídio de impostos – desoneração tributária de alguns medicamentos, entidades filantrópicas e gastos com saúde privada de pessoas físicas e jurídicas. (PIOLA et al., 2012) Nesse contexto, abre-se espaço para discutir a possibilidade de destinar ao SUS os recursos provenientes das desonerações fiscais no Brasil, bem como refletir quanto às contradições entre a existência do SUS público e a aplicação de desonerações ao setor privado de saúde.

A Receita Federal do Brasil caracteriza gastos tributários como gastos indiretos do governo realizados por intermédio do sistema tributário, visando a atender objetivos econômicos e sociais.

Têm caráter compensatório, quando o governo não atende adequadamente a população quanto aos serviços de sua responsabilidade, ou têm caráter incentivador, quando o governo tem a intenção de desenvolver determinado setor ou região. (BRASIL. MINISTÉRIO DA FAZENDA, 2013, p.13)

Dessa forma, justifica-se a existência dos gastos tributários, na forma de desonerações – ou renúncias – fiscais.

As renúncias fiscais promovidas pelo governo federal anualmente afetam a arrecadação tributária do país em

diversas áreas. No caso da saúde, recursos que talvez pudessem ser destinados ao sistema público deixam de ser arrecadados. Além disso, a inequidade do sistema é reforçada, uma vez que aqueles que mais gastam com saúde são os que mais recebem recursos do Estado. (ANDREAZZI; OCKÉ-REIS, 2007)

Benefícios tributários destinados à saúde são concedidos por meio de isenções às instituições sem fins lucrativos (Santas Casas); deduções do Imposto de Renda às pessoas físicas e jurídicas (IRPF e IRPJ) devido aos gastos com médicos, hospitais e planos de saúde; e desoneração tributária de alguns medicamentos. Dentre as formas de renúncias fiscais promovidas pelo governo federal que beneficiam a saúde, esse artigo utilizará como objeto de análise exclusivamente aquelas sobre a renda das pessoas físicas e jurídicas.

O objetivo central deste artigo consiste, portanto, em avaliar a relevância do montante total de recursos que deixam de ser arrecadados por meio da renúncia da arrecadação fiscal, além de trazer à tona a discussão sobre a possibilidade desses recursos serem destinados ao SUS para o provimento de assistência médica aos segmentos sociais mais vulneráveis da população.

Métodos

Para a análise da relevância do montante de desonerações fiscais na área da saúde promovidas pelo governo federal nos últimos anos, foram utilizados dados do Demonstrativo dos Gastos Tributários da Receita Federal do Brasil, de 2009 a 2013, cuja base efetiva é o ano de 2011. (BRASIL. MINISTÉRIO DA FAZENDA, 2013) Para o estudo do montante de recursos destinados pelo governo federal ao Sistema Público de Saúde, foram utilizados dados extraídos

da nota técnica número 12, sobre o financiamento da saúde, elaborada pela Câmara dos deputados no ano de 2013. (BRASIL. CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2013)

Os dados extraídos do Demonstrativo dos Gastos Tributários da Receita Federal do Brasil (BRASIL. MINISTÉRIO DA FAZENDA, 2013) foram compilados por meio do software Excel, gerando planilhas que demonstram os valores correspondentes ao montante de desonerações fiscais na área da saúde por grupo beneficiado. Com base nas tabelas originadas das planilhas, foram feitas as análises a respeito das renúncias fiscais.

Resultados

A seguir serão expostos os resultados obtidos por meio da análise dos relatórios de renúncias fiscais da Receita Federal do Brasil, com foco na área da saúde.

Tabela 1: Evolução dos gastos tributários de 2009 a 2013 e sua representatividade em relação ao PIB (em R\$ bilhão)

Ano	Gastos tributários	Receita administrada	GT / Receita	PIB	GT / PIB
2009	116.098	671.614	17,29%	3.185.125	3,65%
2010	135.907	775.603	17,52%	3.770.085	3,60%
2011	152.450	938.929	16,24%	4.143.013	3,68%
2012	181.523	992.089	18,30%	4.402.537	4,12%
2013	218.229	1.100.178	19,84%	4.837.950	4,51%

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil. Ministério da Fazenda (2013)

Notas: Valores deflacionados pela média anual do IPCA para 2011, em R\$ milhão.

A tabela 1 evidencia a evolução dos gastos tributários no período de 2009 a 2013 e sua representatividade em relação ao PIB do Brasil nos anos em questão. Pode-se observar que o percentual de gastos tributários em relação ao PIB tem aumentado com o passar dos anos (“GT/PIB”, onde GT representa a sigla para Gastos Tributários). Da mesma forma, o percentual dos gastos tributários em relação ao total arrecadado pela Receita Federal do Brasil (“GT/Receita”), aumentou de 3,65% em 2009, para 4,51% em 2013.

Tabela 2: Gastos tributários com saúde nos Impostos de Renda de 2009 - 2013 (em R\$ milhão).

	2009	2010	2011	2012	2013*
Pessoas Físicas (IRPF)	20.803.529	22.216.072	25.134.265	27.881.903	30.755.895
Despesas Médicas	6.794.096	6.813.121	7.716.044	8.755.657	9.658.166
% Despesas Médicas/IRPF	32,66%	30,67%	30,70%	31,40%	31,40%
Pessoas Jurídicas (IRPJ)	21.085.050	27.080.304	28.375.845	32.256.217	35.156.181
Assistência Médica/ Odontológica/ Farmacêutica/ a Empregados	2.276.770	2.656.540	2.937.073	3.344.957	3.633.642
% Despesas médicas/IRPJ	10,80%	9,81%	10,35%	10,37%	10,34%

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil. Ministério da Fazenda (2013).

Notas: Valores deflacionados pela média anual do IPCA para 2011, em R\$ milhão.

* O relatório utilizado abrange o período de 2009 a 2013, sendo os valores do ano de 2013 projetados, com base nos números dos anos anteriores.

Na tabela 2, mostra-se o montante que a Receita Federal do Brasil deixou de arrecadar com o IRPF e o IRPJ nos anos de 2009 a 2013, devido às renúncias fiscais das despesas médicas – no caso das pessoas físicas -, e da assistência médica, odontológica e farmacêutica a empregados – no caso das pessoas jurídicas. É possível verificar que as desonerações referentes às despesas médicas de pessoas físicas representam cerca de um terço do total desonerado. Já no caso das pessoas jurídicas, esse percentual cai para cerca de 10%.

Tabela 3: Evolução dos Gastos Tributários com saúde e sua representatividade em relação ao PIB no Brasil de 2009 - 2013

	2009	2010	2011	2012	2013*
Total GT saúde IRPF e IRPJ (em bilhões)	9.071	9.470	10.653	12.101	13.291
Total GT em geral (em bilhões)	116.098	135.907	152.450	181.523	218.229
% GT saúde/ GT em geral	7,81%	6,97%	6,99%	6,67%	6,09%
% GT saúde/ PIB	0,28%	0,25%	0,26%	0,27%	0,27%

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil. Ministério da Fazenda (2013). (BRASIL. CÂMARA DE DEPUTADOS, 2013)

Notas: Valores deflacionados pela média anual do IPCA para 2011, em R\$ milhão.

* O relatório utilizado abrange o período de 2009 a 2013, sendo os valores do ano de 2013 projetados, com base nos números dos anos anteriores.

A evolução do total de desonerações dos Impostos de Renda no período em análise é evidenciada na tabela 3, bem como sua representatividade perante o total de gastos tributários (“% GT saúde/GT em geral”). Pode-se perceber que os gastos tributários com saúde representam cerca de 6% em 2013, enquanto que em 2009 esse percentual foi de quase 8%. Essa diminuição do percentual pode ser justificada pelo aumento do número de desonerações no período, o que colaborou para a diminuição da representatividade dos gastos tributários com saúde perante o total de gastos tributários. Mostra-se também na tabela a representatividade dos gastos tributários com saúde em relação ao PIB (“% GT saúde/PIB”).

Tabela 4: Representatividade dos gastos tributários com saúde em relação ao total de repasses à saúde pública no Brasil de 2009 - 2013

	2009	2010	2011
Gasto Federal Saúde	65.268	66.078	72.332
Gasto tributário Saúde (renúncias fiscais) - IRPF e IRPJ	9.071	9.470	10.653
% Gasto Federal Saúde IRPF e IRPJ/ Gasto tributário Saúde	13,9%	14,3%	14,7%

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil. Ministério da Fazenda (2013). (BRASIL. CÂMARA DE DEPUTADOS, 2013)

Notas: Valores deflacionados pela média anual do IPCA para 2011, em R\$ milhão.

Na tabela 4, o total de gastos tributários com saúde (desonerações do IRPF e IRPJ) é comparado com o total de repasses do governo federal à saúde entre os anos de 2009 a 2011. Com base nesses dados, fica evidente a

relevância do montante de renúncias fiscais com relação ao total repassado pela União à saúde pública. Caso as desonerações das despesas médicas de pessoas físicas e assistência médica a empregados não ocorressem, e o imposto fosse de fato arrecadado e utilizado para financiar o sistema público, poder-se-ia obter um incremento de mais de 14,7% nos gastos da União com saúde em 2011, por exemplo. Pode-se perceber, dessa forma, que as renúncias fiscais no IRPF e no IRPJ representam praticamente metade do total de renúncias fiscais na área da saúde.

