

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
SETOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
DEPARTAMENTO DE CONTABILIDADE  
DOUGLAS HENRIQUE LOPES DE LIMA**

**O SETOR DA SAÚDE E A SUA EVOLUÇÃO NO BRASIL, ANÁLISE DO  
PERÍODO DE 1990 a 2009.**

**Curitiba**

**2013**

**DOUGLAS HENRIQUE LOPES DE LIMA**

**O SETOR DA SAÚDE E A SUA EVOLUÇÃO NO BRASIL, ANÁLISE DO  
PERÍODO DE 1990 a 2009.**

Monografia apresentada como requisito parcial a obtenção do título de Especialização Controladoria, do Curso de Pós-Graduação Contabilidade. Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Mayla Cristina Costa.

**Curitiba**

**2013**

## DEDICATÓRIA

"Dedico esta monografia a Jesus Cristo e minha mãe que sempre me davam forças para continuar, são pessoas muito especiais na minha vida e que me ensinaram muitas coisas e uma delas foi que por mais que o caminho esteja difícil e doloroso, devo prosseguir, pois com fé e graça de Deus tudo no final terminará bem, se ainda não está bem é porque não terminou."

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Jesus Cristo por ter me concedido a oportunidade de cursar e concluir este curso e por ter me acompanhado durante este caminho.

A minha família, especialmente a minha mãe Iraci Segura Lopes e irmã Daniele Prado de Lima, pois me ensinaram o valor do conhecimento e da busca à realização dos meus sonhos.

Aos meus professores, pela dedicação, em especial a orientadora do trabalho de conclusão a Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Mayla Costa.

A todos os colegas do curso em especial a Adriana Florêncio, Alex Rodrigues, Anthony Brasil, Fabiele Salles, Fernando Lopes, Henrique Zimmermann, Juliano Severo, Monica Guaita, Onésimo Netto, Renan Ducat e Vanessa Matoso pela contribuição e amizade durante o curso.

## RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo demonstrar em um âmbito geral o setor de saúde no Brasil e sua evolução no período de 1990 a 2009. A saúde tem participação no PIB de um montante maior ou igual à inflação, havendo assim sua clara importância econômica e sem dúvidas da social. No Brasil, ainda que haja diversas dificuldades em virtude da pobreza e falta de acessibilidade por muitas pessoas à saúde. Que podem ser proveniente da dificuldade de acesso, desconhecimento, analfabetismo, economia instável, distribuição de renda. O investimento em vacinas e campanhas ao longo dos anos e o auxílio da tecnologia proporcionam uma melhora na qualidade de vida das pessoas. O avanço da medicina e a reeducação da vida do ser humano estão contribuindo para um aumento na longevidade dos seres humanos, os quais passam a consumir mais produtos e serviços inclusive no segmento da saúde. Onde se contribui para a economia como um todo, por consequência os montantes financeiros e estruturais crescem acompanhando o aumento da demanda dos agentes ao longo de suas vidas. Com base no estudo, e facilmente perceptível à abrangência do tema, que apresenta diversas variáveis influenciadoras desse setor uma com mais ênfase ou referência que outras.

Palavras-chaves: Saúde; Consumo; Demanda; Economia; SUS.

## SUMÁRIO

<b>1 - INTRODUÇÃO</b> .....	<b>2</b>
<b>1.1 - OBJETIVOS</b> .....	<b>4</b>
1.1.1 – OBJETIVO GERAL .....	4
1.1.2 – OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	4
<b>2 - QUADRO TEÓRICO</b> .....	<b>5</b>
<b>2.1 - ALICERCES ECONÔMICOS</b> .....	<b>5</b>
2.1.1 – ESTRUTURAS DE MERCADO.....	5
2.1.2 – BARREIRA DE ENTRADA.....	9
2.1.3 – PRINCÍPIO DA EXCLUSÃO E A SAÚDE .....	15
<b>2.2 - SETOR SAÚDE DO BRASIL</b> .....	<b>18</b>
2.2.1 – SETOR SAÚDE.....	18
2.2.2 – REGULAMENTAÇÃO DO SETOR.....	28
<b>3 - METODOLOGIA</b> .....	<b>32</b>
<b>4 - DADOS E ANÁLISE DO SETOR</b> .....	<b>36</b>
<b>4.1 – ASPECTOS HISTÓRICOS DO SETOR SAÚDE</b> .....	<b>36</b>
<b>4.2 – O SETOR SAÚDE NA DÉCADA DE 1990</b> .....	<b>38</b>
<b>4.3 – SUA EVOLUÇÃO NA DÉCADA DE 2000</b> .....	<b>46</b>
<b>5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>55</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>57</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Embora o setor de saúde não possuísse uma participação expressiva na formação da renda em um passado recente, ao longo do tempo percebe-se um aumento desta representatividade em relação ao PIB. Não fosse isto suficiente, ainda deve-se levar em consideração a sua importância social.

Antes do século XIX, não existia, tanto em instituições médicas, nem ao menos na máquina do Estado, a relação entre saúde e sociedade. A saúde para o Estado e para os médicos da época tinha como objetivo apenas evitar a morte. Vargas em seu primeiro governo tem como destaque a configuração de políticas sociais no Brasil. Diversas mudanças institucionais que ocorreram, a partir de 1930, estruturaram a política pública brasileira (CAMPOS & FERREIRA, 2012).

Depois da sua redemocratização em 1985, o Brasil se tornou um dos países mais participativos do mundo. A Constituição de 1988 instituiu 14 princípios na organização do Estado brasileiro. Sendo que o mais importante é a participação da sociedade civil na discussão sobre as políticas públicas, em específico as políticas de saúde (FLEURY & LOBATO, 2009).

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, anunciou as melhorias incorporadas na Constituição de 1988, que reconheciam ser a saúde, um direito da população, e ainda, a universalidade e a equidade do acesso aos serviços de saúde, como também a integralidade das praticadas, o controle social e a descentralização político-administrativa do sistema de saúde vigente no Brasil. Sob essa perspectiva, a descentralização dos serviços de saúde, compreendida como parte do método da reforma democrática do Estado, comprovou ser uma prática legítima e viabilizadora das políticas públicas nacionais (FADEL, SCHNEIDER, MOIMAZ & SALIBA; 2009).

Serviços como saúde e educação, são bens semipúblico, ou seja, serviços ou produtos que podem ser oferecidos pelo setor privado ou público, sendo que pode

haver a exclusão de um indivíduo, pois tem uma capacidade limitada de atendimento seja público ou privada, mas sendo de caráter de que quando houver a disponibilidade será oferecido o serviço (REZENDE, 2010).

A complexidade de um setor é de grande valia para a decisão de um investimento, em virtude desta organização e que são construídas as barreiras de entrada e saída de uma economia. As empresas estabelecidas e potenciais realizam investimentos tomando decisões sobre incertezas e baseando-se sobre projeções de quase rendas futuras, sendo necessárias as entrantes uma avaliação do mercado, com as empresas existentes e seu histórico. Quanto mais onerosa for sua movimentação para outro setor ou a fidelização em longo prazo de seus consumidores, ou seja, não há garantia de lucro maximizado em curto prazo e que consiga sustentar o custo inicial.

Tanto os espaços privados quanto os públicos estão passando por um processo de transformação no modelo de gestão e organização da produção de bens e serviços em saúde na direção de um padrão empresarial, inclusive nos casos em que o lucro não é um objetivo, sendo substituído por metas alternativas de desempenho como, à produção, qualidade, custos e compromissos de atendimento a populações ou clientela específicas (GADELHA, 2003).

Dessa forma, o presente estudo destina-se a apresentar o setor da Saúde, no Brasil, e sua evolução entre 1990 a 2009. E tem o intuito de responder a seguinte questão: A evolução do setor saúde dentre o período de estudo, possuiu relevância econômica ao Brasil?

Admite-se como uma possível resposta a este questionamento, o fato de que a estrutura de mercado aliada a importância e a complexidade dos serviços prestados a população sendo privado ou público, funcione como nos demais setores quando a demanda tem tendência de real crescimento, aumentando a possibilidade de investimentos. Motivando também à criação de novas tecnologias, invenção de novos tratamentos e a própria necessidade pela inovação devido às novas doenças



que surgem pela mutação ou o próprio fortalecimento delas contra os antibióticos existentes.

O estudo será realizado com base em análises artigos científico, e esta estruturada em cinco partes, sendo esta primeira de caráter introdutório. A segunda seção apresenta as bases teóricas que orientam o estudo e as especificidades do setor de saúde, na terceira é apresentada a metodologia utilizada, a quarta seção a análise da evolução do setor, e na quinta seção as considerações finais e sugestões para estudos futuros.

## **1.1 OBJETIVOS**

### **1.1.1 OBJETIVO GERAL**

O objetivo geral deste estudo é demonstrar os pontos principais do setor e dados estatísticos que demonstrem a sua evolução no Brasil.

### **1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Como objetivos específicos, pretende-se:

- ✓ Descrever a história da saúde no Brasil;
- ✓ Identificar os determinantes dos investimentos, os fatores que interferem na estrutura de mercado, bem como os fatores de entrada e saída.
- ✓ Traçar um perfil das especificidades do segmento de saúde, identificando agentes que atuam neste segmento, por meio da utilização de dados estatísticos.

## **2. QUADRO TEORICO**

### **2.1 - ALICERCES ECONÔMICOS**

Nesta seção serão abordadas as teorias econômicas que sustentam o presente estudo, mas especificamente discute-se como se organiza uma estrutura de mercado. No caso do setor da saúde, a estrutura que mais se destaca é a do oligopólio. Na sequência será relatado como funcionam as barreiras para adentram a um mercado e o principio da exclusão.

#### **2.1.1 - ESTRUTURAS DE MERCADO**

O modelo de concorrência perfeita foi alvo de severo questionamento, devido à baixa adesão de suas premissas à realidade econômica existente. O debate sobre a existência de preferência dos consumidores, de funções de produção de escala, estruturas oligopolistas estáveis e outras formas, foram sendo apresentadas outros resumos das conjecturas neoclássicas originais (KUPFER, 1991).

O oligopólio é o tipo de classe mercantil que mais predomina no capitalismo. A regra do capitalismo global é a concentração, se alicerçando para sobrevivência e crescimento empresarial, nos tempos contemporâneos esse efeito é mais forte. Uma de suas principais características é a presença de barreiras à entrada, que garantem os melhores lugares para as empresas mais altas no mercado, ocorrendo um resultado de conquista e fidelização do consumidor, criando uma defesa que protegem seus espaços de mercado (BRITTOS, 2003).

Conforme a teoria das estruturas de mercado, o oligopólio é intitulado de forma geral de organização no capitalismo, não pelo numero pequeno numero de empresas, nem pela grande rivalidade ou ações e reações difíceis. O oligopólio pode ser definido como uma classe de estruturas de mercado apontada por importantes barreiras à entrada, pois concentra as resoluções estruturais sobre as quais devem estar às estratégias corporativas, ao menos das grandes empresas (BRITTOS, 2003).

E possível destacar três estruturas oligopolistas, sendo o oligopólio competitivo, diferenciado e homogêneo. No caso competitivo, o setor estaria condicionado a um aumento na demanda, com o crescimento do mercado urbano, sendo mais visto em casos de indústrias tradicionais de bens de consumo não duráveis. O oligopólio diferenciado possui os ramos industriais que tem maior crescimento em escala mundial, influenciam diretamente a estrutura industrial, de consumo urbano e a distribuição de renda, baseado em industriais de bens duráveis. E a estrutura que da base para o estudo, oligopólio homogêneo, nesse caso são relevantes às economias de escala, as descontinuidades tecnológicas e as barreiras de entrada, pois a concorrência nesse tipo, não se dá pelo preço e sim pela divisão de mercado com base na produção (NEGRI, 1981).

As empresas estabelecidas e potenciais realizam investimentos tomando decisões sobre incertezas e baseando-se sobre projeções de quase rendas futuras, sendo necessárias as entrantes uma avaliação do mercado, com as empresas existentes e seu histórico. A barreira de entrada tem como principal elemento de determinação do preço, com enfoque na concorrência potencial e não real, por sua vez em longo prazo. Em resumo as barreiras de entrada são estruturas da concorrência de oligopólio, tanto real quanto potencial (KUPFER e HANSECLEVER, 2002).

<b>O PARADIGMA ESTRUTURA-CONDUTA-DESEMPENHO</b>
<p style="text-align: center;"><b>ESTRUTURA</b></p> <p>Número de produtores e compradores, diferenciação de produtos, barreiras à entrada, estruturas de custos, integração vertical, diversificação.</p>
<p style="text-align: center;"><b>CONDUTA</b></p> <p>Políticas de preços, estratégias de produto e vendas, pesquisa e desenvolvimento, investimentos em capacidade produtiva.</p>
<p style="text-align: center;"><b>DESEMPENHO</b></p> <p>Alocação eficiente dos recursos, atendimento das demandas dos consumidores, progresso técnico, contribuição para a viabilização do pleno emprego dos recursos, contribuição para uma distribuição equitativa da renda, grau de restrição monopolística da produção e margens de lucro.</p>

Fonte: (FAGUNES & PONDE, 1998).

O quadro acima apresenta o projeto básico. Os modelos ECD procuram resumir e derivar as características da estrutura do mercado, resultados baseados no desempenho de algumas variáveis escolhidas, deduzindo que as ações das empresas são fortemente condicionadas pelos parâmetros estruturais vigentes. Sendo assim, se torna possível identificar os fatores estruturais que direcionam as condutas de precificação das empresas, que por consequência, resultando elevadas margens de lucro, mas prejuízos para os consumidores (FAGUNES & PONDÉ, 1998).

Na década de 50, teorias do tipo Estrutura-Condução-Desempenho (E-C-D) passaram a ocupar o posto de modelo teórico por excelência das teorias microeconômicas que realmente são preocupadas com as questões no âmbito empresarial dos mercados. É sob este paradigma que a economia industrial firmou-se como uma disciplina em cursos de ciências econômicas (KUPFER, 1991).

Formulações baseadas na determinação de preços-limite, quando há existência de barreiras à entrada, fizeram com que as teorias de E-C-D fossem se aprofundando, mas ao mesmo tempo se diversificando. Esse aprofundamento consistiu, na ampliação das variáveis incluídas no esquema analítico original, em especial quando aos elementos de condução, como propaganda, pesquisa e desenvolvimento, e não somente à política de preços das empresas. A busca desse processo apresentou na realização, intensas pesquisas baseadas na experiência de corte estudo aplicados de econometria, durante a década de 60. Essa mudança contribuiu inicialmente para ampliar a crença no poder explicativo do enfoque E-C-D e tornar mais compreensiva o seu intuito normativo (KUPFER, 1991).

Uma das lacunas das abordagens E-C-D pioneiras surgiram da aversão imposta a qualquer influência significativa de que as condutas das empresas pudessem jogar no processo de concorrência. Como resolução foi à aceitação da existência de causalidades menos rígidas, que se demonstravam em uma interação entre as variáveis de estrutura, condução e desempenho. Sendo assim, foram avaliadas todas as possibilidades de retorno de informação entre diferentes categorias. Sendo que a força organizadora de um modelo teórico onde o todo é

dependente de uma porção maior que a estrutura, é enfraquecida diante da múltipla causalidade das relações e da necessidade de encontrar soluções simultâneas para essas relações. Isso só poderia ser analiticamente apreendido em situações reais de mercado, onde o conhecimento das particularidades do caso estudado facilitará a identificação das principais causas, fazendo com que seja possível direcionar todo capital intelectual, se desviando de situações menos relevantes. Essa conclusão direcionou as principais correntes de pensamento das teorias de organização industrial, para uma situação de difícil escape baseado em inúmeros estudos de caso pouco generalizáveis (KUPFER, 1991).

