

ECONOMIA E FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

Paulo Gadelha
José Carvalho de Noronha
Leonardo Castro
Telma Ruth Pereira
ORGANIZADORES

ESTRATÉGIA
FIOCRUZ
PARA AGENDA 2030

**SAÚDE
AMANHÃ** 

Prospecção Estratégica do
Sistema de Saúde Brasileiro

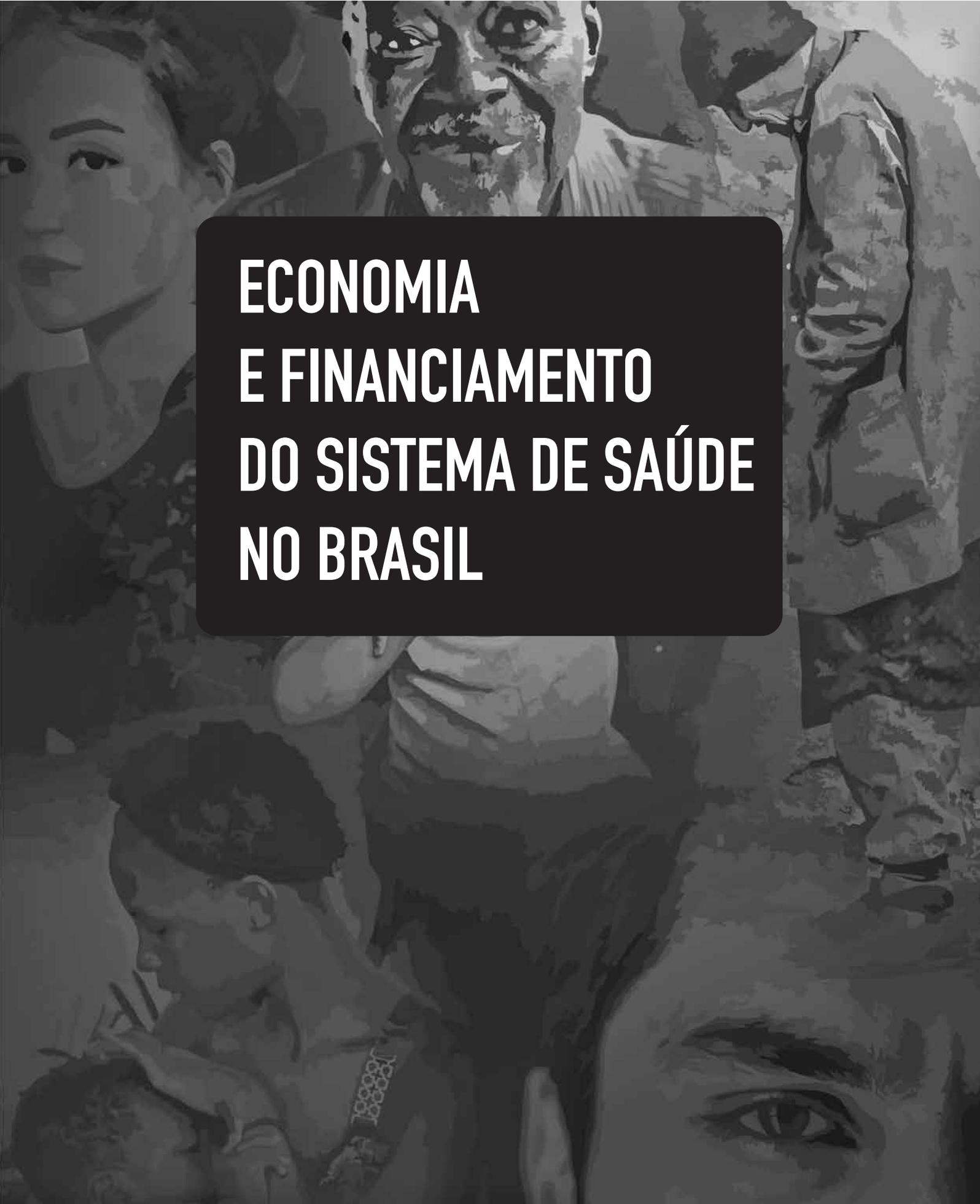


EDIÇÕES LIVRES

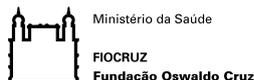


Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



**ECONOMIA
E FINANCIAMENTO
DO SISTEMA DE SAÚDE
NO BRASIL**



Fundação Oswaldo Cruz

Ministro da Saúde
Marcelo Queiroga

Presidente
Nísia Trindade Lima

Vice-presidente de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde
Marco Antonio Carneiro Menezes

Vice-presidente de Ensino, Informação e Comunicação
Cristiani Vieira Machado

Vice-presidente de Gestão e Desenvolvimento Institucional
Mario Santos Moreira

Vice-presidente de Pesquisa e Coleções Biológicas
Rodrigo Correa de Oliveira

Vice-presidente de Produção e Inovação em Saúde
Marco Aurelio Krieger



Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Diretor
Rodrigo Murtinho

Vice-diretor de Pesquisa, Ensino e Desenvolvimento Tecnológico
Christovam Barcellos

Vice-diretor de Informação e Comunicação
Tânia Cristina Pereira dos Santos

Vice-diretor de Desenvolvimento Institucional
Jacques Sochaczewski



Estratégia Fiocruz para Agenda 2030

Coordenador
Paulo Gadelha



Iniciativa Brasil Saúde Amanhã

Coordenador-Adjunto
José Carvalho de Noronha

Coordenador-executivo
Leonardo Castro

ECONOMIA E FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

Paulo Gadelha
José Carvalho de Noronha
Leonardo Castro
Telma Ruth Pereira
ORGANIZADORES

ESTRATÉGIA
FIOCRUZ
PARA AGENDA 2030

SAÚDE
AMANHÃ 

Prospecção Estratégica do
Sistema de Saúde Brasileiro


EDIÇÕES LIVRES



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

1ª Edição: Edições Livres, 2021

coordenação geral
Rodrigo Murtinho

coordenação editorial
Mauro Campello

capa e projeto gráfico
Mauro Campello

revisão
Ingrid Basto Szklo
Jorge Moutinho

fotos da capa
Amir Mohammad | Unsplash
Fred Kearney | Unsplash
Mika Tapani | Unsplash
Roberto Delgado | Unsplash
Salvador Scofano | Acervo Comer pra quê? | Fiocruz Imagens

Este livro foi publicado de acordo com a Política de Acesso Aberto ao Conhecimento da Fiocruz. Os textos constantes nessa publicação podem ser copiados e compartilhados desde que: não sejam utilizados para fins comerciais; e, que seja citada a fonte e atribuídos os devidos créditos. Distribuição gratuita.



Ficha catalográfica elaborada pela
Biblioteca de Manguinhos / ICICT / FIOCRUZ - RJ

E19 Economia e financiamento do sistema de saúde no Brasil [recurso eletrônico] / Paulo Gadelha, José Carvalho de Noronha, Leonardo Castro, Telma Ruth Pereira, organizadores. – Rio de Janeiro : Edições Livres, 2021.
286 p. : il.
Inclui bibliografia.
Modo de acesso: World Wide Web.
ISBN: 978-65-87663-07-4
Este livro, organizado pela Iniciativa Saúde Amanhã, no contexto da Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030, busca contribuir para o processo de planejamento, definição de prioridades e estratégias políticas do sistema de saúde brasileiro, a partir da Fiocruz, centrado no documento das Nações Unidas, Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (2015).
1. Financiamento dos sistemas de saúde. 2. Economia e organizações de saúde. 3. Brasil. I. Gadelha, Paulo. II. Noronha, José Carvalho de. III. Castro, Leonardo. IV. Pereira, Telma Ruth. V. Fundação Oswaldo Cruz.
CDD 362.10681

Prospecção Estratégica do Sistema de Saúde Brasileiro

Este livro, “Economia e Financiamento do Sistema de Saúde no Brasil”, organizado pela Iniciativa Saúde Amanhã, no contexto da Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030, representa mais um esforço no sentido de contribuir para o processo de planejamento, definição de prioridades e estratégias políticas do sistema de saúde brasileiro, a partir da Fiocruz, tendo como centralidade o documento das Nações Unidas, a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (2015).

A Iniciativa “Brasil Saúde Amanhã”, rede multidisciplinar de pesquisa que investiga e propõe caminhos para o setor Saúde, desde 2010, em articulação com a Estratégia Fiocruz para Agenda 2030, contribui para a atuação nacional e institucional em direção aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Dessa forma, a prospecção de cenários futuros para a saúde pública brasileira integra os esforços da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) para consolidar e qualificar o Sistema Único de Saúde (SUS) e garantir melhores condições de vida e saúde para a população brasileira.

O tema do financiamento das ações e serviços de saúde tem sido objeto de reflexão permanente, seja analisando a estrutura e a evolução do financiamento e do gasto setorial, o financiamento público e privado na prestação dos serviços, e suas repercussões sobre a oferta de serviços, seja mediante a articulação do debate orçamentário, baseado em análises detalhadas dos mecanismos de financiamento

setorial, com outros aspectos da realidade, sempre com o olhar prospectivo e tendo por referência um “horizonte móvel” de 20 anos.

Nesse sentido, este livro é fruto dos Seminários “Perspectivas do Financiamento da Saúde e Relações Público-Privado no Brasil” e “O Brasil depois da pandemia – perspectivas da economia global e o sistema produtivo brasileiro”, realizados em março de 2021, na Fundação Oswaldo Cruz.

Paulo Gadelha

Coordenação da Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

José Carvalho de Noronha

Coordenação Adjunta da Iniciativa Saúde Amanhã

AUTORES

Artur Monte-Cardoso

Graduação em Ciências Econômicas, doutorado em Ciências Econômicas e professor do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (UFRJ).

Carlos Aguiar de Medeiros

Graduação em Economia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1974), doutorado em Ciência Econômica pela Universidade Estadual de Campinas (1992) e pós-doutorado na Universidade de Cambridge (2007). Professor titular do Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Fernando Gaiger Silveira

Engenheiro Agrônomo Esalq/USP e Doutor em Economia Unicamp. Pesquisador do Ipea e Prof. colaborador do PPGE/UFF, Engenharia de Produção.

Jose Antônio de Freitas Sestelo

Graduação em Odontologia, doutorado em Saúde Coletiva e pesquisador de pós-doutorado do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (UFRJ).

Ligia Bahia

Graduação em Medicina, doutorado em Saúde Pública e professora do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da UFRJ.

Lucas Salvador Andrietta

Graduação em Ciências Econômicas, doutorado em Desenvolvimento Econômico, pós-doutorado em Saúde Coletiva e professor na Faculdade de Medicina (USP).

Lucas Teixeira

Graduação em Ciências Econômicas pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e doutorado no Programa de Pós-Graduação em Economia do Instituto de Economia da mesma instituição. Professor do Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e pesquisador do Centro de Estudos de Conjuntura e Política Econômica (CECON).

Luciana Mendes Santos Servo

Doutora em Economia pelo Cedeplar/UFMG. Técnica de Planejamento e Pesquisa do Ipea.

Marco Antonio Rocha

Graduação em Ciências Econômicas pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2006), doutor em Teoria Econômica pela Universidade Estadual de Campinas. Professor do Instituto de Economia e pesquisador do Núcleo de Economia Industrial e da Tecnologia (NEIT) da Universidade Estadual de Campinas.

Maria Angelica Borges dos Santos

Doutora em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz. Docente do Programa de Saúde Pública da ENSP/Fiocruz.

Maria Luiza Campos Gaiger

Graduanda em Engenharia de Produção na UNB.

Mario César Scheffer

Graduação em Comunicação, doutorado em Saúde Pública e professor da Faculdade de Medicina (USP).

Pedro Rossi

Graduação em Economia pela UFRJ e doutorado em Economia pela UNICAMP. Atualmente é Professor Doutor do Instituto de Economia da Unicamp e pesquisador do Centro de Estudos de Conjuntura e Política Econômica (CECON).

ÍNDICE DE TABELAS, FIGURAS E QUADROS

Capítulo 2

Quadro 1. Síntese dos cenários alternativos	108
---	-----

Capítulo 3

Figura 1. Os vetores do crescimento do gasto em saúde	120
Tabela 1. Elasticidades despesas e preço das principais rubricas de consumo - Brasil, 2002/03	125
Gráfico 1. Variação anual do PIB per capita e do gasto anual per capita em saúde pública no Brasil	126
Gráfico 2. Comportamento do INPC Geral, Saúde e Itens de Saúde - Brasil, 2001-2019	130
Tabela 2. Gastos públicos tributário e total em saúde como proporção do PIB e participação do gasto público tributário sobre o gasto público total em saúde - 2009-2010	139
Gráfico 3. Evolução da participação do setor saúde no PIB em países desenvolvidos selecionados - 1970, 1980, 1990, 2000, 2010 e 2019	146
Gráfico 4. Evolução da participação do setor saúde no PIB em países selecionados - 2000, 2004, 2008, 2012, 2015 e 2018	147
Gráfico 5. Evolução do gasto anual per capita para países latino-americanos e de renda média alta selecionados - 2000, 2004, 2008, 2012, 2015 e 2017	150
Gráfico 6. Evolução da participação da saúde no PIB e da saúde pública no gasto total em saúde - Brasil, 2000 a 2017.	151
Gráfico 7. População afiliada a planos de saúde (2003, 2008, 2013 e 2019) e participação das despesas de saúde no orçamento das famílias (2003, 2009 e 2017)	152
Gráfico 8. Composição dos gastos em saúde por fonte segundo o PIB per capita US\$ PPC, 2014	153
Gráfico 9. Gasto per capita em saúde (em US\$ paridade de poder de compra) - projeções para países selecionados	157
Gráfica 10. Projeções da participação dos gastos em saúde no PIB para países selecionados - 2018, 2023, 2030, 2040 e 2050	158
Figura 2. Esquemas de Financiamento do Gasto em Saúde	161
Gráfico 11. Composição do financiamento ao gasto em saúde para países selecionados - 2017	163

Gráfico 12. Evolução da composição das fontes de financiamento do gasto em saúde para países selecionados - 2000 e 2018 165

Gráfico 13. Evolução da participação dos gastos voluntários com seguros de saúde e out-of-pocket no total dos gastos em saúde em países selecionados, 2011-2013-2015-2017 167

Capítulo 4

Tabela 1. Estabelecimentos de saúde administrados por terceiros, por modalidades de contratos com as secretarias de saúde dos estados, por UF e quantidade, 2018 206

Tabela 2. Estabelecimentos de saúde administrados por terceiros, quantitativo de municípios por UF e quantitativo de estabelecimentos por modalidade de contratualização com governos municipais, 2017 207

Tabela 3. Despesas com pessoal como % gasto corrente em saúde - estados e capitais selecionados – comparação 2010- 2018 208

Quadro 1. Organizações sociais da saúde selecionadas* com contratos de gestão com a Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo (SES/SP), por data do primeiro contrato, primeira unidade contratualizada e unidades contratualizadas até nov./2020 210

Tabela 4. Valores de contratos entre a SES/SP e OSS selecionadas, 2011-2014 e 2018, 2019 211

Figura 1. Distribuição das OSS por instituição e regiões do município de São Paulo, 2020 213

Quadro 2. Natureza, elementos, exemplos e formas de contratação de pessoal de entidades que contratualizam com o SUS 218

Anexo

Quadro A.1 - Estados que instituíram leis estaduais para organizações sociais até 2018 231

Quadro A.2 - Municípios com mais de 100 mil habitantes que instituíram leis para organizações sociais até 2018 232

Capítulo 5

Tabela 1. Operações financeiras de empresas do setor saúde, Brasil, 2020 241

Tabela 2. Receitas, Concentração do Mercado e Clientes de Planos de Saúde, Brasil, 2001 a 2020 242

Tabela 3. Participação das 10 maiores operadoras por receita de contraprestações, Brasil, 2001 e 2019 244

Gráfico 1. Gastos Públicos com Saúde por Esfera Administrativa e Receitas de Empresas de Planos de Saúde, Brasil, 2005 a 2019 (despesas correntes)	245
Gráfico 2. Gastos Públicos Totais com Saúde e Receitas de Planos Privados, Brasil, 2005 a 2019	246
Gráfico 3. Variação anual (%) - PIB*, Número de Clientes de Planos de Saúde e Receitas das Empresas	247
Gráfico 4. Valor Médio da Anualidade e Sinistralidade de Planos Privados, Brasil, 2005 a 2019	248
Gráfico 5. Gastos com planos e seguros de saúde voluntários em relação ao gasto total com saúde, Países selecionados, 2000-2018 (%)	249
Gráfico 6. Gasto total per capita com saúde em países selecionados em dólares PPC, 2000 a 2018	250
Quadro 1. Normas da ANS sobre Covid-19, Brasil, março a agosto de 2020	253
Tabela 4. Leitos de Terapia Intensiva SUS e Não SUS por região, Brasil, fevereiro a dezembro de 2020	256
Tabela 5. Valores de Remuneração de Empresas de Planos e Seguros de Saúde para Internações (abril a agosto de 2020)	256

Capítulo 6

Tabela 1. Maiores Empresas de Serviços de Saúde no Brasil - Patrimônio Líquido (R\$ milhões)	265
Gráfico 1. Participação majoritária consolidada dos fundos financeiros nas 1000 maiores aquisições em serviços de saúde - 1997-2015	268
Gráfico 2. Número de operadoras de planos de saúde médico-hospitalares e número médio de beneficiários por operadora (milhares de pessoas) - 2000-2020	271
Gráfico 3. Concentração dos beneficiários por operadoras de plano de saúde médico-hospitalares - set/2020	272

SUMÁRIO

Prefácio	15
Apresentação	19
Capítulo 1	27
Mudanças e Continuidade na Economia Global nas Próximas Décadas e os Desafios para os Países em Desenvolvimento	
<i>Carlos Aguiar de Medeiros</i>	
Capítulo 2	73
O Brasil do futuro: incertezas críticas e cenários econômicos para as próximas duas décadas	
<i>Pedro Rossi</i>	
<i>Lucas Teixeira</i>	
Capítulo 3	113
O gasto em saúde e suas bases de financiamento: dinâmica e tendências para o Brasil	
<i>Fernando Gaiger Silveira</i>	
<i>Maria Luiza Campos Gaiger</i>	
Capítulo 4	193
Contratualização e remuneração de serviços de saúde no SUS: situação atual e perspectivas	
<i>Maria Angelica Borges dos Santos</i>	
<i>Luciana Mendes Santos Servo</i>	

**Capítulo 5****235**

Empresas de Planos de Saúde no Brasil: crise sanitária e estratégias de expansão

Lucas Salvador Andrietta

Artur Monte-Cardoso

Jose Antônio de Freitas Sestelo

Mario César Scheffer

Ligia Bahia

**Capítulo 6****263**

Reestruturação do setor privado de serviços de saúde: atualidade e perspectivas

Marco Antonio Rocha

PREFÁCIO

Diante de um mundo permeado por incertezas, trazer perspectivas sobre o futuro do sistema de saúde brasileiro é um grande desafio que a “Iniciativa Brasil Saúde Amanhã”, da Fundação Osvaldo Cruz, se propõe. Nesta edição, um grupo de especialistas esmiúça temas particularmente desafiadores, como o financiamento da saúde, a relação público-privada e as perspectivas da economia global e do sistema produtivo brasileiro após a pandemia da Covid-19. Tais textos contribuem para a compreensão do leitor sobre como essas esferas têm afetado o Brasil e o Sistema Único de Saúde.

Para tanto, este livro parte de uma abordagem mais ampla das questões econômicas globais e nacional, presentes marcadamente nos capítulos 1 e 2; traz uma discussão ampliada sobre a questão dos gastos com saúde, apresentando as bases e os limites do financiamento, no capítulo 3; para, finalmente, ampliar a lupa e discutir mais especificamente a sustentabilidade do SUS em diferentes vertentes, a partir do capítulo 4.

No primeiro capítulo, a questão da incerteza e o nível de previsibilidade de determinados fenômenos, como a pandemia da Covid-19, são trazidos à tona pelo autor numa alusão à “lógica do cisne negro”, livro de Nassim Taleb, lançado em 2007, que chamava a atenção para o fato de que estamos sujeitos constantemente ao imprevisível, ao contrário do que a maior parte dos economistas sustenta. Isto porque a maioria das previsões que fazemos parte do histórico de fenômenos conhecidos, quando deveríamos também nos instrumentalizar para acontecimentos que não são necessariamente passíveis de previsão. Acontecimentos inesperados, como “cisnes negros”, são fenômenos que geralmente são reconhecidos apenas quando vistos pela primeira vez, como é o caso do animal aludido. Neste capítulo, o autor questiona a

imprevisibilidade da Covid-19, tendo em vista se tratar de uma pandemia, fenômeno ocorrido em diversos momentos na história da humanidade. Deste modo, por ser um evento passível de previsibilidade, caso houvesse um esforço mundial focado em questões desta natureza, os resultados não seriam tão impactantes, como a grande crise econômica, social e sanitária gerada. Uma discussão significativa realizada no texto diz respeito às políticas econômicas adotadas pelo conjunto dos países e seus impactos em diferentes dimensões: geopolítica, ambiental, energética, sanitária, etc., apontando importantes implicações para o “fiscalismo ortodoxo” adotado nos últimos anos no Brasil, inclusive no curso da pandemia.

No capítulo 2, os autores irão aprofundar as análises relativas ao futuro do Brasil, trazendo aqui também o contexto de “incertezas críticas” e traçando “cenários econômicos para as próximas duas décadas”. A partir de um panorama das principais políticas econômicas adotadas historicamente, o texto aponta os limites das políticas focadas na redução de gastos públicos no Brasil, cujo ápice se dá com a Emenda Constitucional n.º. 95 (EC 95), que congela os gastos públicos por 20 anos e aponta suas consequências nefastas para a ampliação da desigualdade, aproveitando a oportunidade para discutir as limitações das políticas distributivas adotadas no país.

O capítulo seguinte traz uma análise do gasto em saúde, desde suas bases de financiamento, pontuando criticamente sua dinâmica e as tendências para o Brasil. Tal tema é amplamente discutido em diversas esferas na área de saúde, devido ao histórico subfinanciamento do SUS, que tem se aprofundado com a EC 95 e tornado público, com os impactos gerados pela pandemia, que ampliou fortemente as demandas por cuidados de saúde diretamente relacionados ao vírus, adiando, por seu turno, uma série de outras demandas que tendem a aumentar a pressão sobre o SUS, sistema universal e integral. O Brasil é um país que destina uma das menores fatias dos gastos públicos para a saúde, não só entre aqueles com sistemas também universais, como entre os que têm sistemas privatistas. Essa dicotomia entre a redução de gastos públicos com saúde, tanto em relação ao Produto Interno Bruto

(PIB), quanto em relação aos gastos públicos como um todo é apontada como desafiadora para a sustentabilidade do SUS, marcadamente com a ampliação massiva do segmento privado. Isso num contexto em que a incorporação de tecnologias em saúde, nem sempre baseadas nas melhores evidências (como vimos com os protocolos de tratamento para a Covid-19), está tornando o cuidado com saúde cada vez mais caro. Nesse sentido, o grande desafio é aumentar a arrecadação de tributos, com a garantia de que estes sejam de fato destinados ao sistema público, de modo a inverter o mix público-privado hoje existente no país, onde o percentual dos gastos privados supera o percentual dos gastos públicos como proporção do PIB.

No capítulo 4, as autoras irão, por sua vez, problematizar uma questão que atinge direta e indiretamente aqueles que prestam os cuidados de saúde à população, alertando, já na introdução, que “os regimes de contratualização e remuneração de serviços são operações-chave na sustentabilidade dos sistemas de saúde dos países”, visto que, dentre outros fatores, afetam o desempenho dos prestadores. Partindo desse ponto de vista, são apresentados os modelos de contratualização existentes e seu histórico, de maneira que o leitor possa compreender a importância de se fazer a distinção de objetivos entre os agentes públicos e privados nesse processo. Entretanto, isso requer que os sistemas de incentivo e os marcos regulatórios sejam muito bem delineados para o cumprimento de uma agenda comum, para que os modelos de contratualização garantam que o interesse público prevaleça – o que se apresenta como um enorme desafio.

A relação público-privada é retomada no capítulo seguinte. Neste texto, os autores apontam evidências acerca do desempenho das empresas de planos de saúde, num contexto onde tais instituições, mesmo com uma crise sanitária da magnitude da Covid-19, conseguem aumentar suas receitas e seu lucro, aprofundando um processo de concentração que já estava em curso. Finalmente, problematizam para o leitor as consequências do crescimento da participação de componentes

privados no sistema de saúde no Brasil. São trazidas evidências de que o aumento das receitas é fruto do aumento dos prêmios pagos pelos segurados. E que, por sua vez, a elevação destes não é respaldada por alterações no volume proporcional de despesas associadas à sinistralidade das operadoras com assistência médico-hospitalar. Destacam como relevante a constatação da ausência, omissão e rejeição de auxílio de empresas de planos e seguros de saúde durante a emergência sanitária, bem como de uma agência reguladora que não atua objetivamente numa regulação que garanta resguardar o consumidor.

O livro se encerra com uma discussão sobre a reestruturação do setor privado de serviços de saúde no Brasil, com foco nas atividades de administração hospitalar, seguros de saúde e medicina diagnóstica, segmentos que, a partir de 2015, foram abertos à exploração do capital internacional, inclusive com a possibilidade de empresas estrangeiras participarem como controladoras dos empreendimentos de assistência à saúde. Segmentos nos quais a atuação dos fundos financeiros está presente, na reestruturação dos diferentes negócios dos conglomerados da área, determinando o padrão de financiamento e de concorrência, pautada nas operações de fusões e aquisições, tanto no Brasil, como no mundo.

Com uma abordagem tão rica, interdisciplinar e intersetorial, este livro é um convite à imersão na discussão sobre o futuro do SUS, através das lentes de renomados especialistas.

Erika Aragão

Presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres)

APRESENTAÇÃO

Em pouco mais de três décadas desde a criação do Sistema Único de Saúde brasileiro, o financiamento das ações e serviços de saúde tem sido ponto de pauta permanente para todos que defendem a saúde como Direito e um modelo de atenção mais justo e equânime. A transição do modelo de medicina previdenciária para o sistema público universal constituiu um enorme desafio – administrativo, financeiro-orçamentário e, sobretudo, político. O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) havia sido incorporado à estrutura do Ministério da Saúde em 1990 e, até sua extinção três anos depois, as receitas previdenciárias asseguraram a continuidade da prestação de serviços de saúde à população no novo regime de atenção universal. O fim do INAMPS resultou em uma redução significativa dos repasses do Ministério da Previdência Social para a saúde. Criou-se uma grande defasagem entre a disponibilidade de recursos orçamentários e a obrigação constitucional de garantir saúde como “direito de todos e dever do Estado”. Pouco depois, o regime de financiamento da seguridade social estabelecido pela Constituição Federal passa a sofrer um processo de desmonte progressivo, sempre sob o argumento da crise fiscal, inicialmente com a criação do Fundo Social de Emergência (1994), em seguida do Fundo de Estabilização Fiscal (1996) e, finalmente, na virada do século, com a Desvinculação de Receitas da União (DRU) e suas prorrogações sucessivas. Recentemente, a Emenda Constitucional Nº 95/2016, conhecida como emenda do “teto de gastos”, paradoxalmente introduzida entre as disposições constitucionais “transitórias”, limitou a expansão das despesas e investimentos públicos por longos vinte anos, impondo mais um obstáculo à efetivação da cláusula fundamental do direito à saúde como instrumento de cidadania.

Ao longo deste período foram propostas alternativas, sob a forma de percentuais orçamentários mínimos obrigatórios dos entes federados e novos tributos, como a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF). No momento de sua introdução, em 1996, os recursos arrecadados através da CPMF seriam destinados exclusivamente ao Fundo Nacional de Saúde, mas durou pouco tempo: em 1999 passaram a ser utilizados, também, para cobrir o déficit da Previdência e financiar ações genéricas de combate a pobreza. Em 2007, a rejeição da prorrogação do tributo pelo Congresso gerou nova crise e, desde então, tentativas de restabelecer tributos específicos para o financiamento da saúde vêm sendo sistematicamente recusadas.

O financiamento tripartite, a partir de fontes diversas de arrecadação nas esferas municipal, estadual e da União, tem se mostrado insuficiente e, na prática, os modelos adotados tem levado à redução ao longo do tempo da participação da União no bolo orçamentário. Em consequência, temos um padrão de gasto incompatível com o funcionamento de um sistema de saúde nacional, público e universal, conforme a Constituição. Essa discrepância entre o SUS “real” e o SUS “constitucional” vem sendo objeto de inúmeras análises nas últimas décadas, e o subfinanciamento crônico tem sido apontado como uma de suas principais causas – se não a principal. O crescimento econômico medíocre nas últimas décadas e a grave recessão verificada no período recente formam um círculo vicioso em que a perda de arrecadação impede medidas e políticas que poderiam atenuar os efeitos sociais perversos da crise, ao tempo em que as imposições da austeridade fiscal inviabilizam o investimento público, perpetuando taxas de crescimento baixas.

O subfinanciamento é um obstáculo decisivo à implementação do sistema universal *de facto*, mas há outros aspectos a considerar. Em que pese o qualificativo “único” presente na denominação do sistema público, o sistema real consiste em um híbrido público-privado em que o subsistema “suplementar” – segmento de ações e serviços financiados com recursos privados – concorre com o SUS, não somente pelos usuários mas também por recursos financeiros, uma vez que o

setor privado é fortemente subsidiado pelo Estado de várias maneiras: de maneira direta, através do gasto tributário – desconto no imposto de renda de despesas com planos e serviços de saúde concedidos a usuários e empregadores – mas também através do investimento na formação de recursos humanos, em sua maior parte custeada e subsidiada pelo Estado. Isto para não falar de programas generosos de refinanciamento de dívidas tributárias que têm beneficiado o setor. Ações de vigilância sanitária e o programa de imunizações correm quase integralmente por conta do sistema público e, além disso, a assistência a urgências e emergências e outros procedimentos de alto custo e complexidade como transplantes, atenção oncológica, terapia renal substitutiva e outros também são, em grande parte, assumidos pelo SUS. São arranjos cuja consequência prática tem sido desonerar planos e seguros privados de saúde às expensas do sistema público.

O aumento do consumo de planos privados decorre de políticas econômicas contracionistas, que amarram o gasto público, articuladas com a concessão de benefícios ao setor privado, tornando-se diante disso um problema bem mais grave. O Brasil destoa significativamente dos países que dispõem de sistemas universais de saúde, tanto com relação ao financiamento e provisão de serviços quanto na proporção entre gasto público e privado. O caminho para a implantação de um sistema de saúde verdadeiramente único e universal, com financiamento suficiente e solidário, em um país como o Brasil, com os níveis de desigualdade que ostentamos, permanece um enigma a ser desvendado.

Há restrições importantes relacionadas ao cenário político e econômico global, que não podem ser subestimadas. A crise financeira que eclodiu em 2008 – em consequência da desregulação financeira com expansão do endividamento privado no período anterior – foi um momento de inflexão, que poderia ter ensejado uma correção de rumos. Porém, passada uma década, as respostas à crise mostram-se insuficientes: o afrouxamento monetário que injetou trilhões de dólares na economia global teve impacto limitado sobre o crescimento, a contenção fiscal aprofundou o

quadro de estagnação e inibe medidas anticíclicas. Tais restrições apontam para a manutenção de baixas taxas de crescimento e aprofundamento das desigualdades.

A economia brasileira, que padece há tempos da perda de complexidade em sua base produtiva e taxas de crescimento baixas, passou sem grandes abalos pela avalanche da instabilidade nos mercados financeiros internacionais, mas, pouco depois, a crise política instalada após a sucessão presidencial de 2014 levaria a uma retração do PIB de 7,2% no biênio 2015-2016, culminando com o impedimento da presidente Dilma Rousseff. Seguiu-se um período de estagnação que se estendeu pelos anos subsequentes.

A pandemia da Covid-19, que chega ao Brasil no início de 2020, agravou terrivelmente este quadro. O enfrentamento do vírus por si só trouxe desafios imensos ao setor saúde: mobilizar recursos humanos, ampliar rapidamente a infraestrutura hospitalar, fortalecer os sistemas de vigilância, providenciar insumos e equipamentos. Não menos importante, foi necessário investir na recuperação de infraestruturas e serviços públicos desarticulados pelas políticas de contenção fiscal.

O adoecimento e morte de um grande número de pessoas, a pressão sobre os serviços de saúde, assim como as medidas supressivas necessárias para conter a disseminação do vírus, por si só teriam impacto sobre os níveis de atividade econômica. As incertezas e instabilidades geradas pela pandemia – quanto à duração e impacto da pandemia, quanto à possibilidade de reinfeção ou da emergência de novas variantes do patógeno, e, finalmente, incerteza quanto ao tempo de restabelecimento da economia e, portanto, da demanda futura por bens e serviços – também afetam o investimento e o emprego, com efeitos a médio prazo.

Diante deste quadro, o governo se viu obrigado a tomar medidas emergenciais que desviaram temporariamente da política de restrição fiscal, para fazer frente tanto às ações de combate à pandemia quanto suas consequências econômicas. Foi implementado um programa emergencial de garantia de renda que atendeu dezenas de milhares de famílias cuja capacidade de prover a própria subsistência

foi afetada, sustentando, por outro lado, a demanda por bens e produtos essenciais e preservando assim as cadeias de produção e abastecimento. Porém, o valor e abrangência dos auxílios – ampliados por iniciativa do Congresso Nacional, nos primeiros meses da pandemia, contrariando a proposição encaminhada pelo Poder Executivo – foram reduzidos prematuramente, levando mais da metade das famílias brasileiras à situação de insegurança alimentar em 2021¹.

Felizmente, por outro lado, a Covid-19 surge em um ponto da história em que a humanidade acumulou uma significativa gama de conhecimentos sobre a estrutura e comportamento de vírus e outros patógenos. Contamos com autoridades sanitárias em nível nacional e supranacional, assim como redes de especialistas e de centros de pesquisa em diversas instituições e países com capacidade para elaborar e propor rapidamente medidas de contenção de epidemias e pandemias, mobilizando expertise médica e científica e articulando sistemas de vigilância em diversos países para a geração de informações.

Também dispomos de laboratórios e centros de pesquisa com capacidade para trabalhar de forma coordenada na busca de soluções e no desenvolvimento de tecnologias. O DNA do novo vírus foi rapidamente mapeado, reagentes para diagnóstico foram produzidos e testados, e passaram a ser produzidos em grande escala em um intervalo de tempo extremamente curto. Ao mesmo tempo, vários projetos para o desenvolvimento de vacinas foram iniciados, envolvendo laboratórios e centros de pesquisa públicos e privados, em diferentes locais do mundo. Em tempo recorde, e graças ao investimento substancial de recursos governamentais em pesquisa e desenvolvimento, vacinas com bons níveis de eficácia e segurança foram desenvolvidas e disponibilizadas em poucos meses – algumas delas a partir de tecnologias inovadoras, a base de RNA – o que somente foi possível pela existência de capacidade instalada para produção em massa.

1 Informações do Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia Covid-19 no Brasil, realizado pela Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional. Disponível em: http://olheparaafome.com.br/VIGISAN_Inseguranca_alimentar.pdf.

A pandemia da Covid-19 é a primeira catástrofe sanitária de alcance realmente planetário no período pós “globalização”, contabilizando centenas de milhões de casos e milhões de mortes ao redor do mundo. Entretanto, a pandemia também mostrou a importância decisiva das estruturas de governança supranacional da saúde e dos sistemas públicos de saúde em nível nacional, mas também dos centros de pesquisa e desenvolvimento e da capacidade produtiva industrial. Devemos a essas instituições o fato de não estarmos vivendo uma catástrofe de proporções maiores. É urgente fortalecê-las, para que seja possível enfrentar adequadamente novas ameaças que surjam.

No Brasil, a grande capacidade tecnológica instalada em laboratórios públicos como Biomanguinhos, da Fundação Oswaldo Cruz, e o Instituto Butantan, permitiram disponibilizar milhões de doses de imunizantes em curto espaço de tempo, graças a acordos de cooperação com laboratórios internacionais, envolvendo transferência de tecnologia para o processamento final das vacinas no país. De outro lado, a organização e capilaridade do Programa Nacional de Imunizações e a extensa rede de serviços de atenção primária do SUS garantiram que as vacinas chegassem à população.

Ainda assim, a pandemia ceifou a vida de aproximadamente 600 mil brasileiros até o momento, e os níveis de desemprego são alarmantes, assim como os números da economia. O PIB sofreu retração de 4,1% em 2020 e as projeções para 2021 indicam recuperação apenas parcial. As medidas supressivas tiveram sucesso apenas relativo no bloqueio à propagação do vírus e o surgimento de variantes com transmissibilidade elevada e capazes de provocar reinfecção cobrou um preço elevado em número de vidas perdidas e de casos de adoecimento grave.

Somente com o aumento da cobertura vacinal a pandemia começa a retroceder de fato, mas chegamos ao último trimestre de 2021 longe ainda de alcançar níveis seguros de imunização, apesar dos esforços de gestores e profissionais da saúde em todo o país para fazer chegar as vacinas para a população. Infelizmente, a vacinação começou mais tarde do que seria possível e desejável, devido a circunstâncias ainda

não totalmente esclarecidas, mas que incluem a insistência na recomendação de terapêuticas ineficazes e a adoção de teorias obscuras e duvidosas sobre “imunidade de rebanho” ou, ainda, a disseminação viral de desinformação e teses negacionistas e conspiratórias.

Tal conjuntura coloca o Sistema Único de Saúde diante de velhos e novos desafios. O SUS mostrou ser fundamental tanto na implementação de medidas de vigilância e controle quanto na assistência à própria doença e, como foi visto, por sua capacidade de produzir – pela ação de laboratórios públicos – e armazenar e distribuir milhões de doses de vacinas para a população através do Programa Nacional de Imunizações, reconhecidamente um dos maiores e mais abrangentes do gênero em todo o mundo.