Considerações finais

Os gastos tributários (renúncias fiscais) com saúde têm aumentado progressivamente ao longo dos últimos anos. Concomitantemente, o SUS no Brasil enfrenta desafios no cumprimento de seus três principais princípios: universalidade, equidade e integralidade. Nesse contexto, faz-se de grande importância demonstrar a representatividade das renúncias fiscais, diante do montante total destinado ao financiamento do sistema público. Ao mesmo tempo, faz-se necessário discutir se essas renúncias fiscais representam ou não uma forma de incentivo à saúde privada, na medida em que beneficiam em geral as camadas de maior renda da população brasileira.

Para Andreazzi e Ocké-Reis (2007), de forma a melhorar a equidade do sistema de saúde brasileiro, poder-se-ia estabelecer um limite às desonerações na área da saúde nos impostos de renda de pessoas físicas e jurídicas, como atualmente ocorre com as desonerações fiscais sobre gastos com educação. Dessa forma, eliminar-se-ia gradualmente o “subsídio” destinado às camadas da população de maior renda, pois são elas que mais utilizam planos e serviços privados de saúde. Entretanto,

antes da tomada de quaisquer medidas seria necessário um estudo mais aprofundado dos possíveis impactos do estabelecimento desse limite às desonerações, sobre o comportamento e a renda das pessoas físicas e jurídicas. A diminuição desse subsídio poderia resultar em uma redução no número de usuários dos planos e seguros de saúde, por exemplo. Essas pessoas, antes atendidas na rede privada, provavelmente buscariam atendimento médico no sistema público, quando necessário. Assim, seria interessante analisar a possível relação entre a diminuição das renúncias fiscais e o aumento na demanda pelo Sistema Único de Saúde.

Em suma, o artigo procurou demonstrar que as desonerações das despesas médicas nos impostos de renda (IRPF e IRPJ) correspondem a um percentual significativo do total de valores repassados pelo governo federal à saúde (15%, em média). Objetivou-se, dessa forma, trazer à tona a discussão sobre a possibilidade de destinar ao SUS os recursos provenientes das desonerações fiscais no Brasil, bem como refletir quanto às contradições entre a existência de um sistema público e a aplicação de desonerações ao setor privado de saúde. Certamente destinar ao SUS esses recursos que atualmente são desonerados seria uma política passível de análise quanto a sua viabilidade, visto que seria preciso garantir que os valores não desonerados fossem de fato destinados ao financiamento da saúde pública. De qualquer maneira, o estabelecimento de um limite às desonerações com despesas médicas poderia sim representar um incremento nas fontes de financiamento do Sistema Único de Saúde brasileiro, que parecem ser historicamente deficitárias.

Referências

ANDREAZZI, M.; OCKÉ-REIS, C. Renúncia de arrecadação fiscal: subsídios para discussão e formulação de uma política pública. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17 n. 3, p. 521-544, 2007.

BRASIL. Câmara Dos Deputados. **Consultoria de orçamento e fiscalização financeira. Financiamento da saúde: Brasil e outros países com cobertura universal**. Brasília, 2013. (Nota Técnica, nº 12). Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/atividadelegislativa/orcamentobrasil/estudos/2013/NTn12de2013FinanciamentodaSadeBrasileOutrosPasesV.Prel.pdf>>. Acesso em: 11 abr 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. 1. ed. Brasília: CONASS, 2006. Disponível em: <<http://www.foa.unesp.br/include/arquivos/foa/pos/files/sus-avancos-desafios.pdf>>. Acesso em: 4 mar 2015.

BRASIL. Ministério da Fazenda. **Demonstrativo dos Gastos Governamentais Indiretos de Natureza Tributária – (Gastos Tributários) – Estimativas Bases Efetivas Ano Calendário 2011 – Série 2009 a 2013**. Brasília, 2013. Disponível em: <www.receita.fazenda.gov.br/publico/estudotributario/BensTributarios/2011/DGTEfetivo2011Serie2009a2013.pdf>. Acesso em: 10 nov 2014.

PIOLA, S.; et al. **Financiamento do Sistema Único de Saúde: trajetória recente e cenários para o futuro**. 2012. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/AnaliseEconomica/article/viewFile/25261/21530>>. Acesso em: 10 nov 2014.

PUBLICIZAÇÃO NO ÂMBITO DA REFORMA DO ESTADO BRASILEIRO NOS ANOS 1990: O PSF – PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE/RS

*Thaís Ayd Estevam
Rosa Angela Chieza*

Introdução

A economia brasileira dos anos 1980 caracterizou-se pelo baixo crescimento econômico, pelas altas taxas de juros e pela deterioração das contas públicas resultando na incapacidade de o Estado continuar exercendo o papel de indutor do desenvolvimento econômico, papel desempenhado desde os anos 1930. Diante disso, na década de 1990, a reforma do Estado teve como características principais o processo de privatizações, terceirizações e publicizações dos serviços até então desempenhado pela esfera pública estatal.

O Brasil seguiu a tendência político-econômica mundial predominante na década de 1990 de diminuição da intervenção estatal na economia e, em 1995, o então presidente Fernando Henrique Cardoso criou o Ministério do Aparelho de Reforma do Estado, o qual foi responsável pelo lançamento do Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE). Neste documento, foram propostos o ajuste fiscal, a reforma da previdência social, a reforma econômica e, por fim, as mudanças institucionais voltadas à implementação de políticas sociais e à reforma do aparelho do Estado.

Na referida reforma do aparelho do Estado e na introdução de mudanças institucionais na implementação de políticas sociais, determinou-se que, primeiro, existem atividades que não deveriam ser garantidas exclusivamente pelo Estado, como saúde e educação. E que estas atividades careceriam de atenção da sociedade em geral através do aumento da participação popular na execução e no controle das políticas públicas. Neste mesmo documento, mencionou-se pela primeira vez a propriedade pública não estatal e a instalação desta nova forma de propriedade no Brasil, a qual foi implementada através do Programa Nacional de Publicização. Ainda de acordo com o PDRAE, as instituições privadas sem fins lucrativos deveriam executar atividades não exclusivas do Estado, pois estas têm como objetivo “aumentar, assim, a eficiência e a qualidade dos serviços, atendendo melhor o cidadão-cliente a um menor custo.” (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CÂMARA DA REFORMA DO ESTADO, 1995, p. 47)

Em consonância com essa visão de aumento da participação das organizações sem fins lucrativos, amparada pelo Estado, e baseado na ideia de eficiência do setor privado frente ao setor público, através da Lei nº 9.790/1999, foi criada a modalidade legal de Organização da Sociedade

Civil de Interesse Público (OSCIP). De acordo com a referida lei, a publicização tem o intuito de potencializar as relações entre Estado e sociedade civil, onde ambos podem firmar uma parceria do estilo “ganha-ganha”.

Segundo o Ministério Público, depois da Reforma do Estado e da criação da Lei nº 9.790/1999, foram criadas 13 OSCIPs por dia no Brasil. Em função disso, justifica-se uma pesquisa para identificar as razões do crescimento de ONGs, bem como para verificar se as proposições apontadas pelo PDRAE se concretizaram, num estudo de caso no município de Porto Alegre/RS.

Diante disso, o objetivo deste artigo é dissertar sobre uma experiência de publicização proposta pela Reforma do Aparelho do Estado na área da saúde, através da apreciação do termo de parceria firmado entre a Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA) e o Instituto Sollus, OSCIP, no ano de 2007, e entre a PMPA e a Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FAURGS), em 2000, a fim de verificar se houve melhoria na implantação do Programa Saúde da Família em Porto Alegre, durante a gestão da referida OSCIP.

Metodologia

Além da revisão bibliográfica sobre tema das publicizações no Brasil, realizou-se um comparativo entre as normas legais que estabeleceram a transferência de serviços da esfera pública estatal para a esfera pública não estatal, a saber as leis nº 9.790/1999 e nº 13.019/2014. Além disso, através da Lei de Acesso à Informação¹ foi possível acessar os termos de parceria firmados entre a Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA) e a Fundação

¹ Lei nº 12.527/2011, em vigor no Brasil desde 18 de novembro de 2011.

de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FAURGS) e entre a PMPA e o Instituto Sollus. No entanto, o acesso ao Plano de Trabalho acordado entre as partes não foi disponibilizado pelo Poder público municipal. Os dados para a análise do desempenho do Instituto Sollus, em comparação com o desempenho da FAURGS na gerência do Programa Saúde da Família em Porto Alegre, foram extraídos do Anuário Estatístico da PMPA dos anos 2010 e 2012; do banco de dados do TCE/RS e do Relatório de Auditoria realizado pelo TCE/RS sobre o PSF durante a gestão do Instituto Sollus (set/2007 a ago/2009).

De acordo PDRAE, as OSCIPs são preteridas em relação ao próprio setor público, pois aquelas têm como objetivo aumentar a qualidade dos serviços prestados para a comunidade, para atender melhor ao cidadão-cliente.² Sendo assim, para conferir se o Instituto Sollus de fato melhorou a prestação de serviços do Programa Saúde da Família em Porto Alegre durante o seu período de gestão(08/2007 a 08/2009), analisou-se o comportamento das seguintes variáveis: número de Equipes da Saúde da Família, número de famílias cadastradas no PSF, número de consultas realizadas, número de visitas domiciliares e gasto médio por mês com o referido Programa.