Outra questão da teoria E-C-D era a sua incapacidade de trabalhar com diferentes tipos de lucratividade entre empresas em um mesmo setor. O problema é que, devido a certo grau de concentração de uma indústria pode abrigar variadas dimensões empresariais. Mesmo que se aceite ligação positiva entre grau de concentração e altos lucros em um setor, não há porque imaginar que todas as empresas de uma indústria concentrada dividam igualmente esses lucros. Muitas das grandes empresas são diversificadas, pareceria mais pertinente que a unidade analítica adequada para as análises de organização industrial passassem a ser as grandes empresas e não mais as indústrias, tornando questionável o próprio objeto das análises de E-C-D (KUPFER, 1991).

Mas o principal questionamento com que o modelo se defrontou foi à chamada questão da endogeneidade, ou seja, a qualidade do que é gerado internamente baseado em um sistema ou modelo considerado. Se cada firma escolhe seu nível de produção e de preços em função de suas curvas de custos, funções de demanda e de expectativas que mantenham sobre a conduta das firmas rivais, o preço de mercado e os *outputs* de todas as empresas, para uma indústria em equilíbrio, são conjuntamente determinados. Isso por sua vez sugere que tanto o grau de concentração quanto os lucros sejam variáveis internas determinadas e que não possam guardar relações de causalidade pré-definidas. Ambas dependem, na verdade, das variáveis exógenas, assumidas como sendo as curvas de custo, as funções demanda e as expectativas de ação e reação dos concorrentes que cada empresa apresenta (KUPFER, 1991).

Neste sentido, é enfatizada a concordância dos teóricos do ECD em aderir à concentração econômica como o elemento básico da estrutura do mercado e a intensidade das barreiras à entrada como um indicador muito importante do poder de mercado das empresas oligopolistas e determinante do nível de preços, assumindo que plausível a formulação de níveis de generalizações teóricas sobre a relação entre preços, que é o originário das margens de lucro e barreiras à entrada (FAGUNES & PONDÉ, 1998).

Dentre as estruturas de mercado, sempre existe os indivíduos intermediários, onde não existe um fabricante supremo e nem várias manufaturas do mesmo produto. Sendo a existência de poucas empresas situadas em um mercado de acesso restrito e que atuam de forma estratégica sempre mensurando a ação ou reação do concorrente, pois pode impactar diretamente na demanda, oferta e lucro aferido pela aquela empresa. Nesse caso as empresas normalmente possuem um produto homogêneo, tendo a mesma finalidade de consumo para seus clientes, onde podem ser diferenciado, como uma forma de estratégia de cada empresa (VARIAN, 1994).

### **2.1.2 - BARREIRA DE ENTRADA**

A definição de condição de entrada de uma indústria como o um estado de concorrência em potencial de possíveis novos produtores e/ou vendedores, podendo ser avaliada pelas vantagens que as empresas estabelecidas possuem sobre os competidores penetrantes, sendo que estas vantagens se demonstram na capacidade de elevar incessantemente os preços para que se mantenham em níveis que não são atrativos para que novos empresários busquem investir nesse setor. Tais vantagens constituem exatamente o que se denomina "barreiras à entrada". Por sua vez, as empresas existentes atuam coletivamente e não competem diretamente através de reduções de preços. A entrada consiste no estabelecimento de uma nova empresa que constrói ou introduz uma nova capacidade produtiva em uma indústria/mercado. (FAGUNES & PONDÉ, 1998).

Conceituam-se barreiras à entrada como um conjunto de imposições dominadas pelas empresas líderes do setor, que servem como bloqueio para o acesso de novas corporações num mercado ou para que as já participantes não disputem as posições de liderança. Sendo que em momentos de alteração estrutural, revelam-se mais frágeis, permitindo admissões e ascensões (BRITTOS, 2003).

A complexidade de um setor é de grande valia para a decisão de um investimento, em virtude desta organização e que são construídas as barreiras de entrada e saída de uma economia. Quanto mais onerosa for sua movimentação para outro setor ou a fidelização em longo prazo de seus consumidores, ou seja, há não garantia de lucro maximizado em curto prazo e que consiga sustentar o custo inicial, contribui para a diferenciação de estrutura de mercado, onde as empresas relacionam-se com as já estabelecidas e com empresas potenciais ao investimento no mercado.

As barreiras de entrada apresentam definições em que as empresas já estabelecidas podem possuir influencia sobre o mercado ou não, fazendo com que não atraiam novos capitais. Que em primeiro caso as empresas estabelecidas podem praticar preços, almejando lucros extraordinários em longo prazo, que as entrantes não conseguem oferecer os mesmos produtos ou serviços pelo mesmo preço, sendo assim não compartilha dos altos lucros. Em segundo caso as empresas já estabelecidas não tiveram o desembolso do custo incorrido pelas empresas potenciais, seguido a idéia não obtenção de um lucro paralelo das empresas que já estão no mercado. Em outro caso as empresas obtêm atributos competitivos, devido ao seu pioneirismo no setor, onde a teoria decorre sobre o oligopólio e as barreiras de saídas de setores, onde a estrutura ou o capital investido faz a inviabilidade da remoção dos ativos para outro segmento do mercado (KUPFER e HANSECLEVER, 2002).

As empresas também praticam estratégias sobre o preço, onde tem como objetivo impedir a entrada de novos concorrentes, utilizando o conceito de preço limite, onde as mesmas mantêm faixas de preços possibilitando lucro, mas não incentivando em curto ou longo prazo as empresas potenciais, visualizarem

possíveis pontos positivos para inserção de novos investimentos. A mesma ação pode não ter a reação esperada, supondo que uma dessas empresas entrantes possua um capital financeiro, proveniente de uma estrutura vertical ou donas de grandes montantes financeiros, onde será suficiente para manter o novo empreendimento com caixas positivos, caso haja prejuízo no início da sua atividade (KUPFER e HANSECLEVER, 2002).

Entorno das barreiras criam-se não apenas as estratégias das empresas líderes, para que permaneçam em seus postos, mas também outros agentes, efetivos ou potenciais, que buscam a queda das empresas principais e querem erguer outras em seu lugar. Por elas, as empresas acumulam potencial de mercado capaz de alavancar operações que buscam como objetivo o crescimento da fábrica. A existência de barreiras à entrada em um mercado não se funda em um atestado de recuo na eficiência da operação de uma indústria. Uma das principais características da barreira à entrada é impedir o alcance dos primeiros lugares e com estratégia inibidora à participação de possíveis empresas entrantes, sendo que, para seguir esses pontos é necessário destruir ou ultrapassar importantes elementos dominados pelas grandes corporações, envolvendo fatores de origens diversas. Abaixo será citada uma lista com fontes de barreiras a entrada, que são:

- Barreiras absolutas: Mundo comum em monopólios e oligopólios, essa barreira possui entraves vinculados a patentes em tecnologia ou até limitações na quantidade de matérias-primas disponível. Como exemplo na televisão, a concessão pode funcionar como um bloqueio absoluto, caso as cedentes do local estejam dominadas por corporações que não se disponham a vender ou associar-se ao interessado (BRITTOS, 2003).

- Custos irrecuperáveis: São gastos que envolvem tanto a parte de infraestrutura de uma empresa como até seus funcionários, como equipamentos para fabricação de automóveis, que, por não poderem ser reutilizados em outros setores, têm baixo valor de revenda, assim como os custos com treinamento de mão de obra. Em contraponto estão os custos fixos de um investimento, que um ponto positivo, caso o empresário futuramente queira mudar de ramo ou até mesmo cancelar as atividades da sua empresa, ou seja, investimentos recuperáveis, como a terra, pois possui usos alternativos para as indústrias. Consistem em custos



irrecuperáveis manufatura, desenvolvimento da marca e distribuição. Os custos de desenvolvimento de marca são irrecuperáveis, mas se o empreendimento pertencer a uma corporação já ligada à área poderá ser bastante reduzido suas perdas ou terem seus resultados junto aos consumidores parcialmente absorvidos por outras empresas do grupo (BRITTOS, 2003).

- Custos de troca: São barreiras à entrada, tendo em vista que o novo entrante terá de induzir os consumidores a incorrerem com custos que em alguns produtos podem ser mais onerosos ao seu bolso, em casos será dispendioso, porque é necessário aprender a operar um novo sistema operacional. Cada setor possui uma jogada para que esses custos sejam pagáveis ao consumidor, não monetariamente, mas com serviços que as empresas podem oferecer que são custos artificiais de troca, como os programas de fidelização, a exemplo dos de milhagem das companhias aéreas e de cartões de crédito. Outros casos trazem a troca como uma mudança favorável devido à situação do mercado, onde uma empresa que possui um maquinário que servirá para a fabricação de outro bem, sem que seja necessário um investimento alto em infraestrutura ou mão de obra, por exemplo, uma empresa que produza refrigerantes, que se encontra em uma posição relativamente favorável para entrar no mercado de cervejas ou outras bebidas, visto que já possui uma estrutura de fabricação, embalagem e distribuição já montada (BRITTOS, 2003).

- Reputação: A reputação de uma marca, ou falta dela, pode atuar como uma barreira à entrada. Em específico esse caso traz as seguintes questões que influenciam diretamente para a existência da barreira que é a durabilidade, a complexidade, pouca frequência de compras e baixo conhecimento do consumidor ou habilidade para avaliar o produto. A reputação de uma empresa é originária de uma base da trajetória de um atuante, que pode ser comparável a uma carta de recomendação, que incluem informações como desempenho, comportamento e qualidade de produtos, por isso, uma via de fidelização. Uma firma que não possua reputação ou até mesmo uma má reputação será uma presa fácil para sua concorrente que possivelmente possua uma avaliação positiva tanto dos consumidores como da mídia. A utilização de uma marca conhecida, como

estratégia para ingressar em um mercado relevante, funciona como um sinalizador para a qualidade do produto, sendo mais eficiente do que a simples propaganda, que podemos ver é que diversos grupos empresariais, retornam produtos as prateleiras, que alguns anos ou ate mesmo décadas atrás foram um sucesso e que por uma decisão estratégica foram retiradas de vendas nesses períodos, mas recolocadas, para que, por exemplo, um pai compre para seu filho um produto que ele consumiu quando era mais jovem e que a marca é associada a um padrão de qualidade já conhecido (BRITTOS, 2003).

- Restrições à importação: Tarifas altas de importação e mesmo concessões como registro na ANVISA que permitam ou não a importação de um bem, podem representar uma barreira à entrada. Para muitos produtos uma das fontes mais confiáveis é o mercado de importados, devido seu custo ser baixo e em alguns mercados, os consumidores possuem confiança maior quando se fala em produtos importados. Uma estratégia para conquistar uma participação em um segmento é importar, para, em seguida, expandir por meio da produção local, que varia conforme o ramo de uma empresa, onde a produção pode necessitar um investimento altíssimo ou até a importação de um produto pode ser estratégico para se conhecer o produto e analisar a técnica aplicada no mesmo, caso seja feita por um empresário que já possua uma base fabril que com pequenas modificações obtenham um produto de igual ou superior qualidade. São dois momentos encadeados de disputa por espaço com marcas e firmas já estabelecidas (BRITTOS, 2003).

- Custos de capital: É comum uma barreira vinculada aos custos de capital, que desestimular empresas potenciais a ingressarem num setor. Em países de juros elevados, o custo de capital se eleva e isso causa uma barreira para a atividade produtiva, considerando cada uma das estruturas de mercado. Em alguns setores, a relação com o Estado ou a importância do crescimento daquele setor para a região onde ele se encontra ou pretende ser implantado, pode trazer alguns privilégios como linhas de crédito a juros subsidiados e redução ou ate mesmo a isenção de algum imposto por um período acordado. Em certos casos o entrante pode utilizar de vantagens por ser uma empresa nova no setor, pois permite planejar e construir

uma planta utilizando soluções de última geração, reduzindo custos em toda estrutura, ou até não seja possível essa redução, mas um método que projete um ganho de produção gradativo com a maturação da empresa, situação que se mostra importante no caso de bens de capital que apresentam trajetórias tecnológicas. Fatores como esta redução significativamente, e até eliminam, outras vantagens de custo que as firmas já estabelecidas possuem (BRITTOS, 2003).

- Preços predatórios: Usualmente existe a prática de preços baixos, ou seja, uma política de preços abaixo do ponto de equilíbrio do mercado e da estrutura das empresas líderes que pode provocar a saída ou impedir o ingresso de concorrentes, pois impor um lucro negativo às empresas entrantes do setor, pelo tempo necessário para extinguir a disputa (BRITTOS, 2003).

- Capacidade excedente: Para atuar como uma barreira, a empresa estabelecida deve possuir um grande estoque de insumos irrecuperáveis. Pois a possibilidade de aumentar a produção em reação a uma empresa entrante representa um desestímulo ao ingresso, porque convence as novas empresas potenciais de que a entrada não seria lucrativa, pois poderá haver queda dos preços (BRITTOS, 2003).

- Contração do mercado: Um mercado enxuto, onde o que é produzido é consumido, sem sobras, demonstram que o mercado não necessita de mais daquele produto ou serviço, podendo ocasionar queda nos preços, que por sua vez um prejuízo às empresas. Ao contrário num setor em expansão, o aumento da procura pode gerar um lucro extra a empresas líderes e que causa o interesse de outros empresários a investir na entrada desse setor (BRITTOS, 2003).

Dado a grandeza do mercado e o montante mínimo que viabiliza a operação de uma empresa entrante, esta espera que, como resultado da sua entrada no mercado, a oferta se eleve ao ponto de eliminar os lucros extraordinários que são obtidos pelas empresas já existentes. A existência de barreiras para este tipo exige a presença de custos irrecuperáveis vinculados à efetivação da entrada, sem isso o

entrante poderia entrar e sair rapidamente do mercado recebendo altos lucros no período de sua permanência (BRITTOS, 2003).

### **2.1.3 - PRINCÍPIO DA EXCLUSÃO E A SAÚDE**

Nossa geração vive um paradoxo penoso. O processo de exclusão social no Brasil e no mundo, e nas esferas cultural e espiritual. Podemos dizer que no mundo contemporâneo o processo de acúmulo de capital necessita cada vez menos do homem. A criação de riqueza abstrata, que é a finalidade do capitalismo, desprezando-se das necessidades sociais (FLEURY & LOBATO, 2009).

A estrutura governamental, onde o estado deve oferecer atendimentos básicos à sociedade, onde pode utilizar dos impostos pagos para o investimento na base e já existente ou na criação de novas unidades de atendimento. Algumas dessas estruturas são chamadas de bens públicos. Esses bens podem ser descritos em áreas distintas, onde nenhum indivíduo pode ser excluído do atendimento é o que ocorre no caso da defesa civil, todo e qualquer cidadão tem direito ao serviço da defesa civil, e a mesma não pode negar-se a atender independente do montante da população. Bens semipúblico, são serviços ou produtos que podem ser oferecidos pelo setor privado ou público, sendo que pode haver a exclusão de um indivíduo, pois os serviços como saúde e educação, tem uma capacidade limitada de atendimento seja público ou privada, mas sendo de caráter de que quando houver a disponibilidade será oferecido o serviço. Já os bens privados, são bens que um indivíduo ou grupo, podem ser excluídos de seu consumo, seja por renda ou quantidade oferta (REZENDE, 2010).

A Identificação dos benefícios decorrentes dos vários serviços ofertados pelo governo se relaciona diretamente com o grau da demanda desses serviços. Em uma ponta estão os bens públicos, como a defesa nacional e a administração pública. Os frutos desses serviços são colhidos pela população como um todo, não se sujeitam ao princípio da exclusão e são indivisíveis. (REZENDE, 2010)

Segundo VARIAN (1994) bens públicos são exemplos de um tipo particular de externalidade, pois obrigam ou beneficiam as pessoas a consumir as mesmas quantidades de produto. Para PINDYCK (1999) os bens públicos são não excludentes e não disputáveis, pois oferecem benefícios as pessoas a um custo marginal nulo e ninguém pode ser excluído da sua utilização.