Outro fator decisivo tem sido a atuação dos especialistas e cientistas, em centros de pesquisa e universidades de todo o país, na produção de dados e informações seguras sobre a doença e sua expansão, formas de prevenção e tratamento, eficácia. E tão importante quanto isso tem sido a capacidade de transmitir essas informações de forma clara para o grande público, frequentemente em articulação e com apoio de veículos de imprensa. É um aprendizado importante para todos os setores envolvidos, nas instituições de pesquisa e na mídia.

Tendo o SUS obtido, por seu desempenho no período de emergência sanitária, amplo reconhecimento público, incluindo setores da imprensa tradicionalmente críticos com relação aos inúmeros problemas (reais) de desempenho do sistema de saúde, é muito provável, por outro lado que, passada a fase aguda da pandemia, o problema do financiamento insuficiente e inadequado continue. Não somente pela persistência entre nós do dogma fiscalista que comprime o orçamento governamental mas, igualmente, por força dos interesses associados à expansão do setor privado “suplementar” e seu poder de influência sobre as instâncias decisórias do Estado.

A pandemia mostra com clareza meridiana que saúde é um Bem Público e não pode ser deixada à mercê de interesses privados e das forças cegas do mercado. Por isso, é mais do que nunca necessário recolocar na mesa o tema do financiamento das ações e serviços de saúde no Brasil e, sobretudo, é necessário abordá-lo em toda a sua amplitude e complexidade. Isso inclui, certamente, apontar mais uma vez o subfinanciamento, mas também os problemas do modelo de transferências e repasses, e a composição do recurso por fonte orçamentária. Mas requer também um esforço de reflexão maior, que considere as tendências da economia global, os desafios relacionados com a política macroeconômica no país, a organização de redes e serviços assistenciais, os mecanismos de contratualização e remuneração, e, certamente, as tendências observadas no segmento de planos e serviços privados de saúde. É este quadro complexo que a presente coletânea pretende oferecer aos leitores.

Os capítulos aqui apresentados – assinados por: Carlos Aguiar de Medeiros; Pedro Rossi e Lucas Teixeira; Fernando Gaiger Silveira e Maria Luiza Campos Gaiger; Maria Angélica Borges dos Santos e Luciana Mendes Santos Servo; Lucas Salvador Andrietta, Artur Monte-Cardoso, José Antônio de Freitas Sestelo, Mario César Scheffer e Lígia Bahia; e Marco Antônio Rocha – foram apresentados e debatidos em seminários *on-line* da série “Brasil depois da Pandemia”, organizados pela Iniciativa Brasil Saúde Amanhã, programa de estudos prospectivos sobre o sistema de saúde da Fiocruz. Sem desconsiderar as especificidades temáticas e diversidade de abordagens, a estrutura do livro buscou apresentar uma sequência lógica, que, assim esperamos, ficará evidente pelo encadeamento dos capítulos. Trata-se de um livro sobre o financiamento da saúde, com a perspectiva ampliada e o olhar prospectivo de forma a abarcar o problema em suas múltiplas dimensões.

É com grande satisfação, portanto, que apresentamos o volume que o leitor ora tem em mãos – ou na tela: Economia e Financiamento da Saúde no Brasil. Boa leitura!

Leonardo Castro
Coordenador Executivo da Iniciativa Brasil Saúde Amanhã/Fiocruz.

Mudanças e Continuidade na Economia Global nas Próximas Décadas e os Desafios para os Países em Desenvolvimento¹

Carlos Aguiar de Medeiros

Introdução

Toda análise prospectiva se depara com a seguinte dificuldade metodológica: ou realiza um inútil exercício de projetar o futuro a partir de tendências ocorridas no passado, negando assim as evidências históricas que sistematicamente revelam que essas tendências não raro resultaram de eventos não antecipados, ou realiza um exercício especulativo sobre o futuro, elencando e estimando a probabilidade de ocorrência de diferentes cenários e identificando alguns possíveis “cisnes negros” que podem alterar a tendência evolutiva de determinado sistema. Assim, por exemplo, no cenário para 2030 realizado pelo Conselho Nacional de Inteligência, um influente *think tank* americano, e datado de 2012, a pandemia surgia entre os cisnes negros:

No one can predict which pathogen will be the next to start spreading to humans, or when or where such a development will occur. An easily transmissible novel respiratory pathogen that kills or incapacitates more than one percent of its victims is among the most disruptive events possible. Such an outbreak could result in millions of people suffering and dying in every corner of the world in less than six months (National Intelligence Council, 2012, p.16).

A pandemia da Covid-19 apareceu, mas de forma alguma a sua extensão macroeconômica, social e produtiva, bem como o seu impacto sobre a economia global, foi ou poderia ter sido antecipada, e os cenários descortinados neste estudo prospectivo para 2040 seguiram a projeção para o futuro de algumas tendências em curso. A pandemia, nas palavras do austero e convencional Fundo Monetário

Internacional (FMI), mudou tudo e o colapso não tem precedentes em nosso período de vida (IMF, 2020).

Com efeito, segundo estimativa do Banco Mundial, a crise mundial de 2020 é duas vezes mais intensa que a grande crise de 2008-9. A pandemia da Covid-19 que atingiu mais de cem países, infectando milhões de pessoas e causando centenas de milhares de mortes, tem gerado extraordinário impacto sobre a taxa de crescimento da economia global - de acordo com a projeção do Banco Mundial (2020), tal taxa registrará em 2020 uma queda de 5,2% - e um não menos devastador impacto sobre o emprego. E esta contração só não tem sido maior porque, em resposta à crise, houve a maior ação compensatória e antirrecessão desde o pós-Guerra, tanto por parte dos EUA quanto dos países da União Europeia, objetivando prover liquidez financeira às empresas e transferir renda às populações. Em consonância com tais iniciativas no plano macroeconômico, diversas políticas setoriais visando à produção dos equipamentos necessários ao enfrentamento da epidemia foram implementadas nas principais economias.

O impacto da Covid-19 sobre a evolução prospectiva da economia global é dificilmente estimável não apenas pela incidência de novas ondas de contágio, mas também porque, devido a sua origem resultante da zoonose gerada por múltiplas interfaces entre o agronegócio e a agricultura tradicional, não existe, como recentemente argumentou Jared Diamond (2020), uma razão biológica sólida para que uma futura epidemia desta mesma dimensão não esteja no futuro imediato. A nova realidade significa que a pandemia da Covid-19 – mesmo com o sucesso das vacinas contra o vírus do Sars-Cov-2 – terá efeitos sobre as circunstâncias gerais da economia global estabelecendo um ‘novo normal’ (jargão jornalístico da economia convencional racionalizando o baixo crescimento da economia global após 2008) do crescimento da economia global e, sobretudo, como se discute neste texto, deverá acentuar certas características já presentes nas relações econômicas internacionais.

Desde o início do novo milênio, as características têm por eixo a crescente rivalidade econômica dos EUA com a China, que se acentuou pós-2015. Possivelmente, tanto no plano macroeconômico quanto no plano geoeconômico, tal rivalidade deverá se ampliar com múltiplas repercussões na economia global nas próximas décadas. Com efeito, estimativas como a do *Intelligence Unit*, um órgão de pesquisa do *The Economist*, apontam que antes de 2030 o PIB chinês em dólares correntes deverá ser superior ao dos EUA. Seguramente o temor de que esta possibilidade de ultrapassagem viesse a ocorrer estava presente na ofensiva mercantilista de Donald Trump, com sua política nacionalista do ‘Make America Great Again’. A rápida e eficaz estratégia de enfrentamento da Covid-19 pela China em contraste com a desastrosa, lenta e ineficaz estratégia que se afirmou nos EUA, além das perspectivas de uma retomada do crescimento na China mais rápida e a taxas mais altas do que a dos EUA, deverão aumentar a possibilidade desta previsão. Como, por outro lado, a China vem construindo com o *Belt and Road Initiative* (BRI) uma área econômica dinâmica (assentada em investimentos em infraestrutura e comércio) e vem dando passos largos na economia digital, é possível que a crise atual amplie tanto a autonomia tecnológica chinesa (incluindo a definição de padrões na economia digital) quanto um descolamento das taxas de crescimento não só da China mas também destes países em relação à média mundial (Colback, 2020), reforçando o papel da China enquanto motor do crescimento mundial. A despeito do baixo grau de precisão de estimativas sobre o futuro do crescimento da China (realizadas em projeções com base no passado) é evidente que esta questão unifica as preocupações estratégicas do governo americano independentemente do partido que esteja no poder.

Em paralelo à questão geopolítica, alguns processos estruturais e tecnológicos já em andamento deverão se acentuar, como a contração das cadeias globais de valor (CGV) e dos fluxos de investimentos estrangeiros diretos (IDE), a expansão da automação e da economia digital, a transição energética e a polarização dos mercados de trabalho e a distribuição de renda intra e entre países. Do mesmo

modo, deverá prosseguir a divergência das rendas per capita entre os países em grande contraste, com que se passou na primeira década do novo milênio.

Em relação às estimativas sobre o crescimento econômico bem como sobre os regimes de política econômica, há algumas tensões importantes, que apontam para transformações no plano das políticas macroeconômicas e na regulação dos mercados. É possível que, tal como ocorreu com a grande crise de 2008, o keynesianismo que se afirmou hoje nas economias avançadas seja mais uma vez revertido a favor da política macroeconômica ortodoxa, restaurando o '*business asusual*' (Acemoglu, 2020) com medidas de consolidação fiscal e redução das dívidas públicas, que em termos do PIB aumentaram drasticamente com a recessão global.

Entretanto, fatores políticos, econômicos e sociais desafiam essa via conservadora que reitera os problemas estruturais do neoliberalismo, como a insuficiência de demanda agregada e a concentração da renda (UNCTAD, 2020a). Por outro lado, a ideia de um retorno ao status quo do neoliberalismo é nebulosa, pois, nos anos que antecederam a pandemia, com o recrudescimento do nacionalismo nos EUA, o neoliberalismo global já havia sido atingido em alguns de seus elos centrais. A pandemia da Covid-19 é uma crise diferente, mais profunda e multidimensional. É possível que, em resposta à vulnerabilidade, insegurança e ao desemprego em massa, um maior compromisso com os trabalhadores e com o crescimento econômico ganhe poder político consolidando a direção das atuais políticas econômicas. Com efeito, as transferências de renda às populações vulneráveis revelaram que é factível instituir mecanismos permanentes visando garantir uma renda mínima e, mesmo com a redução do contágio, retirar estas transferências possui um custo político. Por outro lado, as evidências sobre a importância do planejamento e as oportunidades tecnológicas poderão fortalecer a tendência já em curso de uma regulação maior do capitalismo pelos Estados (Kotz, 2015).

Tendo em vista essas questões, pretende-se discutir neste texto alguns movimentos e algumas tendências sobre a evolução da economia internacional, que poderão ser ampliados pelos efeitos e pelas questões postas pela atual crise.

Além desta introdução, o presente texto contém quatro seções. Na primeira seção se discute a especificidade da presente crise e os impactos sobre o comércio internacional; na segunda são apresentadas algumas tendências macroeconômicas e geoeconômicas sobre a economia mundial; na terceira, discute-se alguns aspectos prospectivos com destaque para a divisão internacional do trabalho, as cadeias globais de valor, o progresso técnico e os impactos sobre o mercado de trabalho. Por fim, a quarta seção conclui o texto.

A Especificidade da Presente Crise e a Globalização Neoliberal

A crise econômica iniciada pela pandemia originada em Wuhan atingiu, pela disrupção da oferta, todos os eixos do comércio internacional, e as estratégias de distanciamento social visando conter a propagação do vírus afetaram pesadamente, pelo lado da demanda, todas as atividades em que a produção e o consumo possuem alta intensidade coletiva, como em geral no comércio e nos serviços não digitalizados. Tendo em vista o elevado grau de articulação entre as economias, o integrado sistema de transporte e a velocidade de transmissão do vírus, a pandemia alcançou rápida e simultaneamente todos os países, e a contração parcial da oferta e a contenção da demanda global provocou uma inédita depressão global.

Com efeito, por sua natureza, extensão e profundidade, a crise da Covid-19 se distingue tanto da Grande Crise de 2008 – duas vezes mais intensa, segundo projeção do Banco Mundial – quanto de crises sanitárias precedentes, como a Gripe Espanhola de 1918, e, no século XXI, as de SARS (2003), H1N1 (2009), MERS (2012), EBOLA (2014), ZIKA (2016), que lhe antecederam e tiveram difusão muito mais limitada. Trata-se de um ‘choque de demanda-com-oferta’ numa economia global integrada e em que os serviços constituem parcela predominante do valor

adicionado e do emprego, afetando toda a cadeia de fornecedores e a demanda final, atingindo simultânea e profundamente todos os países².

Ainda de forma mais intensa que a queda do PIB global, a pandemia levou a uma queda drástica no comércio mundial³. Em recente nota, a Organização Mundial do Comércio (OMC) sublinhou a diferença específica da atual crise. De maneira distinta da crise financeira de 2008, ela afetou de forma substancial a estrutura da oferta e a cadeia de fornecedores articuladas por cadeias globais de valor (CGV), particularmente em atividade de média e alta tecnologia. E como o centro inicial da Covid-19 ocorreu na China, que constitui o polo mundial mais importante das CGV, a 'OPEP dos insumos industriais' como denominaram Baldwin e Mauro (2020), a crise resultou da combinação do choque de demanda – o principal fator da crise – com um choque de oferta atingindo toda a economia mundial.

A recessão provocada pela pandemia se abateu pesadamente sobre as empresas, principalmente às vinculadas às atividades não essenciais e voltadas para a produção de serviços em que o consumo se dá de forma coletiva, sobretudo pequenas e médias empresas (Roubini, 2020). O impacto sobre o mercado de trabalho se deu de forma imediata, resultando numa elevação substancial da taxa de desemprego nas principais economias, tanto entre as economias industrializadas – nos EUA ela deu um salto passando de 3,5% registrados em fevereiro para 14,7% em abril, segundo dados do Bureau of Labor Statistics (Shibata, 2000), com mais de 40 milhões de solicitações de auxílio desemprego – quanto nas economias periféricas, em que a parcela da força engajada no trabalho informal em atividades presenciais no setor serviços é muito maior. O desemprego se abateu sobretudo sobre os jovens

2 A estimativa do crescimento do PIB mundial do Banco Mundial (junho, 2020) para 2020 é de uma queda de 5,2%, o que será a primeira contração do PIB mundial desde o fim da Segunda Guerra Mundial. A projeção de crescimento da economia chinesa para 2020 é de 1% (a China é menos dependente do setor serviços e por isso o impacto foi menor, mas se trata de grande contração considerando a taxa de 6,1% registrada no ano passado). Para os EUA a estimativa de queda do Banco Mundial é de 6,1%, enquanto a zona do Euro deverá ter uma contração de 9,1%; a estimativa para a Rússia é um declínio de 6%; a Índia deverá ter uma queda de 3,2%; e, segundo a CEPAL, (2020) a projeção de queda para a América Latina é de 9,1%, e de 9,2% para o Brasil. Estas projeções são evidentemente provisórias e estão ainda sendo revistas, e novas projeções podem ocorrer sem, entretanto, alterar de forma significativa o quadro atual.

3 Segundo projeção do Banco Mundial, o comércio global terá uma contração de 15%. Esta previsão parece ser exagerada tendo em vista a recente expansão das exportações chinesas.

(especialmente alto entre as mulheres), idosos, trabalhadores imigrantes ocupados nos serviços não essenciais⁴. Este impacto ampliou sob diversas formas as já elevadas polarizações de emprego e renda nos mercados de trabalho.

Face à crise sanitária, os governos das principais economias industrializadas lançaram massivos estímulos monetários e fiscais e programas de transferências de renda independentemente de qualquer consideração fiscal. Tais medidas foram, no Ocidente, as maiores desde o pós-Guerra⁵ – superior a US\$3 trilhões nos EUA (11% do PIB, segundo estimativa do FMI) e cerca de €750 bilhões na UE (na Alemanha o plano emergencial fiscal foi de 34% do seu PIB) – e no Japão o programa fiscal emergencial foi também muito elevado, com um valor próximo a 25% do PIB. No caso da China, o pacote fiscal emergencial do governo federal foi bem menor, cerca de 4% do PIB, mas muitas iniciativas foram tomadas pelas grandes cidades visando estimular o consumo (ver mais a frente). Nos demais países fortemente afetados pela crise, as transferências foram substanciais no Brasil (11,8% do PIB) e na Índia (cerca de 9% do PIB) e relativamente baixas na Rússia (3,4% do PIB) (IMF, 2020).

No manejo imediato da crise as medidas emergenciais não visavam prover um estímulo clássico à demanda como forma de combate à recessão, pois esta é uma inevitável consequência da política de contenção do vírus através do distanciamento social, mas prover políticas de transferências de renda e subsídios dirigidas aos grupos sociais e às empresas mais afetadas. De uma forma geral, e numa proporção muito mais eloquente que a ocorrida no imediato 2008, houve uma ampla reconversão ao

4 “In the United States, where the unemployment rate for young men (aged 16–24) increased by a comparable amount from February to April 2020 (from 8.5 to 24.0 per cent), while the rise for young women (aged 16–24) was even greater (from 7.5 to 29.8 per cent). Similar trends in the youth unemployment rate have emerged in other countries (e.g. Australia, China, Ireland, Republic of Korea, the Netherlands and Switzerland)” (ILO, 2020, pg 9).

5 “In the wake of this economic collapse, the U.S. Congress authorized four rounds of bailouts worth \$3.8 trillion. The Federal Reserve has also launched a slew of programs, worth \$2.3 trillion, several of which are aimed at keeping credit to businesses owing” (WB, 2020). The European Central Bank has offered low-interest loans to banks, significantly boosted asset purchases, and allayed fears of member-country defaults by lifting distributional restrictions on its bond-buying program. Member governments have rolled out significant fiscal support packages. For example, Germany provided stimulus worth 4.5 percent of GDP— about twice the support it provided in 2009—in addition to an envelope of over 20 percent of GDP in loan guarantees for the corporate sector. Italy, although constrained by existing elevated debt levels, announced fiscal stimulus in excess of 4 percent of GDP. Large member countries are also advancing a major recovery plan for the European Union, including grants for economies hardest hit by the crisis” (WB, 2020, p 28). Segundo a UNCTAD (2020) a estimativa das despesas extraordinárias para os países do G20 é de \$13 trilhões.

keynesianismo no Ocidente, e a 'economia de guerra' com a defesa da subordinação da política fiscal à necessária provisão de renda e emprego.

Além de uma política fiscal compensatória, os austeros e contumazes defensores do mundo neoliberal, como Financial Times, The Economist, e diversos economistas do *mainstream* (Acemoglu, 2020; Roubini, 2020; Delong, 2020) passaram a propor reformas econômicas e institucionais inspiradas nas grandes iniciativas como as do New Deal do presidente Franklin Roosevelt, a de Bretton Woods, ou a do 'Relatório Beveridge' (o marco do Estado de Bem Estar na Inglaterra do pós-Guerra) em prol de um novo contrato social, de renda básica, de redução da insegurança e da precariedade dos mercados de trabalho e de investimento público.

Ao lado do retorno do keynesianismo, tornou-se evidente no enfrentamento da pandemia a importância do planejamento e da abrangente capacidade de coordenação do Estado, como claramente revelada na experiência chinesa. Como sublinham Castaneda-Navarrete *et al* (2020), diversas iniciativas de alguns governos sobre setores estratégicos como a aviação e o setor automotivo foram implementadas na França, na Alemanha, nos EUA, na Coreia do Sul. Como observou Mungioli e coautores (2020), a crise sanitária revelou a importância da autonomia industrial em setores-chave.

Embora a pandemia ainda esteja presente em distintas intensidades na maioria dos países é possível identificar diferentes vias nacionais de enfrentamento. Elas revelaram diversos graus de sucesso na provisão de um bem público e de mérito como a saúde. Indiscutivelmente, já entraram na discussão contemporânea e nas políticas sobre as relações sobre o governo, a economia e a sociedade. Sem qualquer pretensão de uma cobertura exaustiva, é possível identificar as seguintes experiências:

- *A via chinesa, ou asiática*, pois também seguida em Taiwan, Cingapura, Coreia do Sul. Trata-se de uma via abrangente, centrada em 'rastrear, testar e isolar', combinando uma estratégia de conversão industrial para a produção de equipamentos, ampla

adesão da população às normas sanitárias e uso massivo de inteligência artificial (IA). No caso da China não houve transferências monetárias para a população afetada, mas vouchers subsidiando o consumo⁶. Esta via se destacou, particularmente na China, por grande eficácia no controle da contaminação e conseqüentemente por baixa letalidade;

- *A via seguida nos EUA e no Brasil.* Em ambos os países se afirmou uma combinação errática de distanciamento social parcial, baixo rastreamento, baixa testagem e sistemática subestimação da pandemia pelo Poder Executivo e pela população, com significativas transferências monetárias para populações e empresas mais vulneráveis. Houve congestionamentos dos respiradores, dos leitos e das covas e ambos países lideram o número de pessoas infectadas e de casos fatais;

- Na UE as estratégias e os resultados nacionais têm sido inteiramente heterogêneos. De um lado, a resposta alemã, que, devido aos testes massivos da população, ao amplo pacote fiscal e às medidas de prevenção (uma experiência próxima da via asiática) teve baixo índice de incidência e letalidade. De outro, as caóticas experiências da Itália, Espanha e Inglaterra (mais próximas da experiência que se afirmou nos EUA e no Brasil) com alta incidência e letalidade geradas por um tardio *lockdown* (embora mais efetivo do que o que se passa nos EUA e no Brasil).

O confronto entre essas distintas experiências destaca a importância do planejamento, tal como evidenciado na China, e a vulnerabilidade maior das economias desreguladas e com baixa capacidade de coordenação⁷. Com efeito, ao lado do sucesso do planejamento da China no enfrentamento da pandemia, este se

⁶ Ao contrário do que ocorreu no Ocidente, na China as transferências em dinheiro não ocorreram. O sistema que começou a funcionar desde março foi o voucher de consumo. A ideia de voucher de consumo foi criada pelo governo federal em 2008 em reação à grande crise, mas este ano a iniciativa foi tomada pelas cidades, sendo que mais de 170 cidades chinesas implementaram este sistema. Trata-se essencialmente de vouchers eletrônicos. Quando um consumidor compra através de plataformas como WeChat, Alipay ou JD (Jingdong), ele automaticamente ganha um desconto (variável dependendo da cidade e do produto) se o consumo ocorre no máximo em 10 dias (o sistema foi pensado para não haver 'poupança', ou se consome ou não se consome). Este valor do desconto, i.e., este subsídio, é pago pelas prefeituras ao comerciante (que recebe o preço normal). Este voucher não é dirigido a pessoas pobres, visa essencialmente aumentar o consumo sobretudo naquelas atividades deprimidas pelo coronavírus.

⁷ No caso brasileiro, as atitudes negacionistas do Governo Federal foram essenciais para o quadro caótico que se afirmou. Com efeito, ao contrário da maioria dos países, pelo país possuir um grande e capilarizado sistema de saúde público (o SUS) não faltam capacitações, mas estratégia do Governo central e conseqüente mobilização de recursos.

revelou importante na flexibilidade de ajuste de seu sistema produtivo, na fabricação dos equipamentos médicos necessários e principalmente dos Ingredientes Farmacêuticos Ativos requeridos com a pandemia, em visível contraste com a experiência americana. O diferente desempenho no enfrentamento da pandemia da Covid-19 exacerbou no plano das narrativas o conflito entre os EUA e a China⁸.

Tendo em vista esta evolução, em que tanto as políticas keynesianas quanto as de planejamento revelaram ser essenciais para o enfrentamento da pandemia, é sugestivo especular sobre as perspectivas que se abrem para as próximas décadas. Em relação às políticas keynesianas, pode-se contrastar a presente circunstância com a que ocorreu com a Grande Crise de 2008. Com efeito, em reação a esta, os EUA introduziram políticas monetárias expansionistas, levando a zerar a taxa de juros nominal e a ampliação da provisão de liquidez do Banco Central (*Quantitative Easing*), e políticas fiscais de corte keynesianas, direção que foi seguida (com muita relutância pela União Europeia) nas principais economias ocidentais, mas rapidamente, já em 2010, houve um retorno ao status quo da política econômica ortodoxa em relação à política fiscal e na defesa da integração financeira e da expansão do livre comércio. Estes movimentos reforçaram (ao menos até a eleição de Donald Trump em 2016) as políticas e a ideologia da globalização neoliberal⁹. No plano das doutrinas econômicas, as teorias macroeconômicas e microeconômicas ortodoxas e adotadas nas organizações multilaterais seguiram dominantes a despeito do baixo crescimento da renda e do emprego na economia mundial e de crescente desigualdade de renda entre os e internamente aos países.

É bem possível que com a contenção da pandemia da Covid-19 haja uma retomada conservadora na política econômica e social como a que se deu com a crise de 2008. Tal

8 Efetivamente, a pandemia vem acirrando ainda mais a crescente rivalidade entre os EUA e a China. Uma rivalidade por narrativas sobre a sua origem e sobre a ação chinesa, uma rivalidade sobre os sistemas econômicos e sobre a tecnologia. Enquanto os EUA são acusados de subestimar a crise, de apresentar um sistema público de saúde caótico e de desviar suprimentos da China para a Europa, a China, acusada pelos EUA de esconder e falsear informações sobre a Covid-19, revelou-se capaz de enfrentar a pandemia de forma organizada e efetiva e ampliar sua oferta de equipamentos disponíveis para a economia mundial. Tendo em vista as próximas eleições nos EUA, a politização do vírus será usada politicamente por ambos partidos e a ofensiva contra a China deverá aumentar.

9 Na China, a política keynesiana expansiva não foi revertida em 2010 como ocorreu nas economias ocidentais e, neste sentido, o impacto da pandemia em sua política econômica foi menor. Este aspecto será discutido mais à frente.

estratégia, tendo em vista o forte crescimento do endividamento público e o elevado estoque da dívida privada, poderia resultar em profunda recessão. Entretanto, ainda que não se disponha de suficientes informações, vai se formando um certo consenso de que, devido às dimensões e à escala da crise sanitária e econômica da Covid-19, o mundo pós-crise não será idêntico ao mundo pré-crise. No plano geopolítico e geoeconômico, o neoliberalismo global já havia sacudido, pelo nacionalismo e o protecionismo dos EUA, em reação às tensões decorrentes da ascensão chinesa¹⁰. Por outro lado, como a hipótese macroeconômica de uma rápida retomada do nível de atividade (recuperação com formato em V) parece descartada, uma restauração da ortodoxia levaria a uma recuperação lenta, incluindo o risco de uma depressão acompanhada de deflação (Roubini, 2020)¹¹. Face aos conflitos políticos (internos e externos aos países) inerentes a esta evolução – o conflito político é sempre maior quando, em condições de desemprego, retira-se renda da população e este tende a ser maior hoje, devido aos maiores valores do auxílio emergencial e à parcela da população beneficiada - é possível considerar outro cenário com uma recuperação mais rápida da economia global induzida pela continuação das atuais políticas fiscais expansionistas, transferências monetárias às famílias de baixa renda e estratégias visando fortalecer os mercados internos e a modernização da infraestrutura¹². Como, por outro lado, a velocidade e a intensidade da recuperação da economia chinesa, um processo já em curso, e a sua influência sobre a economia asiática e as economias periféricas ainda é de difícil estimativa, uma projeção realista da taxa de crescimento da economia global é inteiramente incerta.

Estas questões serão examinadas na próxima seção.

10 Esta questão que será discutida mais à frente parece subestimada em relatórios como o *Trade and Development Report* da UNCTAD (2020), que embora corretamente sublinhe os riscos do retorno à austeridade teme um retorno a uma 'hiperglobalização' neoliberal, como se esta ordem internacional já não tivesse entrado em crise bem antes da pandemia.

11 "In addition to causing a deep recession, the crisis is also creating a massive slack in goods (unused machines and capacity) and labor markets (mass unemployment), as well as driving a price collapse in commodities such as oil and industrial metals. That makes debt deflation likely, increasing the risk of insolvency" (Roubini, 2020).

12 Neste cenário é possível considerar tanto uma via de um capitalismo com maior regulação social favorável aos trabalhadores, quanto um capitalismo de estilo desenvolvimentista regulado pelas empresas (Kotz, 2015).

Entre a Continuidade e as Mudanças na Economia Global: Dimensões macroeconômicas e geoeconômicas

Quais serão os traços da economia global que emergirão desta crise e que se descortinam a partir das transformações ora em curso?

Convém, inicialmente, considerar certos traços gerais que estruturam as relações econômicas internacionais e que se mostraram resistentes às grandes crises mesmo quando, em 2008-9, elas atingiram essencialmente o capitalismo americano. Estes elementos de continuidade decorrem, a rigor, do predomínio de certas características que se afirmaram desde o pós-guerra nas relações econômicas internacionais, como a força do dólar, a autonomia da política monetária do Federal Reserve (FED, o banco central norte-americano), a liquidez dos Títulos do Tesouro americano, o predomínio global das corporações americanas nas atividades de alta tecnologia e em finanças e o predomínio do poder militar dos EUA. Estes aspectos seguiram prevalecendo, a despeito de grandes mudanças na geopolítica e na economia global derivadas da ascensão comercial e tecnológica da China ocorrida nas últimas décadas.

Com efeito, em relação à força do dólar enquanto moeda de reserva internacional e a sua centralidade no sistema financeiro mundial, as transformações recentes não alteraram ou desafiaram a sua posição na hierarquia das moedas¹³. Hoje, mais de 90% das transações financeiras ocorrem sob a denominação do dólar americano (Mahbuban, 2020)¹⁴. Este predomínio não se alterou em que pese a crescente importância do renmimbi (RMB)¹⁵, a moeda oficial chinesa, e as recentes novidades trazidas pela tecnologia *blockchain* para o desenvolvimento de uma unidade

13 Como em toda crise global, no início da pandemia houve fuga para o dólar só revertido posteriormente pela extraordinária intervenção do FED.

14 Não apenas a força do dólar predomina nas transações financeiras que caracterizam o capitalismo contemporâneo, essencialmente é o sistema inglês da 'common law' e sobretudo as leis do estado de Nova York que codificam a fração predominante do capital financeiro, capital cuja existência é essencialmente uma construção jurídica (Pistor, 2019).

15 Recentemente, o RMB foi incluído pelo FMI na cesta de moedas formadoras dos Direitos Especiais de Saque, de acordo com McNally, 2020, "This situation was made visible when the International Monetary Fund (IMF) included the RMB within the basket of currencies that constitute Special Drawing Rights (SDR) on October 1, 2016. This was despite the fact that the RMB can hardly be considered freely exchangeable, since China continues to manage crossborder capital flows via designated 'pipelines'... The move thus reflected political flexibility on the part of the IMF, since it bended its own principles to accommodate the growing prominence of the RMB. China scored a minor success in reshaping the IMS in its favor" (McNally, 2020 p.190).

alternativa de valor válida para operações internacionais sob a administração do Banco Central Chinês. Esta tecnologia (desenvolvida, entre outros, por empresas chinesas como a Alibaba e a Tencent) que seguramente terá crescente uso nas finanças digitais, na internet das coisas, e em outras atividades viabilizadas pela Inteligência Artificial (IA), incluindo o lançamento de uma rede pública de RMB digital, poderá fortalecer a posição da China no comércio com seus parceiros diminuindo a dependência do dólar enquanto moeda de denominação. Especialmente importante para esta evolução têm sido as conexões com a Rússia. Desde o acordo de swap de 2014, a participação do dólar no comércio vem diminuindo entre os dois países. (Simes, 2020). Na medida em que as pressões do governo americano contra a China continuem escalando, o temor de que as transações em dólares possam ser interrompidas por uma ação unilateral do governo americano sobre o seu sistema financeiro reforça o movimento de desdolarização. Esta evolução favorecedora de uma maior autonomia da China e de seus parceiros comerciais do dólar enquanto unidade de valor e meio de troca fortalece o yuan (e também o euro), como também é conhecido o renmimbi, mas dificilmente deslocará o dólar de sua posição hegemônica, e, conseqüentemente, tampouco o sistema financeiro americano de sua posição dominante na hierarquia das moedas.

Entretanto, embora o poder do dólar siga sem rival (e do mesmo modo os EUA sigam tendo um incomparável poder sobre as armas), houve uma significativa redução da posição dos EUA na economia mundial e do seu papel de 'centro cíclico principal' e de 'consumidor de última instância'.

De fato, sob a globalização liberal liderada pelos EUA (Kotz & McDonought, 2010) até a sua ruptura por Donald Trump em 2016, afirmou-se um movimento de longo prazo de redução relativa do PIB dos EUA em relação ao do resto do mundo e, do mesmo modo, houve redução da parcela de exportações e importações americanas no comércio internacional. Particularmente, desde o início do novo milênio e pelo

menos até 2014, afirmou-se uma mudança na geografia do comércio mundial com a ascensão da China, da Índia, do Brasil, da Rússia, da África do Sul (o bloco dos BRICS, como ficou conhecido) e dos países em desenvolvimento primário-exportadores, que não apenas cresceram a taxas mais elevadas que os países centrais como construíram entre eles um importante polo de crescimento e integração comercial (Medeiros, Freitas & Serrano, 2016). Em consequência desta transformação, que teve como vetores principais a mudança dos termos de troca a favor dos produtos primários, a liquidez financeira internacional, a baixa da taxa de juros e as políticas macroeconômicas expansivas entre as economias em desenvolvimento, a influência da taxa de crescimento dos EUA e da UE sobre as taxas de crescimento da economia global diminuiu. Os EUA seguiram sendo o principal vetor do ciclo financeiro internacional, mas não mais o ‘centro cíclico’ para o crescimento do PIB global.

Após a grande crise de 2008, parte desta evolução se manteve e, em particular, a China e também a Índia mantiveram uma taxa de crescimento bem superior ao dos EUA. Como resultado, as simulações para as próximas décadas, como a do The Economist Intelligence Unit (EIU, 2015), apontam que o PIB chinês já antes de 2030 ultrapassaria o PIB americano em dólares correntes, o que constituiria uma novidade histórica extraordinária¹⁶. A percepção de que os EUA poderão deixar de ser a principal potência econômica do mundo nas próximas décadas com base nas previsões sobre o PIB total é evidentemente questionável, pois mesmo que este supere o dos EUA, o PIB per capita dos EUA permanecerá muito mais elevado; além disso, a vanguarda tecnológica e o poder das corporações americanas nas atividades de alta tecnologia seguem predominando¹⁷. Entretanto, o crescente peso do PIB

¹⁶ Evidentemente que tais projeções, das mais complexas às mais simples, padecem sempre da mesma fragilidade, a de estimar o futuro com base no passado, entretanto, sinalizam algumas tendências em movimento. Assim constatou o National Intelligence Council: “As we have noted, the world’s economic prospects will increasingly depend on the fortunes of the East and South. The developing world already provides more than 50 percent of global economic growth and 40 percent of global investment. Its contribution to global investment growth is more than 70 percent. China’s contribution is now one and a half times the size of the US contribution. In the World Bank’s baseline modeling of future economic multipolarity, China—despite a likely slowing of its economic growth—will contribute about one-third of global growth by 2025, far more than any other economy” (National Intelligence Council, 2012, p.16).

¹⁷ A despeito de grande esforço de P&D realizado por um dinâmico Sistema Nacional de Inovações com amplas realizações, incluindo a aproxi-

chinês como mercado para o resto do mundo e a expansão da Índia, que nesta mesma previsão deverá ser nas próximas décadas a terceira economia do mundo em termos do tamanho do seu PIB, reduzem de forma significativa a importância dos EUA de sua histórica posição de centro da economia mundial. Por outro lado, como em 2015, com o lançamento do BRI se abriu a possibilidade não apenas de um maior descolamento do crescimento chinês em relação ao dos EUA, mas também da área econômica formada pelos países a ele articulados (Colback, 2020).

Face a esta evolução e o seu impacto sobre a balança comercial americana, a reação predominante do governo de Donald Trump se baseia no mercantilismo tradicional e na perspectiva da geoeconomia como estratégia de confronto entre as nações. A partir dos anos 1990 e até 2008, o déficit de transações correntes dos EUA cresceu de forma substancial e, simetricamente, também o superávit da China em transações correntes - desde o seu ingresso na OMC em 2001. A China se tornou o parceiro comercial fundamental dos EUA e o comércio com a China se afirmou no principal componente deficitário da balança de pagamentos dos EUA.

A despeito de sua importância política, o déficit comercial dos EUA não possui o mesmo significado econômico existente para as demais economias. Com efeito, como os EUA emitem a moeda de reserva mundial não existe uma restrição de balanço de pagamentos ao crescimento da sua economia (Serrano, 2005), mas o déficit na balança comercial constitui um argumento político essencial visando o enquadramento da China. Do ponto de vista econômico, as questões substantivas relativas à evolução do comércio externo dos EUA com a China dizem respeito às estratégias dos capitais americanos, à especialização do comércio, e ao emprego. Estas estratégias foram alteradas a partir do momento em que a China se transformou num polo fundamental de produção manufatureira regional e com

mação da fronteira tecnológica em determinadas áreas de alta tecnologia na Tecnologia de Informação e Comunicações (TIC) e na Inteligência Artificial (IA), o sistema produtivo da China ainda é de uma forma geral tecnologicamente atrasado em relação ao dos países mais avançados e, do mesmo modo, com exceção das empresas estatais chinesas nas áreas de recursos naturais e no setor financeiro, e de casos particulares como na TIC, como os da Huawei, Lenovo e Tencent, as empresas chinesas não possuem o grau de internacionalização nem se rivalizam com as grandes corporações transnacionais americanas no mercado mundial.

alcance mundial¹⁸. A ascensão da China deslocou em parte outros exportadores asiáticos, mas, de forma geral, provocou uma mudança na divisão social do trabalho na economia mundial com significativo impacto sobre o emprego e a produção manufatureira, que diminuíram fortemente nos EUA e na Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). (Felipe & Mehta, 2014).