Adicionalmente, utilizou-se dados do Ministério da Justiça para identificar a localidade das OSCIPs por Unidade Federativa de forma a confrontar tal resultado com o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)³,

² “Por fim, o Plano define como objetivo para o setor de Serviços Não Exclusivos (centros de pesquisa, museus e os hospitais) o aumento da eficiência e a qualidade dos serviços, atendendo melhor o cidadão-cliente a um custo menor.” (ESTEVAM, 2015, p. 12)

³ O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é uma medida composta de indicadores de três dimensões do desenvolvimento humano: longevidade, educação e renda. O índice varia de 0 a 1. Quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano. O IDHM brasileiro segue as mesmas três dimensões do IDH Global - longevidade, edu-

disponibilizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Publicização no Brasil

No primeiro governo Cardoso (1995-1998), foi implementado um modelo de desenvolvimento “moderadamente liberal e internacionalizante, com as seguintes características: politicamente identificado com a democracia representativa; economicamente voltado para um “desenvolvimentismo renovado.” (SALLUM JÚNIOR, 2003, apud VISENTINI, 2007, p. 18)

Durante o primeiro ano do Governo FHC, em 1995, foi criado o Ministério da Reforma do Aparelho do Estado (MARE), no qual foi concebido o PDRAE.

A reforma do Estado foi necessária, segundo Pereira (1997, p. 16):

Para torná-lo menor, mais voltado para as atividades que lhe são específicas, que envolvem poder de Estado, mas mais forte, com maior governabilidade e maior governança,⁴ com mais capacidade, portanto, de promover e financiar, ou seja, de fomentar a educação e a saúde, o desenvolvimento tecnológico e científico, e, assim, ao invés de simplesmente proteger suas economias nacionais, estimulá-las a serem competitivas internacionalmente.

cação e renda, mas vai além: adequa a metodologia global ao contexto brasileiro e à disponibilidade de indicadores nacionais. Embora meçam os mesmos fenômenos, os indicadores levados em conta no IDHM são mais adequados para avaliar o desenvolvimento dos municípios brasileiros. PNUD, www.pnud.org.br, acessado em 04 de maio de 2015.

⁴ Capacidade de implementar de forma eficiente políticas públicas.

Conforme relata Chieza (2008, p.25), a reforma foi possível devido ao “esgotamento do estado desenvolvimentista como indutor do crescimento econômico em função do conjunto de variáveis macroeconômicas nacionais e internacionais”.

No sentido de tornar o Estado cada vez menos promotor e mais regulador, o PDRAE propõe uma distinção entre reforma do Estado⁵ e reforma do aparelho do Estado.⁶ A primeira refere-se a um amplo projeto de transformação do Estado e as várias áreas do governo e ao conjunto da sociedade. Envolveria cultura, comportamentos, etc. A reforma do aparelho do Estado, por sua vez, “tem um escopo mais restrito: está orientada para tornar a administração pública mais eficiente e mais voltada para a cidadania.” (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CÂMARA DA REFORMA DO ESTADO, 1995, p. 12)

A novidade trazida na referida reforma do aparelho do Estado foi a criação de um novo setor do aparelho estatal: os Serviços Não Exclusivos. Este setor distingue-se dos outros setores, a saber, Núcleo Estratégico, Atividades Exclusivas e Produção Para o Mercado, pois o Estado atua simultaneamente com outras organizações públicas não estatais e privadas. Apesar dessas instituições não possuírem o poder do Estado, este se faz presente, uma vez que os serviços que estas organizações prestam envolvem direitos humanos fundamentais, como educação e saúde. Ainda foi criada uma nova forma de propriedade para que

⁵ O Estado é a organização burocrática que tem o monopólio da violência legal, é o aparelho que tem o poder de legislar e tributar a população de um determinado território. (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CÂMARA DA REFORMA DO ESTADO, 1995, p.12)

⁶ Entende-se por aparelho do Estado a administração pública em sentido amplo, ou seja, a estrutura organizacional do Estado, em seus três poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário) e três níveis (União, Estados-membros e Municípios). (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CÂMARA DA REFORMA DO ESTADO, 1995, p. 12)

as organizações que fizessem parte do setor de Serviços Não Exclusivos do Estado fossem contempladas como personalidade jurídica, a propriedade pública não estatal “constituída pelas organizações sem fins lucrativos, que não são propriedade de nenhum indivíduo ou grupo e estão orientadas diretamente para o atendimento do interesse público.” (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CÂMARA DA REFORMA DO ESTADO, 1995, p. 43)

A transferência de propriedade pública para público não estatal chama-se publicização. Conforme aponta o PDRAE (1995), a partir da publicização, o controle por parte da sociedade nas organizações sociais seria mais fácil e direto, dando maior domínio da sociedade sobre os serviços prestados, maior responsabilidade aos dirigentes dessas instituições, possibilitando uma maior parceria entre Estado (por meio do financiamento dos serviços), a organização social (prestadora do serviço) e a sociedade (minoritariamente participando do financiamento através de doações e compra de serviços).

Autores como Bresser Pereira (1995), Fernandes (2005) e organizações como o Banco Mundial (1997) defendem a mesma visão exposta no PDRAE. No entanto, autores como Montaño (2003), Simionatto (1997) e Babilônia (2012) defendem o Estado como responsável final pelas atividades de interesse público e colocam a parceria entre público e privado – Estado e OSCIP – como sendo uma transferência de responsabilidade, ou até mesmo, uma terceirização dos serviços públicos.

Montaño (2003) e Babilônia (2012) mostram que na visão dos autores liberais, o terceiro setor “seria uma alternativa inovadora e eficiente de resolução da ‘questão social’. [...] e é apresentado como uma alternativa inovadora, num processo de consolidação da democracia e do desenvolvimento social.” (BABILÔNIA, 2012, p.6)

Se opondo à visão liderada pelo Banco Mundial, Montañó (2003) mostra que uma das funcionalidades do “terceiro setor” no projeto neoliberal seria torná-lo meio para “desonerar o capital da responsabilidade de cofinanciar as respostas às refrações da “questão social” mediante políticas sociais estatais. ” (MONTAÑO, 2003, p.235) Para esse autor, ao interpretar a lógica neoliberal, o Estado é somente um meio (financeiro) para as resoluções das “questões sociais” e a sociedade fica responsável por dar respostas aos problemas por ela mesma enfrentados.

A ação social deixa de ser financiada pelo conjunto da sociedade, pelo capital, pelo trabalho etc., e passa agora a ser cada vez mais financiada pelos setores carentes, mais ligados aos trabalhadores de média e baixa renda. Isto é, o capital deixa de ser obrigado a cofinanciar as políticas sociais estatais; passa-se de uma “solidariedade sistêmica” (mediante a contribuição compulsória e diferencial) para uma “solidariedade individual e voluntária”. (MONTAÑO, 2003, p.236)

Para Simionatto (1997), o cerne da questão está na interpretação que os neoliberais dão para o que se define como “sociedade civil”. Em sua obra *Globalitarismo e sociedade civil: a manipulação dos conceitos*, a autora aponta que, segundo a lógica neoliberal, “a sociedade civil é composta por aqueles que estão incluídos no mercado e este constitui o *ethos* da democracia.” (SIMIONATTO, 1997, p.5) E questiona em seguida: “e quanto aos outros que não têm acesso ao mercado? Ora, os outros se contentam com a estima e a solidariedade própria dos pobres.⁷ Esse é o efeito

⁷ “Recentemente, o presidente do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), Enrique Iglesias (*Folha de São Paulo*, 4/1/97), destaca que ‘a globalização exige o fortalecimento da sociedade civil’, indicando que ‘as complexidades da nova sociedade fazem com que você tenha

trágico do globalitarismo que acentua as desigualdades na medida em que decreta a supremacia dos mercados de forma imperialista.” (SIMIONATTO, 1997, p.5)

Simionatto (1997) aponta que a dicotomia “público” e “privado” nasce a partir do momento em que as classes mais “articuladas em torno de uma oligarquia financeira globalizada” (SIMIONATTO, 1997, p.11) ao se utilizarem das instituições capazes de defender seus projetos para implementarem o “ajuste econômico”, expressão das políticas neoliberais, acabam promovendo “o desmonte da esfera pública, efetuando a privatização dos mais elementares bens públicos (como saúde e educação), sob o propalado discurso da necessidade de reduzir o déficit público.” (SIMIONATTO, 1997, p. 12)

Para o caso do Brasil, sobre a criação das Organizações Sociais e, mais tarde, das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, Simionatto (1997) disserta que tais manobras na reorganização da sociedade civil e do cumprimento da lógica neoliberal valorizam cada vez mais o interesse corporativo das classes, “em detrimento dos institutos caráter coletivo.” (SIMIONATTO, 1997, p.20)

A criação das OS e OSCIP para os autores, portanto, tira, cada vez mais, a responsabilidade do Estado de áreas previstas na Carta Magna de 1988 (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1988), como saúde, educação e assistência social, e a transfere para os próprios indivíduos que formam a sociedade civil.

de apelar para essa energia que está na base da sociedade’. Mas de que sociedade civil fala o presidente do BID? Para ele, dois elementos são fundamentais: a solidariedade e a autoestima. E prossegue: ‘o pobre é por natureza solidário, para sobreviver na pobreza.’ (SIMIONATTO, 1997, p.3)

Base legal no Brasil: as Leis nºs 9.790/1999 e 13.019/2014

A implementação das propostas defendidas pelo PDRAE resultou em mudanças institucionais importantes no Brasil no tema das publicizações: as Leis nº 9.790/1999 e nº 13.019/2014.