O Estado, além de suas funções de tutela de uma sociedade de classes, preenche um papel fundamental em um cargo pedagógica de construção, consolidação e reprodução de direções culturais da classe, sendo a função de homogeneização desempenhada pelo Direito exatamente o que aceita a concepção de um conformismo social. O Estado ético, ou civilizatório, corresponderia à ascensão das massas por meio de políticas públicas, ao nível cultural apropriado ao desenvolvimento das forças produtivas. Logo, o Estado cumpre um papel essencial na concretização dos progressos da técnica civilizatória (FLEURY & LOBATO, 2009).

A exclusão é um processo cultural que provoca no estabelecimento de uma norma que impede a inclusão de indivíduos, grupos ou populações em uma comunidade sociopolítica. É possível conotar a exclusão como um conjunto de modalidades de desrespeito, negação da condição de pertencimento à comunidade, para além de suas condições materiais. Em países como os latino-americanos onde a exclusão tem um forte teor econômico, não é possível combater a exclusão sem a redistribuição da riqueza. Esse combate não se reduz à esfera econômica, apesar de ser a dimensão básica, não existe isoladamente no contexto sociocultural que é a legítima e reproduzível (FLEURY & LOBATO, 2009).

Em vários países, nas últimas décadas, apresentaram-se novos temas associados às pressões por mais participação de organizações da sociedade civil que se movimentam para implantar, na agenda pública, propostas e demandas relacionadas a diversos temas, como ambientais, direitos humanos, direitos de grupos étnicos, orientação sexual e de pessoas com patologias. A particularidade para democracias, e de certo modo, mais marcante no Brasil, é a dispersão dessas formas de participação nas áreas de políticas públicas e em todos os níveis gestão

(federal, estadual, regional, municipal e local). Já no setor saúde, ocorreu de forma precoce em comparação às outras áreas, da mesma forma foi o envolvimento de representantes estatais e sociais com um funcionamento dos mecanismos mais acentuado (FLEURY & LOBATO, 2009).

De acordo com a legislação brasileira, e de competência do SUS a prestação de assistência de saúde às pessoas por mediação de ações de promoção, proteção e recuperação, com a prática integral das ações assistenciais e das atividades preventivas, incluídas também as ações de vigilância sanitária, epidemiológica, saúde do trabalhador e assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (Lei 8.080, capítulo I). O cumprimento dessas ações e serviços, antes realizados por convênios, passa ser *dever* de cada esfera de governo, com suas atribuições e competências no SUS, devem apresentar e manter os poderes e instrumentos necessários para a prática de tais (LUCCHESI, 2009).

Na constituição brasileira, entre outros assuntos, demonstra a proteção integral no que diz respeito ao direito do indivíduo a ter seu tratamento de saúde fornecido pelo Estado. Todavia, a saúde como função básica para o exercício pleno da vida se defronta com políticas públicas que em certas ocasiões são inadequadas, também existem questões que envolvem o possível a ser feito dentro do contexto econômico atual. A prestação de serviços na saúde pública no país convive em constante conflito entre aquilo que é possível garantir e o dever da tutela dentro o texto da constituição federal. O princípio da “reserva do possível”, originário da constituição diz que todo cidadão tem o direito social ao acesso aos serviços de agenciamento e amparo à saúde, direitos esses que não acontece apenas por causa de constarem positivados, mas por meio de políticas públicas eficazes, estruturadas mediante planejamento dos recursos financeiros, planos orçamentários e interesses da administração pública (CAMPOS & FERREIRA, 2012).

## **2.2 - SETOR SAÚDE DO BRASIL**

Nesta seção serão abordados temas do setor saúde com o sua história e a sua relevância, mas especificamente no período de estudo. Na seqüência como funcionam as regulamentações no setor.

### **2.2.1 - SETOR SAÚDE**

Por meio da administração portuguesa no Brasil, não se apresentou, até a metade do século XVIII, uma organização de espaço social que visava um combate às causas das doenças. Antes do século XIX, não existia, tanto em instituições médicas, nem ao menos na maquina do Estado, a relação entre saúde e sociedade. A saúde para o Estado e para os médicos da época tinha como objetivo apenas evitar a morte. Já no séc. XIX aponta no Brasil o início de um processo de mudança política e econômica que conseqüentemente atinge o âmbito da medicina, estabelecendo duas de suas características, que têm vigorado até o presente momento, que é à entrada da medicina na sociedade, que incorpora o meio urbano como alvo da reflexão e da prática médica, buscando evitar os causadores das doenças, e a situação da medicina como apoio indispensável ao de poder do Estado. Efetivamente, somente no século XX, começam as verdadeiras políticas de saúde que procuram enfrentar o quadro sanitário do país (CAMPOS & FERREIRA, 2012).

Vargas em seu primeiro governo tem como destaque a configuração de políticas sociais no Brasil. Diversas mudanças institucionais que ocorreram, a partir de 1930, estruturaram a política pública brasileira. Com a publicação de uma nova constituição em 1946, o país inicia um período de 19 anos de experiência democrática. A saúde pública, com raízes fortes provenientes dos 15 anos do primeiro governo Vargas, teve sua estrutura centralizada com vários programas e serviços verticalizados para programar campanhas e ações sanitárias. O governo militar implantou reformas que afetaram profundamente a saúde pública (CAMPOS & FERREIRA, 2012).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é formado pelo conjunto das ações e de serviços de saúde prestados pela gestão pública. Está constituído em redes regionalizadas e hierarquizadas e esta presente em todo o território nacional. O SUS não é uma organização que atua só na oferta dos direitos básicos para a sociedade, pois no contexto de políticas públicas de seguridade social, além da Saúde, a Previdência e a Assistência Social estão presentes. O SUS foi criado pela constituição de 1988 e regulamentado pelas Leis n. 8.080/90 e n. 8.142/90. Iniciando se socialmente, formado especialmente por meio de Normas Operacionais feitas em acordo das três esferas de governo e materializadas em Portarias Ministeriais. Os princípios do SUS, estabelecidos na Constituição Federal e detalhados na Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/90 e n. 8.142/90), foram o resultado de longos processos históricos e sociais, que buscavam intervir nas condições de saúde e na assistência prestada à população brasileira (CAMPOS & FERREIRA, 2012).

O SUS vem sendo objeto de duras críticas na situação sociopolítica. Não consideram o fato de que a estrutura jurídico-legal básico para a implementação do Sistema Único de Saúde foi finalizado somente em dezembro de 1990, com a edição da Lei nº 8.142, que prepara a participação da comunidade na gestão de saúde e sobre as transferências e aplicações intergovernamentais de recursos financeiros na saúde. Normalmente essas críticas são referentes ao alcance de seus objetivos, ao que se fala sobre o uso de recursos na execução de suas atividades, à qualidade da assistência e à estratégia no aperfeiçoamento do setor. Não são raros os resultados de falha do SUS, assim são apresentadas e fundamentadas propostas que procuram redesenhar o projeto de organização do setor desencadeado pela CRFB/88, a partir da reconceituação dos inícios de universalização, integralidade e igualdade estabelecidos (LUCCHESI, 2009).

As condições legais para a implantação do SUS, e a consequente coordenação da gestão descentralizada da assistência, foram constituídas ao final de 1990, primeiro ano do governo Collor (1990/1992). Contudo, apesar das ações para a operacionalização da legislação sanitária e do Sistema Único de Saúde desencadeadas pela direção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1991 e 1992, julgar-se que, eram cumpridas

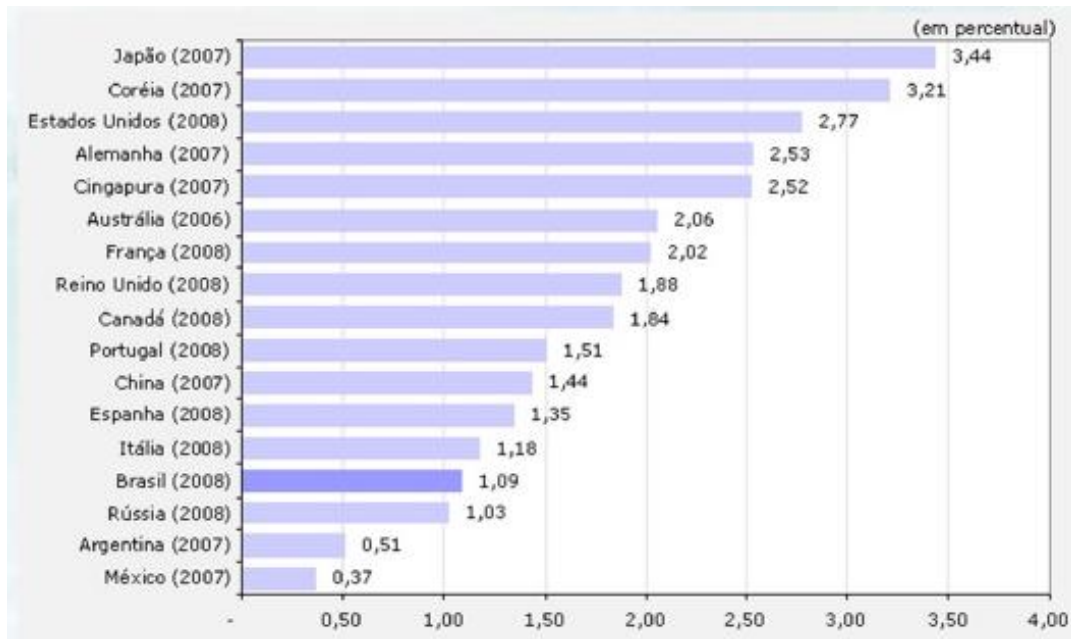


tardamente as obrigações federais dos convênios das Ações Integradas de Saúde (AIS) e do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Já quais melhorias alcançadas não puderam dar impacto relevante, devido a sua diluição e fragilidade, ao grande peso dos fatores negativos da conjuntura (LUCCHESI, 2009).

Políticas nacionais e internacionais de implantação do SUS não se mostraram favoráveis no período. A postura conservadora dos governos no período da transição democrática estava em total harmonia com o contexto internacional, caracterizado pela continuação da discussão de qual seria o papel do Estado, que por sua vez se explicava através de propostas de novos modelos de políticas sociais, com foco principal sobre os gastos públicos nos setores mais pobres. (MENICUCCI, 2009).

Os resultados obtidos pelo Brasil na área de saúde, com base o total investido no setor, estão abaixo do acreditado. Por pequenas proporções os criadores das políticas da saúde admitem que o dinheiro não tenha sido bem empregado, chegando ao ponto de ser pensado em apenas duas soluções possíveis para o problema, que é o aumento do montante de recursos financeiros investidos, que fica fora de cogitação devido sua inviabilidade com base nos recursos disponíveis, e a segunda é aumentar a eficiência da distribuição dos recursos. Políticas que destinam recursos para suprir as necessidades na saúde dos menos favorecidos e que buscam melhorar a qualidade dos gastos, podem alavancar positivamente os resultados disponíveis pela saúde, sendo que, um simples aumento no gasto, por exemplo, em atenção hospitalar de alta complexidade, pode resultar em um impacto nos indicadores gerais de saúde (CASTRO, 2011).

**Dispêndios nacionais em pesquisa e desenvolvimento (P&D), em relação ao produto interno bruto (PIB), países selecionados, em anos mais recentes disponíveis.**



Elaboração: Coordenação-Geral de Indicadores - ASCAV/SEXEC - Ministério da Ciência e Tecnologia (Organisation for Economic Co-operation and Development, Main Science and Technology Indicators 2009/2 e Brasil: Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (Siafi)). Extração especial realizada pelo Serviço Federal de Processamento de Dados (Serpro).

Fonte: (GADELHA, 2011)

Atualmente o papel estratégico da saúde no desenvolvimento nacional tem tido um constante crescimento de reconhecimento e institucionalização. Sem levar em conta a sua importância social como estruturante do Bem-Estar Social, ela também protagonista na inovação, elemento base para a competitividade na sociedade de conhecimento. Entretanto, a base produtiva da saúde ainda é frágil, o que prejudica a prestação básica de seus serviços quanto a uma inclusão competitiva nacional em âmbito global. Nessa condição a necessidade de uma análise mais minuciosa das complexas relações entre os interesses produtivos, tecnológicos e sociais da saúde. Com base nessas informações e imprescindível aprofundar o conhecimento sobre o Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) devido ao seu potencial produtivo que por consequência trará benefícios para a sociedade. Ou seja, alterar a hierarquia entre os interesses econômicos e sociais no ambiente sanitário, e assim reduzir o possível a fragilidade a política de saúde brasileira (GADELHA, COSTA & MALDONADO, 2012).

Devido à integração de diversos setores produtivos que causam novos paradigmas tecnológicos, o CEIS apresenta alto potencial de inovação, elemento essencial para a competitividade do conhecimento, com base em uma situação globaliza economicamente. Mesmo com sua importância estratégica o complexo da saúde ainda é bastante frágil, mesmo trazendo o desenvolvimento nacional, sua base produtiva e tecnológica, expressão um crescente déficit da balança comercial. Se não houver a superação ou minimização desse ponto que é um dos principais causadores da vulnerabilidade, persistirão os entraves para a garantia da oferta comum de bens e serviços de saúde (GADELHA, COSTA & MALDONADO, 2012).

O maior objetivo que, por consequência se torna um grande desafio atualmente é enraizar a institucionalização do caráter estratégico do CEIS e promover o seu desenvolvimento levando em consideração as variáveis constantes da inovação em saúde. Deve o Estado interceder aos diferentes interesses com o objetivo de estabelecer uma grade honrada para a geração e incorporação de inovação e na reconfiguração dos serviços em saúde, que seja coeso com as mudanças que ocorrem em período de curso no perfil epidemiológico e demográfico da população. Somente esse método será capaz de se sobrepôr a polarização atual observada entre a atenção à saúde e a dinâmica industrial e de inovação, demonstrando que saúde e desenvolvimento econômico podem ser linhas paralelas a um governo que procura crescimento para sua cidade, estado ou país (GADELHA, COSTA & MALDONADO, 2012).

O mesmo ambiente político pode comporta uma grande variedade de personagens com objetivos diversos e que muitas vezes podem ser conflitantes, demonstrando claramente a necessidade da atuação da mão do Estado como intercessor dos interesses sanitários e daqueles mais característicos de mercado, envolvidos na saúde. Devido a essa complexidade cria-se uma visão integrada desse conjunto interligado de produção de bens e serviços em saúde, que manda na estrutura teórica da economia política adotado pelo estado. A base teórica do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) busca justamente apresentar essa relação entre inovações, industriais e saúde, que diariamente compartilham o mesmo espaço. Sua interdependência na evolução dos paradigmas e trajetórias

tecnológicas aponta para o caráter sistêmico e político-institucional desse complexo produtivo (GADELHA, COSTA & MALDONADO, 2012).

Existem subsistemas de bases tecnológicas que por consequência são de inovação no setor da saúde, levando em conta um ambiente internacional. Dentre eles existe um subsistema que é responsável pela produção de medicamentos, fármacos, vacinas e outros, que é chamado de base química e biotecnológica. Logo, seu nível de desenvolvimento atinge substancialmente a prestação de serviços na saúde. Sendo assim, programas estratégicos, focados em conhecimento e tecnologia que visão sanar definitivamente uma doença, fica ameaçada pela fragilidade da capacidade nacional de inovação em saúde. A qualidade da ação do Estado implica aprofundar o conhecimento desse subsistema produtivo, cuja estratégia de inovação encontra-se relacionada à das grandes empresas farmacêuticas. Pois existe uma clara tendência tecnológica, econômica e competitiva entre todos os segmentos de base química e biotecnológica. Em geral a dinâmica desse subsistema, advém da indústria farmacêutica, pois é marcada por elevado grau de internacionalização da produção e intensa concentração de mercado. Assim, poucas empresas produzem bens parcialmente diferenciados, sem haver, portanto, uma competição por meio da diferenciação de preços, ou seja, um oligopólio diferenciado (GADELHA, COSTA & MALDONADO, 2012).