Com feito, após obter sua adesão à OMC (2001) e o status de relações comerciais normais permanentes com os EUA, o emprego industrial nos EUA caiu substancialmente. De acordo com Nicholas Bloom e coautores (2019), que investigaram o “efeito China” no emprego nos EUA, esse declínio resultou do *offshore* (migração de estabelecimentos para o exterior) e da concorrência de importações. Em áreas de baixa qualificação, as perdas de empregos vieram do fechamento da fábrica (devido a investimentos no exterior); em áreas de alta qualificação, as perdas de empregos na fabricação vieram da mudança da indústria para serviços (Bloom *et al*, 2019). Entretanto, uma parcela substancial das exportações chinesas, sobretudo em atividades e setores mais sofisticados, é realizada por empresas transnacionais e outra parcela do valor adicionado das exportações de firmas chinesas é apropriada pelas corporações detentoras de marcas, que em sua maioria são sediadas nas economias industrializadas e, em particular, nos EUA. Deste modo, as exportações ‘made in China’ incorporam valor e realizam lucros das firmas transnacionais com elevada presença de capitais americanos.

Se de um lado a expansão exportadora chinesa deslocou produtores nos EUA, particularmente na indústria tradicional, afetando o volume total e relativo emprego industrial, de outro, criou empregos nas atividades mais qualificadas e, sobretudo, ampliou as vendas e os lucros dos capitais transnacionalizados americanos produzindo na China e voltados tanto para o mercado externo quanto crescentemente para o mercado interno.

18 A combinação entre um extraordinário excedente de mão de obra com tecnologias industriais importadas e eficiente infraestrutura levou, internamente, a uma extraordinária taxa de acumulação e, externamente, a uma redução dos custos industriais de produção atraindo capitais de todo mundo.

A crítica à redução do emprego industrial e a sua exportação através de investimentos offshore (especialmente para a China) era uma tradicional bandeira dos democratas e se transformou em questão política fundamental do governo Trump, atraindo o apoio eleitoral dos operários do ‘Cinturão da Ferrugem’. Entretanto, a questão que parece estar unificando os capitais americanos e os estrategistas do departamento de Estado e o Pentágono é de outra natureza e se dirige à crescente evolução tecnológica chinesa e consequente preocupação com a perda da liderança tecnológica americana¹⁹ e as questões estratégicas e geopolíticas associadas.

Com efeito, já em 2006, com o *“2006-2020 Medium to Long-Term Plan for the Development of Science and Technology”*, o Governo chinês estabeleceu como prioridade o desenvolvimento da tecnologia nacional. Por outro lado, diversas iniciativas visando ampliar a proteção social, prover bens públicos e elevar os salários mínimos em prol de uma ‘sociedade harmoniosa’ elevaram os salários reais. Com a crise de 2008, o governo chinês ampliou de forma substancial os investimentos na indústria pesada, na infraestrutura e em tecnologia. O programa tecnológico visava, de um lado, acelerar a transição energética e, de outro, ampliar a produção doméstica de tecnologias críticas. As novas prioridades tecnológicas foram reiteradas e ampliadas em 2015, no ‘Made in China 2025’, documento considerado a base das preocupações dos EUA e para sua ‘guerra tecnológica com a China’. Ao lado de significativa expansão dos recursos para P&D e investimentos em um moderno Sistema Nacional de Inovação (SNI), a estratégia seguida privilegiou com o *Made in China 2025* a substituição de importações de insumos de alta tecnologia, como os chips, e a modernização da infraestrutura. Entre estas, a de telecomunicações com a geração 5G assumiu prioridade central. Em conjunto com esta estratégia estava em curso, desde o início do milênio, uma forte promoção de relações internacionais e de investimento coroada com o lançamento, em 2015, da *Belt and Road Initiative* (BRI).

¹⁹ Uma discussão detalhada desta questão fugiria inteiramente do escopo deste texto, entretanto, pode-se argumentar que embora os EUA liderem a tecnologia do desenho e da inovação vêm perdendo para a China a liderança da tecnologia da produção, e este país vem se movendo rapidamente para adquirir capacitações na tecnologia de desenho com a construção de um poderoso sistema nacional de inovação.

Este é o contexto geral para o reposicionamento das estratégias geopolíticas e geoeconômicas dos EUA em relação à China no governo de Donald Trump, iniciado em 2016. O 'Make America Great Again' estimulou, no mundo corporativo, grandes investimentos em petróleo e gás de folhelho, extraído em território americano por fratura hidráulica, e mobilizou politicamente a insatisfação dos desempregados da velha indústria americana deslocados pela concorrência internacional, dirigindo-se contra os "inimigos externos", sobretudo contra a China, os trabalhadores imigrantes e os organismos multilaterais defensores da redução dos combustíveis fósseis e da ordem comercial liberal (previamente liderada pelos EUA). A elevação substancial das tarifas incidentes sobre cerca de 25% das importações procedentes da China ocorrida em 2018 e as crescentes restrições às transferências de tecnologia para a China, incluindo a proibição de compras de empresas de alta tecnologia por empresas²⁰ chinesas, alteraram de forma substancial as práticas comerciais previamente defendidas pelos EUA.

O principal resultado prático das tarifas americanas incidentes sobre as exportações chinesas não foi (como retoricamente defendido) o aumento da produção industrial americana, mas o desvio de comércio para outros fornecedores (Vietnã, México, etc), alterando pouco tanto a posição deficitária da balança comercial dos EUA quanto a posição superavitária da China, que diminuiu suas importações provenientes tanto dos EUA quanto dos fornecedores de insumos de suas exportações para os EUA e deslocou exportações para outros mercados (Colback, 2020).

Ao lado da redução do emprego industrial, a questão social e política para o recrudescimento do nacionalismo de direita, tanto nos EUA quanto na Europa, foi a evolução da distribuição de renda ocorrida nas economias industrializadas e em particular nos EUA. Nestas, houve queda da parcela salarial e aumento da desigualdade pessoal da renda. A distribuição de renda mundial assumiu a forma de um elefante

²⁰ As opções de política econômica e comercial de Trump representam um distanciamento do neoliberalismo global e a adoção de uma estratégia de regulação do capitalismo voltado essencialmente à contenção da China e à promoção dos interesses das empresas americanas e do mercado interno. Para uma discussão desta regulação do capitalismo após a crise do neoliberalismo ver Kotz, 2015.

(num gráfico famoso elaborado por Branko Milanovic, 2016), revelando a elevação da renda média principalmente na China e na Índia, a compressão da renda da classe média entre as economias industrializadas e a extraordinária apropriação de renda no topo da distribuição pelos residentes destas economias. Este perfil se tornou um fato estilizado do capitalismo contemporâneo, largamente discutido na academia e mídia especializada, em livros como o de Thomas Piketty (2014). Sobre este fato há diversas interpretações centradas na tecnologia, na globalização e em instituições.

O principal impacto da globalização sobre a distribuição ocorreu de forma indireta. Como os sindicatos industriais exerciam importância central para as negociações salariais, a realocação da produção industrial foi um fator importante para a redução do poder de barganha de diversos grupos de trabalhadores da OCDE. Além desse efeito sobre a concorrência no emprego, na medida em que o custo da mão de obra da China se tornou um ponto de referência para atividades industriais de menor qualificação, as importações procedentes da China exerceram uma pressão descendente sobre os salários na produção industrial intensiva de mão de obra, contribuindo para a dissociação entre salários e produtividade que ocorreu nestes anos. Entretanto, em que pese estes fatores, os estudos empíricos mais consistentes sobre a evolução da distribuição nos EUA revelam que foram os fatores institucionais associados ao neoliberalismo, como a ofensiva contra os sindicatos, o abandono da política de emprego e a redução dos impostos aos mais ricos os que melhor explicam tanto a queda da parcela salarial quanto o aumento da desigualdade da renda²¹.

O desemprego e a compressão da renda entre os segmentos próximos à mediana da distribuição de renda ganhou outra fisionomia na Europa a partir da grande crise de 2008. Esta ampliou os efeitos recessivos e assimétricos da integração europeia comandada pela tríade formada pelo Banco Central Europeu, pela Comunidade Europeia e pelo FMI. A crise acirrou ainda mais as amplas contradições entre um

²¹ Esta tese central dos economistas políticos clássicos ganhou novas evidências em estudos empíricos contemporâneos sobre a evolução do poder de barganha dos trabalhadores e da parcela salarial nos EUA (Ver Stansbury & Summers, 2020).

centro (formado especialmente pela superavitária Alemanha) e uma periferia (os países do Sul e do Leste) e oposto de um lado os desempregados e precarizados (sobretudo no Sul) e de outro as burocracias da integração neoliberal da UE. As tensões sociopolíticas decorrentes desta realidade e as fortes pressões migratórias decorrentes da guerra na Síria em 2016 aumentaram o discurso chauvinista de direita. Estas contradições levaram à saída da Inglaterra (Brexit), e promoveram políticos nacionalistas de direita no Sul e no Leste europeu.

É neste contexto de crise da globalização neoliberal e da ascensão do nacionalismo de direita que a presente crise sanitária, econômica e social se afirma. Como se argumentou, o mundo pós-Covid-19 poderá ou não repetir a trajetória ocorrida pós-2008, com o retorno da ‘austeridade’ e baixo crescimento nos países centrais, mas dificilmente haverá um retorno à globalização neoliberal, particularmente nas relações entre os EUA e a China²². Numa direção congruente com o protecionismo poderia haver, em consequência da crise atual, em que as questões de saúde pública se transformam em questões de segurança nacional²³, e numa direção como a percorrida na economia mundial nos anos 1930, um maior isolamento das economias²⁴, maior mercantilismo e a busca pela redução da globalização²⁵.

Evidentemente que tal como ocorreu naquela circunstância, do ponto de vista macroeconômico, tal ordem favorece as economias que possuem um amplo mercado interno, autossuficiência de recursos estratégicos e um Estado com capacidade de planejamento e direção. Entre os países industrializados, os EUA, a

22 Deve-se considerar que as pressões econômicas e diplomáticas contra a China são consensuais entre Republicanos e Democratas e possivelmente prosseguirão com a vitória do Partido Democrata. Neste sentido, um retorno a uma ordem liberal e a defesa de uma hiperglobalização, como temida pela UNCTAD (2020a), parece estar fora de qualquer perspectiva realista.

23 Como observou Keneth Rogoff, “The risk today of a debilitating 1930s-style overshoot in deglobalization is massive, particularly if the US-China relationship continues to fray. And it is folly to think that a chaotic, crisis-driven retreat from globalization will not introduce more – and vastly more serious – problems” (Rogoff, 2020).

24 “The post-pandemic world will be marked by tighter restrictions on the movement of goods, services, capital, labor, technology, data, and information. This is already happening in the pharmaceutical, medical-equipment, and food sectors, where governments are imposing export restrictions and other protectionist measures in response to the crisis” (Roubini, 2020).

25 “Companies, individuals and governments are experiencing disruptions which may lead to sudden deglobalisation. Companies are learning the lesson that global supply chains can be abruptly broken by a health shock and will adjust accordingly. Financial intermediaries and regulators are likely to incorporate pandemic shocks into their future risk assessments and stress tests. Societies may learn that other countries react with xenophobia and closing borders. Overall, in times of rising nationalism and populism, people’s fears and suspicions of ‘others’ might become a force for disintegration and de-globalisation” (Baldwin & Mauro, 2020, p.23).

despeito dos dilemas atuais, reúnem todas estas condições estruturais, e entre os em desenvolvimento, a China, apesar de sua dependência energética, reúne as condições estruturais e políticas para explorar as novas oportunidades; de forma parcial, países como a Índia e a Rússia também possuem condições potencialmente favoráveis.

Se considerarmos de forma isolada cada economia e tal como elas reagiram e estão reagindo à pandemia é razoável argumentar que o mundo pós-Covid-19, como sublinhado por Dani Rodrik (2020), irá apenas radicalizar as diferentes tendências nacionais que já estão em curso nestes países. É o que prevê Adam Toose (2020) sobre a União Europeia, e, segundo ele, uma vez controlada a crise sanitária é provável que sob a direção da 'troica' europeia haja novamente uma aposta na velha doutrina do orçamento equilibrado, levando a políticas fiscais contracionistas, aumentando o fosso entre o centro e a periferia. Anatole Kaletsky (2020) constrói um cenário distinto: segundo ele, a proposta franco-germânica para a criação de um fundo europeu de recuperação (da ordem de 750 bilhões de euros) suscitada em reação ao coronavírus é um marco não tanto pelo volume de recursos (cerca de 4,7% do PIB da UE) mas pelas inovações institucionais que ele traz, como a criação de um fundo com títulos emitidos diretamente pela UE. Pela primeira vez os Estados nacionais europeus não teriam que arcar com novas dívidas recebendo uma parcela importante deste fundo sob a forma de doações, e, adicionalmente, novos recursos seriam financiados por novos impostos sobre emissão de dióxido de carbono, transações financeiras e transações digitais. No nível das intenções, objetiva-se ampliar recursos para um 'fundo de coesão social' de forma a reduzir as distancias regionais e canalizar recursos para acelerar a transição energética. Na prática, a operacionalização deste arranjo financeiro encontra resistências pelo grupo de estados mais ricos do norte da Europa, embora conte com o apoio da Alemanha²⁶.

²⁶ Anatole Kaletsky acredita que este acordo, que ele denomina de 'Hamiltonian moment', é um marco em direção a um projeto de integração fiscal, algo similar ao que se deu em 1790 quando Alexander Hamilton e Thomas Jefferson acordaram sobre a incorporação pelo Tesouro das dívidas dos estados americanos.

Evidentemente que nas circunstâncias atuais é extremamente incerto especular sobre a persistência das medidas compensatórias e estruturantes e, conseqüentemente, sobre a velocidade de recuperação e de retomada das atividades econômicas. Devido às circunstâncias nacionais anteriormente examinadas, uma recuperação em V mesmo naquelas economias que possuem autonomia econômica e política parece ser extremamente improvável²⁷, entre outros aspectos pela natureza global da crise, pela incerteza sobre a probabilidade de ocorrer uma segunda onda de propagação²⁸, e por seus vetores que atingem simultaneamente a demanda global, o nível de emprego, as decisões de investimento, a solvência das empresas e dos bancos, a cadeia de fornecedores e os custos dos sistemas de transporte. Como a saída da crise será nacionalmente diferenciada – as economias ‘puxadas pelas exportações’ foram estruturalmente atingidas tanto em suas fontes de expansão como em sua estrutura de custos – a recomposição dos níveis de atividade pós-crise deverá ter uma trajetória mais lenta mesmo nas economias com maior autonomia macroeconômica.

Uma base de referência importante é o caso da China, pois, após ter sido a primeira grande nação atingida pela crise, foi a primeira a suspender de forma gradual as medidas de isolamento a partir da redução do contágio. A questão central no país é a retomada do gasto das famílias, que foi drasticamente atingido pelo desemprego, a redução de renda e a estratégia de abertura gradual iniciando pelas atividades de menor risco de infecção (como a manufatura), afetando particularmente (mas não exclusivamente) a retomada do comércio (varejo e atacado) e das atividades de prestação de serviços, cujo consumo é presencial e se dá de forma coletiva, e que respondem por parcela elevada do emprego assalariado e pelas atividades do trabalho

27 Como observou Bradford Delong sobre a política econômica dos EUA, “It is also clear that the Republican Party has no valid ideas for how to achieve a “V-shaped” recovery. Additional tax cuts for the rich would do as much to boost demand and employment as they did when the GOP rammed through the Tax Cuts and Jobs Act in late 2017: absolutely nothing. Similarly, slashing social programs might make workers even more desperate to find jobs; but despair won’t translate into additional employment if the spending isn’t there. Nobody with any authority in President Donald Trump’s White House knows what to do, and no one would be competent enough to implement the right policy if they stumbled on it accidentally” (Delong, 2020).

28 Com efeito, o World Economic Outlook do FMI em sua edição de junho trabalha com um cenário de uma segunda onda em 2021.

autônomo²⁹. De forma geral, a contração da demanda (planejada e não planejada) mais do que o choque de oferta é a principal responsável pela contração econômica entre as principais economias industrializadas e como a recuperação da demanda depende amplamente das políticas fiscais e de crédito, a recuperação deverá seguir diferentes trajetórias segundo as opções de política econômica a serem trilhadas.

Toda crise abre oportunidades para mudanças e inovações que são nacionalmente aproveitadas segundo os aspectos estruturais, o poder político e as capacitações dos Estados nacionais.

Com efeito, os EUA, duramente atingidos pela crise, deverão seguir na recuperação de uma moderada trajetória de crescimento puxado pelo consumo das famílias, redução do coeficiente de importações, especialmente dos insumos que se revelaram críticos na pandemia, investimento em infraestrutura especialmente em telecomunicações e transporte, desenvolvimento de novas tecnologias como a inteligência artificial, biotecnologia, difusão da 'internet das coisas', automação, digitalização e aumento do gasto militar³⁰. A expansão da produção de petróleo e gás de folhelho por fratura hidráulica tornou os EUA menos dependente da importação de petróleo e a ruptura com os compromissos de redução do CO2 estabelecidos no Acordo de Paris (2015) retiraram os EUA da vanguarda da pesquisa e desenvolvimento de tecnologias voltadas para a reconversão energética; ainda assim, mesmo se Donald Trump for reeleito, estes investimentos e tecnologias deverão se expandir por iniciativas das empresas e dos estados subnacionais. O aumento da produção e da logística necessária aos carros elétricos seguramente será um campo de expansão de investimentos privados e de infraestrutura.

Se a UE conseguir explorar as potencialidades de iniciativas como a do fundo de recuperação europeu e a transição energética poderá abrir novas possibilidades,

29 Presentemente, o nível de atividade nestes setores ainda se encontra abaixo de 50% dos níveis pré-Covid-19, mesmo que positivamente estimulados pelos vouchers de consumo emitidos pelas grandes cidades.

30 Numa eventual vitória do Partido Democrata, é possível uma regulação mais favorável aos trabalhadores, com aumento do salário mínimo e maior reconhecimento da ação sindical.

ao menos para alguns países. Na Alemanha, a crise da Covid-19 impulsionou um amplo programa de investimento contemplando medidas de promoção industrial e tecnológica de empresas nacionais (IA, TIC e energia alternativa). O volume de recursos vinculado e o protagonismo do Estado (incluindo o controle ou a participação acionária relevante em empresas estratégicas) na promoção de ‘campeãs nacionais’ distingue este programa do que havia se afirmado na última década com a indústria 4.0. Ao lado desta transformação já vinha em ação um amplo programa de ‘transição energética’, que deverá ser um polo catalítico de investimentos³¹. Esta direção poderá vir a ser seguida pela França.

A China deverá retomar uma trajetória de crescimento que será bem mais baixa do que as de seu passado recente (entretanto, ainda assim, suas taxas de crescimento deverão exceder a dos EUA). Desde o 13º. Plano Quinquenal (2016-2020) o governo chinês definiu um ‘novo normal’ com menores taxas de crescimento, mas sobretudo de um regime de crescimento com maior protagonismo das fontes domésticas de demanda. Esta direção seguramente será ratificada no 14º. Plano Quinquenal (2021-2025)³² que priorizará a expansão do consumo das famílias, estimulado pela expansão dos sistemas de bem-estar, elevação da taxa de salário e renovação da infraestrutura visando a construção de cidades inteligentes e a ‘internet das coisas’. Com efeito, a China anunciou recentemente (em meio à crise pandêmica) um amplo programa de modernização da infraestrutura assentado na construção da tecnologia de informação em 5G, modernização da infraestrutura com renovação da transmissão elétrica, novas ferrovias de alta velocidade, infraestrutura para os veículos elétricos, internet industrial, internet das coisas, e ampliação dos investimentos em P&D em áreas como IA. Ao lado destas frentes de expansão, o

31 “Germany had set up an ambitious plan for climate protection, aiming to reduce Germany’s GHG emissions by the year 2020 by 40% compared to 1990, until 2050 by 80 to 95%. As a critical aspect of the plan, the German energy transition (known in German as “Energiewende”), laid important groundwork to reform the energy sector, as well as for demonstrating energy transition practice at the global level. The Energiewende is an integrated policy framework, covering all sectors of energy and economy, including the targets and policy measures for CO2 emission reduction, renewable energy development, phase-out nuclear energy by 2022, and improvement of energy efficiency” (Chen *et al*, 2019, p.1250).

32 Na formulação do bureau político do PCC publicada em 30 de junho de 2020, a China enfrenta problemas de longo e médio prazo de controle da Covid-19 e de manutenção do desenvolvimento social, de mudança tecnológica, e para enfrentá-los deverá privilegiar a ‘circulação interna’, isto é, o mercado doméstico, mas ao mesmo tempo interagindo com e estimulando a ‘circulação externa’, de forma a acelerar o que denomina de ‘dual circulation’ (China, 2020).

governo chinês está engajado num amplo programa de diversificação energética (que por sua prioridade e extensão é denominado de 'revolução energética') visando a uma redução substancial das emissões de carvão através da substituição progressiva do carvão por energia renovável e pelo gás natural, mudança no sistema de transportes e pela modernização industrial (Chen *et al*, 2019).

A crise sanitária poderá ter efeitos negativos significativos, pelo menos inicialmente, sobre a *Belt Road Initiative* (BRI), decorrentes do aumento da fragilidade externa dos principais países receptores de créditos e investimentos na Eurásia e África. Com a redução previsível das exportações para as economias industrializadas, a maior fragilidade destas economias deverá contribuir num primeiro momento para a desaceleração das exportações chinesas. Entretanto, a prioridade atribuída pelo Governo ao BRI e às grandes oportunidades abertas para os investimentos das empresas estatais chinesas, tanto para a realização dos excedentes acumulados na indústria pesada quanto na renovação do setor de telecomunicação com 5G, tornam a expansão deste projeto regional uma grande prioridade e as perspectivas de um novo relançamento com a possível integração da Eurásia nos corredores de exportação chinesa uma via fortemente provável. (Blanchete & Hilman, 2020). Esta tendência tem sido reforçada pela política de boicote tecnológico dos EUA.

Um elemento essencial que começou a se afirmar e poderá ter grandes impactos sobre a geografia da economia mundial é a evolução das relações entre a China e a Rússia, uma relação assentada em cooperação por razões geopolíticas e complementaridade econômica. São também estratégicas, embora não baseadas na cooperação, mas em crescente rivalidade, as relações entre a China e a Índia e entre a China e os países do sudoeste asiático (Vietnã, Malásia, Filipinas, Tailândia). Esta rivalidade é de natureza geopolítica e não econômica. Embora estes últimos países possuam relações complementares do ponto de vista econômico e seguramente beneficiados pelos investimentos do BRI e pelo crescimento dos salários chineses, temem a projeção dos interesses nacionais

do país no Mar do Sul da China. Tanto a posição da Índia quanto o temor destes países têm sido estimulados pela estratégia americana de contenção da China. Embora estas tensões possam agir como um fator negativo para o crescimento da economia regional asiática, dificilmente irão impedir o deslocamento do eixo econômico mundial para esta região, ou melhor, para a Eurásia (devido à relevância geopolítica, energética e militar da Rússia) e, em particular, para a China, reduzindo a importância relativa tanto da UE quanto dos EUA como centro irradiador do crescimento da economia mundial.

Levando-se em conta esta evolução é possível vislumbrar diferentes caminhos e possibilidades de transformação em dois planos: no plano das políticas fiscais e de renda (keynesianismo), e na política industrial (desenvolvimentismo). No primeiro plano é possível que o 'mal-estar' gerado pelo desemprego e pela crescente polarização social, mitigada pelas atuais transferências emergenciais de renda, aumente a resistência política a um simples retorno da ortodoxia fiscal, fortalecendo a defesa do Estado de bem-estar social. É sempre politicamente mais difícil retirar as transferências sociais e os subsídios uma vez que estes se revelaram tão necessários. Programas de renda mínima ganharam crescente defesa entre países industrializados e em desenvolvimento. Mas, como os trabalhadores não se encontram organizados, esta possibilidade é bastante incerta e o cenário convencional '*business as usual*' pode ser igualmente provável. No plano da política industrial, a experiência de planejamento evidenciada na China (em seu vitorioso enfrentamento da Covid-19) e a confrontação com os desafios colocados pelas novas tecnologias e a necessidade de sistemas produtivos mais integrados, mais verdes e menos vulneráveis, tanto aos novos vírus quanto ao suprimento externo de insumos estratégicos, podem ampliar o escopo das políticas industriais e do planejamento. Como a questão da introdução de novas tecnologias, redução da vulnerabilidade à importação de insumos estratégicos e renovação de infraestrutura constitui um objetivo abrangente e se coloca como prioridade em todos os países,

o desenvolvimentismo (isto é, o adensamento da estrutura produtiva e a inovação tecnológica) se apresenta como desafio e possibilidade.

Em relação aos países em desenvolvimento, a despeito das mudanças ocorridas nos termos de troca nos últimos anos, a começar pelo preço do petróleo, que atingiu níveis extraordinariamente baixos devido principalmente ao colapso da demanda provocada pela Covid-19³³, de uma forma geral, as posições dos balanços de pagamento das economias em desenvolvimento, em que pese o crescimento do endividamento ocorrido na última década (UNCTAD, 2020), eram antes da pandemia muito menos vulneráveis que as que prevaleciam nos anos 1990, responsáveis por sucessivas crises e restrição ao crescimento. Entretanto, com a pandemia e com a grande queda do preço das commodities minerais (CEPAL; 2020, UNCTAD, 2020), esta circunstância foi alterada naquelas economias fortemente dependentes das exportações de commodities (particularmente de petróleo), com elevado endividamento externo e as com maior dependência ao turismo³⁴. Embora estas circunstâncias estruturais tornem mais difícil o crescimento dos países periféricos, elas são diferentes segundo as diferentes 'áreas de influência' em que se encontram (Financial Times, fevereiro, 2020); os países envolvidos na rede de investimentos e comércio com a China encontram maiores possibilidades que os demais. Deste modo, para os países em desenvolvimento em geral o cenário que se projeta pós-Covid-19 é de grande polarização, formado de um lado por aquelas economias que contam com um amplo mercado interno e um Estado capaz de impulsionar a retomada

33 "Early in 2020, the price of oil fell due to the oil price war between Russia and Saudi Arabia. The coronavirus pandemic worsened the situation through the reduction in the demand for oil... The coronavirus crisis also affected a wide range of energy markets such as the coal, gas and renewable energy markets, but its impact on oil markets was more severe because it stopped the movement of people and goods, which led to a drastic decline in the demand for transport fuels. When Saudi Arabia later supplied excess oil to the world, the market was flooded with too much oil, exceeding demand during the COVID-19 pandemic, and subsequently leading to a fall in oil price" (Ozile & Arun, 2020, p.9). Vale notar que mesmo antes da presente crise os preços do petróleo já vinham em queda, seguindo a direção dada pela grande redução dos custos de produção derivados da grande expansão do 'shale oil' nos EUA.

34 Segundo o Banco Mundial, as economias de mercados emergentes e em desenvolvimento (EMDEs) "with large domestic COVID-19 outbreaks and limited health care capacity; that are deeply integrated in global value chains; that are heavily dependent on foreign financing; and that rely extensively on international trade, commodity exports, and tourism will suffer disproportionately. Commodity-exporting EMDEs will be hard hit by adverse spillovers from sharply weaker growth in China, and by the collapse in global commodity demand, especially for oil. With more than 90 percent of EMDEs expected to experience contractions in per capita incomes this year, many millions are likely to fall back into poverty" (WB, 2020 pg 25).

do desenvolvimento econômico (o Vietnã e a Indonésia ao lado da Índia aparecem bem posicionados), por economias mais frágeis que se beneficiam dos investimentos e empréstimos chineses, e de outro, pelos demais periféricos com elevadas dívidas externas, dependentes das exportações de commodities e especialmente de petróleo.

Esta polarização que já estava presente na economia mundial e vem sendo acentuada pelas circunstâncias atuais criadas pela pandemia, como a contração dos fluxos de comércio e, mais uma vez pela ‘fuga para a qualidade’, isto é, massiva saída de capitais financeiros da periferia³⁵, torna a retomada do crescimento na economia global essencialmente dependente de decisões de política econômica, sobretudo nas economias de maior mercado interno e com maior autonomia de seus balanços de pagamento. A aposta numa via de crescimento liderada pelas exportações e pela atração de investimento externo parece cada vez mais irrealista no mundo pós-Covid.

Tendências Estruturais e Tecnológicas na Economia Mundial

Tendo em vista os aspectos macroeconômicos e geopolíticos examinados no item anterior, discute-se a seguir algumas tendências estruturais e tecnológicas que já estavam em curso na economia mundial e que devem ser aprofundadas a partir dos estímulos e das oportunidades suscitadas pela crise. Entre estas tendências³⁶ se destacam, aqui, as transformações na divisão internacional do trabalho com a reestruturação das CGV, a digitalização da economia, a automação industrial, a diversificação energética e as transformações no mercado de trabalho e na distribuição de renda.

35 “EMDEs suffered from record capital outflows accompanied by a rise in sovereign borrowing spreads, which was especially severe for countries with high government debt” (WB, 2020:35).

36 “The crisis is set to amplify three trends. First, a quicker adoption of new technologies. The planet is having a crash course in e-commerce, digital payments and remote working. More medical innovations beckon, including gene-editing technologies. Second, global supply chains will be re-cast speeding the shift since the trade war began. Firms will seek bigger safety buffers and a critical mass of production close to home using highly automated factories. Cross-border business investment could drop by 30-40% this year. Global firms will become less profitable but more resilient”, The Economist Intelligence Unit, 2015.

Divisão Internacional do Trabalho e as CGV

O desabastecimento de bens intermediários, o “supply-chain contagion” (Baldwin, 2020) gerado pela pandemia revelou aos países industrializados a fragilidade de uma estrutura produtiva fortemente descentralizada, decorrente tanto das novas Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) quanto do deslocamento ocorrido nas últimas décadas de produtores de bens finais e da cadeia de fornecedores de bens intermediários, particularmente para a Ásia³⁷. O comércio de bens intermediários estruturados em CGV construídas pelas empresas transnacionais (ET) bem como os fluxos de IDE e o comércio internacional em geral vinha crescendo na última década a taxas inferiores às registradas no auge da liberalização entre 1990 e 2008. A ofensiva mercantil americana iniciada no governo Trump em 2016 e consubstanciada na elevação tarifária para as importações provenientes da China ocorrida em 2018, bem como o movimento de *reshore* e consequente diminuição do IDE das corporações americanas para a Ásia, provocou uma ulterior desaceleração do comércio estruturado em CGV (WB, 2020).

Convém observar, em linha com o que se discutiu no item anterior, que a natureza desta virada mercantilista na política americana é essencialmente política, visando alterar o regime de política industrial e tecnológica da China, e sob muitos aspectos contraria as estratégias organizadas pelas empresas transnacionais americanas (ET), de divisão vertical de trabalho através das CGV, e consubstanciada pelos tratados multilaterais de livre comércio promovidos pelos governos democratas (Medeiros & Trebat, 2017)³⁸. Entretanto, após alguma relutância, as ET americanas endossaram a nova política do governo na medida em que esta poderia reverter a indesejada política tecnológica chinesa de favorecimento do licenciamento compulsório

37 “Supply shocks in one nation, or in one industry within a nation, become a supply shock in other industries and nations when the thing being supplied is an input into the making of something else. This ‘supply-chain contagion’ will surely be an important element of COVID-19’s economic legacy” (Baldwin, 2020:20).

38 “This hierarchical division of labor generates wild competition at the lower value-added stages of production, where low wages and profit margins prevail for workers and suppliers operating out of export processing zones in underdeveloped countries. At the top of the hierarchy another kind of competition prevails, which is centered on the ability to monitor and control intangible assets related to innovation, finance, and marketing” (Medeiros & Trebat, 2017, p.401).

de tecnologia (Mahbuban, 2020). Desse modo, como se discutiu previamente, é possível que esta estratégia mercantilista se mantenha independente de quem estiver presidindo a Casa Branca. No momento atual, a estratégia do Made in China 2025, objeto de retaliação comercial dos EUA, prevê explicitamente a substituição de importações, especialmente de chips, o que fortalece a redução do comércio de bens intermediários centrado na China³⁹.

Um componente essencial desta mudança nas CGV é o seu impacto sobre as estratégias de investimento das empresas transnacionais (ET) e, conseqüentemente, sobre os fluxos de IDE. A expectativa é que o movimento declinante persista nos próximos anos com deslocamentos de atividades e busca de relocalização espacial nos espaços nacionais⁴⁰.

Embora esta tendência de redução do comércio estruturado em CGV seja geral, ela deverá ter um impacto intrarregional mais acentuado no Leste Asiático devido ao maior peso nesta região da integração comercial em cadeias de valor, à guerra comercial com os EUA e à própria estratégia chinesa. Dado que o centro da divisão regional do trabalho na Ásia está assentado na China, esta será fortemente afetada e como sugere o documento do Banco Mundial (WP, 2020), pois a elevação dos custos de transporte diminui a competitividade das exportações chinesas de menor valor adicionado colaborando para uma diversificação geográfica das cadeias produtivas. Este movimento tem um componente conjuntural, mas vai na direção de um processo de mudança na estrutura da especialização chinesa, induzida tanto pelo aumento dos seus custos do trabalho em dólares quanto pela política tecnológica e pelo acirramento do conflito comercial impulsionado pelos EUA⁴¹ e o movimento de *reshore*. Estas transformações sinalizam

39 Este movimento de queda do comércio de bens intermediários está sendo reforçado no presente momento pela elevação do custo de transportes decorrente do estabelecimento de novas inspeções sanitárias e mecanismos de controle nas fronteiras. Até o presente, a crise da pandemia afetou mais os encadeamentos para frente do que os encadeamentos para trás das CGV, denotando o predomínio dos fatores de demanda (afetando as matérias-primas industriais) sobre os da oferta (a provisão dos fornecedores) (WB, 2020).

40 Como examinou o *Trade and Development Report* (UNCTAD, 2020) "enduring trade and technology tensions between the United States and China and a greater pondering of concerns about national security and technological leadership in business decisions may well spur nearshoring and further increased regionalization of supply chains in technology-intensive sectors. Turning those concerns into policy would reinforce more general regionalization forces related to policy environments emphasizing regional integration and a push towards supply resilience through shorter chains that can be governed more easily by developed country lead firms" (UNCTAD, 2020, p 122).

41 Presentemente tem havido deslocamento de investimentos das ET da China para o Vietnã.

para uma ulterior redução do peso das CGV no comércio internacional.

Entre as cadeias regionais de valor centradas nos EUA, na Alemanha e na China há, na rede comercial construída a partir desta última economia, amplas possibilidades de expansão estimuladas pela *Belt and Road Initiative* (BRI), com possível impacto sobre a geografia do comércio internacional na direção da Eurásia.

As implicações deste processo sobre a China e a economia global dependem dos processos de transformação das economias nacionais, das regionalizações e das estratégias das empresas transnacionais (ET).

Nas grandes economias, tal como ocorre na China, a elevação dos custos associados ao comércio internacional de bens estimula as estratégias (já em curso) de substituição de importações e de maior integração do sistema produtivo doméstico, incluindo uma crescente regionalização dos investimentos de infraestrutura. Naquelas economias que apesar de contarem com amplo mercado interno (como, por exemplo, o Brasil, que possui baixa integração nas CGV, ou o México, com elevada integração) adotam uma estratégia industrial e tecnológica passiva e subordinada aos fluxos de IDE, as novas possibilidades poderão ser apenas virtuais ou perdas dependendo das respostas do seu sistema produtivo. Nas economias pequenas especializadas na exportação de commodities e/ou insumos industriais e cuja fonte de crescimento estejam fortemente dependentes do comércio externo e do IDE, esta reestruturação terá um efeito negativo.

Mas, se no comércio de bens a tendência em curso e as perspectivas pós-Covid apontam em sua contração relativa, a tendência e as perspectivas para o comércio e para cadeias em valor de serviços digitalizados são de amplo crescimento, como se argumenta a seguir.

A economia digital e o Comércio em Serviços

A Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC) e a economia digital (atividades baseadas em tecnologia da informação, dados e internet) vinham em grande

expansão desde os anos 1990⁴². Devido à grande redução do custo de armazenamento e aos avanços na Inteligência Artificial (IA), surgiram inovações de comercialização dos serviços como as economias de plataforma (lideradas por Google, Amazon, Facebook, Apple e, na China, pela Alibaba e Baidu), estruturadas como um novo tipo de firma e de mercado. Este modelo de firma logo se espalhou para outras atividades, incluindo as firmas de alta tecnologia e diversas atividades de serviços de habitação, transporte, alimentação e atividades culturais (Airbnb, Uber, Ifood, Spotify, Youtube, Netflix). Na economia de plataforma os dados se transformaram na principal matéria-prima (e meio de produção) e os softwares e aplicativos, nas principais tecnologias e ferramentas desta infraestrutura. Através das plataformas, conectando empresas e usuários, diversas atividades de serviços (médicos, de entretenimento, educacionais, de consultoria às empresas, etc) passaram a ser prestadas a distância, aumentando sua participação no comércio internacional. Um dos avanços maiores nesta área, já em início na China, é o da moeda digital visando a redução dos custos e simplificando as transferências financeiras.

O que distingue esta nova estrutura de divisão do trabalho é a interação online de diversos grupos de usuários, de fornecedores, de consumidores e, devido a esta característica básica, o distanciamento social gerado pela Covid-19, na medida em que se prolongue ou se afirme como uma persistente estratégia de saúde pública⁴³, irá reforçar e ampliar a economia digital e a *tradability* das atividades de serviço, consolidando o movimento atual de redução da prestação dos serviços face a face.