A Lei nº 9.790/1999, aprovada no contexto de reforma do Estado no Brasil, regulariza a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, OSCIP, e institui o Termo de Parceria. Conforme consta no Projeto de Lei nº 4.690/1998 que deu origem à Lei nº 9.790/1999 – “a Lei visa simplificar o mecanismo de reconhecimento institucional das entidades sem fins lucrativos a fim de potencializar as relações entre o Estado e a sociedade civil.” (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1998b, p.226)

As Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público devem atuar em áreas específicas, como assistência social, atividades culturais, defesa e conservação do patrimônio histórico e artístico, promoção do voluntariado, promoção gratuita da saúde e da educação, promoção da segurança alimentar e nutricional, promoção do desenvolvimento econômico e social e combate à pobreza, entre outras. Com relação às OSCIPs, o Estado não abre mão do serviço público para transferi-lo à iniciativa privada, tal como ocorre na OS.⁸

Já a Lei nº 13.014/2014, criada para suprir lacunas deixadas pela referida lei de 1999, a partir do relatório final da CPI das ONGs, estabelece o regime jurídico das parcerias

⁸ Lei nº 9.637/1998 (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1998a); Art. 20. Será criado, mediante decreto do Poder Executivo, o Programa Nacional de Publicização - PNP, com o objetivo de estabelecer diretrizes e critérios para a qualificação de organizações sociais, **a fim de assegurar a absorção de atividades desenvolvidas por entidades ou órgãos públicos da União**, que atuem nas atividades referidas no art. 1o, por organizações sociais (p.5).

voluntárias que envolvam ou não transferências de recursos financeiros, entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, além disso, esta norma estabelece diretrizes para a política de fomento e de colaboração, dentre outras. (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2014)

Apresenta-se no Quadro 1 um comparativo entre as duas normas legais que tratam do tema.

Quadro 1 – Comparativo entre o Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil – Brasil entre as Leis nº 9.790/1999 e nº 13.019/2014

(continuação)

Lei nº 9.790/1999	Lei nº 13.019/2014
Art. 1º Podem qualificar-se como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público as pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, desde que os respectivos objetivos sociais e normas estatutárias atendam aos requisitos instituídos por esta Lei.	Art. 1º - Esta Lei institui normas gerais para as parcerias voluntárias, envolvendo ou não transferências de recursos financeiros, estabelecidas pela União, Estados, Distrito Federal, Municípios e respectivas autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista prestadoras de serviço público, e suas subsidiárias, com organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público; define diretrizes para a política de fomento e de colaboração com as organizações da sociedade civil; e institui o termo de colaboração e o termo de fomento.
Não era previsto na Lei de 1999.	Art. 9º - No início de cada ano civil, a administração pública fará publicar, nos meios oficiais de divulgação, os valores aprovados na lei orçamentária anual vigente para execução de programas e ações do plano plurianual em vigor, que poderão ser executados por meio de parcerias previstas nesta Lei.

Quadro 1 – Comparativo entre o Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil – Brasil entre as Leis nº 9.790/1999 e nº 13.019/2014 - (continuação)

Lei nº 9.790/1999	Lei nº 13.019/2014
<p>Art. 10.</p> <p>§ 2º São cláusulas essenciais do Termo de Parceria:</p> <p>I - a do objeto, que conterà a especificação do programa de trabalho proposto pela Organização da Sociedade Civil de Interesse Público;</p> <p>II - a de estipulação das metas e dos resultados a serem atingidos e os respectivos prazos de execução ou cronograma;</p> <p>III - a de previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de resultado;</p> <p>IV - a de previsão de receitas e despesas a serem realizadas em seu cumprimento, estipulando item por item as categorias contábeis usadas pela organização e o detalhamento das remunerações e benefícios de pessoal a serem pagos, com recursos oriundos ou vinculados ao Termo de Parceria, a seus diretores, empregados e consultores;</p> <p>V - a que estabelece as obrigações da Sociedade Civil de Interesse Público, entre as quais a de apresentar ao Poder Público, ao término de cada exercício, relatório sobre a execução do objeto do Termo de Parceria, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado de prestação de contas dos gastos e receitas efetivamente realizados, independente das previsões mencionadas no inciso IV;</p> <p>VI - a de publicação, na imprensa oficial do Município, do Estado ou da União, conforme o alcance das atividades celebradas entre o órgão parceiro e a Organização da Sociedade Civil de Interesse Público, de extrato do Termo de Parceria e de demonstrativo da sua execução física e financeira, conforme modelo simplificado estabelecido no regulamento desta Lei, contendo os dados principais da documentação obrigatória do inciso V, sob pena de não liberação dos recursos previstos no Termo de Parceria.</p>	<p>Art. 22. Deverá constar do plano de trabalho, sem prejuízo da modalidade de parceria adotada:</p> <p>I - diagnóstico da realidade que será objeto das atividades da parceria, devendo ser demonstrado o nexo entre essa realidade e as atividades ou metas a serem atingidas;</p> <p>II - descrição pormenorizada de metas quantitativas e mensuráveis a serem atingidas e de atividades a serem executadas, devendo estar claro, preciso e detalhado o que se pretende realizar ou obter, bem como quais serão os meios utilizados para tanto;</p> <p>III - prazo para a execução das atividades e o cumprimento das metas;</p> <p>IV - definição dos indicadores, qualitativos e quantitativos, a serem utilizados para a aferição do cumprimento das metas;</p> <p>V - elementos que demonstrem a compatibilidade dos custos com os preços praticados no mercado ou com outras parcerias da mesma natureza, devendo existir elementos indicativos da mensuração desses custos, tais como: cotações, tabelas de preços de associações profissionais, publicações especializadas ou quaisquer outras fontes de informação disponíveis ao público;</p> <p>VI - plano de aplicação dos recursos a serem desembolsados pela administração pública;</p> <p>VII - estimativa de valores a serem recolhidos para pagamento de encargos previdenciários e trabalhistas das pessoas envolvidas diretamente na consecução do objeto, durante o período de vigência proposto;</p> <p>VIII - valores a serem repassados, mediante cronograma de desembolso compatível com os gastos das etapas vinculadas às metas do cronograma físico;</p> <p>IX - modo e periodicidade das prestações de contas, compatíveis com o período de realização das etapas vinculadas às metas e com o período de vigência da parceria, não se admitindo periodicidade superior a 1 (um) ano ou que dificulte a verificação física do cumprimento do objeto;</p> <p>X - prazos de análise da prestação de contas pela administração pública responsável pela parceria.</p>

(continuação)

<p>Não era previsto na Lei de 1999.</p>	<p>Art. 24. Para a celebração das parcerias previstas nesta Lei, a administração pública deverá realizar chamamento público para selecionar organizações da sociedade civil que torne mais eficaz a execução do objeto.</p> <p>§ 1º O edital do chamamento público especificará, no mínimo:</p> <p>[...]</p> <p>II - a exigência de que a organização da sociedade civil possua:</p> <p>a) no mínimo, 3 (três) anos de existência, com cadastro ativo, comprovados por meio de documentação emitida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil, com base no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica - CNPJ;</p> <p>b) experiência prévia na realização, com efetividade, do objeto da parceria ou de natureza semelhante;</p> <p>c) capacidade técnica e operacional para o desenvolvimento das atividades previstas e o cumprimento das metas estabelecidas.</p>
<p>Art. 4º Atendido o disposto no art. 3º, exige-se ainda, para qualificarem-se como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, que as pessoas jurídicas interessadas sejam regidas por estatutos cujas normas expressamente disponham sobre:</p> <p>[...]</p> <p>Parágrafo único. É permitida a participação de servidores públicos na composição de conselho de Organização da Sociedade Civil de Interesse Público, vedada a percepção de remuneração ou subsídio, a qualquer título.</p>	<p>Art. 39. Ficará impedida de celebrar qualquer modalidade de parceria prevista nesta Lei a organização da sociedade civil que:</p> <p>[...]</p> <p>III - tenha como dirigente agente político de Poder ou do Ministério Público, dirigente de órgão ou entidade da administração pública de qualquer esfera governamental, ou respectivo cônjuge ou companheiro, bem como parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o segundo grau;</p>

Quadro 1 – Comparativo entre o Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil – Brasil entre as Leis nº 9.790/1999 e nº 13.019/2014 - (continuação)