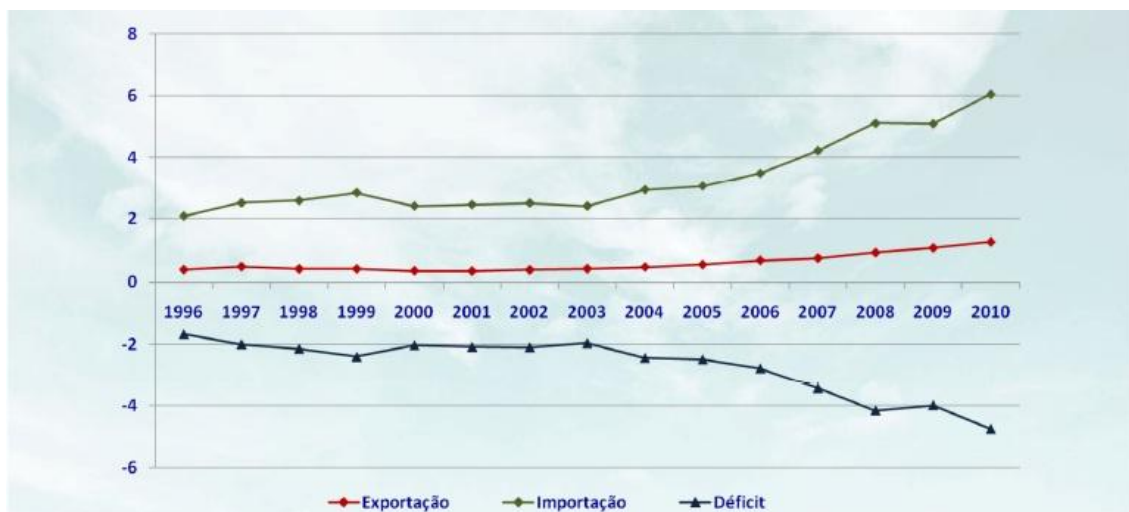
No caso de países menos desenvolvidos, normalmente não possuem essa dinâmica do mercado, particularmente, devido à dissociação entre as necessidades locais e os esforços empresariais. Podendo causar a carência, ou até mesmo a inexistência de pesquisas voltadas para as doenças negligenciadas no mundo contemporâneo, onde as pessoas pensam que devido ao avanço natural da tecnologia, alguns tipos de doenças, vão desaparecendo, devido à destruição de seus habitantes naturais e de seus hospedeiros (GADELHA, COSTA & MALDONADO, 2012).

A ausência de base endógena de inovação, no caso da indústria farmacêutica brasileira, associa-se a um déficit comercial relacionado de US\$ 6,6 bilhões, representando 80,3% de todo o déficit do subsistema de base química e

biotecnológica, que, em 2011, foi de US\$ 7,5 bilhões. Integrado a isso o avanço recente na política de acesso a medicamentos e a crescente incorporação tecnológica, que aprofundaram a participação dessas despesas no Ministério da Saúde: de 5,8% em 2003 para 13% em 2011, chegando a um patamar de R\$ 8,3 bilhões em 2011. Essa situação demonstra, que além da vulnerabilidade econômica, a fragilidade brasileira em conhecimento em saúde, o que ameaça a gestão da saúde coletiva e a própria ausência de base endógena de inovação (GADELHA, COSTA & MALDONADO, 2012).

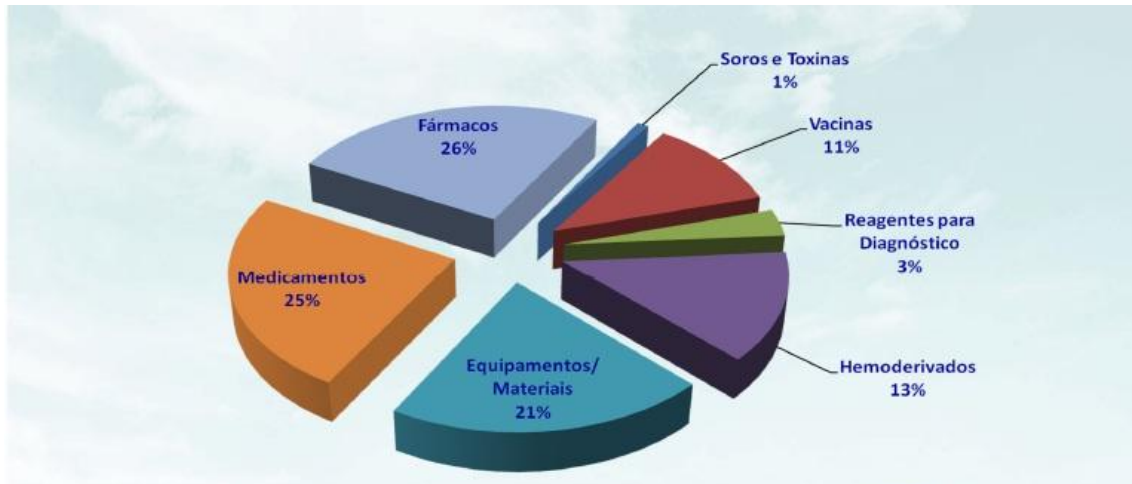
Especificamente no caso do mercado de vacinas, a introdução da moderna biotecnologia tem alterado esse segmento, justamente devido ao ressurgimento do interesse das farmacêuticas líderes pelo setor de vacinas, que tem como uma de suas bases o crescimento da demanda popular. Em decorrência disso, os investimentos passaram a serem feitos em grandes montantes e, com intensa concentração do mercado e surgindo desafios aos países menos desenvolvidos tecnologicamente, a exemplo do Brasil (GADELHA, COSTA & MALDONADO, 2012).

### **CEIS 2010 – Balança Comercial do setor Farmacêutico (valores em US\$ Bilhões, atualizados pelo IPC/ EUA).**



Elaboração: GIS/ENSP/FIOCRUZ, 2011, a partir de dados da rede Alice / MDIC.  
Fonte: (GADELHA, 2011)

**Participação das Indústrias no Déficit da Balança Comercial da Saúde. A indústria farmacêutica responde por 64% de todo déficit em saúde (incluindo hemoderivados).**



Elaboração: GIS/ENSP/FIOCRUZ, 2011, a partir de dados da rede Alice / MDIC.  
Fonte: (GADELHA, 2011)

Outro subsistema é o da Mecânica, Eletrônica e de Materiais, que abrange desde a produção de equipamentos com tecnologia de ponta, até os itens mais simples. Os segmentos mais complexos desse subsistema baseiam-se fortemente em tecnologias estratégicas, como a microeletrônica, mecânica de precisão, química fina e de novos materiais. Na utilização de tais tecnologias o Brasil procura apresentar um conjunto favorável para o estabelecimento de uma relação alinhada entre a expansão da indústria e a própria estruturação do SUS, procurando ampliar a oferta de serviços, aumento da qualidade e sua universalização e integralidade, que esteja em todos os lugares e atenda um paciente desde o início ao término do seu tratamento, da melhor forma possível. Mesmo com essa expansão no setor apresenta-se, uma relativa perda de competitividade da indústria nacional nos segmentos mais dinâmicos (GADELHA, COSTA & MALDONADO, 2012).

A balança comercial demonstra como principal indicador da fragilidade industrial, tornando clara a perda de competitividade dessa indústria para com o exterior. O déficit comercial desse subsistema, que era de aproximadamente US\$ 200 milhões no final da década de 1980, salta para um valor em torno de US\$ 800 milhões em meados de 1990 e atinge US\$ 2 bilhões em 2011. Esses dados são alarmantes, pois países que com histórico onde não estabelecem uma relação

saudável entre as políticas de saúde e de desenvolvimento tecnológico-industrial não conseguiram aprimorar suas estratégias competitivas nem alavancar o atendimento às demandas locais. Outro ponto a ser revisado pelo Estado é a compra de novos equipamentos e tecnologias para o processo de saúde, tem ocorrido normalmente sem uma avaliação adequada de seu custo-benefício, o que acaba por aumentando os gastos do Sistema Único de Saúde (SUS) (GADELHA, COSTA & MALDONADO, 2012).

### Estrutura das Atividades Inovativas da Indústria Farmacêutica no Brasil

Ano	Empresas Inovadoras (%)			Participação do faturamento (%)					
	Taxa de Inovação			Atividade Inovativa			P&D Interno		
	2001 2003	2003 2005	2006 2008	2003	2005	2008	2003	2005	2008
<b>Total da Indústria BR</b>	33,3	33,4	38,6	2,5	2,8	2,9	0,53	0,57	0,8
<b>Farmacêutico</b>	50,4	52,4	63,7	3,4	4,2	4,9	0,53	0,72	1,44

Elaboração: PINTEC/IBGE, 2010.  
Fonte: (GADELHA, 2011)

Mas em comparação dos subsistemas de base química e biotecnológica e de mecânica, eletrônica e de materiais, o subsistema de serviços é o de maior peso econômico do CEIS. É muito relevante tanto pelo seu papel no Sistema Nacional de Inovação em Saúde, quanto por representar um montante significativo da renda e emprego, inclusive do setor terciário. Entre outras funções está o de caráter sistêmico, dada sua dupla função de consumo e demanda, que em muitos casos influenciam a produção de equipamentos médico-hospitalares, produtos farmacêuticos, imunoderivados, soros e demais insumos. Considerando esses fatores, os serviços no setor de saúde têm se aproximando cada vez de uma estrutura muito semelhante a da indústria, com bases empresariais de grande projeção de produção em escala, cujo principal fator de dinamismo, competitividade e autonomia consiste na inovação (GADELHA, COSTA & MALDONADO, 2012).

Percebe-se que a incitação no desenvolvimento industrial, ocorre pelos serviços de saúde, que incrementam a estratégia nacional de inovação, uma vez que a cada serviço prestado corresponde um bem, muitas vezes de alta tecnologia, passível de produção e de desenvolvimento no País. Em resumo os serviços tornam-se, um tipo de elo que organiza a cadeia produtiva da saúde. Seu método estratégico é destacado pela demanda do Estado, que representa um dos principais instrumentos para estimular a inovação nos sistemas. Exemplo claro é o Brasil, onde o sistema de saúde é de bem comum, para uma população de aproximadamente 190 milhões de pessoas, tornando o papel do Estado ainda mais importante (GADELHA, COSTA & MALDONADO, 2012).

O espaço econômico e institucional que envolve o setor saúde tem passado por profundas transformações no Brasil, seguindo, tardiamente, a tendência dos países desenvolvidos, se bem que em condições históricas e institucionais e, portanto, estruturais bastante específicas. A lógica empresarial capitalista adentra o setor saúde como em todos os segmentos produtivos, envolvendo tanto as indústrias que já operavam tradicionalmente nessas bases, farmacêutica e equipamentos médicos e outros segmentos produtivos que possuíam formas de organização em que era possível verificar a convivência de lógicas empresariais com outras que dela se afastavam, como a produção de vacinas e outros produtos biológicos, fitoderivados e a prestação de serviços de saúde (GADELHA, 2003).

Tanto os espaços privados quanto os públicos estão passando por um processo de transformação no modelo de gestão e organização da produção de bens e serviços em saúde na direção de um padrão empresarial, inclusive nos casos em que o lucro não é um objetivo, sendo substituído por metas alternativas de desempenho como, à produção, qualidade, custos e compromissos de atendimento a populações ou clientelas específicas. É necessário observar que mesmo considerando o caráter assimétrico e gerador de desigualdade no nível das relações entre indivíduos, segmentos sociais, espaços subnacionais, nacionais e regionais, este movimento não pode ser visto como uma "anomalia" específica ao setor saúde, mas sim como um processo muito mais geral decorrente da expansão do sistema capitalista, ou seja, ocorrem em qualquer setor da economia (GADELHA, 2003).



## 2.2.2 - REGULAMENTAÇÃO DO SETOR

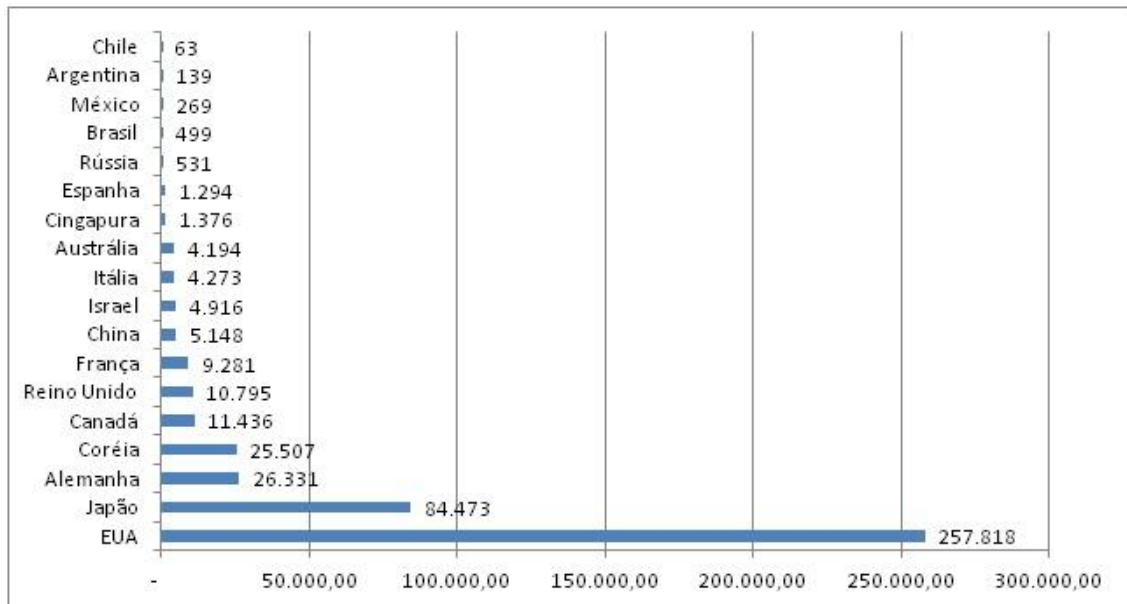
A Constituição brasileira estabelece que a saúde seja um dever do Estado. Aqui, deve-se entender Estado não apenas como o governo federal, mas como poder público, abrangendo a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios. A Lei n. 8.080/90 determina, em seu artigo 9º, que a direção do SUS deve ser única, de acordo com o inciso I do artigo 198 da Constituição Federal, sendo exercida, em cada esfera de governo (...) (CAMPOS & FERREIRA, pág. 11, 2012).

Identificamos que, na saúde, nenhuma das condições de perfeita competição está presente, e, neste caso, se justificaria uma ação mais intensa do Estado. As principais falhas de mercado identificadas são: ocorrência de riscos e incerteza; “risco moral”; externalidade; distribuição desigual da informação; existência de barreiras. A teoria econômica clássica atribui a “lei da oferta e da demanda”, em um mercado de livre competição, à determinação das quantidades e dos preços da produção. Quando não estão dadas as perfeitas condições de competição, ocorrem as “falhas de mercado”. Na ocorrência destas “falhas de mercado”, deveria se dar a intervenção do Estado na economia. São as seguintes características da competição perfeita: racionalidade, inexistência de externalidade, perfeito conhecimento do mercado por parte do consumidor, consumidores agindo livremente em seu benefício, numerosos e pequenos produtores sem poder de mercado. (SANTOS & MERHY, 2006).

Uma das maneiras para a proteção da empresa é a criação de patente que dão direitos de propriedade e exclusividade de produção, que podemos assemelhar a um tipo de monopólio temporário, para ideias novas e úteis. Esta exclusividade incitaria e asseguraria a concorrência entre grupos e empresas do mesmo setor, que no mercado da saúde, englobando desde as empresas farmacêuticas, de biotecnologia, máquinas e serviços. Por exemplo, as empresas do setor farmacêutico protegem o sistema de patentes, justificando-se como um mecanismo que garante o retorno aos seus esforços em busca de inovações. A patente possui uma proteção de no máximo vinte anos até que a invenção torne-se acessível a

todos. Durante o período de vigência da patente o produto só pode ser replicado para fins experimentais. (CASTRO, 2011).