Por outro lado, a expansão de dispositivos de controle e de monitoramento de informações para fins de segurança e aumento da vigilância (*massive surveillance* e o controle da saúde pública (como presentemente o de rastreamento do vírus⁴⁴) constituirão uma área de grande expansão. Como resultado desta evolução, as

42 Em 2007 foi introduzido o primeiro Iphone, hoje existem 3,2 bilhões de usuários de smartphones; o número de usuários de internet passou de 1,6 para 4,1 bilhões e o comércio eletrônico teve também evolução meteórica (UNCTAD b, 2020).

43 No presente momento, em decorrência do distanciamento social, as empresas audiovisuais de *streaming* (como a Netflix) e aplicativos de videoconferência (como o Zoom, o Google Meet) são grandes ganhadores e a tendência é a de expansão.

44 A Google e a Apple estão desenvolvendo um aplicativo para rastrear o vírus por celular, mas outras empresas já estão usando esta tecnologia na Ásia.

grandes plataformas da economia digital, o comércio eletrônico e a prestação de serviços a distância deverão ampliar ainda mais seu peso na economia global. Esta ampliação deverá aumentar o grau de centralização do capital nas atividades inovadoras. Com efeito, como em toda a crise econômica a pandemia está sendo acompanhada por forte aumento da centralização do capital e o poder dos oligopólios. Devido às imensas economias de rede associadas ao uso das plataformas e à redução dos custos e velocidade de armazenamento dos dados, a tendência observada nos últimos anos nas economias de plataforma foi de intensa concentração e centralização. Esta tendência foi acentuada na crise atual pelo aumento de usuários e provedores associados às atividades *on-line*, favorecendo as corporações americanas (os anunciantes do Facebook podem atingir hoje 2 bilhões de pessoas, 1/3 da população adulta mundial⁴⁵). Em geral, a introdução agora acelerada da TI favorece as empresas que reúnem as condições para o uso mais produtivo das ferramentas digitais.

Automação Industrial

Um efeito derivado desta evolução é o aprofundamento das transformações tecnológicas e organizacionais conhecidas como 'indústria 4.0', tal como conceituado na Alemanha, isto é, a introdução de sensores e chips no processo industrial viabilizando uma comunicação entre componentes mecânicos sem a intermediação humana e, do mesmo modo, na conexão com fornecedores e compradores. Este processo que inclui a robotização (particularmente importante na indústria automobilística) já estava em curso entre os países industrializados, mas sobretudo na Alemanha, nos EUA, no Japão e na China, e deverá encontrar estímulos adicionais decorrentes da redução dos custos provenientes das escalas e dos avanços da economia digital e das estratégias de redução de aglomerações humanas, quer no chão de fábrica, quer nos escritórios, de forma a preservar ção de maior distanciamento social.

⁴⁵ Segundo Orzag (2020) e Acemoglu (2020), a tendência à centralização do capital já vinha ocorrendo nos EUA, e a tendência é a de aumentar com a Covid-19.

A contrapartida desta mudança tecnológica e organizacional nas casas de família é a introdução de sensores e chips nos equipamentos domésticos, permitindo ao usuário um controle a distância e em rede, num processo que vem sendo referido como ‘internet das coisas’.

Naturalmente que esta evolução bem como a descrita no item anterior dependem, crucialmente, da velocidade de transmissão de dados e, em consequência, da renovação da infraestrutura de telecomunicações em direção à tecnologia 5G e brevemente à 6G, num processo de extraordinária disputa geopolítica e de mercado entre os EUA e a China e entre as grandes empresas.

A Transição Energética⁴⁶

A pandemia e a mudança climática possuem uma dimensão semelhante; ambas são reações da natureza à ação humana e o seu controle escapa a qualquer fronteira nacional, requerendo uma ação concertada dos países. A principal causa cientificamente reconhecida da mudança climática é o efeito estufa⁴⁷ (a emissão do Global Greenhouse Gas, GHG) e cerca de 2/3 desta emissão decorrem da produção e do uso de energias fósseis. Deste modo, para a redução do efeito estufa, alvo estabelecido pelo Acordo de Paris (2015), é necessário um esforço coletivo em direção a uma economia de baixo carbono, isto é, uma transição energética, genericamente entendida como a substituição (relativa) de combustíveis fósseis por energia renovável e o aumento da eficiência energética⁴⁸. Entretanto, tal estratégia produtiva e tecnológica encontra distintos obstáculos tecnológicos, econômicos e políticos, segundo a estrutura nacional

46 Embora o termo Transição Energética tenha sido mantido aqui devido a sua ampla aceitação, a melhor expressão deveria ser Diversificação Energética, tendo em vista o largo predomínio do petróleo e gás na base energética mundial no período considerado. Devo a Franklin Serrano esta observação.

47 Proposição aceita pela maioria de cientistas e governos, mas não pelo Partido Republicano americano e por Donald Trump.

48 “The Paris Agreement links the upper limit with a specific action target: global greenhouse gas (GHG) neutrality by the second half of the century. Given the fact that around two-thirds of GHG emissions from energy production and utilization, energy decarbonization has been increasingly critical for addressing the low-carbon development responding to climate change mitigation. This can only be achieved with the massive deployment of renewable energy combined with energy efficiency. Just a few months before the Paris climate conference, the international community, meeting in New York in September 2015, adopted the 2030 Agenda for Sustainable Development with its 17 Sustainable Development Goals (SDGs). Energy lies at the heart of these SDGs, particularly in the goals of energy access, climate mitigation, lower air pollution, as well as for sustainable urbanization and industrialization. Under such circumstances, the global energy system must undergo a profound transformation, from one based mainly on fossil fuels to one that enhances efficiency and is based on renewable energy” (Chen et al, 2020, p. 1250).

da base energética, a dotação de recursos naturais fósseis e as estratégias e interesses das empresas e dos governos. A transição energética é liderada hoje pela Alemanha e pela China, países dependentes da importação de petróleo e gás e com uma base energética assentada em fontes que desejam mudar: a Alemanha (após o acidente nuclear em Fukushima, Japão) decidiu descontinuar a energia nuclear de sua matriz energética, e a redução do carvão (principal base energética da China) constitui na China uma prioridade central para melhorar a qualidade do ar. A política atual seguida pelos EUA, um país que se tornou autossuficiente e exportador de petróleo, constitui a principal reação a uma ação abrangente e global visando a transição energética. Entretanto, mesmo nos EUA republicano e fortemente abundante de petróleo e gás, sob pressão de governos estaduais (que possuem jurisdição sobre o setor energético) das empresas e da sociedade em geral, os investimentos visando uma transição energética estão em curso. Ao lado do seu uso civil, a transição energética constitui hoje uma importante estratégia militar⁴⁹. Desse modo, independentemente das distintas realidades nacionais, a transição energética já é um fato em maior ou menor escala e constitui para os países industrializados e particularmente para a China (em que a 'revolução energética' é uma estratégia prioritária) uma frente de expansão e de reorganização tanto da indústria quanto da infraestrutura para as próximas décadas. Esta transição, por sua vez, requer planejamento e ampla intervenção do Estado na economia, afirmando-se como uma base essencial das políticas industriais contemporâneas e de segurança nacional⁵⁰.

49 Comentando as estratégias militares dos EUA, da China e da Rússia, José Luis Fiori (2020) observou: "O Alto Comando Estratégico destes países ainda prevê o uso prioritário da energia fóssil em suas várias plataformas militares, pelo menos até 2050, mas todos trabalham com o mesmo objetivo de substituir a energia carbônica por uma nova matriz que seja construída progressivamente, e que inclua cada vez mais a energia eólica, solar, maremotriz e biocombustível, com o aproveitamento também de fontes ainda subutilizadas de hidrocarbonetos, como é o caso das areias betuminosas e do hidrato de metano".

50 "In terms of the self-sufficiency, for export-oriented nations like Germany and China, security of energy supply and affordable energy are very critical tasks for the energy industry. Currently, Germany imports more than 70% of its primary energy consumption. As Germany's imported energy from neighbor countries, the European energy network played an important role in securing the stability. European grids are being extended and Germany's energy transition is supported by the top levels of the European Union. Therefore, the self-sufficiency in Germany is rather under the context of a larger EU framework. Likely, energy security played an important role in the energy transition in China. However, China's energy security strategy particularly prioritizes maximum self-sufficiency and energy independency. Since China was a net import country of crude oil in 1996, energy supply risk aversion has been included in national energy security strategy. In 2016, the self-sufficiency rate stood at 79%, in which coal is the primary source of the country's energy security. In this case, energy security will be an important challenge to future sustainable development in China and renewable energy development may be valuable to address this issue (Chen, 2019, p. 1257).

A substituição energética no caso da Alemanha já é um fato na provisão de energia elétrica em que as fontes de energia renováveis cresceram em detrimento do uso de combustíveis fósseis, e para a China, a estratégia inclui não apenas um substancial aumento da energia não fóssil (ao contrário da Alemanha, a China investe em reatores nucleares, *Chen et al*, 2019), mas um redesenho da sua estrutura de transportes. As implicações da transição energética sobre as transformações anteriormente examinadas sobre as TIC e destas sobre a transição energética são amplas. Com efeito, a principal questão associada à energia renovável é a instabilidade de suas fontes (o vento, o sol, a água); conseqüentemente, a segurança energética requer tecnologias de armazenamento, insumos minerais estratégicos (lítio, terras raras, etc.) e de conexão entre várias fontes em que a IA, os dispositivos eletrônicos e as conexões entre produtores, distribuidores e consumidores são elementos estratégicos e catalizadores de inovações.

Transformações nos mercados de trabalho

Um dos mais drásticos efeitos da pandemia foi a destruição de postos de trabalho, particularmente em serviços, o setor responsável pela maioria das posições ocupacionais em grande parte da economia global. Como se observou, a contração foi essencialmente concentrada naquelas atividades de serviço cujo consumo se dá através de contato físico direto (atendimento pessoa a pessoa, como no atendimento médico, dentário, de higiene e estética, etc.) e/ou com proximidade entre as pessoas (hotéis, restaurantes, turismo, academias, etc.) e nas atividades de comércio em shoppings e ruas. A destruição de postos de trabalho recaiu essencialmente na base da pirâmide ocupacional e salarial. A pandemia acentuou um movimento que já estava em marcha de reestruturação dos mercados de trabalho nas economias avançadas, motivado tanto pela TIC como pelo deslocamento das atividades industriais rotineiras para a China. Se por um lado a TIC provocou forte desemprego nas atividades tradicionais de serviços, por outro, vinha em expansão a demanda

por trabalho autônomo e transitório ("*gig jobs*"⁵¹ na nomenclatura que se consagrou nos EUA), especialmente nas economias de plataforma, mas extensivo às atividades em geral. Como se observou, a pandemia da Covid-19 acentuou de forma dramática a substituição de atividades presenciais em ambientes de consumo coletivo, como cinemas e restaurantes, por serviços de entrega administrados em plataformas e por entretenimento através de provedores de mídia. Do mesmo modo, o teletrabalho isto é, a prestação em casa dos trabalhos de administração, consultoria e serviços às empresas bem como as atividades de ensino e treinamento, foi extraordinariamente ampliado pela pandemia e deverá reforçar uma tendência que já vinha em curso de diminuição relativa de posições ocupacionais na indústria (pela automação) e nos serviços pessoa a pessoa pela digitalização. A estrutura das ocupações deverá evoluir para uma estrutura ainda mais segmentada que a atual, formada numa ponta por trabalhadores muito qualificados, ocupados de forma flexível em atividades em que o teletrabalho assume crescente importância, e numa outra ponta por trabalhadores pouco qualificados, o 'preariado' (Standing, 2011), ocupados também de forma flexível e instável, numa miríade de ocupações tradicionais ou na 'gig' economia⁵².

Desigualdade de Renda

A digitalização das ocupações está se acentuando e possivelmente irá ampliar uma 'proletarização disfarçada' com o engajamento de trabalhadores formalmente autônomos nas atividades de serviço (*gig jobs*), mas submetidos e controlados por uma empresa de plataforma, que constitui o principal meio de produção deste trabalho, sem dispor de garantias, direitos e contrapartidas sociais. Se de um lado os trabalhadores desempregados encontram nestas modalidades uma forma de remuneração e outros trabalhadores subempregados buscam complementar suas rendas nestas atividades, as empresas aproveitam estas possibilidades, viabilizadas pela economia digital (smartphones + internet + big data) e pela desregulação do

51 O termo 'gig' advém do mundo das artes, em que músicos, artistas de teatro recebem por apresentações, shows ou atividades, denominada 'gigs'.

52 Segundo dados do Bureau de Labor Statistic dos EUA em 2017, 36% dos trabalhadores americanos estavam envolvidos na 'gig economy' ou 'freelancer economy', entendida aqui como o conjunto de atividades não assalariadas em arranjos de curto prazo.

mercado de trabalho, para reduzir seus custos com a força de trabalho. Ainda que a redução dos fluxos de comércio e de mão de obra imigrante, decorrente de um maior protecionismo (como o que se afirmou nos últimos anos nos EUA) e controle das fronteiras, suscitada agora pela Covid-19 possa arrefecer temporariamente a intensa competição nos mercados de trabalho, tanto a automação industrial como, e principalmente, a digitalização nos serviços têm levado à destruição das atividades sob maior controle dos sindicatos (quer na indústria, quer em serviços) e ampliado aquelas em que os trabalhadores de menor qualificação se encontram à margem ou precariamente protegidos pela legislação social. A digitalização no setor serviços viabiliza, por um lado, uma forte expansão do teletrabalho para os trabalhadores qualificados, ampliando as diferenças de remuneração em relação aos trabalhadores menos qualificados ocupados em atividades tradicionais ou na gig economia, mas, por outro lado, amplia também a concorrência neste mercado através da contratação de mão de obra estrangeira e barata. Estas tendências de redução dos recursos de poder dos trabalhadores com a expansão do 'precariado' já estavam em curso contra tendências sociopolíticas e macroeconômicas – e, como se observou previamente, o maior custo político de se cortar uma transferência de renda efetiva para uma parcela importante da população- tendem a ser reforçadas. Indiscutivelmente tal evolução reforça o movimento até aqui observado de queda da parcela dos salários (do conjunto dos assalariados) na renda e de aumento da insegurança econômica para uma crescente parcela da força de trabalho.

Por outro lado, em função das rendas tecnológicas apropriadas pelas empresas inovadoras, as novas posições ocupacionais criadas nas atividades mais sofisticadas deverão apreender parte destas rendas fortalecendo (numa direção que já vinha se afirmando) a desigualdade nos mercados de trabalho. Em paralelo ao aumento da desigualdade interna dos países em decorrência do desemprego em serviços, do 'digital divide' e da precariedade dos mercados de trabalho, as tendências atuais apontam para um aumento da desigualdade entre

os países, entre os que em cada região pertencem ao 'centro' e os que conformam a 'periferia'. Com a Covid-19 o impacto imediato foi a destruição de emprego e o aumento da miséria e da desigualdade, sobretudo e especialmente nos países com elevada pobreza e desigualdade de renda e frágeis Estados de bem-estar social. Com efeito, o impacto social da pandemia é condicionado ao grau de exposição de cada país à pandemia e pela qualidade e o acesso aos serviços de saúde, pela infraestrutura e difusão da infraestrutura da economia digital⁵³ e pela maior disposição e capacitação de algumas nações para a implementação de uma política econômica ativa.

Os países periféricos do Sul da Europa com sistemas de saúde precários, alta dependência do turismo e baixa capacidade de mobilização de recursos foram pesadamente atingidos; de forma ainda mais grave, os países periféricos da América Latina⁵⁴. Elevada densidade populacional, habitações precárias, predomínio nos mercados de trabalho informais (assalariado, autônomo e pequena empresa) essencialmente voltados para a prestação de serviços pessoais fortemente são dimensões estruturais que ampliam os efeitos sociais da pandemia⁵⁵. Por outro lado, tendo em vista as condições antes assinaladas sobre o preço das commodities e os fluxos de IDE, muitos países periféricos pesadamente atingidos pela Covid-19 possuem elevada dívida externa e grande dependência aos fluxos financeiros voláteis (ou dependência ao turismo), tornando mais difícil a retomada do crescimento.

Desse modo, ao contrário das circunstâncias favoráveis criadas na primeira década de XXI (abundância de liquidez internacional, elevação do preço das commodities, grande demanda chinesa por produtos primários e políticas econômicas pragmáticas na gestão dos balanços de pagamentos), o cenário atual tende, como antes se argumentou, ao de maior dispersão do crescimento econômico ainda que de forma

53 "Because of weaker infrastructure and higher barriers to accessing technology (hardware and software) and online learning services, the negative impact of school and training closures on outcomes for learners is greater in low-income countries (and in poorer households in both low and high-income countries)" (ILO, 2020, p.9).

54 Segundo a CEPAL (2020), o percentual de pessoas na América Latina vivendo na pobreza será, no final de 2020, sete pontos percentuais mais alto do que o já elevado nível registrado em 2019.

55 No caso do Brasil, soma-se a subestimação e o negacionismo do Governo central tornando a experiência brasileira da pandemia uma das mais catastróficas da região.

desigual, segundo as distintas inserções geoeconômicas dos países periféricos e segundo suas distintas capacitações. É um cenário de divergência entre centros e periferias, a despeito do provável prosseguimento de convergência de renda per capita de alguns países em desenvolvimento, como a China, a Índia, o Vietnã.

Observações Finais e os Dilemas da Economia Brasileira

Argumentou-se, ao longo deste texto, que os cenários mais realistas sobre as próximas décadas são os decorrentes do aprofundamento ou da continuidade das tendências ora em curso, algumas destas acentuadas pela pandemia da Covid-19. Observou-se em relação à economia internacional que, em que pese a continuidade de alguns elementos estruturais e geopolíticos de longa duração, como a força do dólar como moeda central e o predomínio dos EUA como centro financeiro global, a ascensão chinesa das últimas décadas levou a um deslocamento da posição dos EUA como centro cíclico do crescimento da economia mundial. Esta transformação, ao lado dos conflitos sociopolíticos decorrentes do neoliberalismo aprofundados pela crise de 2008 e pela restauração conservadora que lhe seguiu, levaram a mudanças sob a gestão de Donald Trump do posicionamento dos EUA, tanto em relação à China quanto em relação à ordem liberal internacional. Com a grande crise global da Covid-19, as restrições de comércio e de investimento, o protecionismo e as intervenções do Estado sobre os mercados foram acentuados. Esta evolução pode vir a confirmar o crescente descolamento das taxas de crescimento da China e dos países com ela articulados em relação aos EUA e demais países. Discutiu-se que embora seja possível um cenário de retorno à austeridade fiscal é também possível que haja uma maior resistência política. Com efeito, é sempre mais difícil retirar políticas exitosas de rendas uma vez que elas adquiriram legitimidade social, incluindo a defesa de programas de renda mínima. Em relação à ascensão chinesa e à reação americana – possivelmente o fato de alcance geopolítico e geoeconômico de maior importância para a economia global – discutiu-se como os embargos americanos à transferência de tecnologia à China e sua estratégia de contenção vêm

estimulando o tecnacionalismo chinês e a adoção de estratégias de substituição de importações com impactos na economia mundial.

Em relação às tendências estruturais, discutiu-se como os movimentos já em curso poderão se aprofundar. A redução das CGV em bens, mas sua expansão em serviços, a digitalização destas atividades (uma tendência fortemente estimulada pela pandemia), ao lado da automação, da transição energética, e os impactos destas transformações sobre os mercados de trabalho e a distribuição de renda foram destacados. Estas tendências e transformações, argumentou-se, significam que as oportunidades serão muito desiguais na economia mundial. Com a redução do comércio externo (extrarregional) em bens como fonte de demanda e de aumento de competitividade, e redução dos fluxos de IDE associados ao comércio, as economias que contam com um amplo mercado doméstico e mercado regional integrado e possuem Estados nacionais capazes de coordenar uma abrangente política econômica e industrial apresentam uma evidente vantagem posicional. Estas políticas incluem a expansão do consumo das famílias e, sobretudo, dos investimentos públicos em infraestrutura econômica e social e em sistemas de inovação.

Aqui se encontram os impasses e os desafios da economia brasileira. Esta chegou ao novo milênio com um grande mercado interno combinando uma moderna agricultura com uma diversificada indústria, ainda que com baixa capacidade de inovação devido ao predomínio de ET nas atividades de maior conteúdo tecnológico e ampla heterogeneidade estrutural. Entretanto, após um período de moderado crescimento e redução de desigualdades, ocorrido na primeira década do novo milênio, desde 2015, quando as escolhas de política econômica se tornaram fortemente ortodoxas e, sobretudo a partir de 2018, com a eleição de um governo de ultradireita, o país tem caminhado na contramão das tendências mundiais buscando reeditar uma política econômica e um conjunto de reformas semelhante ao do 'Consenso de Washington', praticado entre os países periféricos nos anos 1990. Além da reprodução de uma agenda

que resultou em desastres macroeconômicos, o impasse atual é que esta anacrônica opção de política econômica se abate num contexto marcado por desemprego em massa e depressão econômica. Como se argumentou, o país foi duramente atingido pela pandemia (o número de infecções e casos fatais só é inferior ao dos EUA), deverá ter um crescimento fortemente negativo em 2020 e, devido à ausência de políticas fiscais anticíclicas e à redução das transferências emergenciais, a crise seguramente terá repercussões importantes nos anos à frente.

Se, do ponto de vista estrutural, o país conta com as oportunidades de retomada do seu desenvolvimento a partir tanto do aproveitamento (ainda que em menor ritmo) da demanda externa por alimentos e matérias-primas quanto, sobretudo, pelas possibilidades viabilizadas por seu amplo mercado interno, que em linha com as experiências internacionais poderia ser dinamizado pela expansão e modernização da infraestrutura (econômica e social) e integração das cadeias produtivas domésticas, revertendo parcialmente a desnacionalização e desindustrialização ocorrida nos últimos anos (Medeiros, Freitas & Passoni, 2019), encontra-se contido por opções doutrinárias e por sua política econômica assentada na 'austeridade fiscal'. Estas opções refletem o conjunto de interesses dos grupos econômicos e de suas forças políticas e distanciam o país das tendências mundiais, tanto no plano das questões ambientais quanto no plano das políticas industriais, na medida que tornam o país prisioneiro de um 'fiscalismo' ortodoxo, que amarra os investimentos públicos, e de uma visão que retira o Estado de qualquer protagonismo na política industrial, apostando todas suas expectativas na privatização da infraestrutura e num improvável aumento dos investimentos externos.

Referências Bibliográficas

ACEMOGLU, D. The Post-COVID State. Project Syndicate, Junho, 5, 2020; Disponível em: <https://www.project-syndicate.org/>. Acesso em: 04 ago 2020.

BALDWIN, R.; MAURO, B. W. Economics in the Time of COVID-19. London: Centre for Economic Policy Research, CEPR Press VoxEU, 2020. Org ebook. Disponível em: <https://cepr.org/sites/default/files/news/COVID-19.pdf>. Acesso em: 09 jun 2020.

BLANCHETTE, J.; HILLMAN, J. E. China's Digital Silk Road after the Coronavirus. CSIS, Center for Strategic & International Studies, (2020).

BLOOM, N. et al. The Impact of Chinese Trade on US Employment: The Good, The Bad, and the Apocryphal. 2019 Meeting Papers 1433, Society for Economic Dynamics, 2019.

CASTANEDA-NAVARRETE, J et al. COVID-19: International manufacturing policy responses. Cambridge: Institute for Manufacturing (IfM), University of Cambridge, 2020. Disponível em: https://www.ifm.eng.cam.ac.uk/uploads/ECS/Policy_Links/2020-04-07-COVID19A.pdf. Acesso em: 03 jun 2020.

CEPAL. Addressing the growing impact of Covid-19 with a view to reactivation with equality: new projections. Special Report N 5, Julho, 2020.

CHEN, C. et al. Comparing the energy transitions in Germany and China: Synergies and recommendations. Energy Reports, Volume 5, November 2019, Pages 1249-1260, 2019.

CHINA to form new development pattern on internal circulation. People Daily (on line), 07/08/ 2020.

COLBACK, LUCY. How to Navigate the US-China Trade War. Financial Times February, 28, 2020. Disponível em: <https://www.ft.com/content/6124beb8-5724-11ea-abe5-8e03987b7b20>. Acesso em: 05 mai 2020.

DELONG, B. What the Democrats Must Do. Project Syndicate, Junho, 2020. Disponível em: <https://www.project-syndicate.org/>. Acesso em: 04 ago 2020.

DIAMOND, J. The Coronavirus Crisis Should Usher in an Age of Global Cooperation. Financial Times, Maio, 28, 2020.

FELIPE, J. MEHTA, A. Deindustrialization? A global perspective. Asian Development Bank, Manila, The Philippines, Economics Letters, 149 (p148-151), 2016.

FIORI, J. L.; NOZAKI, W. Uma escalada militar em meio à crise pandêmica, Sul21, publicado em 15 maio, 2020. Disponível em: <https://www.sul21.com.br/opiniaopublica/2020/05/uma-escalada-militar-em-meio-a-crise-pandemica-por-jose-luis-fiori-e-william-nozaki/>. Acesso em: 10 jul 2020.

ILO. ILO Monitor: Covid-19 and the world of work. Fourth edition. Updated estimates and analysis. 23 May 2020.

IMF. World Economic Outlook, June, 2020.

KALESTSKY, A. Europe's Hamiltonian Moment. Project Syndicate, Maio, 21, 2020. Disponível em: <https://www.project-syndicate.org/>. Acesso em: 03 jul 2020.

- KOTZ, D. M. *The Rise and Fall of Neoliberal Capitalism*. Massachusetts, US: Harvard University Press, 2015
- KOTZ, D. M.; MCDONOUGH, T. *Global Neoliberalism and the Contemporary Social Structure of Accumulation*. In REICH, M. & KOTZ, D. (Org.). *Contemporary capitalism and its crises: social structure of accumulation theory for the 21st century*. New York: Cambridge University Press, p93-121, 2010.
- MAHBUBAN, K. *Has China Won?* New York: Public Affairs, Hachette Book Group, 2020.
- MCNALLY, C. *Chaotic mélange: neo-liberalism and neostatism in the age of Sino-capitalism*. *Review of International Political Economy*, 27:2, 281-301, 2020.
- MEDEIROS, C. A.; SERRANO, F.; FREITAS, F. *Regimes de política econômica e o descolamento da tendência de crescimento dos países em desenvolvimento nos anos 2000*. In CGEE. *Dimensões Estratégicas do Desenvolvimento Brasileiro. Continuidade e mudança no cenário global: desafios à inserção do Brasil*. Brasília, DF : Centro de Gestão e Estudos Estratégicos, 2016. v.5.
- MEDEIROS, C. A.; TREBAT, N. *Inequality and Income Distribution in Global Value Chains*. *Journal of Economic Issues*, Volume 51, No2 June, 2017.
- MEDEIROS, C. A.; FREITAS, F.; PASSONI, P. *Structural Change and the Manufacturing Sector in the Brazilian Economy:2000-2014*. In: Santarcangelo, J.E. (Ed). *The Manufacturing Sector in Argentina, Brazil, and Mexico*. Cham, Switzerland: Palgrave Macmillan, 2019.
- MILANOVIĆ, BRANKO. *Global in equality: a new approach for the age of globalization*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 2016.
- MUNGIOLI, R. P.; WILLCOX, L.D.; DAUDT, G. *Políticas econômicas de enfrentamento à COVID-19 – da conjuntura global ao (o)caso da indústria brasileira*. *BNDES Setorial*, n. 52, 2020. [no prelo]
- NATIONAL INTELLIGENCE COUNCIL. *Global Trends 2030: Alternative Worlds*, 2012. Disponível em: <https://publicintelligence.net/globaltrends2030/#:~:text=We%20believe%20that%20in%20the,and%20political%20conditions%20and%20relations>. Acesso em: 02 jun 2020.
- OZILI, P. E ARUN, T. *Spillover of Covid-19: impact on the Global Economy*. *SSRN Electronic Journal*, March, 2020.
- ORSZAG, P. *The Pandemic will make big companies more dominant than ever*. *Bloomberg Opinion*, 27/04/2020. Disponível em: <https://www.bloomberg.com/opinion>. Acesso em: 02 jun 2020.
- PIKETTY, T. *Capital in the Twenty-First Century*. Cambridge, MA: The Belknap Press of Harvard University Press, 2014.
- PISTOR, K. *The Code of Capital*. Princeton: Princeton University Press, 2019.

RODRIG, D. Will Covid-19 Remake the World? Project Syndicate, Março/Abril, 2020. Disponível em: <https://www.project-syndicate.org/>. Acesso em: 02 jul 2020.

ROGOFF, K. Deglobalization Will Hurt Growth Everywhere. Project Syndicate, Jun, 3, 2020. Disponível em: <https://www.project-syndicate.org/>. Acesso em: 02 jul 2020.

ROUBINI, N. The Coming Greater Depression of the 2020s. Project Syndicate, Abril, 28, 2020. Disponível em: <https://www.project-syndicate.org/>. Acesso em: 08 jul 2020.

SERRANO, F. Relações de Poder e a Política Macroeconômica Americana, de Bretton Woods ao Padrão Dólar Flexível. In FIORI, J. L. O Poder Americano, Petrópolis: Edit Vozes, 2005.

SHIBATA, I. The Distributional Impact of Recessions: the Global Financial Crisis and the Pandemic Recession. IMF Working Paper, WP20/96, Junho, 2020. Disponível em: <https://www.imf.org/en/Publications/WP/Issues/2020/06/19/The-Distributional-Impact-of-Recessions-the-Global-Financial-Crisis-and-the-Pandemic-49492>. Acesso em: 11 ago 2020.

SIMES, DIMITRI. China and Russia ditch dollar in move towards 'financial alliance. Financial Times, August, 16, 2020. Disponível em <https://www-ft-com.eur.idm.oclc.org/content/8421b6a2-1dc6-4747-b2e9-1bbfb7277747>. Acesso em: 03 set 2020.

STANDING, GUY. The precariat, the new dangerous class. New York: Bloomsbury Academic, ISBN 9781474294164, 2011.

STANSBURY, A.; SUMMERS, L. The Declining Worker Power Hypothesis. An Explanation for the Recent Evolution of the American Economy. Cambridge NBER W27193, 2020.

THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. Long-Term Macroeconomic Forecasts. Key Trend 2050, 2015. Disponível em: www.eiu.com. Acesso em: 04 ago 2020.

TOOSE, A. 'Corona Bonds' and Europe's north-south divide. Social Europe, 13 de Abril, 2020. Disponível em: <https://www.socialeurope.eu/>. Acesso em: 01 set 2020.

UNCTAD. Trade and Development Report 2020. From Global Pandemic to prosperity for All: Avoiding Another Lost Decade, Geneva, United Nations, (2020a).

UNCTAD. The COVID-19 Crisis: Accentuating the Need to Bridge Digital Divides, Geneva, United Nations, (2020 b).

WORLD BANK. The Potential Impact of COVID-19 on GDP and Trade. WB Policy Research Working Paper 9211, April, 2020. Disponível em: <http://documents1.worldbank.org/curated/en/295991586526445673/pdf/The-Potential-Impact-of-COVID-19-on-GDP-and-Trade-A-Preliminary-Assessment.pdf>. Acesso em: 8 set. 2020.

O Brasil do futuro: incertezas críticas e cenários econômicos para as próximas duas décadas

Pedro Rossi

Lucas Teixeira

Deixo aos vários futuros (mas não a todos)

meu jardim de veredas que se bifurcam.

Jorge Luis Borges

Introdução

Em 2012, quando a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) publicou o livro *Saúde no Brasil em 2030* (Gadelha, Carvalho & Pereira, 2012), as perspectivas para a economia brasileira eram radicalmente distintas. Naquela altura, ainda predominavam um mercado de trabalho aquecido, uma tendência de ganhos salariais e melhoras para os trabalhadores na distribuição funcional da renda. A agenda de política econômica dava amplo peso à atuação estatal no plano social e produtivo e às políticas de transferências de renda, e o papel do Estado na provisão de bens públicos parecia inquestionável. O cenário externo era uma fonte de incertezas, e a crise internacional ainda tinha desdobramentos imprevisíveis.

Naquele contexto histórico específico, Teixeira e Werneck Vianna (2013) desenharam cenários macroeconômicos para o futuro brasileiro e apontaram:

O país dispõe de um conjunto de fatores que podem favorecer o enfrentamento da turbulência externa e encontrar caminhos para que o cenário virtuoso se confirme. Tais fatores envolvem elementos de ordem

concreta – da transição demográfica à plataforma pré-sal – e de ordem institucional – em especial o sistema de bancos públicos de que o país dispõe. E envolvem também fatores de ordem subjetiva, manifestos na inflexão que a política macroeconômica parece estar experimentando (Teixeira & Werneck Vianna, 2013, p. 56).

De 2013 aos dias atuais, a economia brasileira passou por profundas transformações. Em 2015, houve uma virada na condução da política econômica que representou a vitória de um diagnóstico conservador sobre a economia brasileira, o qual impactou os rumos do nosso desenvolvimento. Um choque recessivo da política econômica contribuiu para uma das maiores crises da história brasileira ao promover um ajustamento negativo no mercado de trabalho, na trajetória do crescimento dos salários e na distribuição de renda (Rossi & Mello, 2017a).

Desde então, o Brasil tem avançado em reformas que consolidam o diagnóstico conservador e retiram as responsabilidades e os instrumentos do Estado para a condução do crescimento econômico, na regulação do sistema e na prestação de serviços sociais. Essa trajetória, no entanto, poderá ser fortemente impactada pelos efeitos da pandemia.

Se, por um lado, a pandemia agrava a crise econômica e social brasileira e tende a reforçar as desigualdades estruturais, por outro essa crise representa também um violento golpe na agenda econômica neoliberal e abre janelas de possibilidades para mudanças de rumo. Os cenários macroeconômicos para o futuro se tornam cada vez mais opacos, mas um cenário desejável, apesar de improvável, se torna possível.

Nesse contexto, o objetivo principal desta pesquisa é desenhar cenários macroeconômicos para um horizonte de vinte anos, com a finalidade de configurar situações-limite, prováveis ou improváveis, para ajudar a capacitar os pesquisadores, formuladores e gestores de políticas públicas de saúde a lidar com as incertezas do futuro. Para isso, dialoga-se com o livro *Saúde no Brasil em 2030* (Gadelha, Carvalho & Pereira, 2013) e artigos como Teixeira e Werneck Vianna (2013) e outros que se aventuram a fazer análises prospectivas para a economia brasileira. Ademais,

buscaremos avaliar, de um lado, o impacto da agenda da austeridade, considerando que esta conduz a diferentes cenários para o crescimento da demanda pública, que por sua vez tem impacto no consumo e no investimento privado; e de outro lado, o impacto de possíveis transformações no plano internacional do mundo que emerge pós-pandemia.

Para tanto, a pesquisa se estrutura em três partes. A primeira trata da metodologia para a construção de cenários e aborda a literatura internacional sobre o assunto, recuperando parte da literatura brasileira sobre prospecção de cenários em nosso país. A segunda parte faz uma breve análise retrospectiva sobre a economia brasileira apoiada na narrativa da construção e desconstrução de um modelo de desenvolvimento distributivo no Brasil. Por fim, a terceira e última seção apresenta cenários econômicos para o Brasil dos próximos vinte anos, considerando as incertezas críticas nos planos nacional e internacional.

Construção de cenários: metodologia e literatura

Origens e metodologias dos cenários estratégicos

É lugar-comum desacreditar as previsões feitas por economistas. Por isso, trata-se de uma tarefa potencialmente inglória escrever sobre a economia brasileira num horizonte de vinte anos. Dada a incerteza radical que existe sobre o tempo futuro, qualquer tentativa de previsão está fadada ao fracasso. A saída, nesse caso, é recorrer à construção de cenários. A construção de cenários não é um exercício de previsão. Não diz respeito a uma “verdade”, nem às preferências de quem o realiza. Esse exercício é necessariamente ficcional, baseado em hipóteses claras e explícitas. Apesar de ficcional, precisa ser plausível e coerente, mesmo que aparentemente improvável. Possivelmente, a característica mais importante que um cenário precisa possuir é ser útil e cumprir um propósito. Nesse caso específico, auxiliar a Fiocruz no seu planejamento estratégico, por meio de cenários macroeconômicos para a economia brasileira até o ano 2040.

Ramirez (2008) aponta uma série de motivos para se utilizar a metodologia de cenários. Alguns desses motivos são direcionados especificamente para a administração empresarial e negócios; outros, no entanto, são de caráter mais geral e têm relação com o caso aqui em discussão. Em primeiro lugar, podemos destacar que a construção de cenários serve como um arcabouço para se realizarem “experimentos conceituais” com a estratégia institucional. Como o planejamento estratégico da Fiocruz se encaixa em diferentes situações macroeconômicas? O quão robusto ele é para diferentes arranjos de políticas econômicas e suas consequências?

O mesmo autor indica ainda outros motivos para a utilização de cenários: ajudar a compreender e dar sentido a fenômenos complexos; antecipar eventos, quando previsões não são confiáveis; mapear incertezas e riscos. Com um leque de cenários em mãos, busca-se, portanto, criar uma “memória sobre o futuro” (Schwartz, 1991). Se os eventos se desenrolarem em alguma das direções apontadas, a resposta organizacional aos novos acontecimentos será mais rápida, reduzindo o custo de se lidar com mudanças.