Lei nº 9.790/1999	Lei nº 13.019/2014
<p>Art. 14. A organização parceira fará publicar, no prazo máximo de trinta dias, contado da assinatura do Termo de Parceria, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de obras e serviços, bem como para compras com emprego de recursos provenientes do Poder Público, observados os princípios estabelecidos no inciso I do art. 4º desta Lei.</p>	<p>Art. 43. As contratações de bens e serviços pelas organizações da sociedade civil, feitas com o uso de recursos transferidos pela administração pública, deverão observar os princípios da legalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da impessoalidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade, da razoabilidade e do julgamento objetivo e a busca permanente de qualidade e durabilidade, de acordo com o regulamento de compras e contratações aprovado para a consecução do objeto da parceria.</p> <p>§ 1º O processamento das compras e contratações poderá ser efetuado por meio de sistema eletrônico disponibilizado pela administração pública às organizações da sociedade civil, aberto ao público via internet, que permita aos interessados formular propostas.</p> <p>§ 2º O sistema eletrônico de que trata o § 1º conterá ferramenta de notificação dos fornecedores do ramo da contratação que constem do cadastro de que trata o art. 34 da Lei no 8.666, de 21 de junho de 1993.</p>

(conclusão)

<p>Art. 15. Caso a organização adquira bem imóvel com recursos provenientes da celebração do Termo de Parceria, este será gravado com cláusula de inalienabilidade.</p>	<p>Art. 45. As parcerias deverão ser executadas com estrita observância das cláusulas pactuadas, sendo vedado:</p> <p>I - realizar despesas a título de taxa de administração, de gerência ou similar;</p> <p>II - pagar, a qualquer título, servidor ou empregado público com recursos vinculados à parceria, salvo nas hipóteses previstas em lei específica e na lei de diretrizes orçamentárias;</p> <p>III - modificar o objeto, exceto no caso de ampliação de metas, desde que seja previamente aprovada a adequação do plano de trabalho pela administração pública;</p> <p>IV - (VETADO);</p> <p>V - utilizar, ainda que em caráter emergencial, recursos para finalidade diversa da estabelecida no plano de trabalho;</p> <p>VI - realizar despesa em data anterior à vigência da parceria;</p> <p>VII - efetuar pagamento em data posterior à vigência da parceria, salvo se expressamente autorizado pela autoridade competente da administração pública;</p> <p>VIII - transferir recursos para clubes, associações de servidores, partidos políticos ou quaisquer entidades congêneres;</p> <p>IX - realizar despesas com:</p> <p>a) multas, juros ou correção monetária, inclusive referentes a pagamentos ou a recolhimentos fora dos prazos, salvo se decorrentes de atrasos da administração pública na liberação de recursos financeiros;</p> <p>b) publicidade, salvo as previstas no plano de trabalho e diretamente vinculadas ao objeto da parceria, de caráter educativo, informativo ou de orientação social, das quais não constem nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal;</p> <p>c) pagamento de pessoal contratado pela organização da sociedade civil que não atendam às exigências do art. 46;</p> <p>d) obras que caracterizem a ampliação de área construída ou a instalação de novas estruturas físicas.</p>
---	--

Fonte: Lei nº 9.790/1999 e Lei nº 13.019/2014. (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2014). Elaboração própria.

Dentre as mudanças mais importantes que a lei de 2014 trouxe comparativamente à norma de 1999, destacam-se:

i) Exigência de previsão orçamentária no plano plurianual e na lei orçamentária anual dos Entes Públicos para firmarem parcerias, que envolvam transferências de recursos financeiros, entre as organizações da sociedade civil e a administração pública.

ii) Obrigatoriedade de Chamamento público: inovação importante, os critérios de escolha das OSCIP não estavam explicitados na norma de 1999. Supõe-se que a escolha era feita com base no Termo de Parceria, o qual deveria ser regido pelos princípios da cooperação, competição, transparência e parceria, sendo assim a escolha seria feita considerando “(...) parceiro mais adequado do ponto de vista técnico, de maior relevância sob o ponto de vista de serviços prestados à sociedade.” (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1998, p.226) Essa forma de seleção dava margem para escolhas de cunho pessoal, e não necessariamente, o melhor para sociedade. Esta lacuna foi suprida pela mudança contida na Lei de 2014.

Conforme exposto pela CPI das ONGs (BRASIL. SENADO FEDERAL, 2011), as auditorias realizadas pelo TCU deixaram à vista uma discricionariedade exacerbada por parte dos gestores públicos na seleção de entidades que receberiam transferências voluntárias de recursos públicos, pois não existiam, à época, regras estabelecendo procedimentos para a seleção das entidades que iriam executar diversos objetos de interesse da Administração Pública.

iii) Pré- aprovação do Plano de Trabalho pela administração Pública: a norma de 2014 exige pré-aprovação do plano de trabalho pela administração pública antes de firmar a parceria com a OSCIP e a descrição detalhada no art. 45º da Lei nº 13.019/2014 de onde não se pode realizar

despesas com os recursos financeiros para realização do objeto de trabalho, pois, conforme depoimento do Procurador da Justiça, Dr. Rômulo Conrado, para a CPI das ONGs

[...] tem sido constatado que algumas organizações não governamentais, ao serem constituídas, não apresentam condições mínimas de manutenção. Então elas acabam precisando se utilizar de recursos federais, que seriam utilizados para prestação de serviços, mas que de fato acabam se utilizando desses recursos para o seu próprio custeio. É o caso de ONG que, após receber recursos públicos, instala-se, adquire uma sede, compra computadores, paga salários aos seus membros e dirigentes. (BRASIL. SENADO FEDERAL, 2011, p.64)

Portanto, só serão aceitos gastos que já estejam pré-definidos no cronograma de desembolso do Plano de Trabalho previamente aprovado pela Administração Pública.

iii) Fiscalização: a Lei nº 13.019/2014, estabelece como atribuição da Administração Pública fiscalizar e avaliar as parcerias celebradas. Para tanto, ela “poderá valer-se de apoio técnico de terceiros” (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2014, p. 18) para que a inspeção prevista em lei seja cumprida.

A fiscalização representa um aspecto importante; no entanto, não parece que o Estado supriu as lacunas apresentadas pela CPI das ONGs:

A União mostra-se ágil na celebração de convênios e contratos de repasse, mas extremamente morosa na fiscalização e

na análise das prestações de contas das transferências voluntárias [...]. É notório o descompasso entre a velocidade com que são firmados novos instrumentos de transferência e a morosidade na fiscalização e na análise das prestações de contas dos convênios anteriormente firmados. Assim sendo, verifica-se que a celebração de novos convênios pelos órgãos concedentes deveria limitar-se a sua capacidade operacional. (BRASIL. SENADO FEDERAL, 2011, p.207)

Diante do exposto, o Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, a Lei nº 13.019/2014, objetivou melhorar a fiscalização dos repasses de verbas públicas a entidades da sociedade civil, de garantir a qualidade dos serviços prestados e de ampliar o controle do Estado e da sociedade nas ações que envolvem recursos públicos.

Histórico das OSCIP no Brasil e a implementação do PSF em Porto Alegre/RS

A criação desta nova modalidade institucional, em 1999, ou seja, instituição pública não estatal com qualificação de OSCIP, resultou num significativo crescimento, conforme demonstrado na Tabela 1. Em 1999, as organizações qualificadas como tal somavam oito em todo o país. Com a disseminação dessa nova modalidade institucional, a quantidade de organizações titulares da qualificação de OSCIP cresceu de 08, em 1999, para 522, em 2002.

Tabela 1 – Organizações qualificadas com o título de OSCIP no Brasil – por Estado de 1999 até 2010

Estado/ Ano	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
AC	0	0	3	4	6	4	2	5	1	1	2	0	28
AL	0	0	0	6	5	3	9	6	9	2	2	0	42
AM	0	0	3	7	2	3	8	4	8	1	3	0	39
AP	0	0	0	3	3	3	3	2	0	0	1	0	15
BA	0	5	9	15	33	25	39	26	31	17	27	9	236
CE	0	1	6	12	26	29	41	16	11	5	10	3	160
DF	1	14	30	51	59	58	57	47	44	24	24	30	439
ES	0	3	3	23	45	44	43	29	21	18	11	11	251
GO	1	3	7	12	28	17	28	12	21	13	22	31	195
MA	0	4	0	5	14	5	10	5	7	3	4	1	58
MG	0	4	21	27	65	55	83	63	56	29	52	22	477
MS	0	1	2	5	22	5	8	10	5	13	2	4	77
MT	0	0	3	8	8	3	7	6	11	7	8	5	66
PA	0	2	4	3	18	7	13	9	7	3	5	3	74
PB	0	1	3	1	9	8	15	16	9	7	1	1	71
PE	0	2	11	17	24	13	27	14	14	8	7	4	141
PI	0	0	2	1	4	2	5	0	1	2	0	1	18
PR	2	8	44	72	92	76	121	78	46	35	36	16	626
RJ	1	8	28	40	57	62	68	66	57	55	38	38	518
RN	0	2	1	13	8	9	8	6	4	5	2	1	59
RO	0	0	3	11	17	8	7	3	4	6	2	2	63
RR	0	0	1	0	2	1	5	1	0	0	21	0	31
RS	0	5	7	23	25	41	43	43	32	24	25	20	288
SC	0	2	7	23	31	42	42	43	30	19	5	12	256
SE	1	1	1	3	13	7	10	8	4	6	1	2	57
SP	2	16	48	135	246	254	290	221	221	134	146	105	1818
TO	0	0	1	2	6	5	4	1	3	4	1	1	28
TOTAL	8	82	248	522	868	789	996	740	657	441	458	322	6131

Fonte: BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA (2010). Elaboração própria.