### **Pedidos de patentes de invenção depositados no escritório de marcas e patentes dos EUA e alguns países.**



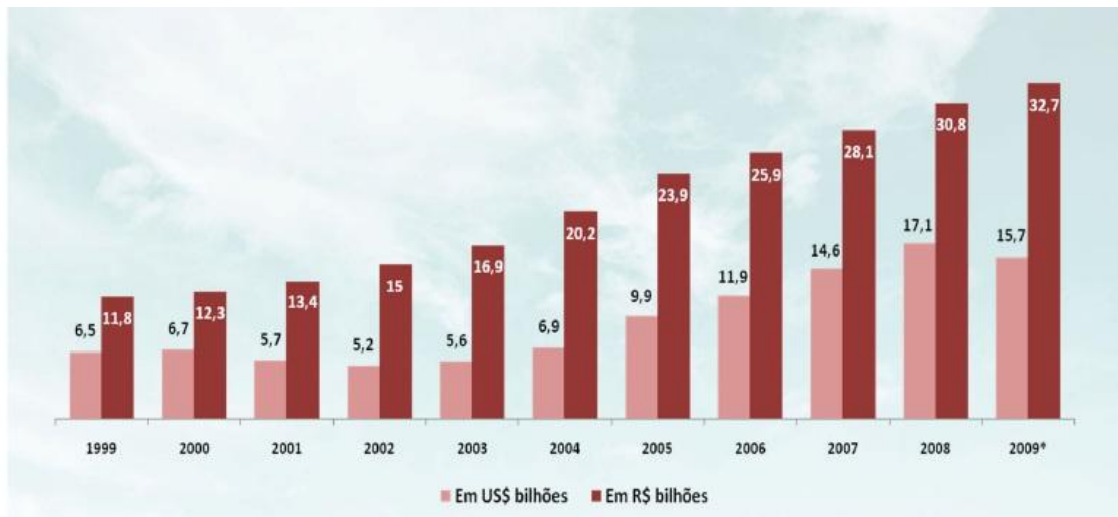
Elaboração: Coordenação-Geral de Indicadores - ASCAV/SEXEC - Ministério da Ciência e Tecnologia (United State Patent and Trademark Office (USPTO) - <http://www.uspto.gov/about/stratplan/ar/index.jsp>).

Fonte: (GADELHA, 2011)

A obrigatoriedade de conceder patentes a produtos e processos farmacêuticos gerou um vasto debate internacional sobre os possíveis impactos que poderiam ocorrer em casos da necessidade em grande escala desses medicamentos, principalmente nos países pobres. Com o objetivo de minimizar esse impacto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendou aos seus Estados membros que introduzissem em suas legislações nacionais de propriedade industrial as flexibilidades explícitas e tácitas do Acordo TRIPS (Acordo Relativo aos Aspectos do Direito da Propriedade Intelectual Relacionados com o Comércio, assinado em Abril de 1994), que seriam de grande importância para proteger a saúde pública. Sendo que o Acordo TRIPS precisava ser internalizado por cada país membro da OMC, para que pudesse ter vigência em âmbito nacional (CASTRO, 2011).

No caso de países menos desenvolvidos que necessitam de tal medicamento segue a com base na tese da exaustão internacional de direitos prevista no Acordo TRIPS. Onde a importação de um produto patenteado de outro país, deve ter sido feita pelo detentor da patente ou com seu consentimento para comercialização e uso interno. A teoria da exaustão de direitos, explica que o detentor da patente já foi recompensado pela sua invenção no país de origem, sendo assim, ao adentrar no mercado do país importador, os seus direitos de patente são eliminados. Esse método auxilia os países menos favorecidos, possibilitando a importação desse produto onde ele esteja sendo vendido a um preço menor, isso é de grande relevância a muitos pais, pois, as empresas farmacêuticas, procuram sempre maximizar os seus lucros, praticam preços diferenciados em todos os pais, com base em seu estudo de mercado, que é feito antes da inicialização das vendas. Vale ressaltar que nem sempre os menores preços são oferecidos em países que possuem um poder de comprar menor, sendo assim, os países pobres devem dispor de mecanismos que possibilitem a importação do produto, onde ele é vendido ao menor preço (CASTRO, 2011).

### Faturamento da Indústria Farmacêutica no Brasil (1999 –2009)



Fonte: (GADELHA, 2011). (Interfarma a partir dos dados da Febrarma. \*12 meses móveis até julho de 2009)

Na atualidade vem sendo proposto é um prazo de cinco anos de exclusividade da informação, ou seja, mesmo com a queda da patente de produtos similares ou genéricos não poderá ser concedido pela agência reguladora com base

nas informações a ela reportadas por ocasião do primeiro registro. Este mecanismo volta a criar um tipo de monopólio mesmo quando o produto não é mais protegido por patentes. Que é mais uma barreira para a entrada de medicamentos genéricos no mercado, que possivelmente seriam mais acessíveis. Tratados assinados entre Estados Unidos e Chile, assim como a NAFTA (Estados Unidos, Canadá e México - North America Free Trade Agreement, ou Tratado Norte-Americano de Livre Comércio) incluem esse dispositivo. (CASTRO, 2011).

Com a completa implementação do acordo TRIPS em janeiro de 2005, pela Índia e por outros países em desenvolvimento que ainda não concediam patentes farmacêuticas, pois está contida na assinatura do acordo TRIPS em 1994, que estava estipulado um prazo para que todos os países membros da OMC se adequassem ao acordo, com diferenciação do período de aceite conforme sua situação econômica, sendo assim, o acesso a novos medicamentos tornou-se ainda mais difícil, uma vez a proteção por patente serviria a todos os novos medicamentos em todos os países, com exceção daqueles muito pobres e daqueles que não são membros da OMC. Em contraste, como programas como ao combate a AIDS que ocorrem no Brasil e na Tailândia e particularmente tiveram grande êxito, só foram possíveis porque os principais medicamentos não estavam protegidos por patentes e puderam ser produzidos localmente a preços baixos. Com base nessas situações que se argumenta a importância da produção de medicamentos genéricos que por licenças compulsórias ou cláusulas de livre comércio garantiriam o uso governamental, incluindo permissão para exportar esses medicamentos, podendo ocasionar uma queda nos preços dos medicamentos de primeiro registro (CASTRO, 2011).

### 3. METODOLOGIA

Todo pesquisador, seja principiante ou experiente, talvez já tenha sentido um pouco confuso diante da quantidade de informações sobre o tema metodologia da pesquisa. E essa grande quantidade de publicações demonstra o interesse das pessoas a acerca do tema, devido à própria necessidade e atualização. E para inventar ciência, o pesquisador precisa dos dois (BARRETTO, 2012).

A informática promoveu a facilidade ao acesso da informação necessária para a prática de pesquisa acadêmica. Através das diversas bases de dados existentes disponíveis na internet, ou até mesmo por terminais de computadores instalados em bibliotecas, auxiliam em procura rápida a resumos e artigos completos quase de qualquer assunto. Isto reduziu o custo de aquisição de elementos essenciais para a confecção de qualquer projeto de pesquisa científica, que são os trabalhos realizados anteriormente sobre o assunto (ABRAMCZUK, DILLY, ENGELBERT & GRAEML, 2012).

Para a realização de uma pesquisa ou um artigo científico é necessário as bases, que dentre elas está o conhecimento científico é aquele que é dado pela averiguação científica, através de suas metodologias. Não surge apenas da necessidade de encontrar soluções para problemas de ordens práticas, mas do desejo de fornecer esclarecimentos metódicos que possam ser testados e criticados, tendo o propósito de divulgar os enigmas de ordem natural. A investigação científica se inicia quando se descobre que a informação existente, oriundo quer do censo comum ou do campo do conhecimento existente na ciência, são insuficientes para explicar as novas questões apresentadas (AMADEO, CAMILO & LIMA, 2012).

Os métodos científicos ou também chamado de metodologias científicas são conjuntos de processos ou operações intelectuais empregadas na investigação e nos procedimentos de pesquisa científica com os quais se obtêm resultados, que comprovam, explicam ou refutam um conhecimento antecedente. Através da investigação científica seus métodos estabelecem o conhecimento científico (AMADEO, CAMILO & LIMA, 2012).

Artigos científicos constituem a unidade de informação de periódicos científicos. Assim essas informações do autor são transformadas em conhecimento científico, que é de domínio público. Se o artigo é divulgado adequadamente, ele poderá ser lido, citado e utilizado por profissionais de diversas áreas em suas atividades cotidianas. Na seção sobre método, e demonstrado como o estudo foi apresentado e a modelo selecionado, qual foi à forma de coleta de dados, qual análise foi planejada para alcançar o objetivo da pesquisa e quais aspectos éticos foram envolvidos (PEREIRA, 2012).

A pesquisa também pode ser classificada com base nas metodologias técnicas, o que obedece ao seu planejamento numa dimensão maior; ou seja, nesse momento, o investigador coloca os meios técnicos de pesquisa (SCHILLING, DIEHL & MACAGNAM, 2011).

Fazendo uma analogia da metodologia com a química analítica. Na química, a análise qualitativa descreve uma combinação contendo átomos de hidrogênio, carbono e oxigênio; a análise quantitativa indica que eles existem em uma relação de 6:2:1. Contudo, o que é a combinação? O conhecimento fornecido ainda não é suficiente porque tanto o álcool etílico quanto o éter têm seis átomos de hidrogênio, dois de carbono e um de oxigênio. A diferença entre álcool etílico e éter se encontra na acomodação dos átomos na molécula. Logo, é necessário não apenas saber a composição (qualitativo) e a quantidade que está na molécula (quantitativo), mas também de que modo são organizados os componentes e como eles interagem. Assim, também, no estudo da administração e organizações é necessário saber: o que é isso, quanto e de que modo (BEARD & VAN FLEET, 2003, apud BENEDICTO, BENEDICTO, STIEG, & ANDRADE, 2011).

A pesquisa qualitativa tem sido vista com receio por pesquisadores das Ciências Exatas e da natureza. Tais metodologias apresentam um vínculo importantíssimo com preocupações semelhantes de características do pensamento crítico e de ideologias progressistas. Podem ser questionadas em termos de validade e de confiabilidade, principalmente, quando comparadas com metodologias utilizadas pela pesquisa quantitativa. Se o conhecimento sobre a realidade

administrativa e organizacional deve crescer, esse estranhamento entre as metodologias de pesquisa torna-se uma condição “sem o qual não pode ser”. (BENEDICTO, BENEDICTO, STIEG, & ANDRADE, 2011).

Esse estudo usa o método indutivo, que é aquele que, ao partir das evidências, pode chegar às premissas gerais, sendo também um método científico por excelência e também fundamental das ciências naturais e sociais. Em vista disso, a base teórica para essa pesquisa é apresentada conforme sua necessidade na explicação das evidências (SCHILLING, DIEHL & MACAGNAM, 2011).

Este estudo também tem as seguintes classificações:

Descritivo, pois esse tipo de estudo tem como objetivo principal a descrição das características de determinada faixa da população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob esse título, e uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados. Quanto aos objetivos, uma vez que busca descrever a aplicação dos elementos em uma situação real, apenas registrando e descrevendo os fatos ressaltados sem interferir neles, no caso deste estudo, por expor os objetivos e a contribuição das informações para o conhecimento (SCHILLING, DIEHL & MACAGNAM, 2011);

Qualitativa, quanto à abordagem do problema, tenha a natureza das evidências, sendo que ela caracteriza-se por ter o ambiente como fonte direta dos dados (SCHILLING, DIEHL & MACAGNAM, 2011);

Longitudinal, quanto ao tempo por abordar um período de análise de 10 anos (SCHILLING, DIEHL & MACAGNAM, 2011);

Bibliográfica, onde o estudo elaborado a partir de materiais já publicados, constituídos, publicações em periódicos e artigos científicos, monografias, dissertações e teses, buscando a ascensão de conceitos que possam dar base para a prática para pesquisa. A principal vantagem da pesquisa bibliográfica é permitir ao

pesquisador a cobertura de diversos fenômenos muito mais extensa do que aquela que poderia pesquisar diretamente. Se tornando particularmente importante quando o problema de pesquisa requer dados muito dispersos. Entretanto, essa vantagem pode afetar em muito a qualidade da pesquisa. Sendo que as fontes secundárias podem apresentar dados coletados ou processados de forma equivocada. Assim, uma pesquisa baseada nessas fontes tende a repetir ou mesmo aumentar esses erros (SCHILLING, DIEHL & MACAGNAM, 2011);

Explicativa que são pesquisas que têm como apreensão identificar os pontos que causam ou que colaboram para a ocorrência dos fatos. Esse é o tipo de pesquisa que mais aprofunda o conhecimento da realidade porque explica a razão e o porquê das coisas. Considerado o tipo mais complexo e delicado para estudos, já que o risco de cometer erros pode aumentar consideravelmente (SCHILLING, DIEHL & MACAGNAM, 2011);

E por fim o estudo tem como pratica *Ex post facto* (a tradução literal da expressão *ex post facto* é “a partir do fato passado”), ou seja, significa que, esse tipo de pesquisa, foi realizado após a ocorrência de variações na variável condicionada no curso natural dos acontecimentos. Basicamente esse tipo de estudo tem como objetivo, verificar a existência de relações entre as possíveis variáveis que fizeram com que o a resposta à questão tenha acontecido. A pesquisa *ex post facto* é uma investigação metódica e baseada na experiência na qual o pesquisador não tem o controle direto sobre as variáveis independentes porque já ocorreram suas manifestações ou porque são intrinsecamente não manipuláveis (SCHILLING, DIEHL & MACAGNAM, 2011).



## **4. DADOS E ANÁLISE DO SETOR**

Nesta seção será demonstrando a análise do setor por meio de dados de 1990 até 2009, suas interações e evoluções ao longo do tempo, utilizando fonte como IBGE, Ministérios da Saúde, pesquisa de diversos autores e grupos como associações e ONGS, apresentando também dados influenciadores como balança comercial, demanda e oferta de bens e serviços relacionados à saúde.

### **4.1. ASPECTOS HISTÓRICOS DO SETOR**

Às estratégias das Ações Integradas de Saúde (AIS), seguiu-se em 1987, no governo da Nova República (1985/1989), a implantação de uma nova tática que buscava fundar o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), com convênios entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) / Ministério da Saúde / Ministério da Educação e governos dos estados e respectivas Secretarias de Saúde. O SUDS também tinha como objetivo a descentralização do sistema, a valorização do setor público no cumprimento da política, a participação da população e dos profissionais de saúde na gestão e no controle orçamentário, e com principal enfoque de contratos com serviços filantrópicos, que poderiam atender as necessidades de complemento da cobertura auxiliar oferecida por serviços próprios, que deveriam seguir as normas de direito público e qualidade dos serviços (LUCCHESI, 2009).

Ainda nos anos 80, a 8ª Conferência Nacional de Saúde em março de 1986, sem dúvida foi o evento político setorial de maior importância na década, principalmente pela mobilização social alcançada, que teve aproximadamente 4 000 participantes, mas sua importância também adveio pela influência decisiva de suas recomendações, tanto na técnica de formulação das estratégias e diretrizes para a reforma do sistema de saúde, como referência a Reforma Sanitária oficial do governo da Nova República, também pela via dos trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte. Solicitada com o propósito de discutir e definir os rumos da nova organização da saúde no Brasil, a conferência teve participação de importantes representantes sindicais como a Central Única dos Trabalhadores (CUT), a Central

Geral dos Trabalhadores (CGT) e a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG), também de sociedades civis organizadas, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), de movimentos populares regionais, de usuários e de profissionais de saúde de todo o país, além das principais autoridades do Poder Público setorial. A conferência teve uma representação de tal importância, reflexão e redefinição da política de saúde pela sociedade, que seus relatórios finais tornaram-se referência base para todos os debates sobre a política do setor (LUCCHESI, 2009).