Essa metodologia de cenários se torna mais relevante na situação em que nos encontramos hoje, que poderia ser classificada como “turbulenta” (Emery & Trist, 1965). Esse é o ambiente mais complexo, no qual as mudanças ocorrem em alta velocidade, como estamos vendo no Brasil e no mundo nos últimos anos. Nesse caso, a metodologia de cenários deve levar os planejadores e formuladores de políticas a desafiar o pensamento convencional. Ainda mais se tivermos em vista que essas mudanças (econômicas, políticas, sociais) são exógenas à Fiocruz. Portanto, ter em mãos um portfólio de cenários alternativos será muito útil para o planejamento organizacional.

A metodologia de cenários começou a ser desenvolvida nos EUA e na França no fim da Segunda Guerra Mundial. Possui uma dupla origem, tanto em cenários para questões militares quanto para negócios. Por conta disso, parte da sua história não é conhecida, pois foi gestada sob sigilo, seja militar, seja empresarial. Nos EUA, seu

desenvolvimento está associado ao trabalho na RAND Corporation feito por Herman Kahn, financiado pelo governo norte-americano. Na França, seu início está ligado ao trabalho feito por Gaston Berger no departamento de planejamento do governo francês (Ramirez, 2008; Chermack, 2003).

Os anos 1960 e 1970 representam um momento no qual a metodologia de cenários prospectivos ganha destaque. Richard Kahn funda o Hudson Institute, após sair da RAND Corporation, e publica em 1967 o livro *The Year 2000* (Kahn & Wiener, 1967), um marco nessa literatura. Sua abordagem de “pensar o impensável” (Kahn, 1962) é considerada uma característica da chamada “escola americana”. A década de 1960 é também o momento no qual Pierre Wack, trabalhando juntamente com a empresa Shell, propõe um cenário de crise no mercado de petróleo, em que os países produtores restringiriam a sua oferta com efeito nos preços internacionais. Ocioso apontar que em 1973 houve o chamado primeiro choque do petróleo comandado pela Organização dos Países Exportadores de Petróleo (Opep), no qual o preço do barril aumentou cerca de quatro vezes. A reação rápida da empresa a essa drástica mudança é creditada ao trabalho com cenários feitos no fim da década anterior (Van Der Heijden, 1996).

Chermack (2003) nos oferece uma boa revisão da literatura, ao apresentar diferentes metodologias e procedimentos de construção de cenários. Vamos aqui adaptar essa discussão metodológica para o caso de cenários macroeconômicos. Essas metodologias, de forma geral, enquadram-se dentre três possibilidades: modelagem qualitativa e aplicada (Amara & Lipinski, 1983), abordagem qualitativa (Kahn & Wiener, 1967) ou a abordagem de Millet e Randles (1986), que mistura elementos das duas anteriores.

Como aponta Chermack (2003), muitas metodologias de construção de cenários são guardadas sobre segredo comercial, pois foram desenvolvidas dentro de empresas privadas. Van der Heijden (1996) é uma das exceções a esse caso e apresenta sua abordagem de forma detalhada. Adaptando para cenários macroeconômicos,

o primeiro passo é identificar as incertezas relevantes, que o autor classifica de três formas: riscos, incertezas estruturais e o incognoscível. O primeiro caso está relacionado ao que se pode ser quantificado de forma probabilística, a partir de eventos conhecidos, já ocorridos. A incerteza estrutural diz respeito a eventos possíveis de serem imaginados, porém sobre os quais não se pode imputar nenhuma probabilidade. Já o incognoscível é o que sequer se pode imaginar.

Com base no mapeamento das incertezas, começa-se a construção de cenários. É um momento, destaca o autor, em que se deve “suspender a descrença” e usar a imaginação para se pensar em alternativas muito diferentes entre si. Os critérios sugeridos para se construir os cenários nessa fase são: pelo menos dois cenários para representar a incerteza; cada cenário precisa ser plausível, internamente consistente e relevante para o cliente; e precisa fornecer uma perspectiva nova e original. A partir disso, propõe trabalhar e recheiar os cenários mediante tendências e padrões-chave e ranquear as forças motrizes pela sua imprevisibilidade e seu potencial impacto.

Outra metodologia é a desenvolvida no âmbito da Global Business Network, baseada nos trabalhos de Wack (1985) e Schwartz (1991). Sua abordagem é do geral para o particular, identificando primeiramente qual é a questão central. Em seguida, deve-se identificar as forças motrizes dominantes no ambiente econômico, político, tecnológico, ambiental e social. Posteriormente, deve-se ranquear essas forças mediante dois critérios: o grau de importância e o grau de incerteza, para se construir os cenários com base nos *rankings* gerados, checando sua plausibilidade para ver se dão conta do problema inicial. A última etapa consiste em escolher indicadores-chave para verificar se os cenários estão evoluindo de acordo com os cenários ou não.

Uma terceira metodologia bem estabelecida é a da escola francesa, baseada principalmente no trabalho de Michel Godet (Chermack, 2003; Castro, 2017). Godet, em primeiro lugar, divide os cenários em duas categorias. Estes podem ser de situações futuras, em que apenas se descreve a posição final do cenário; e

dos cenários de desenvolvimento, em que se discute a sequência de eventos que levam à situação futura. Cada categoria pode ter três tipos de cenários: baseados em tendências, ou seja, os cenários que se consideram mais prováveis de ocorrer; de contraste, em que se exploram casos extremos; e normativos, que discutem a viabilidade de um futuro desejado.

Depois de se ter claros qual categoria e qual tipo de cenário será construído, essa abordagem propõe que se sigam três etapas. Primeiro, deve-se compilar as informações que serão usadas e construir uma matriz de impactos, com as relações causais entre as variáveis. Em seguida, deve-se verificar o leque de possibilidades. O objetivo dessa fase é a redução da incerteza por meio da identificação das variáveis-chave. A terceira e última etapa é o desenvolvimento dos cenários em si, pelo estabelecimento do conjunto de hipóteses e explicitação do caminho que conduz do presente ao cenário proposto para o futuro.

A última metodologia que vamos descrever é a *decision strategies international*, que pode ser apreendida dos trabalhos de Shoemaker (1993, 1995). Nessa metodologia, em comum com outras, o primeiro passo é definir o escopo do projeto, estabelecendo o horizonte temporal. Após isso, deve-se analisar as principais tendências tendo em vista o objeto e o interessado no cenário. A terceira etapa é mapear as incertezas-chave e estabelecer a relação entre as incertezas. A quarta etapa é a construção preliminar de cenários. Uma forma simples de se fazer é pela construção de cenários extremos, com todas as características negativas em um, todas as características positivas em outro. Por outro lado, uma técnica muito utilizada é o mapeamento de duas incertezas-chave que permitem a construção de quatro cenários. A partir dessa construção de cenários, deve-se checar a plausibilidade de cada um e tentar identificar pontos cegos. Por fim, deve-se escolher com quais cenários se irá trabalhar, utilizando como critério a consistência interna, sua relevância e se são desafiadores para o pensamento vigente. Esses cenários devem ser radicalmente diferentes entre si, não podem ser apenas a variação de um único tema. Devem também representar

uma situação estável e perene, para que a instituição que vá utilizá-los não se organize para algo passageiro.

A análise dessas diferentes metodologias de construção de cenários nos permite perceber alguns temas comuns e algumas características daqueles considerados eficientes. O uso de cenários deve desafiar o pensamento corrente dos tomadores de decisões; cenários devem contar histórias diferentes com amplo escopo, analisando questões aparentemente não relacionadas.

Não há um consenso sobre o número ideal de cenários a serem construídos. Wack (1985), por exemplo, sugere que não se utilizem mais do que três cenários. Ele aponta que o ideal é a construção de um cenário base, que represente o *business as usual*, e dois cenários ousados, baseados em incertezas críticas. Van der Heijden (1996), por sua vez, defende a ideia de que se usem mais de dois cenários, porém menos do que cinco. Segundo o autor, essa é a melhor forma de se captar a incerteza intrínseca ao se pensar o futuro. Tal quantidade de cenários permite também uma abordagem multidisciplinar que dê conta de diferentes visões de mundo.

Outro ponto comum a todas as metodologias discutidas é que os cenários são entendidos com uma história de amplo espectro, e não projeções certeiras de um ponto no tempo. Não obstante, é recomendado que se destaquem variáveis-chave que devem ser acompanhadas para que tomadores de decisões, formuladores de políticas públicas e planejadores possam avaliar, ao longo do tempo, se o mundo real está se direcionando para algumas das direções apontadas.

Escolhidas as incertezas críticas e desenhados os esboços com as principais características de cenários, o passo seguinte é tornar cada cenário mais robusto com o detalhamento do comportamento das principais variáveis econômicas. Em geral, tal detalhamento pode seguir duas estratégias distintas: modelos de equilíbrio geral ou modelagem em blocos.

Os modelos de equilíbrio geral costumam estabelecer as relações econômicas de produção, distribuição e demanda num bloco único. A ideia por trás de tal procedimento é definir relações lógicas entre os cenários macroeconômicos propostos e um conjunto de variáveis macroeconômicas. Essa determinação se dá pela separação e entendimento dos seus determinantes estruturais e permanentes daqueles elementos que são assistemáticos e conjunturais.

O exercício aqui proposto pode ser considerado de estática comparativa. Vamos contrastar a atual situação da economia brasileira com os diferentes cenários propostos. Os diferentes panoramas macroeconômicos podem ser entendidos como centros de gravidades. Isso significa que, caso o cenário qualitativo venha a vigorar, o sistema econômico oscilaria em torno dessa posição central. E por mais que saibamos que essas posições não vão se realizar de fato, sua utilidade é indicar para qual direção o sistema econômico se moveu.

Nosso detalhamento dos cenários macroeconômica é feito mediante a análise de fatores ou restrições estruturais, com abertura para se incorporar a fatores histórico-institucionais e à dimensão sociopolítica, que se manifesta, por exemplo, no conflito distributivo.

A perspectiva teórica parte de algo comum à heterodoxia econômica, a noção de separação (Serrano, 1988). Essa noção indica que a composição de um cenário macroeconômico global é feito segundo teorias parciais separadas. Os determinantes do produto e do emprego, por exemplo, são analisados em separado dos determinantes da distribuição. É claro, no entanto, que as inter-relações entre esses diferentes conjuntos teóricos também precisam ser analisadas para se ter consistência macroeconômica. Posteriormente, tais teorias devem ser combinadas para se montar um cenário macroeconômico completo.

Essa noção de separação não implica que esses corpos teóricos sejam completamente independentes entre si. Implica apenas que não existe uma relação

única estabelecida *a priori*, abrindo espaço para se levarem em conta diferentes arranjos históricos institucionais, conforme o cenário que for considerado.

Tal perspectiva é radicalmente oposta à teoria neoclássica, corpo teórico principal dentro do *mainstream* econômico (Lavoie, 2014). Nessa abordagem, existe um único princípio econômico para a determinação do produto, do emprego, dos preços relativos e da distribuição de renda entre salários e lucros: o princípio da substituição, como denominado por Alfred Marshall. É importante notar que tal princípio, presente nas abordagens do equilíbrio geral (original e contemporânea), já foi alvo de críticas teóricas ao longo da história do pensamento econômico, assim como de críticas empírica⁵⁶.

Sobre a prospecção de cenários no Brasil

Como ressalta Buarque (2003), a metodologia de cenários estratégicos começou a se disseminar no Brasil nos anos 1980. Alguns dos responsáveis por essa disseminação foram empresas estatais responsáveis por investimentos com longo prazo de maturação, como Eletrobras e Petrobras. Ou ainda o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), banco público responsável por grande parte do crédito de longo prazo no Brasil.

Castro (2014, 2017) discute a experiência história do BNDES com a formulação de cenários de acordo com o planejamento estratégico institucional. Segundo a autora, os cenários foram usados em quatro momentos diferentes: 1984, 1987, 2007 e 2012. Vamos discutir aqui essas quatro experiências de formulação e o uso de cenários do BNDES, com especial atenção para o cenário feito em 2012. Este último caso é de particular interesse, pois foi apresentando e discutido em artigo escrito por dois dos participantes do grupo de trabalho de construção de cenários da instituição (Castro & Souza, 2015).

⁵⁶ Para a história do debate teórico, ver Lazzarini (2011); para críticas empíricas, ver, por exemplo, Shaikh (1974).

Em 1984, ocorreu a primeira iniciativa do BNDES no uso de cenários no seu planejamento estratégico, visando ao horizonte temporal 1984-1990. Naquela ocasião, a conjuntura internacional estava marcada pelas consequências da segunda crise do petróleo, o aumento da taxa de juros norte-americanos empreendido por Paul Volcker na presidência do *Federal Reserve System*, a escassez de financiamento internacional e o início da crise da dívida externa dos países latino-americanos. No cenário doméstico, havia uma premência dos temas macroeconômicos, devido à elevada inflação e à falta de um projeto de desenvolvimento socioeconômico brasileiro. Nesse contexto, a determinação do BNDES foi usar a metodologia de cenários para o planejamento interno e para pensar a atuação futura da instituição.

De acordo com Castro (2014), a equipe do BNDES foi influenciada por Godet e seu método prospectivo. Sua metodologia seguiu quatro etapas. Primeiro, delimitaram os subsistemas a serem analisados: internacional, político, macroeconômico, produtivo e social. A segunda etapa consistiu de uma análise retrospectiva dos cinco subsistemas. Em seguida, foram definidas as estratégias dos principais atores. A quarta etapa envolveu a construção de quatro cenários, dos quais foram escolhidos dois.

O primeiro cenário foi escolhido por ser aquele que se considerava o mais provável de ocorrer. Este era chamado de “Cenário de ajustamento”, no qual a trajetória da economia brasileira seria condicionada pela necessidade de refinanciamento da dívida externa, e para tanto seria necessário um “ajuste”. Nesse cenário, considerado contraproducente ao crescimento e desenvolvimento econômico, a economia brasileira cresceria em média 4,5% ao ano, o que era considerado insuficiente para absorver toda a nova mão de obra que chegaria ao mercado de trabalho.

O segundo cenário escolhido foi o considerado “estratégico”. Nesse futuro alternativo, o novo governo que se iniciaria em 1985 teria capacidade de empreender políticas públicas para o desenvolvimento econômico e social, com isso o Brasil chegaria em 1990 com um crescimento médio de 7,0%. Nenhum dos cenários

contava com previsões econométricas das variáveis-chave, porém estas foram quantificadas para servir de guia de análise e testar a consistência das hipóteses adotadas.

Como destaca Castro (2014), é interessante notar que os dois cenários partem de uma mesma visão sobre os rumos da economia internacional. Ambos seriam favoráveis ao crescimento das exportações brasileiras a despeito do conjunto de políticas econômicas que fosse empreendido.⁵⁷

Em 1987, o BNDES empreende uma nova rodada de planejamento estratégico utilizando-se novamente da metodologia de cenários. O contexto econômico mudara em relação a 1984. Com o fracasso dos planos de estabilização no início da Nova República, a inflação elevara de patamar. Nessa conjuntura, os temas macroeconômicos dominavam ainda mais as preocupações dos formuladores de política econômica, em especial a questão do controle inflacionário, em detrimento do planejamento do desenvolvimento.

No entanto, a despeito do horizonte de curto prazo das preocupações macroeconômicas, o BNDES expande o horizonte temporal dos seus cenários, mirando o ano 2000. Novamente foram apresentados dois cenários, mas agora com hipóteses diferentes da economia internacional para cada um destes. São eles: “integração competitiva” e “fechamento”.

De acordo com Castro (2017), o diagnóstico era que o processo de substituição de importações havia se esgotado no Brasil e, do ponto de vista produtivo, o país já estaria atrasado em relação à mudança de paradigma tecnológico que se verificava na época (microeletrônica). O Estado brasileiro, por sua vez, encontrava-se desestruturado, sem capacidade de planejar e executar investimento público, visto como central para o processo de desenvolvimento econômico. Por outro lado, havia

⁵⁷ Um fato curioso destacado por Castro (2017) é que no documento no qual é feita a discussão dos cenários (BNDES, 1984) é possível perceber uma semelhança com as hipóteses do livro de Castro e Souza (1985), *A economia brasileira em marcha forçada*. Isso não é mero acaso. Antonio Barros de Castro e Francisco Eduardo Pires de Souza, os dois autores do livro, trabalharam como consultores do BNDES nesse processo de planejamento estratégico.

uma visão positiva sobre o capital produtivo estrangeiro, por trazer novas técnicas produtivas, gerenciais e mercadológicas, e também sobre a maturidade da indústria nacional, que teria capacidade de exportar manufaturados em larga escala.

O cenário “integração competitiva” era o considerado estratégico, que orientou o planejamento institucional. Em tal cenário, a economia brasileira viveria um ciclo virtuoso, no qual conseguiria expandir as exportações e o mercado interno, o que permitiria ganhos de produtividade para a indústria nacional, enquanto o Estado conseguiria modernizar suas instituições.

Já o cenário “fechamento” seria o oposto: a economia internacional seria caracterizada por crises financeiras, elevadas taxas de juros, redução do comércio internacional, culminando em estagnação ou até recessão. Nesse contexto, não haveria oportunidade para avanço produtivo ou modernização institucional, de tal sorte que a política econômica seria meramente de caráter defensivo e reativo.

Apesar de não estar explícito nas fontes consultadas, aparentemente foi utilizada a metodologia de cenários de contraste, conforme sugerido por Godet (Chermack, 2003). Um cenário contém todas as características positivas da economia doméstica e da economia internacional; o outro contém todas as características consideradas negativas ou desfavoráveis.

O BNDES volta a realizar internamente a construção de cenários em 2007, vinte anos após sua última experiência desse tipo. O Brasil e o mundo se encontram em outro contexto. A economia internacional passa por um boom do preço das commodities, crescimento do comércio internacional, em parte devido à ascensão da economia chinesa, e há um longo ciclo de liquidez internacional.

No ambiente doméstico, a inflação elevada era um problema resolvido há mais de dez anos, e o segundo governo Lula perseguia de forma consistente políticas de desenvolvimento econômico e social, com políticas de transferência de renda, aumento real do salário mínimo, do crédito interno e do investimento público.

Nessa ocasião, foram criados cenários em dois níveis, macrocenários sobre o Brasil e o mundo, e cenários internos do BNDES. Castro (2017) afirma que a metodologia utilizada foi muito semelhante à implementada na reflexão de cenários de 2012. Como já mencionado, essa última experiência está bem detalhada em Castro e Souza (2015), portanto a discutiremos com mais atenção.

De acordo com Castro e Souza (2015), o trabalho de construção de cenários de 2012 foi inspirado pela metodologia de Pierre Wack, tendo em vista o horizonte temporal do ano de 2030. Nesse documento, podemos depreender as etapas seguidas pela equipe de cenários do BNDES. O primeiro passo foi a análise retrospectiva da economia internacional e da economia nacional. Essa análise teve como objetivo avaliar quais seriam os “fatos portadores de futuro” ou “sinais do presente” (Castro & Souza, 2015, p. 404). Destes são retiradas as tendências correntes entendidas como capazes de moldar o futuro. Também são elencados os “fatos invariantes” que devem estar presentes em qualquer cenário.

A etapa seguinte é avaliar as “incertezas”, que são os condutores aos possíveis futuros distintos. Com base nessa análise, os autores discutem duas incertezas críticas, que são as hierarquizadas como as mais importantes para a construção dos cenários alternativos e representam, portanto, a bifurcação relevante das diferentes trajetórias. De acordo com os autores, foi escolhida uma incerteza crítica para o cenário internacional e uma incerteza crítica para o Brasil. A combinação dessas duas incertezas culminou na construção de quatro cenários alternativos, cada um batizado com o nome de uma música brasileira.

Combinando o cenário para o mundo de “liderança compartilhada” com o cenário para o Brasil de “desenvolvimento pactuado”, foi construído o cenário “sonho meu”. Este é o cenário mais otimista. O ambiente internacional é estável e afluyente. EUA e China compartilhariam a liderança geopolítica mundial, que os autores denominam *Pax* sino-americana, com a União Europeia tendo ainda proeminência, porém

menos importante que os dois países anteriores. Seria um cenário no qual os países em desenvolvimento também ganhariam mais relevância política e econômica no plano internacional.

A conjuntura doméstica, por sua vez, seria um concerto político que permitiria um desenvolvimento econômico e social, ecologicamente sustentável, com melhora da inserção internacional do país acional. Ou seja, o arranjo político, econômico e social interno seria tal que o Brasil conseguiria usufruir da melhor forma possível a bonança internacional.

O caso para contraste é o chamado “o mundo é um moinho”, no qual o mundo se encontra em uma “multipolaridade conflituosa” e o Brasil está uma situação de “dependência e fragmentação política”. Nesse caso, a situação internacional é bastante adversa. Há um desarranjo do ordenamento internacional tal qual o conhecemos, com um regresso a políticas nacionalistas. Há instabilidade financeira internacional e instabilidade política em diversos países. O cenário doméstico brasileiro também é de instabilidade política e econômica. A inserção internacional é meramente passiva, com regressão produtiva e social.

Os outros dois cenários são casos intermediários. A combinação do cenário mundial de liderança compartilhada com cenário brasileiro de dependência e fragmentação política resulta no cenário denominado “deixa a vida me levar”. O comportamento passivo da economia brasileira com um ambiente internacional favorável proporciona ao país bons resultados nas fases ascendentes do ciclo internacional, porém sem apresentar melhoras estruturais.

Já a combinação de uma multipolaridade conflituosa no mundo com o Brasil experimentando um desenvolvimento pactuado resulta no cenário “apesar de você”. Este cenário, como ressaltam Castro e Souza (2015), não é inédito na história econômica brasileira. A adversidade externa resulta numa mobilização de forças internas diante das dificuldades impostas pelo cenário internacional, com alguma capacidade de promover o desenvolvimento do país.

Todos os cenários possuem discussão qualitativa, e também são quantificadas as variáveis econômicas-chave para servir de referência analítica.

O último trabalho de cenários prospectivos de temática macroeconômica que vamos discutir foi o realizado no âmbito do projeto da Fiocruz “A saúde no Brasil em 2030”, por Teixeira e Werneck Vianna (2013). Os autores fundamentam a construção de cenários num longo retrospecto da economia brasileira, desde 1930, contrastando seus períodos de intenso crescimento com os períodos de baixo crescimento.

É interessante notar a visão pessimista sobre a economia internacional que perpassa os três cenários construídos. Isso se deve a uma influência do momento no qual o trabalho foi feito. Naquela ocasião, o mundo ainda se recuperava da Grande Recessão de 2008-2009, a maior crise econômica desde o Crash de 1929 e a Grande Depressão dos anos 1930. E se em 2012 os EUA já haviam superado a recessão, sua economia ainda crescia muito lentamente, e a Zona do Euro enfrentava uma grave crise econômica relacionada ao endividamento elevado de diversos países-membros.

A metodologia utilizada passa por construir um cenário otimista, de caráter normativo, chamado de “cenário otimista e possível”. Tal cenário foi construído com base em hipóteses comuns a todos os cenários e um rol de políticas econômicas que deveriam ser perseguidas para se alcançá-lo. Nesse cenário, a economia brasileira cresce em média 4,0% ao ano, continuando sua trajetória de redução das desigualdades sociais, com crescimento do salário mínimo real e aumento da participação dos rendimentos do trabalho na renda nacional.

Nesse cenário, a política econômica logra resultados positivos, a despeito do cenário internacional pessimista. Em especial, a redução dos juros e o crescimento econômico permitiriam uma redução do superávit primário a zero, com recomposição da capacidade do Estado de se endividar e gastar. Isso é fundamental, pois, como destacado pelos autores, para se atingir tal cenário seria necessário um grande conjunto de investimentos, públicos e privados, em saúde, educação e infraestrutura.

Adicionalmente, haveria também um conjunto de políticas industriais e agrícolas, de maneira que a geração de empregos se daria em postos qualificados, com elevada remuneração.

Os outros dois cenários considerados são aqueles nos quais não se chega a uma situação mais favorável devido a obstáculos, inclusive a não adoção de políticas econômicas recomendadas no cenário otimista/normativo.

O primeiro deles é o “cenário pessimista e plausível”. Este é um cenário dominado por políticas econômicas conservadoras, que os autores chamam de monetaristas. Dessa forma, a política econômica é dominada por uma elevada taxa de juros com objetivo de se manter a inflação sobre controle e para se financiar o balanço de pagamentos por meio da entrada de capitais especulativos de curto prazo. Essa política monetária teria como consequência um elevado gasto financeiro do Estado, que provocaria um grande endividamento público. A política fiscal seria então dominada pelo objetivo de se gerarem superávits primários crescentes para se estabilizar a relação dívida/PIB, minando a capacidade estatal de liderar o crescimento via gasto público. Assim, o PIB cresceria igual à taxa de crescimento populacional (0,63%), com estagnação das melhoras sociais e distributivas alcançadas no período anterior.

O terceiro cenário apresentado pelos autores é chamado de “conservador e provável”. Este é o cenário que podemos chamar de *business as usual*, no qual a economia brasileira seguiria as tendências da conjuntura sob a qual o trabalho foi realizado. A economia brasileira cresceria a uma média de 2% ao ano, com relativo baixo desemprego, porém sem melhoras sociais e distributivas significativas.

Ainda é cedo para uma avaliação desses cenários, posto que seu horizonte temporal é 2030. Porém, até agora, o desempenho da economia brasileira é ainda pior do os autores consideravam pessimista e plausível.

Breve análise retrospectiva das últimas duas décadas

O Brasil adentra o ano 2021 do mesmo modo que iniciou o ano de 2001, em meio a uma instabilidade econômica e uma agenda econômica liberal. Mas esses vinte anos não foram uma continuidade no plano econômico. Entre 2003 e 2014, o país viveu um ciclo de crescimento caracterizado por uma agenda distributiva que, apesar de inúmeras contradições, logrou melhoras sociais significativas. Esta seção propõe uma breve narrativa sobre a construção desse modelo distributivo no Brasil – suas virtudes, seus erros, limites e lacunas – e o seu desmonte.

A construção e os limites do modelo distributivo

Os governos do PT construíram um modelo de desenvolvimento com muitos equívocos, mas cuja maior virtude foi a melhora no mercado de trabalho e na renda dos mais pobres. Apoiado na criação de um mercado de consumo de massas formado mediante políticas distributivas e ampliação do acesso ao crédito, esse modelo proporcionou um ciclo virtuoso de crescimento com distribuição de renda e mostrou que não há oposição direta entre aumento de salários, emprego e produtividade.⁵⁸ Ou seja, os salários não impactaram apenas como custos de produção do lado da oferta, mas também do lado da demanda, gerando renda e crescimento. Ao contrário do discurso conservador, esse crescimento não foi artificial, tampouco foi puxado exclusivamente pelo consumo: nesse período, a taxa de investimento cresceu mais do que o consumo e do que o PIB, com exceção de 2009, por conta da crise internacional.

Esse modelo teve lacunas, uma vez que sua ênfase esteve na inclusão social pelo mercado de consumo de bens privados e não de bens públicos, permitindo à população mais pobre ascender ao mercado consumidor sem, no entanto, ampliar de forma adequada o acesso à cidadania e aos direitos sociais. Tal modelo também teve fragilidades que vieram à tona a partir da crise internacional de 2008

⁵⁸ Segundo Bielschowsky (2014), a constituição de um mercado de consumo de massas era uma estratégia econômica deliberada dos governos do PT e foi explicitada no programa de governo do partido em 2002 e nos planos plurianuais (PPA) elaborados ao longo do governo Lula.

e que consistiram essencialmente na ausência de uma estratégia coordenada para o desenvolvimento produtivo. Adaptando os termos de Celso Furtado, o Brasil promoveu uma modernização dos padrões de consumo da população sem promover uma modernização equivalente da estrutura produtiva (Rossi & Mello, 2017a).

Nesse período, recuperou-se parte do arcabouço desenvolvimentista, mas de forma tímida e fragmentada. Sobretudo, não houve coesão institucional e planejamento estratégico. A política de crédito dos bancos públicos, por exemplo, pouco conversava com as políticas tecnológicas, que não dialogavam com a atuação das empresas estatais, que por vezes se opunham à política macroeconômica do governo. Nesse último ponto, a persistência de altas taxas de juros e, em particular, a de uma taxa de câmbio apreciada contribuíram para o enfraquecimento do setor produtivo brasileiro.

Os efeitos da crise internacional agravaram os problemas produtivos e tornaram evidente a queda de competitividade das empresas brasileiras. O cenário internacional mudou completamente e acirrou a disputa por mercados, e as exportações de países como a China, diante da desaceleração da demanda nos países centrais, foram redirecionadas para países com algum dinamismo no mercado consumidor, como o Brasil. Nesse contexto, as cadeias produtivas brasileiras foram sendo corroídas pelo aumento do conteúdo importado, e o empresário brasileiro foi se tornando cada vez mais um importador.

Erros de percurso e o industrialismo

Em 2011, quando Dilma Rousseff assumiu a Presidência, o modelo de desenvolvimento já dava sinais de esgotamento por motivos domésticos (ligados à perda de dinamismo do ciclo de consumo e de crédito) e externos (por causa da crise internacional e do acirramento da disputa por mercados). A combinação desses efeitos diminuiu a capacidade da oferta de acompanhar a demanda interna

ainda aquecida. Assim, o dinamismo da demanda doméstica começou a vazar para fora, aumentando os déficits externos, e a indústria brasileira tornou-se cada vez mais vulnerável e mais importadora de bens intermediários.

Era hora de mudar a orientação do modelo econômico, e a opção estratégica adequada era reforçar a infraestrutura – produtiva, urbana e social – como elemento dinâmico e assim estimular o investimento e a produtividade.

Nesse plano, os resultados foram muito aquém do desejado. O governo apostou suas fichas no setor privado por meio de políticas de oferta como a ampliação do crédito subsidiado, as concessões públicas, o realinhamento de preços macroeconômicos (redução de juros, logo revertida, e a desvalorização cambial), a redução de custos de energia e dos *spreads* bancários e a forte desoneração fiscal. Essa última política marcou uma gestão fiscal caracterizada por um ajuste fiscal em 2011 que freou a economia brasileira, com desonerações e por manobras contábeis (Mello & Rossi, 2018). Trata-se de uma agenda “industrialista”, não no sentido de industrializante, mas no de favorecer os interesses dos setores industriais, ou o que Carvalho (2018) identificou como “Agenda Fiesp”.

Como resultado, o setor privado não respondeu aos estímulos do governo, e a combinação de baixo crescimento com desoneração fiscal gerou uma enorme queda na arrecadação que deteriorou fortemente as contas públicas. Nada disso seria tão grave se não servisse de pretexto para uma virada na política econômica cujo efeito é a desconstrução gradual do modelo distributivo que, mesmo com a desaceleração econômica, apresentava continuidade na redução da pobreza e com taxa de desemprego na mínima histórica em 2014.

No fim de 2014 se anunciou um déficit primário de 0,6% do PIB, que certamente não é um resultado confortável, mas nada excepcional quando comparado a outros países, como o Chile (1,4% de déficit primário em 2014), dos Estados Unidos (3%) e do Japão (7%). Do lado dos estoques, a dívida bruta cresceu, mas estava longe do

patamar de 2002, quando chegou próximo de 80%, e a dívida líquida permaneceu em patamar absolutamente confortável (em torno de 35%), próximo à mínima da série histórica.

Apesar disso, prevaleceu a narrativa da catástrofe fiscal, do colapso das contas públicas e de que era preciso um ajuste agudo do modelo econômico que recuperasse a credibilidade dos mercados e repensasse o papel do Estado na economia. Estabeleceram-se os condicionantes necessários para a virada para a austeridade.

A virada para a austeridade

A vitória do diagnóstico conservador na construção da narrativa econômica foi base para uma profunda mudança no modelo econômico. A partir de 2015, o “experimento liberal” apoiado em uma “terapia de choque” provocou um desajuste na economia brasileira, com aumento da inflação e do desemprego, transformando uma estagnação econômica na maior depressão brasileira desde a década de 1930.

Essa terapia de choque se constitui de um choque fiscal, um choque de preços e um choque monetário, conforme discutido em Rossi e Mello (2017b). No plano fiscal, o gasto público primário do governo federal se contraiu 2,9% em termos reais em 2015, e o investimento público foi a principal vítima dos cortes: caiu em torno de 40% em termos reais. Essa contração, simultaneamente ao desempenho ruim das demais variáveis de demanda (consumo, investimento privado e demanda externa), se mostrou pró-cíclica, aprofundou a recessão e contribuiu para a queda da arrecadação no mesmo período.

O governo optou por uma estratégia de choque nos preços administrados em detrimento de uma estratégia gradualista. Esse tipo de reajuste tem um alto grau de difusão em uma economia muito indexada, na qual a formação de preços é extremamente oligopolizada e conta com um alto grau de repasses de custos para o consumidor. O resultado foi a maior inflação ao consumidor desde 2002.

A taxa de juros Selic, que até outubro de 2014 estava em 11%, escalou para 14,25%. Com essa política monetária, o Banco Central tratou a inflação brasileira como se fosse um problema de excesso de demanda em um momento de contração de demanda e de choque de custos. Além de ineficaz para reduzir a inflação, a contração monetária contribuiu para a recessão ao aumentar o custo do crédito e o custo de oportunidade para o investimento produtivo. Esses três elementos não explicam totalmente a crise econômica, mas certamente contribuíram para ela.

A desconstrução do modelo distributivo

A virada para a austeridade do governo Dilma Rousseff serviu como antessala para o *impeachment* que a destituiria do poder. O rápido aumento do desemprego, a queda na renda e a inflação na casa de dois dígitos criaram as condições econômicas para uma ruptura institucional – ruptura essa a serviço de um projeto econômico cujo objetivo era reformular os padrões de relação entre Estado, mercado e sociedade, apresentando-se claramente no projeto de emenda constitucional que configura a diretriz econômica de Temer-Meirrelles.

A EC95 estabelece um novo regime fiscal no Brasil, no qual o gasto público primário não deve ter aumento real ao longo dos anos, ou seja, o gasto do ano em exercício não deve ser maior do que o gasto do ano anterior acrescido da inflação do ano anterior.

Nesse sentido, além de uma virada para a austeridade, o que diferencia o projeto de Temer é a imposição de reformas estruturais que modificaram a gestão econômica e o papel do Estado na provisão de bens e serviços públicos. Com a regra de gasto, conforme o país cresce, o Estado diminui relativamente ao PIB podendo chegar a um patamar em torno de 40% inferior em vinte anos. Da mesma forma, à medida que a população cresce, o gasto público per capita se reduz.

A eleição de Bolsonaro com uma agenda radical no plano dos costumes marca a continuidade da agenda econômica neoliberal. A lógica segue a de desmontar a capacidade do Estado de promover políticas sociais, induzir o crescimento e transformar a estrutura produtiva. Trata-se de uma nova concepção de atuação do Estado, absolutamente incompatível com os fundamentos da Constituição de 1988 e com a ideia de cidadania, que atribui aos cidadãos o direito à saúde, educação e outras garantias sociais e ao Estado o dever de prover esses serviços.

Análise prospectiva para os próximos vinte anos

Com base na análise retrospectiva apresentada na seção anterior, vamos apresentar nesta seção os cenários alternativos para os próximos vinte anos. Para a construção desses cenários, o primeiro passo será elencar e discutir uma incerteza crítica para o ambiente internacional e outra para o Brasil. Cada incerteza crítica abre possibilidade para dois caminhos distintos. O cruzamento das incertezas críticas resultará em quatro cenários distintos, que serão discutidos na última subseção.

Antes de mais nada, é importante discutir um aspecto central para a articulação dos diferentes futuros: a pandemia pela qual atualmente estamos passando causada pela Covid-19. Uma pandemia, por si só, é um evento causador de uma incerteza radical. É muito difícil prever sua evolução, ainda mais se levarmos em conta as possibilidades de mutações do vírus. Do ponto de vista econômico, a pandemia e as medidas de isolamento social para contenção da contaminação causam um choque simultâneo de oferta e de demanda. Atividades produtivas foram interrompidas, com eventual quebra de empresas e destruição de postos de trabalho. Do lado da demanda, o isolamento social reduz drasticamente a demanda por uma série de produtos e, especialmente, serviços. O aumento do desemprego e a queda da renda agravam ainda mais a situação.

Diante dessa incerteza, iremos adotar uma única hipótese a respeito do desenrolar da pandemia. Vamos supor que até o fim de 2022 a pandemia será contida e, por

isso, essa conjunção de choques negativos de oferta e demanda terá chegado a um fim. Para os nossos cenários de 2040, portanto, a pandemia terá influência pela forma com que vai afetar as relações econômicas, políticas e sociais, tanto no plano doméstico quanto no plano internacional.

Identificação de incertezas críticas

O plano internacional

Para seguir na construção dos nossos cenários, precisamos discutir os rumos da economia internacional, com atenção às dimensões geopolíticas e geoeconômicas. Vamos discutir nesta seção os elementos de continuidade, que estarão presentes em qualquer cenário, e as chamadas incertezas críticas, que representam a bifurcação que conduz a diferentes futuros.

O primeiro elemento de continuidade é a manutenção da proeminência dos EUA no cenário internacional. Parece que as notícias do fim do poder americano são manifestamente exageradas – e de tempos em tempos voltam a aparecer. Com a derrota na Guerra do Vietnã e o fim da conversibilidade do dólar ao ouro, nos anos 1970, e os crescentes déficits externos apresentados pela economia americana nos anos 1980, muito se falou na época sobre o ocaso do poder americano. Como apontado por Tavares (1985) no calor do momento, e como sabemos hoje em dia, não foi o caso. O poder americano foi reforçado nesse momento. Nos anos 2000, com as dificuldades enfrentadas na Guerra do Iraque e com a crise iniciada em 2008, novamente falou-se em crise terminal do poder americano. Tampouco foi o caso.