O ano que mais teve organizações sem fins lucrativos obtendo a qualificação de OSCIP foi 2005 com 996 novas OSCIPs no Brasil. Desde então, o número vem caindo relativamente ao longo dos anos, pois segundo o Grupo de Institutos, Fundações e Empresas (GIFE) “houve uma mudança de critérios no Ministério da Justiça, que passou a ser demasiado restritivo em sua interpretação da norma legal que, ressalte-se, é a mesma desde 1999”.⁹ Em 2010, foram qualificadas 322 novas OSCIPs no país. Entre os estados que mais tiveram organizações qualificadas como OSCIP destacam-se São Paulo, sempre com mais de 25% das novas OSCIPs no período considerado, e o Paraná, que chegou a ter 121 novas OSCIPs em 2005.

É importante ressaltar que o Ministério da Justiça apresenta em seu site somente as organizações com título de OSCIP por ano, portanto é possível afirmar que já foram criadas mais de seis mil Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público desde 1999 até 2010. No entanto, não há como analisar a variação do número total de OSCIPs no Brasil neste período, pois não se tem informação disponível acerca das que perderam sua qualificação.

Na justificativa da Lei nº 9.790/1999, a criação de OSCIPs no Brasil foi defendida como uma “orientação estratégica nacional em virtude da sua capacidade de gerar projetos, assumir responsabilidades, empreender iniciativas e mobilizar recursos necessários ao desenvolvimento social do país.” (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1998, p. 225) Dito isso, era de se esperar que o maior número de OSCIPs se encontrasse nos Estados com pior Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM),¹⁰ no entanto,

⁹ Retirado de <http://www.gife.org.br/artigo-utilidade-publica-e-oscip-como-anda-a-qualificacao-11176.asp>. Acessado em 01 de junho de 2015.

¹⁰ O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é uma medida composta de indicadores de três dimensões do desenvolvi-

isso não foi observado, conforme demonstrado na Tabela 2, a qual mostra a relação entre a localização das OSCIPs, por estado da federação, e o IDHM do estado correspondente.

Tabela 2 – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal vs. Número de OSCIP por Estado 2010

(continuação)

Ranking IDHM 2010	Unidade da Federação	IDHM 2010	Número de novas OSCIPs em 2010	OSCIPs criadas de 1999 até 2010
1º	DF	0,824	30	439
2º	SP	0,783	105	1818
3º	SC	0,774	12	256
4º	RJ	0,761	38	518
5º	PR	0,749	16	626
6º	RS	0,746	20	288
7º	ES	0,74	11	251
8º	GO	0,735	31	195
9º	MG	0,731	22	477
10º	MS	0,729	4	77
11º	MT	0,725	5	66
12º	AM	0,708	0	15
13º	RR	0,707	0	31
14º	TO	0,699	1	28
15º	RO	0,69	2	63
16º	RN	0,684	1	59

to humano: longevidade, educação e renda. O índice varia de 0 a 1. Quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano. O IDHM brasileiro segue as mesmas três dimensões do IDH Global - longevidade, educação e renda, mas vai além: adequa a metodologia global ao contexto brasileiro e à disponibilidade de indicadores nacionais. Embora meçam os mesmos fenômenos, os indicadores levados em conta no IDHM são mais adequados para avaliar o desenvolvimento dos municípios brasileiros. PNUD, www.pnud.org.br, acessado em 04 de maio de 2015.

Tabela 2 – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal vs. Número de OSCIP por Estado 2010

(conclusão)

Ranking IDHM 2010	Unidade da Federação	IDHM 2010	Número de novas OSCIPs em 2010	OSCIPs criadas de 1999 até 2010
17 ^o	CE	0,682	3	160
18 ^o	AM	0,674	0	39
19 ^o	PE	0,673	4	141
20 ^o	SE	0,665	2	57
21 ^o	AC	0,663	0	28
22 ^o	BA	0,66	9	236
23 ^o	PB	0,658	1	71
24 ^o	PI	0,646	1	18
25 ^o	PA	0,646	3	74
26 ^o	MA	0,639	1	58
27 ^o	AL	0,631	0	42

Fonte: PNUD 2010; BRASIL. Ministério da Justiça (2010). Elaboração Própria.

Observa-se que os estados de São Paulo e o Distrito Federal, que têm o melhor IDHM, são as unidades federativas onde está localizado o maior número de OSCIP, 439 e 1818, respectivamente, de 1999 a 2010. Em comparação com estados como Piauí e Alagoas, que estão entre os dez piores no IDHM, que tiveram somente 18 e 42 OSCIPs no mesmo período.¹¹

No que se refere à estratégia de utilizar OSCIP como um “braço do Estado” para atingir o maior número de pessoas possível buscando o desenvolvimento do país e o acesso às necessidades básicas, como saúde e educação, é bem

¹¹ Esta relação poderia ser verificada através de um estudo econométrico, no entanto, este não é objetivo da presente pesquisa.

provável que este objetivo foi cumprido pela quantidade de OSCIPs criadas entre 1999 e 2010, mais de seis mil no Brasil. No entanto, é de se questionar se tal estratégia foi usada adequadamente em todas as regiões brasileiras, se o Estado estimulou corretamente a qualificação das OSCIPs por unidade federativa ou se somente a utilizou como um meio de transferência de responsabilidade, terceirizando os serviços públicos.

Implementação do PSF em Porto Alegre/RS

Em Porto Alegre, o Programa Saúde da Família foi implantado em 1996, ainda que já existisse o Serviço de Saúde Comunitário (SSC), que realizava atendimentos na zona norte e leste da capital com foco na atenção básica, de acordo com Luvison e Baldisserotto. (2008, apud WEIN; BERTI, 2010) Fez-se necessário a implantação das ESF por existirem “vazios de atendimento em saúde e para complementar a cobertura de assistência em áreas de grande vulnerabilidade socio sanitárias.” (WEIN; BERTI, 2010, p.24)

A cidade de Porto Alegre tem 1.472.482¹² habitantes e está dividida em dezessete Distritos Sanitários, sendo que cada um deles pertence a uma Gerência Distrital, a saber: 1) Centro, 2) Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas, 3) Norte/Eixo Baltazar, 4) Leste/Nordeste, 5) Glória/Cruzeiro/Cristal, 6) Sul/Centro-Sul, 7) Partenon/Lomba do Pinheiro, 8) Restinga/Extremo-Sul.

Como se pode observar na Tabela 3, em 1999, a cidade contava com 29 equipes Saúde da Família, cobrindo apenas 7,61% da população, de acordo com os dados do Ministério da Saúde. Em 2002, este número subiu para 56

¹² Fonte: IBGE (2010).

ESFs e a cobertura dobrou para 14,07%. Ao final de 2009, Porto Alegre contava com 92 ESFs, cobrindo 22,43% da população. De 1999 a 2010, o número de ESFs cresceu 227%, ampliando a população atendida de 7,71% para 22,88%, cobrindo, em 2010, aproximadamente 330 mil pessoas. Em 2010, o número de equipes implantadas foi somente 15% das 598 do teto de equipes sugeridas pelo MS para que toda a população de Porto Alegre tenha acesso ao programa.

Tabela 3 – Equipe Saúde da Família em Porto Alegre - Cobertura populacional – 1999-2010

Ano	População	Teto	Implantados	Estimativa da População coberta	Proporção de cobertura populacional estimada (%)	Responsável pelo PSF
1999	1.298.107	0	29	100.050	7,71	Associações de Bairros
2000	1.314.032	0	29	100.050	7,61	Associações de Bairros e FAURGS
2001	1.373.313	0	35	120.750	8,79	FAURGS
2002	1.373.313	0	56	193.200	14,07	FAURGS
2003	1.383.454	0	63	217.350	15,71	FAURGS
2004	1.394.085	581	62	213.900	15,34	FAURGS
2005	1.394.085	581	82	282.900	20,29	FAURGS
2006	1.428.696	595	90	310.500	21,73	FAURGS
2007	1.440.939	600	92	317.400	22,03	FAURGS e Instituto Sollus
2008	1.440.939	600	93	320.850	22,27	Instituto Sollus
2009	1.430.220	596	93	320.850	22,43	Instituto Sollus e Instituto de Cardiologia
2010	1.436.123	598	95	327.750	22,82	Instituto de Cardiologia

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica – DAB.

A FAURGS geriu o Programa Saúde da Família de setembro de 2000 até agosto de 2007. Em 2001, o município contava com 35 ESFs, de acordo com os dados disponibilizados na base de dados online do Ministério da Saúde. O número de ESFs, de 2000 a 2007, cresceu 217% como é possível observar na Tabela 3, passando de 29 ESF para 92. Durante a gestão da FAURGS frente ao Programa Saúde da Família houve um aumento de 168%¹³ no número de ESFs que foram autorizados através de seis termos aditivos. Em cada um desses termos, devia-se especificar o cronograma de desembolso e repasse por parte da Prefeitura de Porto Alegre à Fundação. No primeiro termo aditivo do convênio, não se especifica a quantidade então existente de ESF, somente é descrito que tal termo tem por objetivo prorrogar o convênio por mais 12 meses, haja vista a inserção de novas cinco equipes de odontologia e a manutenção das equipes na rede já instalada. Somente a partir do segundo termo aditivo, firmado em 2002, que se especificou a quantidade de ESF que deveriam ser aumentadas.