O SUS compõe uma parte de um grande mover pela reestruturação da base de intervenção estatal na área social, que percorreu os anos 80. Tal movimento burlou ao agrupar o texto constitucional a reorganização do sistema de proteção social brasileiro, por meio de um modelo de Seguridade Social. Para a implantação do Sistema Único de Saúde, constituem-se as seguintes diretrizes:

- Descentralização das ações e serviços, com direção única em cada esfera de governo;
- Integralidade no atendimento, com prioridade para as atividades preventivas;
- Participação da comunidade, como mecanismo para efetivar o controle social do sistema.

O desenvolvimento de métodos alternativos para o atendimento de saúde, obra do procedimento de descentralização do estado, tem como seus objetivos principais a melhora e a ampliação da eficiência e da eficácia nos serviços prestados à população. Tem como foco o alcance de objetivos básicos para o setor, diante da visão dos princípios de universalização do acesso à saúde preventiva e curativa e da observância dos conflitos sobre a qualidade de vida da população (FONSECA & FERREIRA, 2009).

Na implantação do SUS, houve mudanças relacionadas à horizontalização das negociações e conflitos intergovernamentais em saúde. Porém, permanece o desafio de construção de uma lógica de coordenação federativa que valorize os canais institucionais existentes e favoreça o alcance dos objetivos da política de saúde de combate às desigualdades e promoção da cidadania nacional, possibilitando, ao mesmo tempo, certa flexibilidade para a implementação de políticas de acordo com diferentes realidades territoriais e sociais. Além de mudanças na atuação federal na condução da política, isso requer a reconfiguração do papel da esfera estadual, que foi limitado pela ênfase na municipalização nos vinte primeiros anos do SUS (VIANA & MACHADO, pág. 10,2009).

O investimento contribuiu para o aumento da expectativa de vida nos países desenvolvidos e como exemplo nos Brasil, também ocorreu em países em desenvolvimento. A expectativa de vida do brasileiro ao nascer em 1940 era de 39 anos. De 1960 para 1980 essa expectativa aumentou para 63,4 anos. De 1980 a 2000 a perspectiva cresceu mais 5 anos e probabilidade e que até 2025, haverá um aumento de 3,5 anos (CARBONI & REPPETTO, 2009).

Na medida em que o Brasil passou por uma ligeira transição demográfica e nos perfis de saúde, cresceu a necessidade de mensurar os recursos necessários para atender a população idosa. Estudos populacionais realizados em São Paulo demonstraram que o acréscimo da sobrevida ocasionou um aumento de doenças crônicas, perda da independência funcional e da autonomia. Dados de internações hospitalares pelo Sistema Único de Saúde no ano de 1997 evidenciaram um custo total de R\$ 2.997.402.581,29, sendo 23,9% foi consumida pelos idosos (CARBONI & REPPETTO, 2009).

#### **4.2. O SETOR SAÚDE NA DÉCADA DE 1990**

Nos ano 90 se colocou a tarefa de transformar em fato os pontos determinados na Constituição. Mas devido a sua abrangência e complexidade, esse método tem necessidade de alto grau de criatividade e inovação, mas, além das ações institucionais e de gestão em que os progressos são expressivos, o processo

de implementação do SUS tem sido cheio de ambiguidades, avanços e dificuldades (MENICUCCI, 2009).

Apesar de o SUS ter sido regulamentado em 1990, por várias questões econômicas e políticas, principalmente devido ao caráter privatizante do Estado, o sistema ainda não conseguiu ser implementado na sua completude, porém suas diretrizes são o caminho para a melhoria do sistema de saúde no Brasil (...) (FONSECA & FERREIRA, pág. 04, 2009).

Em 1992, logo após o começo da Lei Complementar nº 70, de 30/12/91, que estabeleceu a contribuição social sobre o faturamento para o financiamento da Seguridade Social, muitas empresas entraram em juízo, para obter liminares que as desobrigavam do pagamento ou as autorizavam a depositar judicialmente os valores discutidos, até a decisão do valor das ações, que chegaram ao um numero acima de 9.000 ações movidas em julho de 1993. Isso causou sérios prejuízos para a realização da receita da Seguridade Social nesse período. Alegavam inúmeros tipo de inconstitucionalidades como: limites constitucionais quanto ao poder de criar impostos, base de cálculo semelhante de impostos já discriminados na Constituição, a bitributação em semelhança à contribuição para o Programa de Integração Social, e aplicação do princípio da anterioridade. Somente em 1994, após o equacionamento da questão por meio de Ação Declaratória de Constitucionalidade, foi regularizada a participação dessa fonte (LUCCHESI, 2009).

Em 1993, com a fundação de uma nova estratégia de descentralização das atuações e ofícios de saúde, por uma regra operacional do Ministério da Saúde que gerou efetivamente a gestão descentralizada do SUS, que é um novo organismo acrescentando à estrutura de gestão nas esferas federal e estadual, que foram chamadas de Comissões Intergestores (LUCCHESI, 2009).

Em maio de 1993, o Ministério da Previdência Social, declarando problemas de caixa que derivariam em um déficit caso fossem transferidos os recursos para o Ministério da Saúde, adotou a retenção dos recursos da saúde no Fundo de Previdência e Assistência Social, cujos repasses nunca foram retomados. Portanto,

a fonte contribuição sobre folha de salários passou a ser exclusivamente da Previdência Social, o que prejudicou em muito a expectativa do financiamento da Seguridade Social e comprometeu a aplicação dos princípios constitucionais. A solução encontrada para resolver essas questões financeiras foi periódica na execução orçamentária do Ministério da Saúde, desde 1993, tem-se feito sucessivos empréstimos de recursos do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), com autorização do Tesouro Nacional e lastrado por seus títulos, que, anualmente, transformam-se em dívida a pagar inscritas no Orçamento do Ministério da Saúde (LUCCHESE, 2009).

A categoria semiplena só foi implantada em novembro de 1994, sendo que somente no segundo semestre de 94 foram regulamentadas pelo Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994 pela Presidência da República, sua forma e condições para a transferência de recursos federais a estados e municípios. A concretização dos tetos financeiros foi ressaltada a partir de março de 1995 (LUCCHESE, 2009).

Para tomar as novas responsabilidades na gestão do SUS, estados, Distrito Federal e municípios deveriam comprovar a existência de arranjos institucionais para funcionamento do sistema. Relatórios de acompanhamento produzidos pelo Ministério da Saúde no segundo semestre de 1995, confirmaram que os Conselhos de Saúde e as Comissões Intergestores Bipartite estavam criados e em funcionamento em todos os estados brasileiros, também que os Fundos de Saúde estavam instituídos em dezessete estados brasileiros e em aproximadamente 2.760 municípios (55% dos municípios brasileiros) já contavam com Conselho Municipal de Saúde e Fundo Municipal de Saúde (LUCCHESE, 2009). Ao mesmo tempo, o processo de municipalização aumentou a importância política de gestores estaduais e, principalmente, municipais, os quais elegeram as comissões intergestores, como os fóruns nos quais deveriam concentrar sua atuação (FLEURY & LOBATO, 2009).

Enquanto os atores governamentais, especialmente gestores municipais e estaduais, concentravam suas atuações nas comissões intergestores, os atores de mercado optaram por exercer influência direta sobre os decisores governamentais e por estratégias de mercado que lhes garantissem posição privilegiada como provedores de serviços no âmbito do SUS e fora dele. Sua posição no sistema setorial, como provedores de serviços de saúde para o SUS e para o setor de seguros de saúde, foi fortalecida ao longo do período mediante subsídios públicos diretos e indiretos e por meio de escolhas estratégicas sobre os tipos de serviços oferecidos para estes dois complexos compradores. Como afirmam Santos & Gerschman 34 (p. 798), através do apoio “à *expansão de serviços e coberturas*” e da consolidação de anéis burocráticos, a iniciativa privada pôde não apenas auferir os benefícios da contratação direta de serviços financiados pelo SUS como garantiu subsídios públicos para reforçar seu parque tecnológico (CÔRTEZ, pág. 05, 2009).

### Distribuição dos Leitos Cadastrados no sus, segundo a Natureza do Prestador de Serviços (1991 a 1995)

Natureza	Quantidade de Leitos (mil)					Variação (%) 1991/1995
	1991	1992	1993	1994	1995	
Federal	15,7	15,7	12,0	10,9	10,8	-31
Estadual	56,2	65,1	64,4	59,3	58,9	5
Municipal	17,8	28,8	33,9	35,7	37,7	112
Filantr./contr.*	346,5	355,1	355,7	357,0	353,7	2
Universitários	24,3	26,2	39,3	44,8	42,3	74
Sindicatos	—	0,04	0,02	0,02	0,78	—
<b>Total</b>	<b>460,6</b>	<b>491,0</b>	<b>507,4</b>	<b>507,9</b>	<b>504,2</b>	<b>9</b>

Origem:

DATASUS/FNS/MS.

Fonte: LUCHESE, 2009.

Entre 1991 a 1995, observa-se uma expansão de 9,5% no número de leitos no SUS, que corresponde à oferta de leitos sob administração municipal (112%), já no âmbito dos hospitais universitários (74%). Os leitos sobgerência estadual

verificaram-se um crescimento de 5%, devido o comportamento em 1992 (15% maior em relação a 1991), mas que não se repetiu durante 1993 a 1995, quando há uma redução de 9% em relação a 1992. O setor de contratados e filantrópicos (privados) teve um incremento de apenas 2% e, ressaltou-se, a quantidade de leitos sob administração federal que apresentou uma redução de 31% (LUCCHESE, 2009).

### Evolução da Participação das Fontes de Financiamento da Saúde (1992 a 1995)

(Em porcentagem)

Fontes	1992	1993	1994	1995*
Recursos Ordinários do Tesouro (100)	12,1	18,0	0,6	0,0
Títulos do Tesouro e Operação de Créditos (144 — 149)	0,3	10,7	3,3	10,0
Receitas Próprias (150)	0,0	0,0	1,9	0,7
Contribuição Sobre o Lucro Líquido da Pessoa Jurídica(151)	1,4	15,8	17,0	27,4
FINSOCIAL/COFINS — Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (153)	30,2	38,1	27,5	44,4
Contribuição sobre Folha de Salários (154)	55,9	17,4	0,0	0,0
Recuperação de Depósitos do COFINS (198)	0,0	0,0	13,4	0,0
Fundo Social de Emergência (199)	0,0	0,0	33,2	14,9
Outros	0,1	0,0	3,0	2,6
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Origem: Barros; Piola; Vianna (1996), Nota: \*Janeiro/junho.7  
 Fonte: (LUCCHESE, 2009).

As despesas do SUS com recursos federais teve um comportamento um pouco distinto do observado no item anterior, pois constatou além de 32% no total de despesas realizadas, mesmo havendo uma redução de 4% entre 1994 e 1995. A participação relativa das principais mudanças corresponde à esfera federal e

municipal. A primeira teve uma queda de 17% para 4% no período, e a municipal, um aumento de 25% para 42%. A esfera estadual sofreu uma pequena redução de 2% entre 1991 e 1995, de 57% para 55% (LUCCHESE, 2009).

Foi proibida a Lei de Diretrizes Orçamentárias para 1994, pelo presidente da República, que tinha como pretensão destinar no mínimo 30% dos recursos do Orçamento da Seguridade Social para a saúde, justificando-se pela reprogramação orçamentária de 1993, para suprir as necessidades financeiras de atendimento dos benefícios sociais, demonstrava a incompatibilidade desse dispositivo, que se mostrava contrário ao interesse público. Em 1994/1995, com a criação do Fundo Social de Emergência (FSE), formado com parte dos recursos das contribuições sociais, uma parcela das transferências anteriormente cobertas com recursos das contribuições foi substituída pelos recursos do FSE (LUCCHESE, 2009).

A questão do financiamento é apenas um dos sintomas da falta de suporte político à assistência pública, justificada, muitas vezes de forma retórica, pela avaliação negativa da qualidade dos serviços prestados pelo SUS, difundida de forma intensa na mídia e pelo setor privado. O maior desafio para uma construção institucional do sistema de saúde do Brasil que garanta maior efetividade e sustentabilidade parece estar relacionado à definição das formas de articulação do *mix* privado/público que se constituiu ao longo do tempo. Dada à institucionalização de um sistema dual, isso demanda a construção social de uma agenda radicalmente inovadora que supere a discussão focada apenas no sistema “único” e possa levar a uma reconstrução do arcabouço regulatório do sistema de saúde (MENICUCCI, pág. 05, 2009).

A meta era firmar uma gestão completa do SUS nos estados e municípios, com a implantação de uma diretriz única sobre as ações e serviços de cada esfera governamental, para que fosse organizada uma rede regionalizada e hierarquizada que garantisse o acesso universal e igual a todos à assistência integral à saúde. Os recursos financeiros alocados ao Ministério da Saúde/Fundo Nacional de Saúde seriam repassados aos fundos de saúde estaduais e municipais, de forma regular e automática e de acordo com a competência de cada esfera na gestão da assistência à saúde (LUCCHESE, 2009).



Em 1990 a 1994 foi um período de definição dos alicerces institucionais da Seguridade Social e do SUS, mas sem um acordo na constituição de uma lei reguladora da Seguridade Social, que acrescentasse a previdência, a saúde e a assistência social. Cada área compôs sua legislação, em um cenário de disputas de recursos, discutindo as incoerências do modelo de Seguridade Social de 1988 e as subversões de interesse das três áreas (DE FARIA BAPTISTA, MACHADO & DE LIMA, 2009).

No ano de 1995, a nova gestão do Ministério da Saúde identificou a necessidade de gerar, enraizar e seguir o processo de negociação em curso nas Comissões Intergestores Bipartite, para a significação de tetos financeiros municipais, pois era claro que existia a necessidade de uma discussão sobre o modelo de gestão descentralizada de estado, em relação à regionalização da assistência, a hierarquização, a estruturação de sistemas estadual e/ou intermunicipal, e da garantia dos princípios de universalização, integralidade e equidade na assistência à saúde (LUCCHESE, 2009).

Já em 1996 foram produzidos novos resultados na institucionalização e aprimoramento da gestão da saúde nos poderes federais, estaduais e municipais. A preparação da Norma Operacional Básica 01/96, divulgada em 6 de novembro de 1996, reproduziu os progressos ricos, democráticos e participativos que vinham caracterizando a formulação da política setorial nos últimos anos. Favorecendo a relação entre as demais áreas do Ministério da Saúde (LUCCHESE, 2009).

A 9ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1992 teve como umas das principais determinações a de que os Conselhos de Saúde deveriam estabelecer foros bem estruturados e autônomos de determinação, decisão e controle social no âmbito do SUS e seu entorno foi reiterada na Resolução n. 33, de 1992, homologada pelo então Ministro da Saúde Jamil Haddad. Nessa é estabelecido que o ato de criação dos Conselhos de Saúde, sua composição, estrutura e competências serão estabelecidos por lei estadual ou municipal e referendados pelo Poder Executivo, que nomeará os conselheiros (FLEURY & LOBATO, 2009).

*Já na 10ª Conferência Nacional de Saúde em 1998* não foram apresentados análises do andamento dos Conselhos de Saúde, mas uma longa lista de demandas aos temas:

- Ampliação das competências;

- Obrigação dos gestores de respeitar o caráter permanente e deliberativo dos Conselhos de Saúde e de garantir o pleno funcionamento dos colegiados;

- Reforço do controle social mediante novos mecanismos de participação e influência incisiva tanto nas contas financeiras como no funcionamento dos serviços de saúde do SUS e contratados (FLEURY & LOBATO, 2009).