Como apontam Medeiros (2004) e Serrano (2004), a retomada da hegemonia americana cumpriu um triplo papel. Em primeiro lugar, foi o movimento central para se ganhar a Guerra Fria, culminando no fim da União Soviética e do bloco socialista. Também no campo internacional, consolidou a liderança dos EUA ante os demais países. No entanto, também foi um ataque interno, contra os sindicatos, o estado de

bem-estar social e o excesso de democracia (Medeiros, 2004). Com isso, restaurou e ampliou o poder de barganha das classes proprietárias no conflito distributivo interno (Serrano, 2004).

Seguindo a definição de Cardoso de Mello (1998), podemos afirmar que os EUA mantêm e manterão o controle nas três dimensões que compõem o poder capitalista: controle do poder político-militar; controle da inovação tecnológica e do progresso técnico;⁵⁹ e controle da moeda e da finança internacionalizada. Isso nos conduz para mais um elemento de permanência, que estará nos diversos cenários: o sistema monetário internacional continuará baseado no padrão dólar flexível (Serrano, 2016). Tal sistema monetário, surgido no ocaso de Bretton Woods, mostrou-se bastante resiliente. Não foi a causa da Grande Recessão (2008-2009), tampouco foi afetado por ela. Também não parece estar sendo afetado pela corrente crise, causada pelos impactos da Covid-19. O dólar continuará sendo moeda-chave para a circulação financeira e comercial no plano internacional ⁶⁰.

Outro elemento de continuidade na ordem internacional é a ascensão da Ásia. Como destaca Milanovic (2019), um fato notório do mundo contemporâneo é o balanceamento de poder econômico entre os países desenvolvidos ocidentais (Europa e EUA, em particular) e a Ásia. Segundo o autor, os níveis relativos de renda entre os países voltaram ao que se verificava antes da Revolução Industrial, a partir da qual ocorreu a grande divergência entre as duas regiões.

Dentro da ascensão asiática, o principal destaque é a China com seu acelerado desenvolvimento econômico, que combina elevadas taxas de crescimento com mudança estrutural e planejamento central. Ainda de acordo com Milanovic (2019), a China apresenta um tipo particular de capitalismo, chamado de “capitalismo

59 O controle nessa dimensão não precisa ser entendido de modo absoluto. A despeito de as empresas norte-americanas não estarem apresentando o desenvolvimento da tecnologia de telecomunicações 5G, essa é a primeira dificuldade tecnológica enfrentada pela economia norte-americana em longo tempo.

60 O projeto de internacionalização da moeda chinesa, em curso desde a crise de 2008, não parece ter como objetivo estratégico tomar o lugar do dólar no sistema monetário internacional. Seu objetivo parece ser defensivo, de reduzir a dependência chinesa do dólar e, com isso, ficar menos vulnerável a turbulências financeiras internacionais.

político”, que tem como característica ser liderado pelo Estado. Além da China, outros países adotam esse modelo na Ásia (Cingapura e Vietnã, por exemplo), mas também na Europa (Rússia é o principal exemplo) e na África.

Entendemos aqui que a China persegue seus objetivos geopolíticos e geoeconômicos com planejamento de longo prazo e consistência na sua política econômica. Portanto, nos diferentes cenários, consideraremos que a China seguirá crescendo e se desenvolvendo e, com isso, ocupando um papel cada vez mais proeminente no cenário internacional. Como afirma Milanovic (2020), a China subiu de patamar no cenário internacional, estabelecendo-se como a desafiante número um dos EUA. No entanto, não consideramos que ocorrerá no horizonte de 2040 um ataque direto e objetivo do poder americano por parte da China. Tudo leva a crer que a estratégia chinesa opera num horizonte temporal ainda mais extenso.

As incertezas que nos ajudam a pensar nas diferentes possibilidades de futuro advêm, principalmente, dos países centrais. As promessas da globalização, o fim das fronteiras nacionais e de uma governança global benevolente liderada pelos EUA não foram entregues. A Europa apresentou baixo crescimento a partir dos anos 1990 e sofreu uma grande crise econômica na Zona do Euro, após a crise de 2008 iniciada nos EUA. Além disso, todos os países centrais apresentaram um aumento contínuo da desigualdade de renda e riqueza, conforme discutido e documentado em Piketty (2014) e Milanovic (2016).

Baixo crescimento, aumento das desigualdades, realocização produtiva para países de menor custo do trabalho e consequente redução do emprego, tudo isso gerou um grande descontentamento com consequências políticas. Uma das formas pelas quais o tal descontentamento se expressou foi pelo recrudescimento do nacionalismo visto nos últimos anos. Partidos nacionalistas ou de extrema-direita aumentaram sua participação nos parlamentos dos principais países da Europa. O *Brexit* apresentou a porta de saída do Reino Unido da União Europeia, decidida em plebiscito. Nos EUA, foi a eleição de Trump, em 2016, com discurso nacionalista, protecionista, antiglobalizante.

O nacionalismo também recrudescer no Leste Europeu, nos países que formavam o bloco comunista durante a Guerra Fria. De acordo com Milanovic (2017), a democracia liberal nesses países foi apenas uma conveniência momentânea com o fim do comunismo, que ajudava esses países e suas elites políticas a terem maior aceitação internacional. Segundo o autor, as forças que se estabelecem nesses países a partir dos anos 1990 são essencialmente nacionalistas.

A correlação de forças internas nos países centrais (e a forma de mediação do conflito distributivo e dos conflitos políticos) desempenha, portanto, uma incerteza crítica, que ajuda a moldar os diferentes cenários. Dessa forma, podemos ver dois cenários para a economia internacional. No primeiro cenário, chamado de globalização 2.0, vemos uma reestruturação da liderança benigna dos EUA. A pandemia vai deixar como um dos seus resultados uma tendência a maior intervenção dos Estados na economia – e maior aceitação política de tal intervenção. Com isso, esses países serão capazes de empreender políticas econômicas no âmbito doméstico que acelerem o crescimento dos salários, de forma a reduzir as desigualdades, alcançando maior estabilidade política. Nesse cenário, o conflito distributivo nos países centrais é arbitrado segundo o entendimento de que as tendências distributivas dos últimos cinquenta anos não são aceitáveis e de que foram deletérias para a coesão social.

Também nesse cenário, teremos um aumento do comércio internacional puxado pelo crescimento econômico chinês e também das demais economias, tanto centrais como periféricas. Não se deve esperar uma tendência favorável aos termos de troca, pois, se por um lado a demanda chinesa por matéria-prima coloca uma pressão alta no preço das *commodities*, por outro o aumento do custo do trabalho nos países centrais, em linha com a redução da desigualdade da distribuição de renda, colocará também uma pressão alta nos preços dos seus produtos de exportação.

Condizente com a melhora distributiva, os países centrais, em especial os EUA, manterão taxas de juros baixas, propiciando um longo ciclo de liquidez internacional.

O ciclo financeiro e a abundância de liquidez internacional são de fundamental importância para os países em desenvolvimento, pois historicamente a restrição externa (o acesso a divisas, nesse caso, o dólar) é a principal restrição econômica a processos sustentados de crescimento e desenvolvimento. Dessa forma, tal cenário será propício ao desenvolvimento econômico para os países que consigam atingir consenso interno em prol de políticas de crescimento, mudança estrutural, distribuição de renda e emprego.

O outro cenário estratégico para a economia internacional é o oposto. É um cenário no qual o nacionalismo, o protecionismo e o isolacionismo dos países centrais serão exacerbados; é chamado de desglobalização conflituosa. A pandemia da Covid-19 vai frear as tendências da globalização, que não serão restauradas mesmo após o seu fim. O conflito distributivo interno nos países em desenvolvimento será arbitrado de forma defensiva aos interesses das classes proprietárias – isto é, a desigualdade na distribuição de renda e riqueza não será revertida. Com isso, o crescimento do nacionalismo estará associado a uma fragilização da democracia liberal, condizente com a necessidade de tais classes exercerem o poder de forma a preservar os seus interesses.

Nesse cenário, os EUA ainda serão a potência dominante, como dito anteriormente, mas estarão cada vez mais ensimesmados. Vão abrir mão de uma coordenação benigna do concerto das nações, agindo no cenário internacional de acordo apenas com seus interesses estratégicos imediatos de forma unilateral.

Dessa forma, o comércio internacional será enfraquecido. Haverá uma tendência ao protecionismo e uma perda de importância dos grandes blocos regionais. Os acordos comerciais serão feitos em bases bilaterais, usualmente prejudiciais para as nações com menor poder político e econômico no ambiente internacional.

Nesse cenário, não vemos uma reversão da abertura financeira, porém maior volatilidade dos fluxos de capitais. Com redução do espaço de acumulação e

de oportunidade de ganhos nos próprios países centrais, o capital financeiro internacional vai migrar de acordo com a rentabilidade esperada nos países periféricos, com grande poder desestabilizador. Países periféricos que busquem políticas de desenvolvimento terão mais dificuldades nesse cenário. E os países periféricos que buscarem se integrar internacionalmente provavelmente sofrerão maior instabilidade econômica com crises financeiras e de balanço de pagamentos.

O plano nacional

Vimos na segunda seção que os últimos vinte anos no Brasil foram marcados pela disputa de duas agendas econômicas distintas, a agenda da austeridade e a agenda trabalhista. A tendência é de que essas agendas continuem em disputa nos próximos vinte anos, e tal disputa constitui uma incerteza crítica para a construção de cenários. Ou seja, ou o país vai seguir no rumo dos últimos anos apontado pelo teto de gastos e outras políticas ou vai buscar reafirmar a Constituição de 1988 e seus capítulos sobre os direitos sociais e as obrigações do Estado? Esta seção se dedica a caracterizar essas agendas para subsidiar a construção dos cenários.

A agenda da austeridade tem na redução do gasto público um dos pilares centrais, mas contempla também outras direções típicas da ideologia neoliberal. Nessa agenda, o desenvolvimento é um conceito esvaziado, entregue a um pretenso caráter natural do sistema capitalista, cuja operação, livre de interferências do Estado, levaria a uma alocação de recursos eficiente. O modelo a ser seguido, frequentemente citado pelos porta-vozes dessa agenda, é a Austrália, um país ultraespecializado em bens primários e comum setor financeiro extremamente sofisticado e desregulamentado. Nessa agenda, as políticas industriais, de crédito direcionado e protecionismo comercial, são tidas como “patrimonialistas”, e as pretensões universalistas das políticas sociais devem ser revistas. Na narrativa liberal, o baixo crescimento brasileiro deve-se às escolhas do passado, em particular aquelas ligadas à Constituição de 1988. A privatização das instituições públicas, a

flexibilização do mercado de trabalho e a mercantilização dos serviços sociais são parte integrante dessa agenda, assim como a reivindicada desvinculação dos gastos sociais no orçamento público.

Seguir nessa agenda pode implicar a manutenção do teto de gastos, cuja vigência vai até 2036, mas o indicador que estabelece o crescimento nulo do gasto real poderá ser alterado em 2026. Essa agenda também pode acomodar uma flexibilização do teto de gastos, dada a sua rigidez excessiva, combinada com reformas estruturais – como uma reforma administrativa e uma segunda rodada da reforma da previdência – que limitem o papel social do Estado. Além disso, trata-se de uma agenda que avança na privatização do Estado, de bancos públicos e empresas estratégicas, assim como na mercantilização de serviços públicos.

Tal agenda tem pouco a oferecer para o crescimento econômico que depende de um cenário externo benigno, porque do ponto de vista macroeconômico a redução da demanda pública impõe um caráter contracionista para a política fiscal e retira do Estado a capacidade de enfrentar crises econômicas (Rossi & Dweck, 2016). Além disso, essa agenda desmobiliza instrumentos capazes de estimular o crescimento, como os bancos públicos, empresas estatais, subsídios etc.

Já a agenda trabalhista defende um modelo de crescimento distributivo e a expansão da oferta de bens públicos. Nela, o crescimento dos salários e o aumento do mercado consumidor são um elemento dinâmico, assim como a expansão da infraestrutura social, que tem efeitos positivos sobre o crescimento no curto prazo, com o aumento da taxa de investimento, e no longo prazo, com a melhora no nível educacional e nas condições de vida da população. Nesse sentido, essa agenda implica o rompimento com as políticas de austeridade e a reestruturação da capacidade do Estado de financiar o desenvolvimento e expandir a infraestrutura social, além de recuperar e fazer uso de instrumentos estratégicos como estatais, bancos públicos, investimento público e gastos sociais.

Mas a sustentação dessa agenda depende dos limites impostos pela restrição externa, uma vez que a transformação nas estruturas de demanda pressiona a importação de bens industrializados e impõe a necessidade de reformulação da estrutura produtiva doméstica. Em um cenário internacional benigno, como aquele ocorrido no primeiro governo Lula, as necessidades de importação, dado o dinamismo do mercado interno, são supridas com a entrada de fluxos de capitais estrangeiros e com os excedentes das exportações de *commodities*. No entanto, um cenário adverso impõe desafios adicionais para a sustentação dessa agenda e um esforço conjugado de políticas industrial, comercial e macroeconômica para favorecer processos de substituição de importação.

Cenários para o Brasil nos próximos vinte anos

De acordo com o discutido na seção metodológica, as duas incertezas críticas apresentadas anteriormente nos permitem a construção de quatro cenários. Temos dois cenários polares, um que combina todas as características positivas no âmbito internacional e nacional, outro com todas as características negativas, e dois cenários intermediários.

O primeiro cenário a ser discutido é o que mescla as características internacionais da globalização 2.0 com a agenda trabalhista no Brasil. Como enfatizam Medeiros e Serrano (1999), a questão central para o crescimento e o desenvolvimento dos países periféricos é a restrição externa. Esse cenário internacional é propício para uma política de acumulação de reservas que visem ampliar a autonomia de política econômica doméstica.

A política econômica da agenda trabalhista é aquela que, em primeiro lugar, busca garantir emprego e aumento da remuneração do trabalho, ambos diretamente relacionados com um maior crescimento da economia. Nesse cenário, devemos esperar uma ação estatal em diversas frentes: distributiva, garantidora de direitos humanos, sociais e econômicos, e creditícia, para ficar em alguns exemplos.

A política distributiva e creditícia é propícia ao aumento do consumo das famílias, um importante motor do crescimento. A política em prol da garantia e da expansão dos direitos humanos, sociais e econômicos está associada a uma ampliação do gasto público, tanto de custeio, quanto de investimento. Esse ambiente econômico com setor externo favorável, crescimento do consumo e do gasto do governo vai levar a uma expansão dos mercados de forma que o investimento privado crescerá de modo mais rápido que o PIB. Esse, portanto, será o cenário com maior crescimento médio do PIB nos próximos vinte anos, com maior taxa de investimento em 2040.

A agenda trabalhista coloca em marcha também um conjunto de políticas industriais, tecnológicas e científicas. O objetivo dessas políticas é a expansão de atividades produtivas na fronteira tecnológica, com postos de trabalho com salários elevados e integradas nas cadeias globais de valor. Com isso, em 2040 teremos uma estrutura produtiva que se modernizou e com uma ampliação da capacidade de exportar alguns serviços de elevado valor adicionado e produtos industriais, revertendo a tendência de desindustrialização verificada nas últimas décadas.

Haverá também uma coordenação da política industrial e do investimento público com as demandas sociais. Dessa forma, o déficit de moradia, os problemas de mobilidade urbana e ampliação dos serviços públicos de saúde serão alvos prioritários da ação do Estado.

Nesse cenário, teremos uma redução das desigualdades. Não apenas a renda do trabalho será mais bem distribuída, como aconteceu no período recente da economia brasileira, como também a renda do 1% mais rico será redistribuída para as classes médias e pobres. Tal mudança distributiva só é possível nesse cenário particular no qual a correlação de forças encontra-se desfavorável às classes proprietárias. As políticas distributivas, a expansão da seguridade social e o aquecimento do mercado de trabalho ampliam o poder de barganha dos trabalhadores. Portanto, nesse cenário, além do crescimento real do salário mínimo, teremos o crescimento

real do salário médio, acima da produtividade, de modo que haverá uma mudança na distribuição funcional da renda, com aumento da participação dos salários.

Compondo o ambiente macroeconômico, esse é o cenário que resulta na menor taxa básica de juros, conjugado com uma taxa de câmbio competitiva e estável.

O cenário de contraste é aquele no qual teremos o mundo em um processo de desglobalização conflituosa, enquanto no Brasil vigora a agenda da austeridade. É o cenário de menor crescimento econômico médio e mais suscetível a crises e instabilidade. Os problemas enfrentados serão, em grande medida, autoinfligidos, como frequentemente é caso na história do nosso país (Serrano & Melin, 2016).

Nesse cenário, prevalecem os interesses das classes proprietárias. O baixo crescimento econômico e o conseqüente desemprego reduzem o poder de barganha dos trabalhos, de forma que suas demandas distributivas e políticas se encontram enfraquecidas. Se no cenário anterior o consenso político e social conduzia a economia ao crescimento, nesse caso o objetivo maior é o aumento da rentabilidade do capital. Assim, as políticas de austeridade, redução da oferta de bens públicos e privatização cumprem um duplo papel. Por um lado, ampliam o espaço de acumulação de capital para o setor privado, ao repassar a prestação de serviços públicos economicamente viáveis; por outro, reduzem o crescimento econômico e enfraquecem a capacidade dos trabalhadores de reivindicarem melhores condições de trabalho e de remuneração. O desemprego é funcional, portanto, à redução do salário médio real ao longo do tempo, o que reduz o custo médio do trabalho. Além disso, é instrumental ao reduzir a oposição às reformas liberalizantes do mercado de trabalho e a piora nas relações trabalhistas.

A estratégia das classes proprietárias passa por maior integração financeira com o resto do mundo, afinal o interesse de obter a maior rentabilidade possível atinge seu máximo se a riqueza puder ser convertida em moeda forte, no caso, o dólar. Nesse sentido, a abertura financeira será exacerbada e não haverá qualquer restrição à

convertibilidade do real em dólar. O ambiente externo conturbado vai gerar ciclos de liquidez curtos, resultando em volatilidade dos fluxos internacionais de capitais e, conseqüentemente, da taxa de câmbio.

Com o comércio internacional pouco dinâmico, a conta corrente não desempenhará um papel relevante no financiamento do balanço de pagamentos. Por conta disso, esse é o cenário no qual o Banco Central manterá em média as maiores taxas reais de juros para atrair o capital financeiro internacional. A abertura da economia e a taxa de câmbio volátil, em um cenário de baixo crescimento, vão acelerar a desindustrialização brasileira. Não apenas não absorveremos os setores mais dinâmicos, da fronteira tecnológica, como haverá perda de setores tradicionais da indústria de transformação, acelerando o processo de desindustrialização e de reprimarização da pauta exportadora.

Baixo crescimento, desemprego e perda de postos de trabalho de maior remuneração têm conseqüências distributivas. Haverá um aumento da desigualdade, tal qual medido pelo índice de Gini, e um aumento da apropriação de renda dos que representam a faixa de 1% mais ricos. A política de austeridade e redução dos gastos sociais provocará uma reversão das conquistas ocorridas no passado recente, redundando em aumento da pobreza, da miséria e da fome.

Os dois cenários que restam são os resultados intermediários da combinação das incertezas críticas. A combinação de um cenário externo instável (desglobalização conflituosa) com um ambiente interno favorável ao crescimento e desenvolvimento (agenda trabalhista) não é de todo estranha à história econômica do Brasil. Em diversos momentos da história, um ambiente de crise internacional resultou em movimentos de transformação estrutural da economia brasileira.

Apesar de as condições de comércio internacional não serem as mais favoráveis para o financiamento externo via transações correntes, o Brasil inicia essa trajetória com um grande volume de reservas internacionais, que permite perseguir o

objetivo de desenvolvimento econômico sem enfrentar crises cambiais. Além disso, a conjuntura internacional de uma liderança ensimesmada dos EUA, junto ao reposicionamento da China como desafiante do poder americano, abre uma janela de oportunidade para se aumentar o poder de barganha do Brasil dentro da geopolítica mundial. Nesse cenário, o Brasil não sai da esfera de influência dos EUA, tampouco a China deixa de ser um dos principais parceiros comerciais, mas a diplomacia brasileira será capaz de extrair ganhos para o país da concorrência entre as duas superpotências.

Esse é o cenário que apresenta a segunda maior taxa média de crescimento econômico. Haverá melhoras distributivas, em especial na distribuição das rendas do trabalho, sem haver uma grande redistribuição da renda da faixa de 1% mais ricos. A tendência à desindustrialização será contida, mas apenas em parte revertida.

O último cenário advém da combinação do ambiente internacional de globalização 2.0 e prevalência da agenda austeridade. Tal cenário é bastante pernicioso. A economia internacional pujante, associada à ausência de uma política de desenvolvimento econômico e social do país, vai levar a economia na direção da reprimarização da pauta exportadora e da estrutura produtiva. O bom desempenho exportador e o ciclo de liquidez internacional vão levar a uma valorização cambial, prejudicando os setores exportadores de bens manufaturados. O aumento da integração via conta financeira, por sua vez, vai conduzir a uma grande entrada de capitais, ao aumento do passivo externo líquido da economia brasileira e à desnacionalização de grupos econômicos importantes do país.

O crescimento médio da economia brasileira será relativamente baixo e volátil. O desempenho insatisfatório do mercado de trabalho e o desmonte do aparato estatal de proteção social vão levar ao aumento da desigualdade e piora das condições de trabalho.

As principais características de cada cenário encontram-se no Quadro 1.

Quadro 1 - Síntese dos cenários alternativos

Nacional /Internacional	Globalização 2.0	Desglobalização conflituosa
Agenda trabalhista	Crescimento, distribuição e disponibilidade de capitais externos	Reestruturação produtiva e distribuição em cenário internacional adverso
Agenda da austeridade	Inserção subordinada e crescimento dependente do ciclo internacional	Instabilidade, rentismo e crises

Fonte: elaboração dos autores.

Considerações finais

Este trabalho buscou discutir cenários macroeconômicos possíveis para o Brasil em um horizonte de vinte anos com base na literatura brasileira e na internacional. Apontamos que a principal incerteza crítica para o caso brasileiro é a continuidade da “agenda da austeridade” ou sua substituição por uma “agenda trabalhista”, agendas que estiveram em disputa no país nos últimos vinte anos. Já no plano internacional, a principal incerteza crítica se refere à continuidade dos movimentos característicos da globalização que chamamos de “globalização 2.0”, ou uma “desglobalização conflituosa” marcada pela ascensão do protecionismo e redução dos fluxos de capitais. A partir disso, combinamos os cenários dos planos nacional e internacional para discutir as possibilidades de futuro para o Brasil.

Referências Bibliográficas

- AMARA, R.; LIPINSKI, A. J. *Business planning for an uncertain future: scenarios and strategies*. New York: Pergamon, 1983.
- BIELSCHOWSKY, R. Estratégia de desenvolvimento e as três frentes de expansão no Brasil: um desenho conceitual. In: CALIXTRE, A.; BIANCARELLI, A.; CINTRA, M. A. (Orgs.). *Presente e futuro do desenvolvimento brasileiro*. Brasília: Ipea, 2014. p. 195-225.
- BNDES. *Cenários para a economia brasileira 1984-1990*, Estudos Setoriais Departamento de Planejamento BNDES, 1984.
- BUARQUE, S. Metodologia e Técnicas de Construção de Cenários Globais e Regionais, IPEA Texto para Discussão n.939, Brasília, fevereiro de 2003.
- CARDOSO DE MELLO, J. A contra-revolução liberal conservadora e a tradição crítica latino-americana. In: TAVARES, M.; FIORI, J. (Orgs.) *Poder e dinheiro*. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 15-24.
- CARVALHO, L. *Valsa brasileira: do boom ao caos econômico*. São Paulo: Todavia, 2018. v. 1.
- CASTRO, L. B. História do planejamento do BNDES (1983-2014): lições e questões. *Revista do BNDES*, 42, p. 225-274, dez. 2014.
- CASTRO, L. B. Continuidades, rupturas e lições: quatro experiências BNDES de cenários para planejamento estratégico. *Revista do BNDES*, 47, p. 165-204, jun. 2017.
- CASTRO, A. B. SOUZA, E. *A economia brasileira em marcha forçada*, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.
- CASTRO, L. B.; SOUZA, F. E. P. Cenários mundo-Brasil 2030: insumos para o planejamento estratégico do BNDES. *Revista do BNDES*, 44, p. p. 399-457, dez. 2015.
- CHERMACK, T. J. *A theory of scenario planning: technical report*. St. Paul, MN: Human Resource Development Research Center, University of Minnesota, 2003.
- EMERY, F. E.; TRIST, E. L. The causal texture of organizational environments'. *Human Relations*, 18, p. 21-32, 1965.
- GADELHA, P.; CARVALHO, J. N.; PEREIRA, T. *A Saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro*. Rio de Janeiro: Rio de Janeiro : Fiocruz/Ipea/ Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.
- KAHN, H. *Thinking about the unthinkable*. Nova York: Avon, 1962.

- KAHN, H.; WIENER, A. J. *The year 2000: a framework for speculation on the next thirty-three years*, New York: Hudson Institute, 1967.
- LAVOIE, M. *Lavoie Post-Keynesian Economics: New Foundations*, Cheltenham, UK and Northampton, MA: Edward Elgar, 2014.
- LAZZARINI, A. *Revisiting the Cambridge capital controversies: a historical and analytical study*. Pavia: Pavia University Press, 2011.
- MEDEIROS, C. A. A economia política da internacionalização sob liderança dos EUA: Alemanha, Japão e China. In: FIORI, J. L. (Org.). *O poder americano*. Petrópolis: Vozes, 2004, pp. 139-178.
- MEDEIROS, C.; SERRANO, F. Padrões monetários internacionais e crescimento. In: FIORI, J. L. (Org.). *Estados e moedas no desenvolvimento das nações*. Rio de Janeiro [Petrópolis]: Vozes, 1999, p. 119-154.
- MELLO, G. S.; ROSSI, P. Do industrialismo à austeridade: a política macro dos governos Dilma. In: CARNEIRO, R.; BALTAR, P.; SARTI, F. (orgs.). *Para além da política econômica*. São Paulo: Ed. Unesp, 2018. p. 245-282.
- MILANOVIC, B. *Global inequality: a new approach for the age of globalization*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2016.
- MILANOVIC, B. Democracy of convenience, not of choice: why is Eastern Europe different. 2017. Disponível em: <<https://glineq.blogspot.com/2017/12/democracy-of-convenience-not-of-choice.html>>. Acesso em: 15 fev. 2021.
- MILANOVIC, B. *Capitalism, alone: the future of the system that rules the world*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2019.
- MILANOVIC, B. Why making economic predictions now is useless. 2020. Disponível em: <<https://glineq.blogspot.com/2020/05/why-making-economic-predictions-now-is.html>>. Acesso em: 15 fev. 2021.
- MILLET, S. M.; RANGLES, F. Scenarios for strategic business planning: a case history for aerospace and defense companies. *Journal on applied analytics*, v. 16, n. 6, p. 64-72, 1986.
- PIKETTY, T. *Capital in the 21st century*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2014.
- RAMIREZ, R. Forty years of scenarios: retrospect and prospect. In: DOPSON, S.; EARL, M.; SNOW, P. (eds.). *Mapping the Management Journal: five decades of management studies*. Oxford: Oxford University Press, 2008.
- ROSSI, P. Saúde e educação sacrificadas: o desmonte do Estado em meio à maior crise da história brasileira (2015-2016). *Texto para Discussão – Saúde Amanhã*, Fiocruz, No 30, 2017. Disponível em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/03/2-PJSSaudeAmanha_Texto0030_2016_v02.pdf>. Acesso em: 15 fev. /02/2021

ROSSI, P.; DWECK, E. Impactos do novo regime fiscal na saúde e educação. *Cadernos de Saúde Pública (online)*, v. 32, n. 12, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001200501&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Fev. 2021.

ROSSI, P.; MELLO, G. S. Componentes macroeconômicos e estruturais da crise brasileira: o subdesenvolvimento revisitado. *Brazilian Keynesian Review*, v. 2, p. 252-263, 2017a.

ROSSI, P.; MELLO, G. S. Choque recessivo e a maior crise da história. *Nota de Conjuntura do Cecon/Unicamp*, 2017b. https://pedrorossi.org/wp-content/uploads/2017/05/NotaCecon1_Choque-recessivo-2.pdf. Acesso em: 15 fev.2021.

SCHWARTZ, P. *The art of the long view*. New York: Doubleday, 1991.

SERRANO, F. *A teoria dos preços de produção e o princípio da demanda efetiva*. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Economia Industrial, UFRJ, Rio de Janeiro, 1988.

SERRANO, F. Relações de poder e a política macroeconômica americana, de Bretton Woods ao padrão dólar flexível. In: FIORI, J. L. (Org.). *O poder americano*. Petrópolis: Vozes, 2004, p.179- 222.

SERRANO, F. Continuity and change in the international economic order: towards a Sraffian interpretation of the changing trend of commodity prices in the 2000s. In: LEVRERO, E.; PALUMBO, A.; STIRATI, A. (eds.). *Sraffa and the reconstruction of economic theory*. v. 2: Aggregate Demand, Policy Analysis and Growth, London: Palgrave Macmillan, 2013.

SERRANO, F. Do ouro imóvel ao dólar flexível. *Economia e Sociedade*, v. 11, n. 2, p. 237-253, 2016.

SERRANO, F.; MELIN, L. E. Political aspects of unemployment: Brazil's neoliberal U-turn. *Crítica Marxista*, Crítica Marxista. Janeiro/Frebraro, 2016.

SHAIKH, A. Laws of production and laws of algebra: the humbug production function *Review of Economics and Statistics*, Vol. 56, No. 1, Feb., 1974, pp. 115-120

SHOEMAKER, P. J. H. Multiple scenario development: its conceptual and behavioral foundation. *Strategic Management Journal*, 14, p. 193-213, 1993.

SHOEMAKER, P. J. H. Scenario planning: a tool for strategic thinking. *Sloan Management Review*, v. 37, n. 2, p. 25-40, 1995.

TAVARES, M. C. A retomada da hegemonia americana. Reimpresso em TAVARES, M. C.; FIORI, J. L. *Poder e dinheiro*. **Petrópolis**: Vozes, 1997.

TEIXEIRA, A.; WERNECK VIANNA, S. Cenários macroeconômicos no horizonte 2022/2030. In: GADELHA, P.; CARVALHO, J. N.; PEREIRA, T. (Orgs.). *Saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde*

brasileiro: desenvolvimento, Estado e políticas de saúde. volume 1. Rio de Janeiro : Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013.

TORRES, E. T. T.; POSE, M. A internacionalização da moeda chinesa: disputa hegemônica ou estratégia defensiva? *Revista de Economia Contemporânea*, v. 22, n. 1, p. 1-23, jan./abr. 2018.

VAN DER HEIJDEN, K. *Scenarios: the art of strategic conversation*. Chichester, Nova York, Brisbane, Toronto, Cingapura: John Wiley & Sons, 1996.

WACK, P. Scenarios: shooting the rapids. *Harvard Business Review*, nov.-dez. 1985.

O gasto em saúde e suas bases de financiamento: dinâmica e tendências para o Brasil

Fernando Gaiger Silveira
Maria Luiza Campos Gaiger

Introdução

A pandemia da Covid-19 deixou patente o quão profundas são as desigualdades na sociedade atual ao ficarem explícitas as diferentes possibilidades de mitigar seus efeitos entre países, regiões, cidades, bairros e minorias. De outra parte, os olhos se voltaram aos sistemas públicos de saúde e sua importância nas medidas sanitárias e no atendimento aos doentes. Não resta dúvida que mudanças se farão presentes nesse setor da economia que já representa nos países centrais mais de 10% do produto. De pronto, pode-se afirmar que a pandemia mostrou que o sistema de atendimento ambulatorial e hospitalar deve ser ampliado para os novos surtos pandêmicos, que têm se tornado regra nos últimos tempos. Ou seja, trabalhar com um grau de subutilização, o que implica na potencialização de um dos móveis do gasto em saúde: a doença de custos presente no setor da saúde ⁶¹.

No presente trabalho não se busca realizar projeções do gasto em saúde, nem mesmo do setor público, mas analisar os estudos prospectivos sobre o tema. Com isso, cotejar as tendências que tais estudos apontam para o gasto com os caminhos que vem se experimentando na alteração dos sistemas tributários, dadas as mudanças nos mercados de trabalho, de consumo, patrimoniais e financeiros – as bases de

incidência dos tributos – e a incorporação da agenda ambiental na tributação.

Vale dizer que esses estudos prospectivos se avolumaram justamente quando, na última década, observou-se um aumento da participação do consumo de saúde no produto das economias. Considerando que vem se adotando há certo tempo ajustes nos sistemas previdenciários, as pressões advindas do gasto público em saúde sob as finanças públicas, quando há crise econômica, refletem-se em problemas de ordem fiscal. Assim, o mote dessas análises é buscar a sustentabilidade, modelando cenários alternativos com e sem políticas de contenção de gastos.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o único sistema público de cobertura universal e integral, financiado com tributos gerais, de organização federativa e com mais de 100 milhões de beneficiários. Os assim constituídos, salvo na questão federativa, como Reino Unido, Canadá e Suécia, têm o sistema público como predominante na oferta de bens e serviços de assistência à saúde; o gasto público responde, nesses três países, por entre 70 e 85% do gasto em saúde⁶². Os baseados no esquema público de financiamento por meio de seguro social compulsório exibem, também, elevados percentuais do gasto público.

Como se mostrará, o caso brasileiro, como já dito por vários estudiosos⁶³, é ímpar, pois, a despeito do arcabouço legal e institucional do sistema público nacional, seu gasto público é inferior ao gasto privado via planos e realizado diretamente pelas famílias. Isso não se observa em países de renda alta e de renda média alta, nem mesmo nos Estados Unidos e no México; o único país de gasto per capita superior ao brasileiro em saúde que tem uma participação inferior do gasto público é a Suíça. Fica, assim, patente que o esforço para se constituir um sistema público não conseguiu ampliar a participação do gasto público, a despeito dos progressos e do crescimento expressivo do gasto per capita – taxa de crescimento de 3,5% anual,

62 <https://stats.oecd.org/>.

63 Mendes (2013); Mendes & Funcia (2016); Barros & Piola (2016); Celuppi *et al* (2019); Marques (2017); Souza (2020).

entre 2000 e 2017, em termos reais⁶⁴. Pode-se creditar essa dificuldade em ampliar a participação do gasto público à instabilidade nas fontes de financiamento, ao apoio fiscal e tratamento regulatório concedido ao segmento da saúde mercantil e à valoração societária dos chamados serviços públicos mercantilizados⁶⁵.

O perfil do gasto total em saúde no Brasil se mostra muito regressivo, pois os ganhos redistributivos do gasto público são superados pela concentração do gasto privado e seu peso nos orçamentos familiares, pela iniquidade do gasto tributário em saúde e pelo financiamento regressivo do financiamento público.

No caso da saúde, o gasto público tem um perfil de distribuição levemente pró-pobre, uma vez que, em 2008/09, os 50% mais pobres se apropriaram de 55% do gasto público em saúde, enquanto os 20% mais ricos responderam por 13% da despesa pública⁶⁶. No caso do gasto privado, os dados de 2017/18 são diametralmente opostos, já que os 50% mais pobres responderam por 18% do total gasto ante 54% realizado pelo 20% mais ricos⁶⁷. A análise mostra ainda que o grau de concentração do gasto privado em saúde é mais elevado que o índice de Gini das despesas de consumo (em valores familiares per capita), o que indica ser uma rubrica que concentra essas despesas. Efetivamente, segundo Vaz & Hoffmann (2020), o coeficiente de concentração das despesas de saúde, em 2017/18, de 0,540 supera o índice de Gini das despesas de consumo de 0,487. Soma-se a isso a concessão de benefícios fiscais no Imposto de Renda para Pessoa Física (IRPF) que são concentrados no topo da distribuição da renda e com magnitude bastante expressiva, da ordem de R\$15 bilhões em 2017⁶⁸, o que representa 14% do gasto público federal em saúde no mesmo ano⁶⁹. Por fim, os tributos indiretos representam 60% do financiamento

64 Global Burden of Disease Collaborative Network (2020b).

65 Cardoso (2020).

66 Silveira & Passos (2017).

67 Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017/18 – microdados.

68 DGT - Bases Efetivas - Receita Federal (economia.gov.br).

69 Silveira *et al* (2020).

à saúde pública brasileira, o que significa que os mais pobres têm seu poder de compra mais afetado que os ricos devido à incidência desses impostos. Segundo Silveira & Passos (2017), enquanto no décimo mais pobre da população (em termos de renda total familiar per capita) a incidência dos tributos indiretos alcançava 28% de renda total, nos 10% mais ricos essa participação não ultrapassava 10%.

Assim, no caso brasileiro, esse bem meritório e central ao desenvolvimento, cuja presença do Estado na oferta e na regulação do mercado tem uma face mercantilizada, reflete-se em uma desigualdade expressiva no consumo de bens e serviços de saúde.

Como se apontou, o gasto público é muito progressivo, ao passo que o gasto privado segue, grosso modo, o grau de concentração da renda, que como se sabe é muito elevado no país. Caso o gasto público respondesse pelo consumo de saúde em patamar similar ao observado em países com sistemas públicos de saúde universais e de amplo financiamento, sua incidência progressiva predominaria e as despesas de saúde teriam efeitos redistributivos, mesmo considerando a regressividade no financiamento. Não resta dúvida que para a mudança no perfil do gasto em saúde é preciso que o gasto público cresça às expensas do privado, alterando políticas regulatórias, fiscais e creditícias de apoio ao consumo privado.

Concretamente, o Brasil exhibe um gasto per capita em saúde superior ao dos países de renda média alta, uma participação do gasto em saúde no PIB relativamente alta, um arcabouço normativo-institucional de um sistema público universal e integral, mas uma participação do gasto público similar a de países de renda média baixa e baixa. Ou seja, uma clivagem imensa no consumo de saúde.