Diversas informações importantes para o acompanhamento do desempenho da FAURGS como prestadora de serviços se encontravam sem métrica nos referidos documentos, como o próprio número de novas equipes a serem instaladas, número de famílias cadastradas e o número de pessoas atendidas, por exemplo. Como se pode observar no convênio, a Fundação se responsabilizou pelos encargos sociais e trabalhistas decorrentes do convênio. Essa transferência de responsabilidade de vínculo empregatício do Município para a FAURGS levou a um enfraquecimento das relações entre empregados e empregadores, segundo aponta Leão (2009):

¹³ No Anuário de 2010 e 2012 (PORTO ALEGRE. PREFEITURA MUNICIPAL, 2012) não são disponibilizados dados do ano de 2000.

[...] o fim da parceria do Município com a FAURGS devido a uma dívida de cerca de R\$ 3,9 milhões de reais causou a demissão de 731 profissionais no Programa Saúde da Família. De um dia para o outro, as 330 mil pessoas assistidas pelo Programa ficaram sem atendimento e o sistema de saúde, sob a responsabilidade da Prefeitura de Porto Alegre, entrou em crise. (LEÃO, 2009, p.69)

No que se refere à execução do PSF pelo Instituto Sollus, este ficou à frente do PSF em Porto Alegre por um período de dois anos. O termo de parceria foi assinado em agosto de 2007 e a execução do PSF pelo Instituto começou em setembro do mesmo ano até agosto de 2009.

Quando a PMPA firmou o termo de parceria com o Instituto Sollus, em agosto de 2007, o TCE/RS emitiu uma liminar no mesmo mês suspendendo a referida parceria até ser realizada uma análise mais minuciosa do documento. Ainda que dois dias depois da execução da liminar, esta tenha sido revogada, o termo de parceria entre o Instituto Sollus e a PMPA foi estudo de caso de uma auditoria operacional realizada pelo TCE /RS em 2009. Tal auditoria tinha por objetivo a fiscalização do Programa Saúde da Família durante os anos de 2008 e 2009, período no qual o Programa foi gerenciado, em 20 dos 24 meses considerados, pelo Instituto Sollus.

No que se refere à contratação dos funcionários para a execução do Programa foi apontado pela auditoria que

[...] havia e há intermediação de mão de obra, não caracterizando uma terceirização de serviços, quer seja nas formas clássicas previstas nos artigos 30, inciso V, e 175, da Constituição Federal [...]. Isto por que

todas essas entidades foram contratadas para realizar atividades-fim inerentes à Administração Pública, as quais deveriam ser atendidas com servidores contratados mediante concurso público. (RIO GRANDE DO SUL. TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO, 2009, p.21)

Conforme aponta o parecer do TCERS houve uma terceirização de uma atividade fim, que, segundo a Constituição Brasileira de 1988, é de competência do Estado. Portanto, em Porto Alegre, segundo o referido Tribunal de Contas do Estado a execução do PSF, de 2007 a 2009, não atendeu aos preceitos constitucionais, pois a parceria entre as instituições não passou de terceirização de mão-de-obra.

Tal fato pode ser comprovado ainda através do parecer de auditoria realizado pelo TCE/RS durante a gestão do Instituto Sollus. De acordo com o disposto na cláusula terceira do termo de parceria firmado em agosto de 2007, era de responsabilidade do Instituto Sollus e da Secretaria Municipal de Saúde a promoção de capacitação para os novos integrantes das equipes de Saúde da Família, a fim de que a comunidade fosse melhor atendida. No entanto, o documento emitido pelo TCE (RIO GRANDE DO SUL. TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO, 2009) aponta que não havia informações sobre tais capacitações às ESFs e, além disso, no referido parecer, de acordo com o TCE (RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Contas do Estado, 2009), quando questionada sobre o oferecimento dos cursos introdutórios às ESF, a SMS

Informou que a responsabilidade recai sobre a entidade que gerencia a Estratégia no Município, ficando a competência de articulação ao encargo da Coordenação Geral de Rede de Atenção Básica, da SMS,

não havendo informação das capacitações à Equipe de Desenvolvimento, integrante da CGADSS. (RIO GRANDE DO SUL. TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO, 2009, p.56)

Portanto, observou-se uma falha por parte do Instituto Sollus por não ter a documentação necessária que comprovasse e justificasse a execução dos serviços para a qual foi contratada e também se constatou a omissão, por parte do Município (Poderes Executivo e Legislativo) da fiscalização da execução do Termo de Parceria.

Em relação à tese de terceirização de serviços públicos ocorridos através do Programa Saúde da Família, aponta-se, em primeiro lugar, que os repasses financeiros para o PSF são feitos pelo Governo Federal através do Ministério da Saúde. Como parte da estratégia do Governo Federal, para estimular a criação de Equipes de Saúde da Família por parte dos municípios, a qual inclui um Agente Comunitário de Saúde (ACS), em 1997 foi criado o Piso da Atenção Básica (PAB) que

Consiste em um montante de recursos financeiros federais destinados à viabilização de ações de Atenção Básica à saúde e compõe o Teto Financeiro do Bloco Atenção Básica. O PAB é composto de uma parte fixa (PAB fixo) destinada a todos os municípios e de uma parte variável (PAB variável) que consiste em montante de recursos financeiros destinados a estimular a implantação das seguintes estratégias nacionais de reorganização do modelo de atenção à saúde: Saúde da Família (SF), ACS; Saúde Bucal (SB). (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997, p. 241)

Conforme o MS (2006 apud LEÃO, 2009, p. 46), “o número de ESF’s aumentou de 328, em 1994, para cerca de 16.698, em 2002, ou seja, um crescimento de 4.990% em oito anos”.

Sendo assim, visto que há repasse de recursos federais para a execução dessa política pública, é plausível esperar que o Ministério da Saúde estabeleça metas a serem atingidas pelos municípios participantes do PSF. A corroboração com a tese de terceirização se faz, portanto, no momento em que as instituições contratadas para executar o PSF não tinham liberdade de argumentar suas métricas, ao mesmo tempo em que nem mesmo a Prefeitura o tinha, pois, o Governo Federal as estabeleceu previamente. As instituições que firmaram parceria com a PMPA, portanto, não passaram de meras agências recrutadoras de pessoal para a execução do PSF.

Outro aspecto a ser observado sobre a contratação de funcionários para a execução do PSF de maneira terceirizada é justificado pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), Lei Complementar nº 101/2000 (CONGRESSO NACIONAL, 2000), a qual no art. 19º estabelece que os gastos com pessoal não possam exceder em 60% o valor da Receita Corrente Líquida.¹⁴ Portanto, visto que há um limite para a contratação de funcionários públicos, utilizou-se das organizações sem fins lucrativos para repasse de verbas para a execução dessa política.

Por fim, a FAURGS, o Instituto Sollus e as Associações de Bairros não tinham experiência prévia na prestação de serviços na área da saúde reiterando o fato de que elas somente eram empresas que tinham como objetivo atuar

¹⁴ No caso do Poder Executivo Municipal, o gasto com pessoal não poderá exceder 54% da Receita Corrente Líquida (RCL). Além disso, a referida legislação estabelece limite de alerta quando o ente atingir 90% do limite e estabelece vedações quando o limite de gasto com pessoal ultrapassar 95% do limite.

contratando pessoas para atuarem na área da saúde.

A não renovação, em agosto de 2009, do termo de parceria entre o Instituto Sollus e a PMPA ocorreu após denúncia realizada pelo Ministério Público Estadual sobre o desvio de recursos públicos realizados pela OSCIP. Somente em dezembro de 2009 a denúncia foi julgada pelo Tribunal de Justiça, o que prejudicou a averiguação dos fatos com os responsáveis pelo Instituto Sollus, visto que o Termo de Parceria havia sido encerrado em agosto daquele ano. Em agosto de 2009, de acordo com a Procuradoria-Geral do Município de Porto Alegre (2010), firmou-se convênio com o Instituto de Cardiologia para dar continuidade ao PSF, onde sua execução foi acompanhada pelo Ministério Público do Trabalho.

É possível afirmar, portanto, que independente da análise das metas e parâmetros para verificar a melhoria da qualidade dos serviços prestados pela OSCIP, Instituto Sollus, em comparação com a FAURGS, é necessário observar que as características do Programa Saúde da Família não permitem a transferência das suas responsabilidades para um terceiro além do próprio Município.

Considerações finais

O PDRAE, aprovado no Governo FHC (1995-1998), resultou num conjunto de mudanças institucionais do estado brasileiro, dentre as quais a criação de uma esfera pública não estatal, cujo marco legal está definido na Lei nº 9.790/1999. (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1999)

O argumento defendido no PDRAE era de que uma entidade privada sem fins lucrativos alocaria de forma mais eficiente comparativamente ao setor público estatal. No entanto, no estudo de caso referente à implementação do

PSF no município de Porto Alegre, por uma OSCIP, ou seja, uma instituição criada no Brasil no âmbito das publicações defendidas pelo PDRAE, não foi possível identificar melhor desempenho desta em relação à implementação da mesma política pública no período anterior.

Considerar como medida de eficiência apenas a personalidade jurídica do ator que implementa a política pública é desconsiderar as complexidades que envolvem a temática, ainda mais na área da saúde pública. Além disso, a única pesquisa feita no Brasil comparando eficiência entre setores, público e privado, conforme aponta Giambiagi e Além (2011), mostrou que a variável que explica maior ou menor eficiência é a estrutura de mercado na qual o setor está inserido e não quem é o proprietário do capital, se público estatal ou público não estatal ou privado.