As incertezas que o setor saúde vivencia, no Brasil, são muitas e podemos destacar ao analisarmos os estabelecimentos médicos, as políticas setoriais e o padrão de saúde que vem sendo seguido nas últimas décadas. A racionalização das ações, analisando as relações de custo/benefício e minimizando os dúvidas no direcionamento dos investimentos e na condução das políticas públicas voltadas ao setor, procurando a otimização dos recursos empregados. Desde a década de 1990, há uma ansiedade dos pesquisadores da área de saúde e dos chefes de governo em constatar a qualidade e a eficácia da prestação dos serviços de saúde no setor público (FONSECA & FERREIRA, 2009).

A partir de 1998, a descentralização foi atrelada a estratégias de indução da coordenação da rede e a modificação no modelo de atenção e ampliada às áreas de vigilância epidemiológica e sanitária, com intensa regulação federal, sendo intensificados esforços de resgate do papel dos estados. Com a entrada uma nova norma operacional que buscava reverter às visões anteriores de descentralização, ao atribuir um novo processo de redistribuição de recursos, um novo padrão assistencial (Programa de Saúde da Família) e tática de apoio da racionalidade sistêmica. Essas são novas propostas de modalidades de transferência de recursos, dando maior abertura aos estados e priorizando regiões e níveis de atenção pouco

presentes na pauta de discussão da primeira metade da década (VIANA & MACHADO, 2009).

A criação do SUS apoiou uma quebra com o modelo de proteção social em saúde vigente, especialmente pelo reconhecimento da saúde como direito de cidadania e dever do Estado, a ser garantido por políticas econômicas e sociais. A saúde representa um amplo campo para a análise de tais relações, em um cenário entusiasmado por políticas em diferentes horizontes. É relevante entender como as mudanças nos dois polos se relacionam entre si e se fixam no movimento mais geral de transformação do Estado (VIANA & MACHADO, 2009).

Se, por um lado, a CF88 refletiu o avanço do processo político-social no país, por outro, manteve um texto permeado de contradições, guardando características das constituições anteriores. Ao lado de inovações políticas e sociais, permaneceram proposições conservadoras na área econômica, tributária e administrativa do Estado e resquícios de conservadorismo na organização do sistema político. (DE FARIA BAPTISTA, MACHADO & DE LIMA, pág. 02, 2009).

#### **4.3. A EVOLUÇÃO NA DÉCADA DE 2000**

No Brasil, ainda que haja diversas dificuldades em virtude da pobreza e falta de acessibilidade por muitas pessoas à saúde. Que podem ser proveniente da dificuldade de acesso, desconhecimento, analfabetismo, economia instável, distribuição de renda. O investimento em vacinas e campanhas ao longo dos anos e o auxílio da tecnologia propiciaram uma melhora na qualidade de vida das pessoas (CARBONI & REPPETTO, 2009).

Hoje a saúde é um campo intensivo em conhecimento e inovação, mas sofre com a alta competitividade internacional, que é uma das grandes questões que afetam o desenvolvimento em longo prazo desse setor. E vem apresentando um grande desenvolvimento tecnológico que impacta diretamente na estrutura

econômica e produtiva do Brasil, que tem como base um potencial de trabalho com um novo modelo de desenvolvimento nacional que colige o econômico com o social. Com perspectivas positivas derivadas das mudanças sociais, econômicas, demográficas e os inícios de um sistema universal torna o setor saúde uma fonte promissora da expansão ao longo prazo do País (GADELHA, 2011).

As mudanças significativas da pirâmide populacional começam a acarretar uma série de previsíveis consequências sociais, culturais e epidemiológicas, às quais o Brasil ainda não está preparado para enfrentar. A infraestrutura necessária para responder às demandas deste grupo etário, em termos de instalações, programas específicos e mesmo de profissionais de saúde adequados quantitativa e qualitativamente, ainda é precária (CARBONI & REPPETTO, pág. 04, 2009).

As ações do Judiciário e do Ministério Público têm declarado incoerências e equívocos no âmbito legal e normativo do SUS, bem como dificuldades não contadas pela política de saúde, interrogando a atuação do Executivo e criando novas demandas por legislação, o que recoloca a questão do direito à saúde na pauta de discussão. Durante os anos 1990 e 2000, desenvolveu progressivamente o número de mandatos judiciais com reivindicações relativas ao direito à saúde (DE FARIA BAPTISTA, MACHADO & DE LIMA, 2009).

Uma importante estratégia para o governo em relação aos gastos na saúde é obter a redução de preços dos medicamentos de alto custo para o Sistema Único de Saúde (SUS), negociando diretamente com empresas, principalmente em medicamentos oncológicos, vacinas e antirretrovirais. Essas negociações podem trazer uma economia anual de até R\$ 800 milhões, que favorecem a ampliação do acesso em todas as áreas, viabilizando a universalização em diversos casos graves e onerosos. A possibilidade da efetivação desses acordos viabiliza o preço devido o aumento de escala, dando garantias de acesso. Mas o Governo terá diversos desafios por esse caminho, pois precisa manter os acordos de preço, escala e quantidade para a produção e a inovação no País, que é o que precisa ocorrer na área de vacinas e biofármacos (GADELHA, 2011).

No campo da assistência hospitalar, em setembro de 2003, o governo federal propôs a reestruturação da atenção de urgência e emergência, tendo por carro-chefe o Serviço Móvel de Atendimentos às Urgências e Emergências (SAMU), um serviço de atendimento pré-hospitalar. De acordo com o Ministério da Saúde, o SAMU está implantado em 1.136 municípios, cobrindo cerca de 100 milhões de pessoas, e tem conseguido reduzir o número de óbitos, o tempo de internação e as sequelas decorrentes da falta de atendimento oportuno (MENICUCCI, pág. 04, 2009).

Um dos momentos de consolidação da política de saúde e distinguida a partir de 2003, no início do governo Lula e também o projeto político de mudança da ação do Estado, com ênfase em políticas de longo prazo e na diminuição das desigualdades. Neste período pode ser visto, à conservação do preocupado com a estabilidade econômica e à definição da viabilidade para a construção de uma estratégia para o desenvolvimento, principalmente a partir do segundo mandato, com a apresentação do Plano de Aceleração do Crescimento (PAC). No caráter social, manteve-se à orientação para políticas aos grupos marginalizados e afligidos pela situação de desigualdade social (DE FARIA BAPTISTA, MACHADO & DE LIMA, 2009).

A partir de 2004, foi implantado pelo Ministério da Saúde o programa Farmácia Popular direcionado para a oferta de medicamentos básicos e essenciais que seriam subsidiados pelo Governo Federal para que possuíssem preços baixos, para aumentar o acesso das faixas mais pobres, em estabelecimentos como farmácias estatais ou privadas conveniadas. Esse tipo de política abre espaço para o uso dos recursos do SUS para outros programas e ações que necessariamente não estão ligados ao desenvolvimento da garantia do direito universal e integral à saúde que pode vir a concorrer com o fornecimento de medicamentos na rede pública de saúde (DE FARIA BAPTISTA, MACHADO & DE LIMA, 2009).

O Conselho Nacional em 2005 demonstrava evidentemente o exercício dos papéis do Estado. Definia-se como um empenho de fiscalização do cumprimento da política de saúde e desenvolvia uma função intensa de busca de dados sobre a atuação das instituições públicas e privadas, da área de saúde. Demonstrava força em suas atividades, com a opinião e o debate de propostas de políticas e programas

na área da saúde e a tomada de decisões sobre elas. Era o principal fórum nacional permanente de articulação de representantes comprometidos com a defesa do controle social na área de saúde e dos princípios básicos do SUS (FLEURY & LOBATO, 2009).

Apesar disso, é unânime a importância e o caráter inovador da CF88. Desde sua edição até dezembro de 2007, a carta sofreu 56 emendas e as regras institucionais têm sido constantemente aperfeiçoadas, especialmente aquelas que organizam as instituições políticas, de forma a atender as necessidades da nova ordem democrática. Por esse e outros motivos, ainda que tenha multiplicado as instâncias de negociação e tornado as decisões de governo mais complexas, a CF88 está longe de se constituir num impasse para a governabilidade do país (DE FARIA BAPTISTA, MACHADO & DE LIMA, pág. 02, 2009).

Como em anos anteriores a Saúde passou por dificuldades em relação restrição de recursos, mas principalmente pela descontinuidade da Contribuição Provisória Sobre Movimentação Financeira (CPMF), que a maior parte dos recursos era destinada para saúde, a discussão atual é sobre, a fixação de percentuais mínimos a serem investidos anualmente em saúde pela União, por estados e municípios, e que infelizmente é teórico e não prático, pois, ainda se trata de uma regra provisória onde não há uma lei complementar que a regule (FONSECA & FERREIRA, 2009).

O governo teve duas visões básicas da saúde, quando lançou o *PAC - Saúde*, em fevereiro de 2008. A primeira visão é a já tão discutida situação da saúde enquanto direito social básico, e que precisa da organização e do funcionamento do sistema de saúde, que contemple a inclusão social, o combate à pobreza, a participação e organização da sociedade. E pela segunda, trata-se de pensar em saúde como parte essencial de desenvolvimento do país e como um novo padrão de desenvolvimento do bem-estar social (MENICUCCI, 2009).

Com a criação das agências reguladoras, teve uma redução do papel do Estado em relação ao provimento de serviços públicos e ao processo de regulação que incita a competição e inovação, mas como a área da saúde ainda não

conseguiu de estruturar em 100% existe uma crise que vem da própria estrutura e que leva a gestão a ter que escolher dois caminhos para a saúde, umas delas é a privatização dos serviços, que irá acarretar na exclusão de muitas pessoas no Brasil, e a outra é manter o descrito na Constituição Federal de 1988, em que o Estado deve garantir o acesso de todos e por todos a serviços de qualidade na saúde (FONSECA & FERREIRA, 2009).

Pode-se dizer que o processo de descentralização impôs a municipalização de forma radical, onde os municípios passam a assumir as funções de coordenação e gestão da política de saúde local, devendo cumprir as metas dos programas nacionais, utilizando os recursos destinados pelo Governo Federal. A Emenda Constitucional Nº 29 obrigou a União a investir em saúde, em 2000, 5% a mais do que havia investido no ano anterior determinou que nos anos seguintes esse valor fosse corrigido pela variação nominal do PIB. Os estados ficaram obrigados a aplicar 12% da arrecadação de impostos, e os municípios, 15%. (FONSECA & FERREIRA, pág. 05, 2009).

Em um exemplo do crescimento do mercado de saúde no Brasil é o de genéricos que entre 2002 e 2008, foi de 300%. Em 2010, a parcela de mercado desse seguimento é de 20,5% e em reais de 16,5%. No Brasil existe aproximadamente 3.080 registros de medicamentos e mais de 370 registros de princípios ativos. Em relação a parcerias público-privadas que vinculam o desenvolvimento tecnológico com o ingresso ao mercado público para o SUS, existem 20 projetos em andamento, 9 laboratórios públicos, 17 parceiros privados, sendo 7 deles estrangeiros e 10 nacionais e 25 produtos estratégicos. Ao final dos projetos a perspectiva das compras do SUS é que cheguem ao montante de R\$ 1,2 bilhões/ano e economia de divisas ao patamar de U\$ 500 milhões/ano (GADELHA, 2011).

Outros desses desafios são a consolidação e fortalecimento do Complexo Produtivo da Saúde e do SUS como um dos pontos principais no estruturante da ANDP (Agenda Nacional de Desenvolvimento do País), a intensificação do teor nacional da produção e na inovação como ferramenta de diminuição da fragilidade do setor saúde, a própria articulação do uso do poder de compra do Estado para alcançar as principais metas com qualidade, à exploração dos limites permitidos pelo

marco regulatório vigente, em específico, as alterações permitidas pela Lei 1249 de 15/12/10, a isonomia regulatória entre a produção nacional e a importada, o uso estratégico da regulação para o ingresso, a inovação e a produção local e a ampliação e modernização das parcerias para o desenvolvimento produtivo (GADELHA, 2011).

Entre 2007 a 2009, a participação da saúde no valor adicionado da economia foi, em média, de 6,1%, nesse mesmo período, aproximadamente, 4,5% dos postos de trabalho e de 7,8% das remunerações do trabalho no país pertenciam em atividades de saúde. Já os gastos correntes com saúde, que equivalentes às despesas com consumo final de bens e serviços de saúde pelos brasileiros, atingiram R\$ 283,6 bilhões em 2009, um crescimento de 10,1% em relação a 2007, nesse dados estão sendo desconsideradas variações de preços. Nesses anos, a participação no PIB (Produto Interno Bruto) teve um crescimento de 4,9%. Os gastos de consumo final de bens e serviços de saúde oscilaram no período, variando de 7,4% a 8,8% do PIB. Mas o crescimento das despesas com saúde pode não estar relacionado diretamente com o próprio aumento da demanda por tais serviços e produtos, mas pela queda do PIB, em especial em 2009. O consumo de serviços de saúde mobilizou, em média, 5,5% do PIB e as despesas com medicamentos 1,9% do PIB. Os medicamentos foram responsáveis por cerca de 22,0% do total de gastos com saúde, por outro lado os serviços de saúde foram responsáveis por 64,8%. As despesas públicas per capita com consumo de bens e serviços de saúde passaram de R\$ 502,36 reais, em 2007, para R\$ 645,27, em 2009, uma variação de 28,4%, já as despesas per capita privadas subiram de R\$ 698,98, em 2007, para R\$ 835,65, em 2009, demonstrando um aumento de 19,6% (IBGE, 2012).

Comparando 2007 a 2008, a renda gerada pelas atividades econômicas relacionadas à saúde cresceram 5,9%, mas em 2008 a 2009, o crescimento foi de 2,7%. O valor adicionado pelo total da economia do País teve variações de 4,8% e - 0,3%, nesses anos. A obtenção dos dados é através das contas-satélites usam a metodologia do SCN (Sistema de Contas Nacionais) para medir o crescimento da renda, da produção, do consumo, do investimento e de importações e exportações de um determinado setor da economia, nessa metodologia auxilia a impedir



problemas como a dupla contagem e a diferenciar a variação nominal, que incluem variações de volume e de preços, das variações reais, que envolvem apenas quantidade (IBGE, 2012).

As variações de um ano para o outro, inclui aumentos de volume e de preços na produção, que podem apresentar problemas de dupla contagem no valor bruto da produção. Por exemplo, um mesmo medicamento pode ser contado tanto na entrada da fábrica, como também um componente do valor bruto da produção de serviços de saúde, ou seja, quando são utilizados para alguns procedimentos realizados em hospitais e ambulatórios. O Sistema de Contas Nacionais busca evitar esse tipo de ocorrência, prevendo que se avalie o consumo intermediário de cada atividade econômica, onde será é igual ao total de insumos que uma atividade produtiva consumiu no processo de elaboração de seus produtos (IBGE, 2012).

De modo geral os bens e serviços produzidos pelo setor de saúde no País são destinados ao consumidor final. Esses bens e serviços de consumo final englobam todos os tipos de atividade relacionada à saúde (até mesmo derivados de importação), exceto produtos exportados, insumos que são utilizados para atividades produtivas e produtos estocados por empresas e revendedores. O consumo final pode ser analisado a partir de três aspectos, sendo o primeiro a de quem realmente consome o bem ou serviço, a segunda do setor institucional responsável por efetuar as despesas referentes àquele consumo e a perspectiva do setor institucional onde se originam os recursos que financiam as despesas (que em alguns casos pode ser provenientes de outro setor, sendo a figura do financiador) (IBGE, 2012).

Em 2009, as principais despesas das famílias com saúde, em relação ao PIB, foram com serviços não hospitalares privados com 1,8% e medicamentos com 1,7%. A saúde pública que engloba toda a oferta de bens e serviços produzidos em unidades do governo possui uma variação de 2,9% a 3,2% do PIB. A administração pública teve também despesas com Serviços de atendimento hospitalar e Outros serviços relacionados com atenção à saúde, que são serviços produzidos em

estabelecimentos privados que o governo adquire para oferecer gratuitamente às famílias (IBGE, 2012).