Como se verá, os estudos prospectivos do gasto em saúde e de sua composição entre público e privado (via planos de saúde ou *out-of-pocket*) empregam modelos que se ancoram no comportamento do gasto no período recente – meados dos anos 90 a final dos anos 2010. No caso brasileiro, as projeções apontam um crescimento

pequeno da participação do setor público na saúde, bem como um aumento do gasto em saúde como participação do produto inferior ao projetado para países de nível de renda semelhante. O decréscimo na participação do setor privado é muito pequeno, fazendo com que o *mix* público-privado se preserve. No caso do gasto per capita e da participação no PIB, parcela do resultado se deve ao fato de o país já exibir níveis relativamente elevados, implicando menor potencial de crescimento. Assim sendo, as pressões sobre o financiamento do segmento são menos pronunciadas, pois a solução para o financiamento do gasto crescente em saúde continuará sendo a preservação do papel central dos gastos privados, ou seja, das famílias. Observa-se que esse processo pode ser visto como uma disputa entre “ricos e saudáveis” *versus* “pobres e não saudáveis”, onde os primeiros vêm conseguindo segurar o crescimento do gasto público (SUS), obstaculizando o caminho para cobertura universal e integral de qualidade.

Dois fatores contribuem muito para esse papel central da medicina mercantil e sua aceitação na sociedade. De um lado, a conquista por uma saúde pública e universal na Constituição de 1988 não implicou uma mudança substantiva no perfil do financiamento, dado que se preservou e ampliou o apoio aos mercados, em especial via benefícios fiscais. Soma-se a isso o fato de que, dada a histórica diferença no acesso e na qualidade dos serviços educacionais e de assistência médica entre a população de renda baixa e mediana e os situados no quinto superior da distribuição, o consumo de educação e saúde privada é marca de ascensão social ao deixar de precisar da provisão pública.

Vale lembrar que a oferta pública de bens e serviços de saúde antes da Constituição de 1988 tinha a marca da segmentação e estratificação social, com categorias de trabalhadores contando com o seguro previdenciário e a assistência médica. O processo de eliminação da discriminação na cobertura previdenciária e em saúde de origem pública, que culminou na Constituição de 1988, desenvolveu-se ao lado do crescimento da oferta privada, notadamente dos planos de saúde,

com apoio estatal e fazendo parte das pautas reivindicatórias dos trabalhadores dos setores dinâmicos da economia (metalúrgicos, bancários, petroleiros) e dos servidores públicos, especialmente federais. Hoje é usual os assalariados formais contarem com a afiliação a planos de saúde via empresas, sendo, ademais, um salário indireto muito valorizado. No setor público se observa o mesmo fato, com os governos coparticipando do financiamento de planos de saúde, quando não criando carteiras específicas para servidores de instituições públicas e de carreiras. Verifica-se, assim, o mesmo modelo estratificado que o seguro social abarcava, agora em modalidade de seguro privado (planos), que as diferentes categorias profissionais acessam.

Importante citar que a concessão de benefícios tributários ao consumo de bens e serviços de saúde via Imposto de Renda para Pessoa Física e para Pessoa Jurídica (IRPF e IRPJ), é contemporânea à Constituição, mostrando o pacto fiscal que foi se construindo com a classe média tradicional dos anos 70 ao final dos 80, com a concessão desses benefícios para o consumo privado com vistas a mitigar os possíveis efeitos da universalização da provisão de educação básica e de assistência à saúde: pressões fiscais e qualidade dos serviços. Ou seja, a universalização veio junto com o apoio estatal ao consumo privado das camadas médias, antes as beneficiárias da provisão discriminatória da previdência, da saúde e da educação públicas.

O SUS conta com múltiplas fontes de financiamento, além das acima enumeradas (Contribuição Social sobre o Lucro Líquido - CSLL e recursos dos tributos PIS/COFINS), visto que estados e municípios respondem por 43% do financiamento⁷⁰, empregando para tanto seus tributos como parcela dos recursos das transferências obrigatórias. Não resta dúvida que a ampliação do leque de fontes se deve, ainda, aos mínimos constitucionais que estados e municípios devem despender com a saúde. Assim, nosso sistema público de saúde se inscreve como de cobertura universal,

⁷⁰ Não considerando as transferências obrigatórias (constitucionais) e as voluntárias (fundo a fundo). Silveira *et al.* (2020).

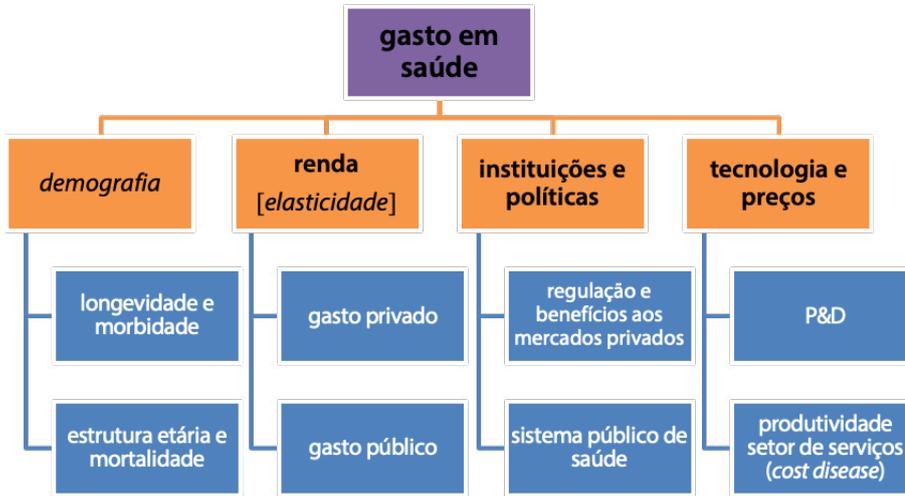
tanto da população, como dos tratamentos, e financiado com tributos gerais. Estudos apontam que os sistemas nacionais de saúde em que o gasto público tem papel preponderante e é financiado por tributos gerais se caracterizam por serem os mais progressivos. Isso porque tornam ricos e saudáveis os maiores responsáveis pelo financiamento do sistema público de saúde destinado aos não saudáveis e pobres. Evidentemente que os primeiros preferem se eximir desse ônus fiscal, uma vez que eles podem pagar os serviços médicos e ambulatoriais via seguros de saúde e/ou gastos diretos.

Os vetores/móveis do gasto em saúde

Com o constante aumento dos gastos em saúde superior ao do produto da economia vivenciado desde meados dos anos 90 nos países centrais, cresceram as pressões por reformas em seus sistemas de saúde com o objetivo de controlar essa tendência. Para tanto, é fundamental conhecer os fatores responsáveis pelo comportamento dos gastos em saúde ao longo desses últimos anos, buscando apreender o papel de cada fator e, com isso, projetar o desempenho futuro dos gastos.

Diferentes estudos foram realizados com vistas a identificar os principais vetores de crescimento do gasto e qual a contribuição de cada um deles. Esses fatores ou vetores do crescimento do gasto em saúde, notadamente os de caráter público, podem ser discriminados em demográficos e não demográficos. Os vetores demográficos se relacionam à estrutura etária da população e à evolução das condições de saúde, enquanto os não demográficos incluem o crescimento da renda, a adoção de tecnologias, o comportamento dos preços relativos e o desenho político-institucional dos sistemas de saúde. A figura 1 ilustra os vetores do crescimento do gasto em saúde e as variáveis que, grosso modo, compõem cada um deles.

Figura 1 – Os vetores do crescimento do gasto em saúde



Fonte: Elaboração a partir de De la Maisonneuve & Martins (2015).

Vale sublinhar que o crescimento do gasto está intimamente relacionado ao incremento da cobertura dos sistemas de saúde e à ampliação dos cuidados de saúde por eles cobertos. Era de se esperar, assim, a redução do ritmo de crescimento dos gastos, quando a cobertura atingisse a toda a população, mas o comportamento recente mostra que a demanda por cuidados de saúde e por planos de saúde continua crescente e, portanto, pressionando os gastos.

Na presente seção serão discutidos os vetores/móveis do crescimento do gasto, iniciando pela demografia, passando pela renda e finalizando com os vetores relacionados à tecnologia e aos preços e os afeitos ao desenho institucional dos sistemas e mercados de saúde.

A demografia

A idade como fator determinante para o aumento dos gastos em saúde gerou um debate entre estudiosos e foram desenvolvidas três hipóteses: expansão, compressão e equilíbrio dinâmico. A primeira, elaborada por Olshansky e Verbrugge (1991), defende que com o aumento da longevidade o período de vida com morbidez irá

aumentar. Já a hipótese da compressão, de James Fries (1983), acredita que esse tempo será reduzido.

A primeira hipótese apresentada alega que com o avanço das técnicas da medicina a fatalidade de doenças degenerativas é prorrogada, enquanto o quadro de doenças permanece praticamente o mesmo. Desse modo, a evolução dessas tecnologias e a inabilidade de curar essas doenças acarretam um prolongamento da expectativa de vida e, como o risco de doenças crônicas aumenta com o decorrer dos anos, uma grande parcela da população viverá esses últimos anos de vida com a saúde debilitada, gerando mais gastos em saúde (Przywara, 2010).

Em contrapartida, a hipótese da compressão proposta por James Fries (1980) tem uma ótica mais otimista, assumindo que o aumento da expectativa de vida ocorre por conta de mudanças nos padrões de doenças - em decorrência de hábitos mais saudáveis e da cura de algumas doenças crônicas - que têm como consequência o adiamento da morbidez. Nesse viés, como os anos vividos com a saúde debilitada diminuem, enquanto a longevidade aumenta, a morbidez e a incapacidade oriundas de problemas de saúde são reduzidas, majoritariamente, aos anos finais de vida, com a idade bem avançada.

Já a proposta de Manton *et al.* (1995), do equilíbrio dinâmico, assume que os anos vividos em morbidez são adiados e ocorre uma queda na taxa de mortalidade. Ou seja, com o aumento da expectativa de vida, os anos vividos com saúde aumentam, enquanto os de morbidez permanecem constantes. Entretanto, quem não se beneficia do crescimento da longevidade gera gastos maiores para doenças relacionadas à velhice, tendo em vista que podem sofrer com patologias, moderadas ou severas, por um período maior. Isso ocorre como consequência dos avanços na área de saúde, tanto em tecnologia como em conhecimento técnico, e estilos de vida mais saudáveis.

O debate acerca da relação entre gastos em saúde e envelhecimento tem evoluído na última década, demonstrando que fatores demográficos como idade, sexo e tamanho da população não são tão relevantes quando se trata do crescimento dos

gastos em saúde. Madsen *et al.* (2002) reforçam esse enfoque ao dizer: "*the age-related increase in health care costs may be due more to high costs during the last year of life than to ageing per se*", ou seja, os custos se elevam nos anos finais de vida, com menor dependência em relação à idade.

A evolução dos gastos em saúde, em geral, de acordo com a idade, segue a seguinte ordem: crianças pequenas têm altos gastos em saúde, os quais diminuem e se mantêm até os 65 anos de idade, quando ocorre um aumento dos custos. Apesar dos idosos gerarem mais despesas nesse quesito, esses gastos ocorrem em idades progressivamente mais velhas, e desse modo, fatores não demográficos como renda, políticas públicas, tecnologia, preços têm maior influência na mudança positiva (aumento das despesas) da curva de gastos.

Outro estudo que sustenta essa afirmação foi o realizado por Madsen *et al.* (1995) na Dinamarca, cujos resultados indicam que a idade, assim como os gastos do último ano de vida, quase não tem influência nos aumentos dos gastos primários em saúde. Isso ocorre devido ao aumento proporcional entre os custos dos serviços de saúde e o tamanho da população. Ademais, Ke *et al.* (2011) reforçam a tese apresentada anteriormente, pois identifica a renda (elemento não demográfico) como fator relevante ao comparar os gastos totais em saúde em diferentes países, com perfis diferentes de renda per capita. Com abordagem semelhante, Getzen (2000) retifica o trabalho de Ke *et al.* ao dizer: "*health care could be an individual necessity and a national luxury*", pois o fato de saúde ser considerado um luxo exemplifica a importância de fatores não demográficos, como a renda, nos gastos em saúde.

Em síntese, a idade como fator determinante para os aumentos dos gastos em saúde seria uma explicação óbvia, entretanto, nem sempre o óbvio é verdadeiro e esse fator demográfico não é determinante. Já o envelhecimento saudável (anos vividos com saúde) e os custos relacionados à morte são os impulsionadores demográficos que influenciam nesse crescimento (De la Maisonneuve & Martins,

2013). Importante ressaltar, todavia, que apesar dos argumentos apresentados anteriormente, os fatores demográficos não podem ser descartados de análises e projeção ao se tratar de assuntos relacionados aos gastos em saúde.

A renda

Como mencionado anteriormente, fatores não demográficos têm um impacto relevante nos gastos em saúde, estimado em 4% por ano entre 1995 e 2009 (De la Maisonneuve & Martins, 2013), dentre eles a renda, tanto numa perspectiva individual, quanto geral. É inquestionável que esse móvel é de suma importância para a questão, entretanto, não é consenso entre especialistas o seu grau de relevância. Acemoglu, Finkelstein & Notowidigdo (2013) apontam que a influência do aumento da renda no crescimento da participação do consumo de bens e serviços em saúde no PIB é moderada. Concluem que com a estimativa da elasticidade-renda de 0,72, o gasto em saúde teria sua participação reduzida no PIB de 5% para 4%, entre 1960 e 2005. Por outro lado, considerando a elasticidade-renda de 1,13 (limite superior da estimativa), o incremento da renda explica tão somente 5% do aumento dos gastos em saúde no período. No entanto, em relação ao aumento dos gastos em saúde, a renda explicaria entre 15% e 25% desse incremento. O autor incorpora a variação do preço do petróleo como variável instrumental do comportamento da renda das diversas regiões dos EUA, permitindo, assim, capturar os efeitos de equilíbrio parcial e geral da renda sobre os gastos em saúde.

Além da renda nacional em si, o modelo de sistema de saúde e o investimento a ele destinado são fundamentais para a análise das despesas nesse setor, especialmente a longo prazo. É difícil determinar os efeitos desse móvel a longo prazo, considerando a influência de fatores como impostos e mercado de trabalho, por exemplo. Já a curto prazo, a renda desempenha um papel secundário, sendo que a médio prazo sua função é fundamental. Em suma, as receitas de um período de cinco anos precedentes explicam mais os gastos em saúde do que a atual renda (Getzen, 2000).

Em uma perspectiva macro, a nível nacional, a saúde como bem possui uma elasticidade-renda superior a um, sendo assim considerado um bem de luxo. Já no âmbito individual, é considerada um bem necessário - inelástico (Getzen, 2000). Ou seja, com o aumento da renda, ocorre um crescimento da parcela de despesas em saúde do PIB proporcionalmente menor. Assim, do ponto de vista individual, o peso dos gastos em saúde se reduz.

De la Maisonneuve e Martins (2013) questionam as estimativas com elasticidades superiores a um (1) encontradas em diversas pesquisas, ao apontar potenciais equívocos, como pecar no controle dos efeitos da qualidade ou desconsiderar especificidades estatísticas de determinadas variáveis.

Um ponto curioso levantado por Di Matteo & Di Matteo (1998) foi a relação entre o uso intensivo de mão de obra na saúde e o aumento da renda média, pois esse segundo efeito pode acarretar um aumento do custo desse bem devido à quantidade de trabalhadores desse setor. Assim, o valor da elasticidade-renda sofre influência do efeito do preço e, como a elasticidade-preço possui, em geral, um valor negativo, a elasticidade-renda provavelmente será reduzida.

Caso a saúde seja considerada um bem inelástico, essencial, é evidente que os gastos públicos nesse setor serão encorajados; todavia, se for visto como um bem de luxo, a iniciativa privada terá mais interesse, incentivando a maior mercantilização da saúde (Di Matteo, 2003).

No caso brasileiro, conta-se com estimativas das elasticidades renda e preço da assistência à saúde, em 2002/03, com base na Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF). Vale sublinhar que a rubrica saúde, no caso, abrange desde medicamentos até planos de saúde, passando por todos os serviços dos profissionais de saúde, dos laboratórios, de tratamentos ambulatoriais ou hospitalares. Assim sendo, identifica-se o comportamento individual/familiar das variações da renda e dos preços no consumo de bens e serviços de saúde. Como bem aponta Getzen (2000), no caso

dos seguros de saúde, o comportamento a ser examinado não é o individual, uma vez que é a gestão do fundo que conta com restrições orçamentárias, com o afiliado se “limitando” a avaliar o preço do prêmio.

Na tabela 6, verifica-se que as despesas em saúde se mostram elásticas, implicando em um crescimento do consumo em saúde proporcionalmente maior que o aumento das despesas ou da renda, ou seja, é um bem de luxo. Já a elasticidade-preço se mostra inelástica, ou seja, aumentos de preços implicam reduções proporcionalmente menores no consumo. Assim, o comportamento altista dos preços do setor saúde, analisado na subseção seguinte, implica maiores perdas de poder de compra do rendimento das famílias. Vaz & Hoffmann (2021) estimam a elasticidade-renda da saúde para 2017/18 em 0,886, ou seja, um bem inferior, sendo, no entanto, elástico para os estratos mais pobres.

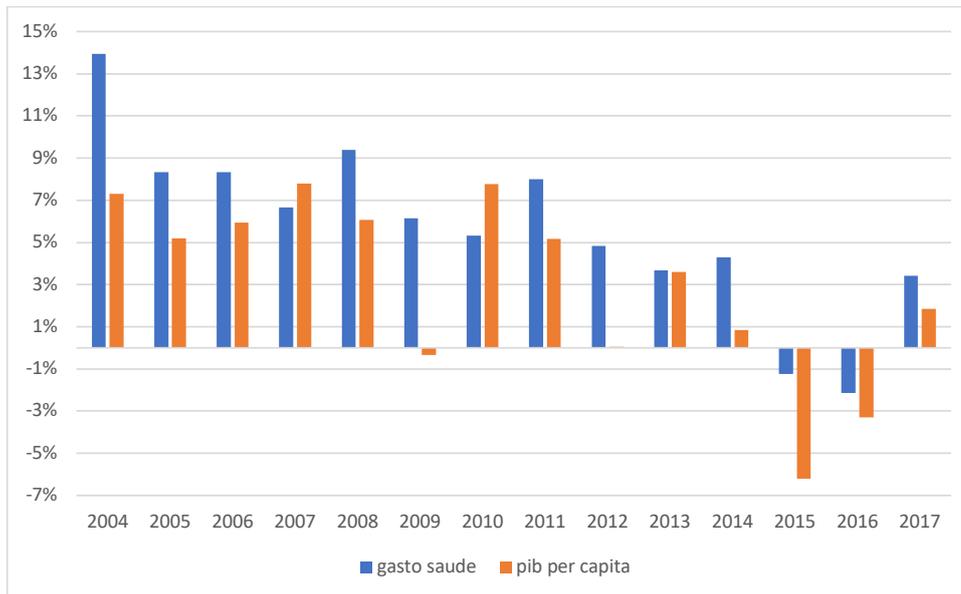
Tabela 1 - Elasticidades despesas e preço das principais rubricas de consumo - Brasil, 2002/03

Rubrica de Despesa	Elasticidade despesas	Elasticidade preço
Alimentação	0.301	-0.192
Moradia	-0.795	-0.795
Vestuário	-0.872	-0.872
Transporte	1.258	-1.197
Saúde e cuidados pessoais	1.304	-0.876
Gastos pessoais	1.690	-1.085
Educação	2.063	-1.106
Fumo	0.303	-2.840

Fonte: Menezes, Azzoni & Silveira (2008).

Assim como na literatura internacional, conta-se com estimativas díspares da elasticidade-renda ou despesas dos gastos em saúde, reforçando a escolha para as projeções de elasticidade unitária. E, em termos nacionais, o gráfico 1 ilustra como se comportou o gasto público em saúde ante o comportamento da renda. Nele constam as variações anuais do PIB per capita e do gasto anual em saúde pública, ficando patente o comportamento cíclico do gasto. Na maior parte da série, a variação dos gastos é superior à do PIB, com as retrações sendo menores que a do produto. Não se pode, com isso, concluir por uma elasticidade do gasto público superior à unidade, mas aponta para o fato de que nas últimas duas décadas o gasto em saúde teve crescimento superior ao do produto.

Gráfico 1 - Variação anual do PIB per capita e do gasto anual per capita em saúde pública no Brasil



Fonte: IBGE (SCN), disponível em www.sidra.ibge.gov.br; Piola *et al.* (2018).

Nos modelos de identificação dos móveis do crescimento do gasto e, portanto, base para as projeções desse, o vetor demográfico e o da renda contam com informações e dados, bem como modelos de estimação de seus efeitos, restando,

nos modelos, um fator residual, onde se encontram os outros móveis do crescimento do gasto: i) o comportamento dos preços do setor, onde fatores como custos, tecnologia e produtividade são determinantes; e ii) a institucionalidade do setor da saúde. Aí, nesse caso, há que se considerar a relação entre Estado e mercado, tanto na regulação como na provisão, os interesses dos provedores (médicos, trabalhadores da saúde, setores privado e filantrópico) e as escolhas políticas, especialmente no balanço entre o volume do gasto público, as fontes de financiamento e o peso dado à equidade no consumo de serviços de saúde.

De la Maisonneuve e Martins (2015) estimaram que as mudanças tecnológicas e o comportamento dos preços de saúde respondem pelo crescimento do gasto per capita anual da ordem de 0,8% anuais, o que representa um terço do crescimento decorrente dos fatores não demográficos e da renda – o chamado efeito residual do modelo. Ademais, concluíram que as transformações institucionais e na política de saúde responderam por outro terço do vetor residual. Concretamente, os autores empregaram um modelo de regressão *log-log* para a quantidade demandada por cuidados em saúde (considerando preços e qualidade), com efeitos fixos para países e variável temporal, tendo por variáveis dependentes a idade média da população, os preços relativos, o índice de qualidade dos produtos de saúde, o PIB per capita. O índice de qualidade pondera o peso relativo da geração tecnológica no setor saúde comparativamente ao resto da economia e com a média da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) com a participação da P&D (Pesquisa e Desenvolvimento) no produto, sintetizando o fator tecnologia no crescimento dos gastos. Considerou-se que a variável temporal captura as mudanças na política e na institucionalidade.

Preços relativos e tecnologia

O comportamento dos preços dos bens e serviços de saúde é vetor de crescimento do gasto, sendo objeto de grande debate. Tal debate se dá em torno da tese de

Baumol (1993), que sustenta que o setor de serviços apresenta o chamado “*cost disease*”. A argumentação para essa doença é o fato de os serviços serem intensivos em mão de obra, cuja produtividade apresenta um crescimento baixo ante outros setores. Como resultado, os preços relativos dos cuidados de saúde apresentam tendência altista, o que dependendo das preferências dos consumidores pode implicar em crescimento da participação dos gastos em saúde.

Concretamente, Baumol e Bowen (1966) chamaram a atenção para o fenômeno de contínuos e combinados aumentos nos custos reais de um grupo de atividades econômicas que inclui artes cênicas ao vivo, reparo automotivo, saúde, educação, serviços postais, seguros automotivos e de acidentes e assistência a indigentes.

Baumol (1967, p. 419-420) argumenta que se a produtividade do fator trabalho aumenta em um setor em comparação com o resto da economia enquanto os salários aumentam proporcionalmente em todos os ramos de atividade, então, os custos relativos dos setores não dinâmicos, invariavelmente, irão se elevar. Isso ocorre porque os custos do setor dinâmico não aumentam como consequência de um aumento de salários, tendo em vista o ganho de produtividade que se observa a partir da introdução de novas tecnologias. Em contrapartida, nos setores menos dinâmicos, em que a produtividade é constante, qualquer aumento de salários irá acarretar aumentos de custos.

Na saúde, o nível salarial dos trabalhadores tende a se equiparar com aqueles de setores mais dinâmicos da economia, mesmo que não se observe, em contrapartida, um aumento proporcional na produtividade do setor, o que leva a um aumento nos preços dos serviços de saúde. É por esse motivo que os índices de inflação calculados para a saúde tendem a ser superiores em comparação aos índices de preços ao consumidor (De Meijer *et al.*, 2013; Dormont *et al.*, 2007).

Há, de outro lado, que se observar as dificuldades de os índices de preços considerarem as mudanças de qualidade dos bens e serviços e os ganhos de

produtividade. No caso do IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) se acompanha os preços de uma cesta de consumo com composição fixa no tempo. Ou seja, a incorporação dos avanços tecnológicos e as transformações epidemiológicas se processam lentamente, implicando que os índices podem considerar como aumento de preços alterações que se devem ao aumento da qualidade do bem ou não considerar que esses novos preços implicam em menores quantidades consumidas. Alguns países realizam ajustes nos seus índices de preços, considerando as mudanças de qualidade dos bens e serviços e alterações nas quantidades consumidas, por meio do uso de modelos hedônicos.⁷¹

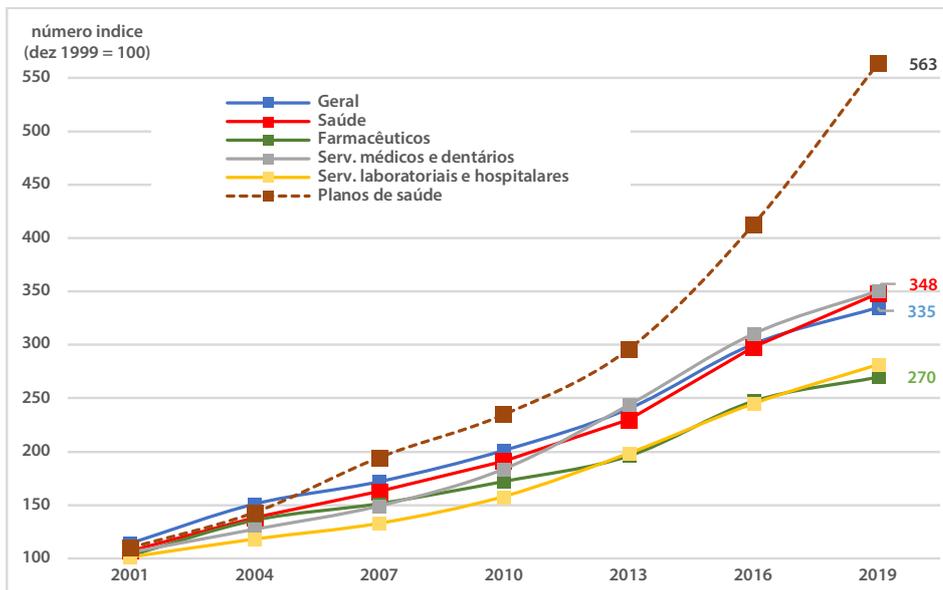
Groshen *et al.* (2017) resenham estudos que tratam dos vieses no comportamento dos índices de preços e na variação do PIB, com resultados que apontam uma sobre-estimativa da ordem de +1,1 e de +0,87 pontos percentuais no Índice de Preços ao Consumidor (IPC) dos EUA em 1996 e 2001, respectivamente. Cerca de metade desses vieses decorrem da não contabilização de mudanças de qualidade e da incorporação de novos bens, com destaque para os serviços digitais (internet) e de cuidados de saúde.

Como se comportaram os índices de preços da saúde e das suas principais rubricas no Brasil nesses últimos vinte anos se encontra ilustrado no Gráfico 2. Efetivamente, considerando como base dezembro de 1999, foram considerados o índice geral, o da saúde como um todo e as rubricas específicas de produtos farmacêuticos, de serviços médicos, dentários, laboratoriais e hospitalares e os planos de saúde. Verifica-se, em primeiro lugar, que a inflação dos bens e serviços de saúde guarda grande proximidade com o índice geral, com os preços em geral tendo se elevado em 235%, entre dez de 1999 e de 2019, ante um crescimento dos preços dos bens e serviços de saúde em 248%. Os serviços médicos e ambulatoriais exibem, também, comportamento similar. Verificam-se duas dinâmicas bastante distintas quanto aos preços, com os preços dos planos de saúde tendo crescido no período 463% e, com

⁷¹"They are poorly adjusted for quality changes and include as price change many factors that should be counted as quantity increases resulting from medical innovations. When they are adjusted for quality, it is possible that true price indexes have actually declined. Similarly, adjusting prices for the variety of products can lead to a decrease in the true relative price of health care goods" (Dormont, 2007, p. 12).

crescimentos bem aquém do índice geral, os serviços laboratoriais e hospitalares. Interessante notar que os serviços de saúde que não os planos e os medicamentos são, grosso modo, os insumos dos planos de saúde, o que, dado o comportamento destes, mostra como é frágil a regulação dos preços dos planos, como bem apontado por Ocke-Reis *et al.* (2019) e Fiuza *et al.* (2020).

Gráfico 2 - Comportamento do INPC Geral, Saúde e Itens de Saúde – Brasil, 2001-2019



Fonte: SNIPC/IBGE

Resta, então, questionar a razão dos avanços tecnológicos no setor não significarem incrementos de produtividade e, assim, não pressionarem os custos e, portanto, os preços dos cuidados em saúde. O que de fato se observa é a incorporação tecnológica se somando aos vetores do crescimento do gasto e de sua participação no produto da economia. Em verdade, o impacto do progresso técnico depende da elasticidade-preço da demanda por cuidados de saúde ajustada pela qualidade. Quando essa elasticidade-preço ajustada supera a um, o decréscimo dos preços pode significar um crescimento maior proporcionalmente na quantidade demandada, logo, um aumento dos gastos.

Cutler e McClellan (1996) observaram que o aumento dos custos do tratamento de infarto nos EUA é devido, principalmente, aos novos procedimentos, pois os preços praticados para determinado nível de tecnologia são, grosso modo, constantes no tempo. Exemplificam, mostrando que mais da metade dos pacientes acometidos de ataques cardíacos passaram, em 1998, por cateterismo associado a outro procedimento, enquanto, em 1984, somente 10% dos pacientes receberam procedimentos combinados. Dinâmica semelhante é reportada no processo de difusão da angioplastia com *stent*.

Em 2003, Cutler e Huckman (2003) identificaram que a introdução de um novo tratamento cirúrgico específico para doença arterial coronariana significou um crescimento dos gastos com essa cirurgia, ao mesmo tempo em que seu custo unitário foi reduzindo. É que se observou uma ampliação do tratamento cirúrgico, o que implicou em aumento nos gastos totais com saúde, mesmo que esse novo tratamento não seja, por si só, mais custoso perante o anteriormente utilizado.

Vale lembrar que os avanços tecnológicos se fazem presentes em medicamentos e vacinas, em procedimentos ambulatoriais e cirúrgicos, nos equipamentos médicos e, inclusive, nos sistemas administrativos. Como bem aponta Przywara (2010), as tecnologias podem auxiliar tanto na redução de gastos, como atuando como fator de pressão para o crescimento dos gastos.

Cumprir destacar, ainda, que várias novas tecnologias, como dito, não implicam na substituição das anteriores, podendo ser adicionadas ao que já se realizava ou não abranger todo o escopo do tratamento/procedimento. Ou seja, as novas tecnologias na área da saúde não significam necessariamente a obsolescência das anteriores, sendo muito comum a convivência de tecnologias “antigas” e recentes. Ademais, os investimentos em P&D na área da saúde são de grande monta, impactando os custos de aquisição das novas tecnologias, o que se reflete na quantidade de patentes que se observa na área.

As instituições e políticas: os sistemas de saúde

Interessante notar que na imensa quantidade de estudos sobre os vetores do crescimento dos gastos em saúde, chama-se a atenção, primeiramente, como dito, para o menor peso que os fatores demográficos apresentam do que, à primeira vista, o senso comum e mesmo os analistas sociais de outras áreas supõem. Dentre os vetores não demográficos, o comportamento da renda e seus efeitos é controverso por apresentar muitos níveis de análise – individual, grupos populacionais segurados, afiliados ao seguro social quando presente, regionais e nacionais – e diferentes comportamentos ao longo do tempo. Dado que as elasticidades-renda dos gastos em saúde nacionais gravitam em torno da unidade, arbitra-se que o gasto cresce na mesma proporção do aumento da renda. Esses dois vetores respondem, no caso da média dos países da OCDE, considerando o período 1995-2009, por cerca da metade do aumento em pontos percentuais da participação dos gastos em saúde no produto das economias. Ou seja, os outros móveis do crescimento têm um peso expressivo, com os estudos dando destaque para os preços relativos e a tecnologia, com os fatores político-institucionais tendo um tratamento, em grande parte dos estudos, de resíduo do resíduo.

Isso é apontado por De la Maisonneuve *et al.* (2016), quando afirmam que apesar do papel central que se vislumbra para os aspectos institucionais na explicação do padrão de gasto em saúde e de seu crescimento, os estudos comparativos entre países que buscam identificar os vetores de crescimento não concedem ao desenho dos sistemas de saúde o mesmo destaque que os outros móveis não demográficos. Recordando que as estimativas apresentadas (De la Maisonneuve & Martins, 2015) apontam que ao redor de um quinto do crescimento do gasto em saúde se deve aos aspectos político-institucionais dos sistemas de saúde, importância que aumenta quando se analisa o desempenho dos gastos públicos. Participação similar, segundo os autores, dos vetores relacionados aos preços e à tecnologia.

Há que se ter cuidado nessa discriminação dos móveis do gasto em saúde, pois há efeitos combinados, bem como vetores que influenciam os efeitos de outros. Isso é evidente quando se consideram os papéis de provedor e regulador do Estado nos mercados de bens e serviços de saúde. Sistemas de saúde onde cerca de 70% dos gastos são de financiamento público ou por esquemas de seguros sociais ou mandatórios implicam em mercados privados de saúde distintos de países em que a participação do gasto privado é mais expressiva. Essa influência dos segmentos públicos ou de seguros amparados pelo Estado se faz presente quando se observa que a provisão dos serviços ambulatoriais e hospitalares é, em grande parte, privada. Não resta dúvida que a estrutura do mercado de seguros de saúde e as regulamentações da oferta de assistência médica podem encorajar a incorporação de inovações mais custosas, amplificando, no caso, as pressões advindas da tecnologia.

O grau de regulação que se reflete nas políticas de preços, na normatização das coberturas de serviços cobertos pelos planos de saúde, no marco regulatório de defesa da concorrência, entre outras ações do estado no mercado privado de bens e serviços de saúde tem efeitos sobre o comportamento dos preços e dos investimentos em P&D. Somam-se a isso os benefícios fiscais e creditícios e os programas de investimento de apoio à produção e ao consumo de bens e serviços de saúde, que têm efeitos sobre os preços, o consumo e o investimento do setor. Assim, os vetores relacionados à renda e aos preços têm seus impactos alterados em razão das políticas públicas de saúde pública.

Estudos mostram que países em que há maior competição entre seguradoras, no mercado de planos, e entre provedores dos serviços e bens dos sistemas públicos de saúde apresentam sistemas menos custosos. De outra parte, há grande dispersão no nível de gasto entre sistemas públicos de saúde com perfis semelhantes, como por exemplo entre os países com saúde pública universal financiada por tributos gerais, ainda que esse tipo de desenho pareça ser mais adequado a medidas de controle de gasto.

De toda sorte, não se pode afirmar que os sistemas financiados por tributos gerais são menos custosos, cabendo sim sublinhar que proveem maior controle público sobre o gasto seja no curto prazo com as crises, seja no longo prazo nas mudanças de prioridades.

Relação público e privado

Da análise da relação público-privado em cinco países da OCDE – Reino Unido, Nova Zelândia, Holanda, Canadá e Austrália –, onde o gasto do setor público é predominante, isto é, da ordem de três quartos do gasto total, Tuohy *et al.* (2004) concluem que o emprego maior do financiamento privado tem mais chances de prejudicar do que auxiliar o esquema público de financiamento, embora os efeitos variem conforme a forma que o financiamento privado assuma.

Os autores definem quatro modalidades de relação público-privado, sublinhando que estas convivem nos países de modo diverso. Assinalam que há o predomínio de uma dessas modalidades nos países selecionados, o que permite avaliar de modo comparativo as escolhas para essa relação e retirar lições e sugestões de políticas. Para o caso brasileiro, que, como se sabe, não tem o financiamento público como predominante, pode-se considerar que duas dessas modalidades se fazem presentes: sistemas público e privado atuando paralelamente, e setorial, em que o financiamento público é fundamental para determinados segmentos da produção/consumo de saúde, com outros tendo o setor privado como predominante.

No que diz respeito ao modelo em que os sistemas público e privado atuam paralelamente, há a crença de que o crescimento do segmento privado implicará aliviar a demanda sobre o setor público, reduzindo a espera por consultas e exames especializados e por cirurgias eletivas. A conclusão dos autores vai de encontro a essa expectativa, uma vez que os países com essa modalidade não apresentaram redução das filas ante outros com relações público-privado distintas. Apontam, ademais, que o que de fato ocorre é a drenagem de recursos públicos com os incentivos ao

consumo privado e, com isso, aumentar as filas no segmento privado. Concluem que a redução das filas responde muito mais ao aumento do financiamento público do que ao crescimento do setor privado.

Na chamada modalidade setorial, afirmam que é maior a vulnerabilidade aos efeitos indesejados da tecnologia, com as mudanças fiscais atingindo em segmentos particulares. No caso canadense, onde essa modalidade se destaca, observam um processo de privatização passiva que decorre do efeito da tecnologia transferir serviços para ambientes de financiamento misto (Tuohy *et al.*, 2004: 392).

Assim, como lições para o caso brasileiro, pode-se apontar, de um lado, para a falácia de que o crescimento da participação privada reduz as pressões sobre a oferta pública e, de outro, que as mudanças tecnológicas ampliam as clivagens entre os bens e serviços da oferta pública e privada.