Portanto, não se comprovaram os argumentos em favor da eficiência ou da ampliação do controle sobre as OSCIPs, uma vez que os órgãos de controle externo, como o Tribunal de Contas e o Poder Legislativo municipal, não têm demonstrado capacidade de fiscalizar todas as OSCIPs, principalmente em função do grande número de OSCIPs. E como haverá controle social, se a sociedade desconhece até mesmo a localização das OSCIPs? Diante disso, questiona-se o quanto esta reorganização da sociedade civil resultou na “valorização dos interesses corporativos de classes em detrimento dos institutos de caráter coletivo”, conforme aponta Simionatto (1997).

Por fim, as OSCIPs, concebidas no Brasil num contexto de estado mínimo, ao transferir para indivíduos da sociedade civil responsabilidades em áreas como a saúde dentre outras, posicionam-se na contramão da concepção de Estado previstas na Carta Magna de 1988.

Referências

ALEM, A.C.; GIAMBIAGI, F. **Finanças públicas**: teoria e prática no Brasil. 4.ed. Rio de Janeiro: Campus, 2011.

BABILÔNIA, L. “Terceiro Setor” e publicização: nova dinâmica de formulação e implementação de políticas públicas em Uberlândia MG. In: **III Seminário do Programa de Pós-graduação em Sociologia da UFSCar: novos olhares, novas perspectivas**. São Carlos: 2012.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei Complementar, no. 101, 4 de maio 2000. **Lei de Responsabilidade Fiscal**, Brasília. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm>. Acesso em: 14 mai 2015.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Consulta a Entidades Qualificadas**. [?]. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/aceso-a-sistemas/consulta-a-entidades-qualificadas>>. Acesso em: 02 dez 2014.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica – DAB. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal**: Rio Grande do Sul. [2000-2009]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 18 jul 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 15 mar 2015.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 14 mai 2014.

_____. **Lei nº 9.637, de 15 de maio 1998**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. 1998a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9637.htm>. Acesso em: 14 mai 2014.

_____. Projeto de Lei nº 4.690, de 1998. Dispões sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Caráter Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. **Diário da Câmara dos Deputados**, Brasília, V. 53, n. 164, p. 22997, out. 1998b. Disponível em: <<http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD14OUT1998.pdf#page=223>>. Acesso em: 18 set 2014.

_____. **Lei nº 9.790, de 23 de março 1999**. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. Brasília, DF, 1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9790.htm>. Acesso em: 14 mai 2014.

_____. **Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014**. Estabelece o regime jurídico das parcerias voluntárias, envolvendo ou não transferências de recursos financeiros, entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público; define diretrizes para a política de fomento e de colaboração com organizações da sociedade civil; institui o termo de colaboração e o termo de fomento; e altera as Leis nº 8.429, de 2 de junho de 1992, e 9.790, de 23 de março de 1999. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/>

Ato2011-2014/2014/Lei/L13019.htm>. Acesso em: 14 mai 2014.

BRASIL. Presidência da República. Câmara da Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília: Câmara da Reforma do Estado, 1995. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/PlanoDiretor/planodiretor.pdf>>. Acesso em: 15 mai 2014.

BRASIL. Senado Federal. **Projeto de Lei do Senado nº 649, de 2011**. Estabelece o regime jurídico das parcerias entre a Administração Pública e as entidades privadas sem fins lucrativos para a consecução de finalidades de interesse público. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/atividade/materia/detalhes.asp?p_cod_mate=102968>. Acesso em: 14 mai 2014.

CHIEZA, R.A. **O ajuste das finanças públicas à Lei de Responsabilidade Fiscal**. 2008. 196 f. Tese (Doutorado em Economia) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

FERNANDES, R.C. “O que é o terceiro setor?” In: **3º SETOR: desenvolvimento social sustentado**. Rio de Janeiro: GIFE e Editora Paz e Terra, 2005.

IBGE. **Censo Demográfico 2010 – Resultado do universo**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 14 de março de 2015.

LEÃO, M. **Programa Saúde da Família: Dificuldades, Méritos e Contradições no Município de Porto Alegre**. 2009. 107 f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

MONTAÑO, C. **Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social**. 2. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2003.

PEREIRA, L.C.B.. **A Reforma do Estado dos anos 90: Lógica e Mecanismos de Controle**. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1997. (Cadernos MARE, 1)


RIO GRANDE DO SUL. **Relatório de Auditoria Operacional**. Porto Alegre: Tribunal de Contas do Estado, dez. 2010. Disponível em: <http://www1.tce.rs.gov.br/portal/page/portal/tcers/consultas/auditoria_operacional/aops/AuditoriaOperacional_Porto_Alegre.pdf>. Acesso em: 26 jun 2014.

SIMIONATTO, I. **Globalitarismo e sociedade civil: a manipulação dos conceitos**. Florianópolis, 1997. Disponível em: <http://ucbweb2.castelobranco.br/webcaf/arquivos/12933/1568/6612898_Globalitarismo_e_Sociedade_CivilA_Manipulacao_Dos_Conceitos_to_1_.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2014.

VALENTIN, J.R. **Convênio com ONGs: abordagem com ênfase nas fragilidades, aplicando mineração de dados**. Disponível em: <<http://portal2.tcu.gov.br/portal/pls/portal/docs/2434032.PDF>>. Acesso em 10 maio 2014.

WEIN, M.; BERTI, P. **A Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família no Município de Porto Alegre** – Rio Grande do Sul. 2010. 57 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

SOBRE OS AUTORES



Janice Dornelles de Castro: Economista pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. MSC Health Planning and Financing pela London School of Economics. Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas. Docente do curso de Ciências Econômicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **E-mail:** janice.castro@ufrgs.br

Graça Fabiana Ramos dos Santos Godinho: Doutoranda em Economia na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Analista de Políticas Públicas e mestra em Ciência Política pela mesma Universidade. Possui experiência em análise quantitativa de dados, tendo atuado em projetos de monitoramento e avaliação de políticas públicas. **E-mail:** gracitcha@yahoo.com.br

Alexandre Favero Bulgarelli: Cirurgião Dentista. Doutor em Enfermagem em Saúde Pública. Professor Adjunto da Faculdade de Odontologia (UFRGS). **E-mail:** alexandre.bulgarelli@ufrgs.br

Alexandre Rodrigues da Silva: Médico pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Residência em Neurologia Infantil pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Acadêmico de Ciências Econômicas da UFRGS. **E-mail:** alex164@ig.com.br

Claucir Roberto Schmidtke: Bacharel em Economia e Mestre em Desenvolvimento Regional e Agronegócio pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Campus Toledo. Professor Assistente do Departamento de Economia da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), Campus Santa Cruz. Doutorando em Economia, ênfase em Economia do Desenvolvimento, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul UFRGS. **E-mail:** claucir_roberto@hotmail.com

Kalila Luize Balen Winkler: Bolsistas de Iniciação Científica na pesquisa intitulada “Avaliação e monitoramento dos custos da estratégia saúde da família: capacidade de promover desenvolvimento econômico sustentável nos municípios”, desenvolvida na Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, coordenada por Janice Dornelles de Castro. Estudante de graduação em Ciências Econômicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Email:** kalila_luize@hotmail.com

Nietzscha Jund iDubieux de Queiroz Neves: Possui graduação em Ciências Econômicas pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (2013) e graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual de Campinas (2006). Mestranda do curso de Economia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul com ênfase em Desenvolvimento Econômico. **Email:** nietzscha@gmail.com

Maiara dos Santos Mascarello: Bolsistas de Iniciação Científica na pesquisa intitulada “Avaliação e monitoramento dos custos da estratégia saúde da família: capacidade de pro-

mover desenvolvimento econômico sustentável nos municípios”, desenvolvida na Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, coordenada por Janice Dornelles de Castro. Estudante de graduação em Ciências Econômicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. **Email:** maiara.mascarello@ufrgs.br

Maria Elena Gageiro Soares: Cirurgião Dentista. Especialista em Endodontia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul), Coordenadora Saúde Bucal. Secretaria Municipal de Saúde de Novo Hamburgo/RS. **E-mail:** endodent@sinos.net

Patrícia Távora Bulgarelli: Cirurgião Dentista. Especialista em Gestão Pública da Saúde, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul). **E-mail:** prtavora@hotmail.com

Roberta Sampert: Alunado curso de Ciências Econômicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **E-mail:** roberta_sampert@hotmail.com

Rosa Angela Chiezza: Professora de Economia do Setor Público na Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e orientadora do trabalho de conclusão de curso que originou este artigo. **E-mail:** rosa.chiezza@ufrgs.br

Thais Ayd Estevam: Formada em Economia pela Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **E-mail:** thaisayd@gmail.com



Publicações da Editora Rede UNIDA

Séries

Clássicos da Saúde Coletiva

Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde

Série Arte Popular, Cultura e Poesia

Série Interloções: Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

Série Atenção Básica e Educação na Saúde

Série Saúde Coletiva e Cooperação Internacional

Série Vivências em Educação na Saúde

Periódicos

Revista Saúde em Redes

Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia

editora



redeunida

www.redeunida.org.br