Além do consumo final no País, a produção do setor de saúde podem ter outros usos, como a exportação. Parte dos bens e serviços produzidos pela saúde é usada como consumo intermediário na produção de outros bens e serviços e outra parte compreendem máquinas e equipamentos médicos usados na prestação de serviços e realização de exames, que representa bens que determinam a capacidade produtiva do setor. Finaliza a prestação dos serviços por essas máquinas a um consumidor, elas continuam existindo e podem ser usados novamente para prestar mais serviços, pois não é para consumo final e sim um bem permanente. A produção deste tipo de bem é classificada como investimento ou, na nomenclatura de Contas Nacionais, formação bruta de capital fixo (IBGE, 2012).

Esse investimento refere-se à parte da produção e importação de máquinas e equipamentos de uso médico, hospitalar e odontológico que é usada para aumentar a produtividade do setor. Em 2008, a variação em volume foi de 5,8%, já em 2009, acompanhando a contração no setor de máquinas e equipamentos, houve queda de 8,0%. Fracionando-se as importações pelo total ofertado na economia nacional, ou seja, por cada produto, resulta-se na participação das importações na oferta total, que nessa participação é destacado a atuação dos produtos farmoquímicos (insumos usados na produção de medicamentos). Em 2008, 87,1% da oferta de farmoquímicos no Brasil era de produtos importados, passando para 82,4% em 2009 (IBGE, 2012).

Considerando todo tipo de produto de saúde, a participação dos importados na oferta total subiu, passando de 4,5%, em 2007, para 4,8%, em 2008, mas caindo para 4,6%, em 2009. Levando em consideração apenas os bens de farmoquímicos e gases medicinais, a oferta dos importados passou de 13,8%, em 2007, para 14,2%, em 2009. De 2007 a 2009, as importações de bens e serviços de saúde responderam, em média, por 3,7% do total de importações do País. Já as exportações do setor foram, em média, responsáveis por 0,7% do total. Em 2008, as importações cresceram, em um ritmo maior que o das exportações, mas em 2009, o

crescimento das exportações foi maior (14,7%), puxado, principalmente, pelas exportações de medicamentos. A exportação de serviços de saúde refere-se ao consumo de serviços de saúde por cidadãos residentes de outros países em território brasileiro. Isso também pode ser considerado como 'turismo médico', um fenômeno recente para o qual as informações também são escassas, em geral estrangeiros procuram preços mais atrativos para procedimentos no Brasil, e procuram locais de referência, para não perder a qualidade do produto ou serviço que se deseja (IBGE, 2012).

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como comentando no texto a saúde para o Estado em tempos do reinado de Portugal e um pouco depois de sua independência possuía apenas o objetivo de evitar a morte. No século XIX que a situação foi tendo uma importância um pouco maior, mas apenas no séc. XX que realmente aconteceram mudanças políticas significativas na saúde que procuraram enfrentar o quadro sanitário do país e efetivamente na Constituição Federal de 1988 que a saúde foi fundada como um bem público que deveria ser igualitária a todos os brasileiros.

Hoje a saúde é um campo intensivo em conhecimento e inovação, mas possui ainda entraves que afetam o desenvolvimento em longo prazo. Mesmo assim o setor saúde demonstra um grande crescimento tecnológico que impacta diretamente na estrutura econômica e produtiva do Brasil, que em relação a maquinários onde a indústria brasileira ainda pena muito e por consequência faz a balança comercial tender para o negativo devido à sua intensa importação. Contudo, nosso país possui um horizonte muito positivo das mudanças sociais, econômicas, demográficas e os inícios de um sistema universal torna o setor saúde uma fonte promissora.

Com o estudo foi fácil demonstrar a evolução da saúde no Brasil, foram utilizados dados históricos e também dados enfatizados do período de estudo, onde apresentou variáveis influenciadoras na oferta desse serviço público a população brasileira, que apesar de ser um bem a ser oferecido obrigatoriamente pelo Estado, tem grande atratividade para investimento por parte de corporações privadas, que demonstraram claro crescimento com base na evolução da própria medicina com novas técnicas, maquinários, mas o verdadeiro incentivador a inovação desse setor e o aparecimento de novas doenças e epidemias, que contribuíram generosamente para o lucro de empresa de Plano de Saúde, Hospitais Privados, a indústria farmacêutica e terceiros que estão envolvidos sejam para oferecer cuidados médicos ou na realização exames rotineiros ou de alta complexidade.

Esse tema possuía uma vasta área de pesquisa, podendo ser aplicada especificamente em períodos de longo ou curto prazo, pois trariam informações e

números que muitas pessoas desconhecem, pois a maioria trata o setor como apenas uma área de atendimento de cuidados preventivos e intensivos, mas como a educação, poderia e deveria se tornar um dos setores mais importantes a serem estudados e debatidos pelo governo e pela sociedade.

Pode ser aprofundado tal estudo, procurando demonstrar mais especificamente como aconteceu a descentralização da gestão na saúde, como foram repassadas às diretrizes aos estados e municípios, apresentando era feito e como é feito a gestão das unidades de saúde que são localizadas nos bairros, hospitais públicos e em hospitais privados, que em alguns casos possuem vagas para o atendimento ao SUS. E também como são selecionados os gestores dessas unidades, privados ou dos cargos políticos, que podem influenciar diretamente no andamento das rotinas diárias e em planejamentos futuros, devido à falta de tempo hábil ou até mesmo a falta de conhecimento.

Outra pesquisa pode ser baseada em estáticas, que o governo utiliza para montar sua estratégia para o período de vigência e até mesmo dois ou três anos adiante, onde procuram estabelecer e prever comportamentos tanto das unidades como também da sociedade, que necessita dos atendimentos oferecidos, e isso influencia diretamente nos recursos que devem ser arrecadados e o montante que cada região deverá receber para oferecer um bom atendimento.

## REFERÊNCIAS

ABRAMCZUK, C.; DILLY, M.; ENGELBERT, R.; GRAEML, A. R. **Metodologia científica: análise e reflexão sobre a eficácia dos resumos de artigos acadêmicos**. Perspectivas em Gestão & Conhecimento, v. 2, n. 1, p. 170-181, 2012. Disponível em: <<http://www.spell.org.br/documentos/ver/7485/metodologia-cientifica-analise-e-reflexao-sobre-a-eficacia-dos-resumos-de-artigos-academicos-/i/pt-br>>. Acesso em: 07.05.2013.

AMADEO, D., CAMILO, D., LIMA, R.. **Introdução ao conhecimento científico e métodos científicos**. A Pesquisa Vista e Revista, 1, jun. 2012. Disponível em: <<http://oficinas.incubadora.ufsc.br/index.php/daniela/article/view/837/835>>. Acesso em: 07.05.2013.

BARRETTO, R.. **Manual de métodos e técnicas de pesquisa científica**. NUANCES: Estudos sobre Educação, Ano XVIII, v. 23, n. 24, p. 232-236, set./dez. 2012, América do Norte. Disponível em: <<http://revista.fct.unesp.br/index.php/Nuances/article/view/1900/Raquel>>. Acesso em: 07.05.2013.

BENEDICTO, S. C.; BENEDICTO, G. C.; STIEG, C. M.; ANDRADE, G. H. N. **Metodologia Qualitativa e Quantitativa nos Estudos em Administração e Organizações: lições da história da Ciência**. Revista de Ciências da Administração, v. 13, n. 30, p. 39-60, 2011. Disponível em: <<http://www.spell.org.br/documentos/ver/4823/metodologia-qualitativa-e-quantitativa-nos-estudos-em-administracao-e-organizacaoes--lico-es-da-historia-da-ciencia/i/pt-br>>. Acesso em: 07.05.2013.

BEARD, J. W.; VAN FLEET, D. D. **Lessons for Management and Organizational Research From A History of Science**. Journal of Applied Management and Entrepreneurship. Fort Lauderdale Davie, v. 8, n. 4, p. 24-35, oct. 2003. Apud BENEDICTO, BENEDICTO, STIEG, & ANDRADE, 2011).

BRITTOS, Valério Cruz. **Oligopólios midiáticos: a televisão contemporânea e as barreiras à entrada**, in Cadernos IHU Idéias, no 9, 2003, p. 1-15. Disponível em: <<http://projeto.unisinos.br/ihu/uploads/publicacoes/edicoes/1163188170.8pdf.pdf>> Acesso em: 20.02.2013.

CARBONI, Rosadélia Malheiros; REPPETTO, Maria Ângela. Uma reflexão sobre a assistência à saúde do idoso no Brasil. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 1, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a20.htm>>. Acesso em: 13.05.2013.

CAMPOS, Marco Antonio Lopes; FERREIRA, Cristiani Terezia Martins. **Evolução histórica das políticas públicas de saúde no Brasil**. Minas Gerais, 2012. Disponível em: <<http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=6&ved=0CFsQFjAF&url=http%3A%2F%2Fwww>>

amog.org.br%2Famogarquivos%2FTCCPOS%2Fartigo-Cristiani.doc&ei=N2E6UazCNYGK9QS3kYGwDw&usg=AFQjCNGHGZ5H4nzVqhDM4jNOoad5qKXqkQ&sig2=JJzd4JLeg\_3OxGP2sgcpyQ>. Acesso em: 19.03.2013.

CASTRO, José Flávio. **A relação entre patentes farmacêuticas e programas públicos de saúde** – UNESP - Cadernos de Campo, 2011, São Paulo. Disponível em: <<http://seer.fclar.unesp.br/cadernos/article/download/5169/4234>>. Acesso em: 19.03.2013

CÔRTEZ, Soraya Vargas. **Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde**. The Unified National Health System: decision-making forums and the political arena in health. *Cad. Saúde Pública*, v. 25, n. 7, p. 1626-1633, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/csp/v25n7/22.pdf> >. Acesso em: 13.05.2013.

DE FARIA BAPTISTA, Tatiana Wargas; MACHADO, Cristiani Vieira; DE LIMA, Luciana Dias. **Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes**. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 3, p. 829-839, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/18.pdf>>. Acesso em: 13.05.2013.

FAGUNDES, Jorge; PONDÉ, João Luiz. **Barreiras à entrada e defesa da concorrência**: notas introdutórias. Rio de Janeiro: Universidade Cândido Mendes, 1998 (Texto para Discussão nº 01). Disponível em: < [http://ww2.ie.ufrj.br/grc/pdfs/barreiras\\_a\\_entrada\\_e\\_defesa\\_da\\_concorrenca.pdf](http://ww2.ie.ufrj.br/grc/pdfs/barreiras_a_entrada_e_defesa_da_concorrenca.pdf).> Acesso em: 20.02.2013.

FADEL, C. B., SCHNEIDER, L., MOIMAZ, S. A. S., & SALIBA, N. A.. **Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil**. *Rev Adm Pública*, 43(2), 445-456 (2009). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v43n2/v43n2a08.pdf>> Acesso em: 13.05.2013.

FLEURY, Sonia; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. **Participação, Democracia e Saúde** – Rio de Janeiro: Cebes, 2009. Disponível em: <[http://www.cebes.org.br/media/file/livro\\_particioacao.pdf#page=101](http://www.cebes.org.br/media/file/livro_particioacao.pdf#page=101)> Acesso em: 13.05.2013

FONSECA, Poty Colaço, FERREIRA, Marco Aurélio Marques. **Investigação dos níveis de eficiência na utilização de recursos no setor de saúde: uma análise das microrregiões de Minas Gerais**. *Saúde soc.* [online]. 2009, vol.18, n.2, pp. 199-213. ISSN 0104-1290. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000200004>> Acesso em: 13.05.2013.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois. **A Perspectiva do Complexo Industrial da Saúde: O desenvolvimento industrial e científico do setor e rumos para a assistência farmacêutica**; Seminário Valor Econômico Perspectivas do Setor Saúde no Brasil; Carlos Gadelha - Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Ministério da Saúde; São Paulo 16 de Março de 2011. Disponível em:<

[http://publicidade-valordigital.valor.com.br/sites/default/files/apresentacaocarlos\\_gadelha\\_0.pdf](http://publicidade-valordigital.valor.com.br/sites/default/files/apresentacaocarlos_gadelha_0.pdf) >. Acesso em: 14.03.2013.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois. **O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde**. Ciênc. saúde coletiva vol.8 no.2 Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232003000200015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em 19.02.2013.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois; COSTA, Laís Silveira; MALDONADO, José. **O Complexo Econômico-Industrial da Saúde e a dimensão social e econômica do desenvolvimento**. Rev. Saúde Pública [online]. ahead of print, pp. 0-0. Epub Dec 18, 2012. ISSN 0034-8910. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/2012nahead/ao4188.pdf>. Acesso em: 19.03.2013

GONÇALVES, Márcio Augusto; SANTOS, Lucas Maia dos; DIAS, Alexandre Teixeira; FERREIRA, Marco Aurélio Marques. **Uma análise da mudança de produtividade da alocação de recursos públicos na atenção básica da saúde em municípios da região sudeste brasileira**. Revista de Ciências da Administração, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. v. 14, n. 34, dezembro 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5007/2175-8077.2012v14n34p60>. Acesso em : 19.02.2013.

GUIMARAES, Tânia Maria Rocha; ALVES, João Guilherme Bezerra; TAVARES, Márcia Maia Ferreira. Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, abr. 2009 . Disponível em <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000400018&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000400018&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13.05.2013.

IBGE. **Conta-satélite de saúde 2007-2009**. Contas Nacionais, nº 37. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/conta\\_satelite\\_saude\\_2007\\_2009.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/conta_satelite_saude_2007_2009.pdf)> . Acesso em 19.02.2013.

KUPFER, David & HASENCLEVER, Lia. **Economia Industrial: fundamentos teóricos e práticos no Brasil**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2002 – 13ª Reimpressão.

KUPFER, David. **Padrões de concorrência e competitividade**. Texto para Discussão 265, IEI/UFRJ, publicado nos Anais do XX Encontro Nacional da ANPEC, Campos de Jordão, SP, 1991. <[http://ww2.ie.ufrj.br/gic/pdfs/1992-2\\_Kupfer.pdf](http://ww2.ie.ufrj.br/gic/pdfs/1992-2_Kupfer.pdf)>. Acesso: 20.02.2013.

LUCHESE, Patricia TR. **Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde— retrospectiva 1990/1995**. Planejamento e políticas públicas, n. 14, 2009. Disponível em <<https://desafios2.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/130>> Acesso em 13.05.2013



MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, jul. 2009 . Disponível em <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000700021&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700021&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13.05.2013.

PEREIRA, Mauricio Gomes. A seção de método de um artigo científico. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, marzo 2013 . Disponível em <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742013000100020&lng=es&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100020&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 07.05.2013.

PEREIRA, Mauricio Gomes. Estrutura do artigo científico. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 2, jun. 2012 . Disponível em <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742012000200018&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000200018&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 07.05.2013.

SANTOS, Fausto Pereira; MERHY, Emerson Elias. **A regulação pública da saúde no Estado Brasileiro.** v.10, n.19, p.25-41, Santos, jan/jun 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n19/a03v1019.pdf>>. Acesso em 19.02.2013.

SCHILLING, C. H.; DIEHL, C. A.; MACAGNAM, C. B. Análise das Metodologias de Pesquisa Adotadas nos Estudos sobre o Mercado de Capitais no Brasil: 1999 a 2008. **Pensar Contábil**, v. 13, n. 51, art. 1, p. 5-16, 2011. Disponível em: <<http://www.spell.org.br/documentos/ver/140/analise-das-metodologias-de-pesquisa-adotadas-nos-estudos-sobre-o-mercado-de-capitais-no-brasil--1999-a-2008/i/pt-br>>. Acesso em: 07.05.2013.

VARIAN, Hal R. **Microeconomia: princípios básicos.** 2.Ed. Rio de Janeiro; Campus, 1994.

VIANA, ALd'A.; MACHADO, Cristiani Vieira. **Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde.** Cien Saude Colet, v. 14, n. 3, p. 807-817, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/16.pdf>>. Acesso em:13.05.2013.