Há que sublinhar a principal advertência que o estudo traz aos *policy markers* que buscam a redução do gasto público e ampliar a participação do setor privado, ainda que em um plano integrado: “as pesquisas nacionais indicam que a satisfação do público com o sistema de saúde está, em geral, associada a níveis mais altos de gastos públicos e que as reduções na parcela pública dos gastos com saúde alimentam as demandas por gastos públicos maiores” (Tuohy *et al.*, 2004, p. 392). Além disso, tentativas deliberadas de integrar seguro público e privado dentro de um regime de competição regulamentada encontraram desafios políticos, econômicos e técnicos substanciais.

Santos *et al.* (2008) mostram que o paralelismo entre os setores, ou em seus termos, a forma suplementar que o seguro privado se inscreve no sistema de saúde brasileiro, implica em desigualdades no acesso e na cobertura dos serviços de saúde e em um gasto proporcionalmente maior com saúde. Em trabalho posterior, Santos *et al.* (2013) mostram claramente esses dois efeitos do nosso sistema de saúde, onde a parcela afiliada a planos de saúde – que, ademais, tem recursos para gastos

diretos - conta com cobertura duplicada. Os dados das pesquisas domiciliares sobre o acesso e consumo de bens e serviços de saúde exibem tanto a desigualdade na oferta dos cuidados em saúde entre segurados e não segurados, como a utilização pelos segurados dos serviços do SUS. E que essa utilização se concentra nas ações de prevenção (vacinação), no pronto atendimento e nos procedimentos de alta complexidade e custo (quimioterapia, radioterapia, hemodiálise, hemoterapia) (Andrade *et al.*, 2018).

As mudanças que vêm se processando nos sistemas de saúde dos países centrais nas últimas décadas têm como um dos objetivos centrais desacelerar os gastos com saúde, seguindo as recomendações das instituições multilaterais e os alertas dos analistas quanto à sustentabilidade fiscal da dinâmica do gasto em saúde nos últimos 40/50 anos. Nessa direção, medidas de redução da cesta de bens e serviços cobertos pelos sistemas públicos foram sendo implementadas em vários países, mercantilizando parcela dos procedimentos agora não cobertos. Há, também, transformações no sentido de alterar o financiamento do gasto público migrando de impostos gerais ou de esquemas de seguro social para a obrigatoriedade de afiliação a seguros privados, ainda que com aporte de contribuições públicas.

Essas mudanças colocam em risco os ganhos redistributivos dos sistemas de saúde pública universais e de cobertura integral ao reduzir a participação dos ricos e saudáveis no financiamento e sobrecarregando pobres e doentes ao transferir parcela da responsabilidade dos gastos para esses grupos populacionais.

Esse movimento de mercantilização dos cuidados de saúde, mesmo em contextos em que predomina o gasto público, se reflete, de um lado, no crescimento do gasto via planos, maneira de acessar mais tempestivamente os serviços e de forma mais ampla. Interessante notar que o emprego de provedores privados (clínicas, laboratórios e hospitais) pelos sistemas públicos de saúde é bastante generalizado, respondendo pela maior parcela da provisão. A composição do gasto segundo

diferentes cuidados de saúde (medicamentos, consultas, exames, tratamentos ambulatoriais e hospitalizações) e a participação privada no provisionamento desses cuidados exibe uma variabilidade entre os países, centrais especialmente, bem reduzida, diversamente do que se observa na composição do financiamento. Verifica-se, contudo, alterações tanto nos tipos de provedores privados como na forma de remuneração dos serviços, buscando, com ambas, a contenção dos gastos. E, assim como no caso brasileiro, ampliou-se o emprego dos provedores privados sem fins lucrativos com características diversas dos filantrópicos, as chamadas Organizações Sociais.

Dessa maneira, dada a importância do segmento privado na provisão pública, o arcabouço legal que regula essa relação entre o sistema de saúde pública e sua provisão realizada por entidades privadas tem efeitos sobre o comportamento do gasto público e total em saúde. A identificação dos impactos que as mudanças legais e organizacionais relacionadas à relação entre o sistema público e seus provedores privados provoca ainda está em aberto, observando-se, grosso modo, com base na experiência de alguns países pouca efetividade na contenção dos gastos. Estudos mostram que a regulamentação mais rígida dos preços dos serviços hospitalares e médicos implica em menores pressões inflacionárias de salários e dos custos de serviços.

Todos os países concedem benefícios fiscais a pessoas e empresas com objetivos bastante diversos, entre os quais incentivar a produção de determinados segmentos produtivos e regiões, amparar o consumo das famílias para determinados bens e serviços e apoiar tanto o investimento privado como a poupança pessoal. Esses benefícios se consubstanciam na desoneração ou isenção de tributos incidentes sobre determinadas rendas e produtos. Na saúde, esses benefícios estão presentes nos investimentos em P&D, nos gastos corporativos e pessoais com assistência à saúde, na produção de fármacos e nas receitas de entidades sem fins lucrativos ou filantrópicas. Como se pode notar nos dados tabulados por Paes (2014), os gastos

tributários em saúde representam para a média dos países da OCDE 0,3% do PIB e, no caso dos países latino-americanos, esse percentual atinge a 0,7%. Observa-se nesses últimos que o gasto tributário, ou seja, a despesa pública indireta com saúde responde por 17,3% do gasto total, enquanto nos países da OCDE tal participação é inferior a 5%. Na maior parte dos países de renda baixa e média da América Latina, o instrumento do benefício tributário tem sido um componente relevante no gasto em saúde, reforçando o papel do segmento privado na oferta de cuidados de saúde, uma vez que tais benefícios “barateiam” os preços dos bens e serviços de saúde, incentivando, assim, seu consumo. Verifica-se, ainda, que naqueles países de renda alta em que o consumo privado se destaca, os gastos tributários têm um peso maior no financiamento público em saúde. Assim, Estados Unidos, Canadá e Holanda apresentam gastos tributários que respondem entre 10,4% e 16,6% do gasto público em saúde, sendo que, no caso dos dois últimos, a importância do segmento privado está relacionada com reformas que esses países levaram a cabo. Reformas que buscavam estancar o crescimento do gasto público e, para tanto, alteraram o sistema de financiamento, no caso da Holanda, e reduziram o escopo da cobertura da provisão pública direta, no caso do Canadá.

Tabela 2 - Gastos públicos tributário e total em saúde como proporção do PIB e participação do gasto público tributário sobre o gasto público total em saúde - 2009-2010

	gasto tributário	gasto total	% tributário
Argentina	0,4%	6,7%	6,1%
Brasil	0,4%	4,5%	8,3%
Chile	0,3%	4,1%	6,5%
México	0,7%	3,3%	21,0%
Uruguai	1,5%	3,9%	38,5%
Canadá	0,9%	5,6%	16,6%
Alemanha	0,3%	7,8%	4,1%
Coréia do Sul	0,0%	8,6%	0,0%
Holanda	0,4%	3,9%	10,4%
Espanha	0,0%	8,3%	0,0%
Reino Unido	0,0%	7,8%	0,0%
Estados Unidos	1,1%	9,0%	11,7%
América Latina	0,7%	4,4%	17,3%
OCDE	0,3%	7,1%	4,6%

Fonte: Paes (2014).

Ocké-Reis desenvolveu, em seus estudos sobre renúncia fiscal e mercado de planos de saúde⁷², com base em vários dados, a argumentação criteriosa de que os planos de saúde no país são, em realidade, uma criação do estado, dado o apoio fiscal e a flexibilidade regulatória às seguradoras e aos provedores privados de cuidados de saúde. Nesse aspecto, o tratamento dado às entidades filantrópicas, cujos benefícios fiscais são constitucionalmente inscritos, não consideram a heterogeneidade do segmento, que, ademais, conta com prescrição legal maleável e pouca transparência de informações detalhadas dos benefícios concedidos.

72 Ocké-Reis (2005, 2014, 2018), Ocké-Reis & Santos (2011), Ocké-Reis & Fernandes (2018).

Financiadores e provedores e seus interesses

Evans (2002) é muito claro ao mostrar as tensões entre quem paga e quem usa o sistema de saúde e que as diferentes formas de financiamento, ao definirem os encargos e as coberturas, explicitam os “ganhadores” e “perdedores”. Em seus termos, no financiamento baseado em tributos, a responsabilidade do pagamento está apartada da experiência de problemas de saúde, ou melhor, do uso dos cuidados à saúde. Já nos esquemas fundados nos esquemas de seguros, a vinculação entre o financiador e o usuário se faz presente. “Independentemente da renda, os doentes contribuirão com menos dinheiro e os saudáveis mais com o financiamento por meio de impostos gerais” do que nos esquemas baseados em seguros.

São evidentes os benefícios econômicos de curto prazo para as pessoas ricas do financiamento privado predominante, uma vez que eles contam com recursos para atender suas necessidades de cuidados de saúde. E, no caso de choques, com gastos muito elevados, a afiliação a seguros de saúde, com os riscos associados ao grupo, não implica em redução da riqueza e da renda. Compartilhar os riscos de toda população no financiamento do sistema público de saúde é o que se institui quando o financiamento é por tributos gerais, e na sua composição a incidência sobre os mais ricos é proporcionalmente maior. Mas mesmo nas situações em que os tributos diretos são menos progressivos e o peso dos indiretos é significativo, a oferta pública dos cuidados de saúde se mostra muito progressiva e mitiga um potencial financiamento neutro; há que se olhar os dois lados da moeda do fisco sobre as pessoas: no financiamento e no gasto (Murphy & Nagel, 2005).

Já pobres e doentes se opõem ao financiamento privado, dado que não desejam se confrontar com gastos ou, o pior, o não cuidado. A apuração dos chamados gastos catastróficos em saúde visa mostrar o quanto da população se torna altamente vulnerável em razão do crescimento dos gastos privados em saúde, colocando em risco o atendimento das necessidades essenciais.

O comportamento das classes médias no apoio ao financiamento público no gasto em saúde é o fio da balança, onde a discrepância entre o que se paga e o que se recebe é bem inferior a dos ricos nos países com sistemas de saúde de predomínio público com financiamento neutro ou progressivo. Assim, contrações fiscais, ao afetarem a oferta pública sem alívio tributário, podem tornar esse custo da solidariedade muito alto e levar esses grupos a ver segurança maior no financiamento privado. No caso brasileiro, dois elementos tornam esse apoio ainda mais frágil, estendendo-se para as classes médias baixas e populares. De um lado, esses grupos médios formavam a principal parcela da população que contava com a previdência social e com a assistência à saúde via seguro social, ou seja, gerenciadas pelo estado. A universalização da saúde pública e a extensão da proteção previdenciária tiveram por contrapartidas medidas de benefício tributário no consumo privado – deduções do IRPF em educação (1971) e saúde (1987); dedução do IRPJ com gastos em saúde dos empregados (1995); isenções e reduções tributárias as entidades sem fins lucrativos (1988).

Essa experiência, de outra parte, implicou que tanto educação como saúde são serviços historicamente ofertados de modo segmentado: aos estratos superiores, acesso e melhor qualidade, e ao restante, dificuldades de acesso e problemas de qualidade. Com isso, uma das marcas da mobilidade social no país é o consumo privado desses serviços públicos, cristalizando uma visão negativa da oferta pública, especialmente, aquelas universais.

O comportamento do consumo de cuidados em saúde repercute diretamente sobre os produtores dos bens e serviços, sejam ofertados publicamente, seja via o setor privado. Ou seja, emprego, lucros e rendimentos são afetados pelo dinamismo do gasto, logo, dos vetores de crescimento. Vale dizer que a produção do setor público é desenvolvida tanto por instituições públicas (funcionários públicos), como por prestadores de serviços – trabalhadores e empresas. A redução ou o aumento do gasto público afeta o emprego e os rendimentos dos provedores privados, de modo

similar ao que se observa no gasto privado. Assim, o leque heterogêneo de atores na produção de cuidados de saúde, que implica interesses diversos, compartilha um objetivo comum, que é o crescimento do gasto ou ao menos sua estabilidade.

E como bem aponta Evans (2002), a redução de salários, honorários, dividendos e lucros no setor da saúde decorrente de cortes nos gastos independe da magnitude dos impactos sobre os serviços de saúde. É que todos os envolvidos não têm interesse em fazer o mesmo ou mais com menos. Assim, as reclamações por subfinanciamento dos sistemas são permeadas pelos interesses dos envolvidos na produção de bens e serviços de saúde, o que fica claro na forma como se apresentam a depender do comportamento do gasto e da economia.

Há uma diferença entre a atuação política dos interesses dos provedores na produção pública financiada por tributos e na oferta privada. No caso da saúde pública, evocam as falhas do sistema de saúde, enquanto os financiados pelo gasto privado apelam para a excelência de sua produção. Ou seja, provedores privados fazem *marketing* dos seus produtos e os públicos desmerecem seus serviços.

As distintas lógicas entre o segmento público e o setor privado e a importância na oferta pública dos provedores privados, em especial dos médicos com o duplo emprego, têm importantes implicações. Como aponta Evans (2002, p. 41), “médicos que trabalham em ambos os lados da rua ... podem manejar os tempos de espera, bem como as percepções dos pacientes quanto à qualidade encorajando a contratação privada”.

No caso brasileiro, Andrade *et al.* (2018, p. 376) mostram que, “como os médicos atendem nos dois setores, o acesso a procedimentos nesse sistema para indivíduos com cobertura privada pode ser facilitado, evitando que esses pacientes se submetam às filas de espera. Em algumas localidades, o setor privado funciona como porta de entrada para o setor público. Essa situação ocorre particularmente em regiões em que a rede privada é mais restrita, com predomínio da oferta dos serviços de saúde do SUS”.

Concretamente, como a demanda por cuidados em cada setor pode ser fortemente influenciada por interesses do provedor, os médicos contam com estímulos para direcionar os tratamentos menos complexos e de menor custo para o setor privado e os de maior custo para o setor público (Santos, Santos & Borges, 2013).

Os dados das pesquisas domiciliares sobre as condições de saúde e o acesso e uso aos cuidados em saúde mostram, como já apontado, que a dupla cobertura reflete que um quinto da produção do SUS é direcionada a afiliados a planos privado. E com o uso maior dos serviços de “alta complexidade (internação hospitalar, quimioterapia e hemodiálise), os com características de bens públicos de saúde (vacinação) e os de emergência (injeção, curativo e medição de pressão arterial)” (Andrade *et al.*, 2018, p. 378).

A evolução do gasto em saúde: dinâmica recente e projeções

O gasto em saúde apresenta uma dinâmica associada à maturação dos estados de Bem-Estar Social nos anos 60, bem como a “crise” associada a eles que tem início nos anos 70. Efetivamente, o gasto em saúde que tinha uma importância marginal nos anos 60, respondendo, em 1970, por cerca de 5% do PIB dos países centrais, cresce ao redor de 2 pontos percentuais durante os 70, estabilizando-se nesse novo patamar (7-8%) nos 80 e 90. Evidente que tal comportamento não é observado nos Estados Unidos, onde os gastos em saúde já respondiam por 11% do PIB em 1990. Na primeira década do século XXI, assiste-se a um crescimento bastante expressivo dos gastos frente ao PIB, superando, em 2010, aos 10% do PIB, com os Estados Unidos se descolando do restante dos países com uma participação, nesse ano, de 16%. Com a grave crise que se inicia no final da década de 2000, verifica-se um esforço dos governos em estancar essa dinâmica de crescimento por meio de medidas de contenção fiscal e reformas nos sistemas de saúde, notadamente no campo do financiamento.

Concomitante às ações de contenção do gasto público, observou-se um crescimento relativamente expressivo do gasto privado, a partir de meados dos anos 80. Fato é que esse incremento se deve principalmente aos gastos com planos privados, com os gastos *out-of-pocket* não exibindo performance que alterasse seu peso no gasto total.

No caso dos países de renda média e em desenvolvimento há uma maior dispersão na participação do gasto em saúde nos produtos dessas economias. De um lado, Brasil, Chile, Argentina e Uruguai com participações ao redor de 9% em 2018, enquanto México, China e Rússia com participações próximas de 6%. Já a evolução do gasto nesses países nas duas primeiras décadas do século XXI exhibe, na primeira década, comportamento errático, com o crescimento se concentrando na segunda metade dos anos 2010.

Como será analisado com mais detalhes, destaca-se na trajetória do gasto em saúde no Brasil, de um lado, um crescimento da participação desse gasto no PIB entre meados dos anos 90 e final dos 2000 acima da média de um amplo conjunto de países e, de outro, um desempenho do gasto público inferior ao observado para a média dos países. Isso se reflete no aumento de peso do gasto privado, o que também se observa em poucos países, entre os quais, cabe destacar, Estados Unidos e África do Sul.

Essa tendência, que serve de base para as projeções futuras não pode ser creditada ao vetor demográfico, pois o país se caracteriza pela “maturidade” epidemiológica. Concretamente, as mudanças demográficas, considerando as mudanças nas morbidades e nos perfis epidemiológicos das coortes populacionais, foram responsáveis por pouco mais de 10% do crescimento do gasto. Quanto ao vetor da renda, esse é responsável por mais de 50% do crescimento do gasto quando se considera a elasticidade-renda como unitária. Peso que se reduz para 40% ao se empregar a elasticidade igual a 0,8, *benchmark* empregado nos modelos de previsão da OCDE. Assim sendo, fica patente o peso dos outros vetores para o crescimento

do gasto, que como se disse, foi superior ao observado para a média de um amplo conjunto de países⁷³. O quanto se deve ao comportamento dos preços e às mudanças tecnológicas (novos produtos e procedimentos) e o quanto aos elementos político-institucionais é tema em aberto. De toda sorte, a experiência brasileira de constituição de um sistema universal de cuidados de saúde se processou concomitantemente ao fortalecimento da oferta privada via benefícios fiscais e creditícios ao segmento.

Não resta dúvida que o *mix* público-privado que marca nossa oferta de cuidados de saúde, reflete em uma participação inferior do gasto público perante o privado. Assim, se o Brasil acompanha a tendência de crescimento do gasto à medida que cresce ou se desenvolve, o mesmo não se verifica quanto à participação do gasto público no gasto total em saúde. Isso porque se nota uma associação entre grau de desenvolvimento e participação do Estado no financiamento do gasto em saúde.

A constituição do *Welfare State* no pós-Guerra e o papel da saúde pública

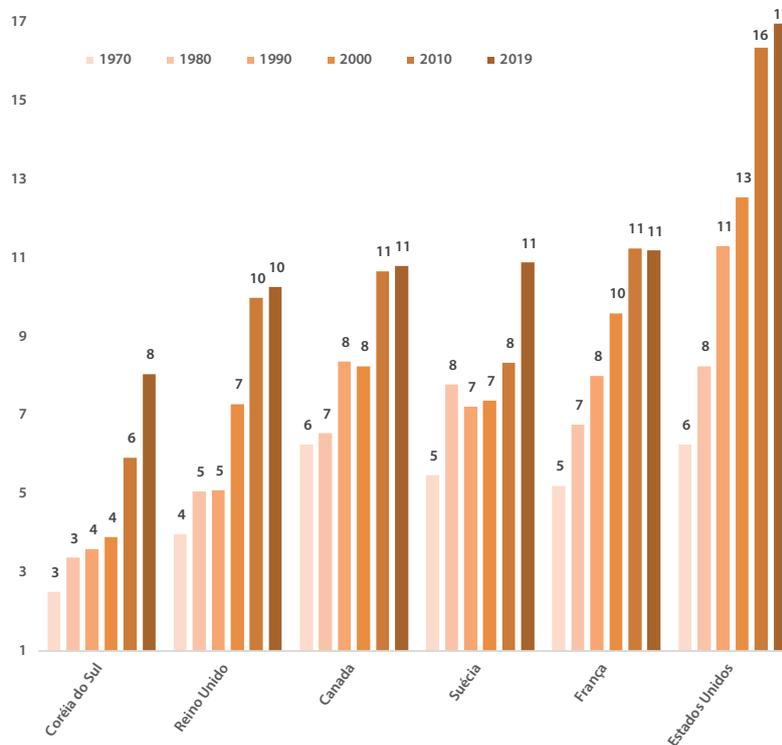
O consumo de bens e serviços de assistência à saúde teve seu crescimento associado a consolidação dos Estados de Bem-Estar Social, sendo que nos anos 70 respondia por cerca de 5% do PIB nos países europeus. Assiste-se, a partir de então, a uma expansão continuada de sua participação no produto da economia, atingindo ao final da atual década ao redor de 10%, ou seja, o dobro que há 50 anos. Na maioria desses países se observou uma mudança de patamar entre 1990 e 2010, o que levou a associar esse crescimento ao envelhecimento populacional, gerando estudos e pesquisas que buscassem identificar os móveis do gasto em saúde. A expansão do gasto em saúde, nos países europeus, se deve, de modo especial à oferta pública, haja vista que o gasto público é predominante, chegando a responder por 85% em alguns países. Interessante observar, então, que os sistemas públicos de saúde se ampliaram justamente quando se assiste à crise do Estado de Bem-Estar Social e da mutação do estado de caráter fiscal para deficitário. Na última década, e para

⁷³ Dos 21 países, 16 exibiram importância do efeito residual inferior ao do Brasil.

alguns países antes, houve um movimento de mudanças com o intuito de controlar o gasto e modificar as bases de financiamento. Como se nota no Gráfico 3, o peso dos gastos em saúde no PIB ficou estável no Reino Unido, no Canadá, na França e, até mesmo, nos Estados Unidos. Já na Suécia e Coreia do Sul, o aumento da participação continuou na última década, aproximando-os dos outros países considerados.

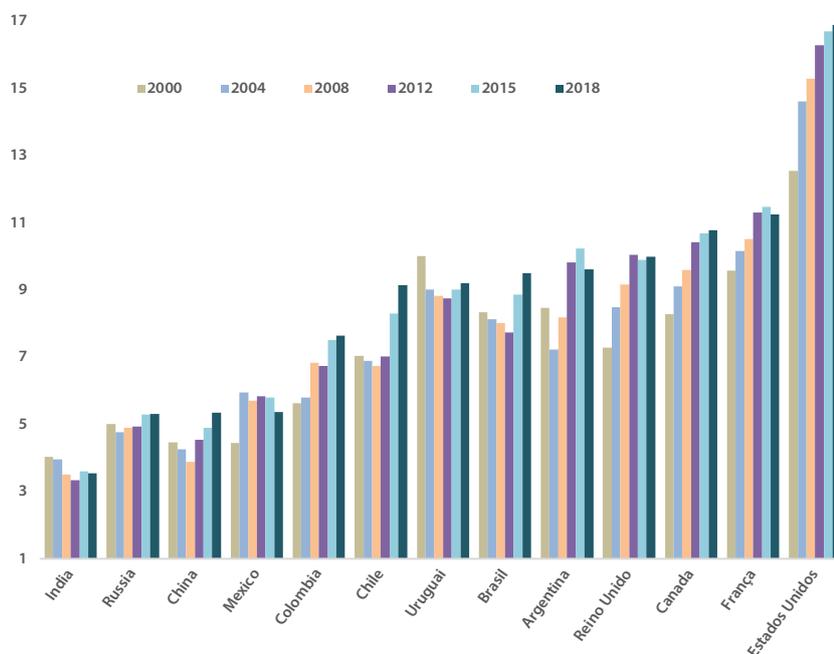
Os Estados Unidos são claramente *outliers* em termos de participação dos gastos em saúde, atingindo a quase um quinto do seu produto econômico, mostrando que desenvolvimento tecnológico e setor privado predominante na produção de bens e serviços de assistência à saúde implica em uma distribuição iníqua do consumo dessa produção e um peso elevado no orçamento das famílias, com parcela expressiva da população sob o risco de cair em gastos catastróficos.

Gráfico 3 - Evolução da participação do setor saúde no PIB em países desenvolvidos selecionados - 1970, 1980, 1990, 2000, 2010 e 2019



Fonte: Huber (1999); OCDE.Stats, disponível em stats.oecd.org.

Gráfico 4 - Evolução da participação do setor saúde no PIB em países selecionados - 2000, 2004, 2008, 2012, 2015 e 2018



Fonte: WHO (World Health Organization) - Global Health Expenditure Database (GHED)

Detalhando melhor o comportamento do gasto em saúde nos últimos 50/60 anos, pode-se discriminar algumas fases. Assiste-se nas décadas de 60 e 70 a um crescimento expressivo tanto do gasto público como privado, que durante os anos 80 desacelera. Essa redução no ritmo de crescimento do gasto em saúde tem continuidade na primeira metade dos 90, decorrente dos esforços de consolidação fiscal levados a cabo pela maioria dos países.

A recuperação se inicia nos 90 e o ritmo de crescimento se acelera durante a primeira década do século XXI. Dentre os países da OCDE, nos anos 90, somente três mostraram desempenho do PIB superior ao do gasto de saúde, contra 25 em que a saúde se destacou. Nos anos 2000, de 34 países considerados, somente em um os gastos em saúde tiveram desempenho inferior ao do produto. Nos anos de 2010, verifica-se, nos seus primeiros anos, uma mudança, com somente um terço dos países em que a performance da saúde é superior à do PIB.

Fica claro, nessa curta perspectiva histórica, que o gasto em saúde foi ganhando cada vez mais espaço – um aumento de participação no PIB entre 1970 e 2019 de quase 10 pontos percentuais, ou seja, consolidando-se como política basilar dos Estados de Bem-Estar Social junto com a Previdência, a Trabalhista e a Educacional. Alguns exemplos ilustram bem essa manifestação da Saúde Pública como um dos principais gastos sociais: em Portugal, os gastos em saúde passaram de 1,5% do PIB, em 1970, para 7,2%, em 2006; na Espanha passaram de 2,3% para 6,1%. Evoluções similares são observadas nos países da Europa Central e do Leste, membros incorporados à Comunidade Europeia e à OCDE, devido ao incremento nos padrões de vida, ainda que o crescimento seja menor dado o papel expressivo que o setor público exibiu no período de transição para economias de mercado.

Essa ascensão do gasto público em saúde no âmbito das políticas de bem-estar implicou em superar o gasto público em educação. Em 2010, os gastos em saúde nos países da OCDE se situavam entre 9,1% na Austrália e 12,0% na Holanda, desconsiderando o caso norte-americano. Já os gastos em educação se situavam entre 4,9%, observado na Itália, e 8,0% na Islândia. Essa diferença se mantém quando se considera somente o gasto público, encontrando-se entre 6,1% e 9,5% ao passo que a despesa pública em educação vai de 3,6% a 7,5%.

Concentrando a análise nos primeiros decênios dos anos 2000 e ampliando a gama de países, observa-se, de um lado, como os países sul-americanos, salvo a Colômbia, atingiram níveis de participação do gasto em saúde no PIB pouco inferiores a 10%, aproximando-se do patamar de Reino Unido, Canadá e França. Já México, Rússia e China exibem participações ao redor de 5%, ou seja, próximo ao que se observava nos anos 70 e 80 nos países da Europa ocidental. De fato, nesses últimos 20 anos a participação cresceu no gasto na China, na Colômbia, no Chile, no Brasil e na Argentina, com destaque para os três primeiros.

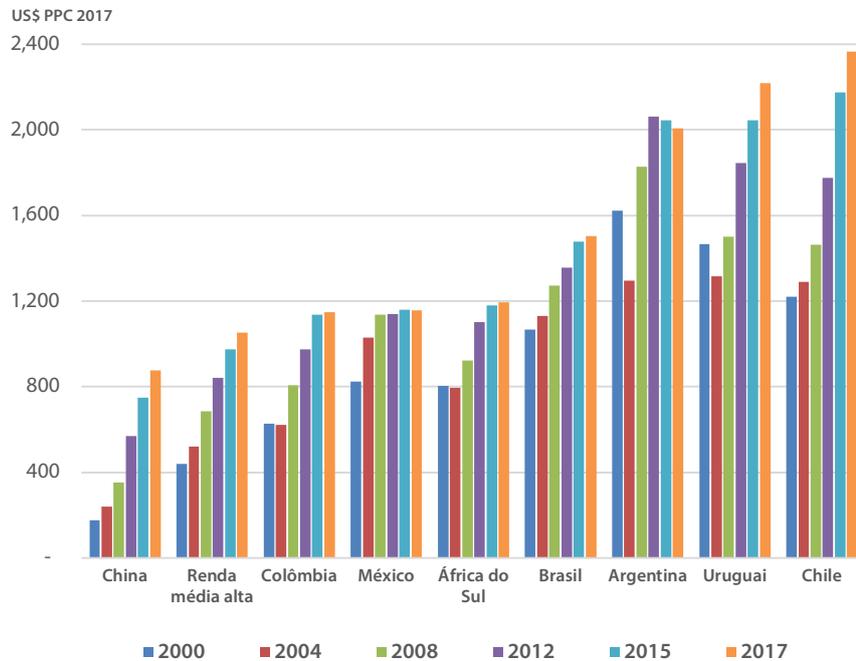
Assim, verifica-se um movimento de convergência entre países de renda média alta e países ricos quanto à participação do setor saúde no PIB, sendo que, nos países centrais, foram envidados esforços no sentido de conter o crescimento do gasto, por meio de mudanças nos arranjos do financiamento. Sobressai, nesse esforço, o crescimento do gasto via afiliação voluntária a seguros de saúde e a migração de parcela do financiamento por tributos gerais para a afiliação compulsória a seguros de saúde, seja ancorada em contribuições sociais, seja por meio dos prêmios pagos aos seguros – objeto da próxima seção.

Assim, nesse percurso histórico do gasto em saúde se observa, de um lado, um processo de convergência entre as participações dos países, com os maiores incrementos na participação ocorrendo naqueles países cujo nível inicial era mais inferior; de outro, a diminuição do ritmo de crescimento do gasto e, em alguns casos, de redução do gasto quando da crise financeira não alterou, em muito, as projeções que ainda apontam para um crescimento significativo do gasto em saúde nos prazos médio e longo.

Brasil em perspectiva comparada: o desempenho recente

O gasto anual per capita em saúde no Brasil atingiu, em 2017, US\$/PPC 1.505, situando-se 34% acima da média para os países de renda média alta, mas inferior aos vizinhos Argentina e Uruguai e ao Chile. Já em relação à participação no PIB, a situação se modifica, com o Brasil ultrapassando esses países e estando mais distante da média para a dos países de renda média alta (gráfico 4). Como se observa no Gráfico 5, onde consta o gasto médio anual per capita para esses três países sul-americanos, mais a Colômbia, os outros países dos BRICS (salvo a Índia), México e o agregado de países de renda média alta, o Brasil se encontra abaixo dos três já citados e no mesmo patamar que a Rússia. Ou seja, dos 10 países e da média do agregado, ele é o quinto de maior gasto, indicando que os móveis de ampliação do gasto, no caso brasileiro, se mostram bem menos dinâmicos que em outras realidades.

Gráfico 5 - Evolução do gasto anual per capita para países latino-americanos e de renda média alta selecionados - 2000, 2004, 2008, 2012, 2015 e 2017



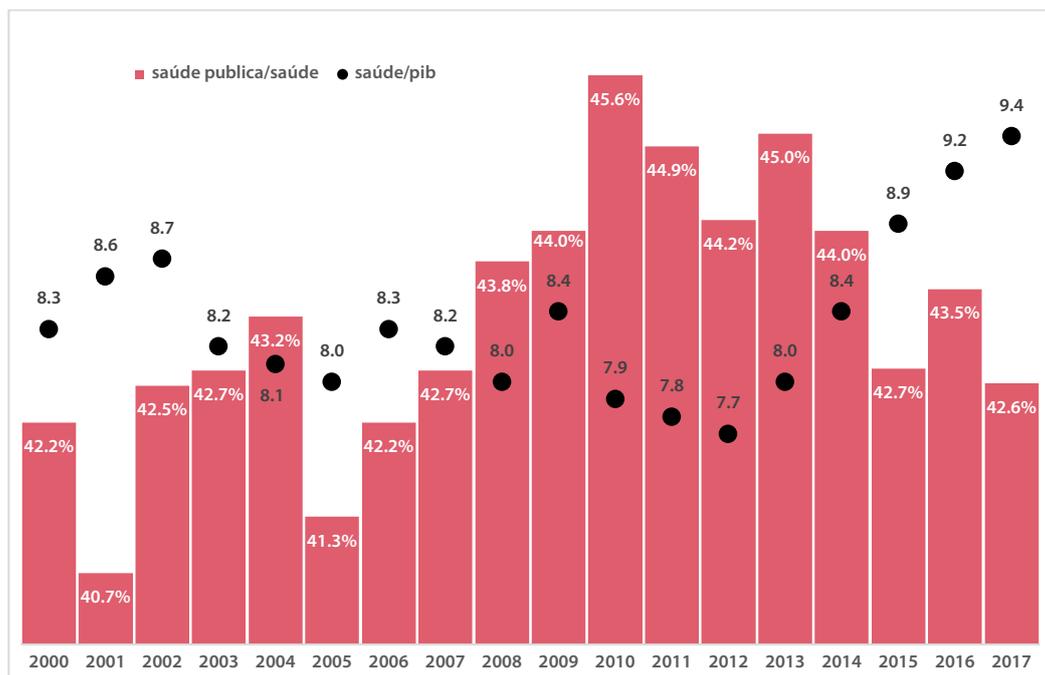
Fonte: Global Burden of Disease Collaborative Network (2020b)

Entre 2000 e 2017, a participação do gasto em saúde no PIB cresceu 1,2 pontos percentuais, com um crescimento real anual do consumo de cuidados em saúde de 1,6% ante uma taxa anual do PIB de somente 0,5% no período. Parcela do aumento da participação dos gastos em saúde decorre da queda expressiva do PIB no biênio 2015/16 e do *delay* que os ajustes nos consumos privado e público ao processo recessivo apresentam. No caso do gasto público, a disputa legal institucional para garantir recursos e seu crescimento foram fundamentais. De outra parte, como bem diz Santos *et al.* (2017), o desempenho de estados e municípios se deve em grande parte aos mínimos constitucionais, tendo sido fundamental nesse crescimento da participação do gasto.

Em termos da composição do gasto, os dados da Conta Satélite da Saúde apontam que, entre 2010 e 2017, a participação do gasto privado (famílias) em saúde teve um incremento de 1,0 ponto percentual. Segundo os dados da OCDE para um período mais extenso, 2000 a 2017, os valores mais baixos de participação do setor público

se encontram nos primeiros anos da série, mostrando que o período das contas nacionais é de redução da participação do gasto público ao patamar do início dos 2000 (Gráfico 6).

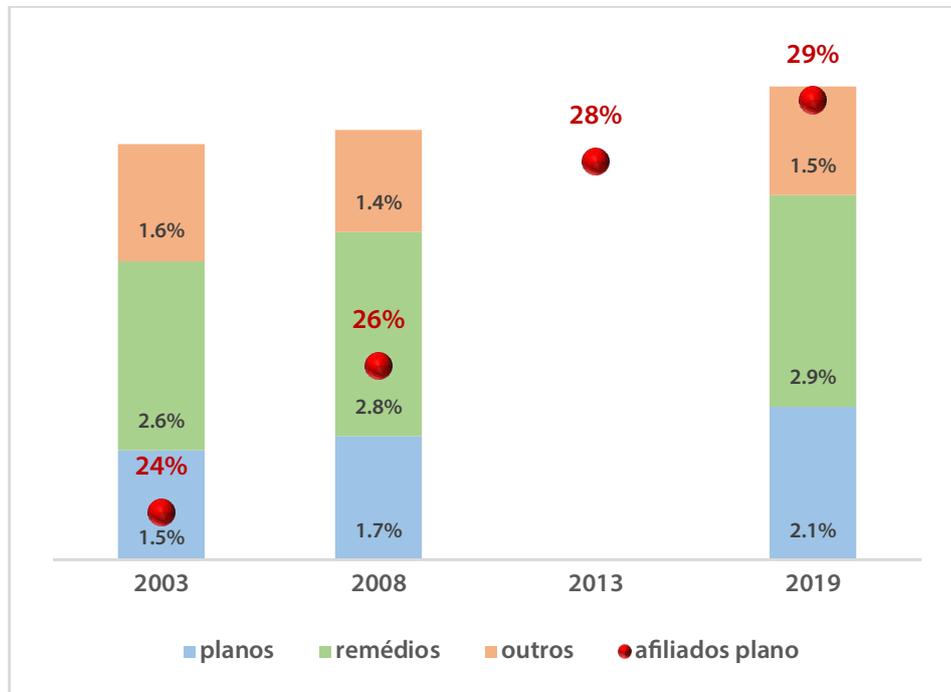
Gráfico 6 - Evolução da participação da saúde no PIB e da saúde pública no gasto total em saúde - Brasil, 2000 a 2017



Fonte: IBGE (Conta Satélite da Saúde); OCDE.Stats, disponível em stats.oecd.org.

Essa participação expressiva do segmento privado se reflete no comportamento do consumo das famílias, com a população afiliada a planos de saúde crescendo, bem como os gastos das famílias com assistência à saúde, com destaque para os voltados aos planos. Efetivamente, como mostra o Gráfico 7, a população coberta por planos de saúde passou de 24% para 29% entre 2003 e 2019, com a participação dos gastos em assistência à saúde no orçamento familiar passando de 5,7% para 6,5% entre 2002/03 e 2017/18. Os gastos com planos de saúde são a rubrica que responde pela maior parte desse crescimento, uma vez que sua participação aumenta em 0,6 pontos percentuais diante dos 0,8% que os gastos em saúde tiveram de aumento no orçamento familiar.

Gráfico 7 - População afiliada a planos de saúde (2003, 2008, 2013 e 2019) e participação das despesas de saúde no orçamento das famílias (2003, 2009 e 2017)



Fonte: IBGE - Suplemento Saúde PNADs 2003 e 2008, PNS 2013 e 2019; POFs 2002/03, 2008/09 e 2017/18.

Chama a atenção que a recessão 2015/16 não significou uma redução da população afiliada a planos e sim uma redução do ritmo de crescimento anterior, como se nota cotejando os desempenhos de 2003 a 2008 e de 2008 a 2013 em vista do último período, inclusive mais extenso.

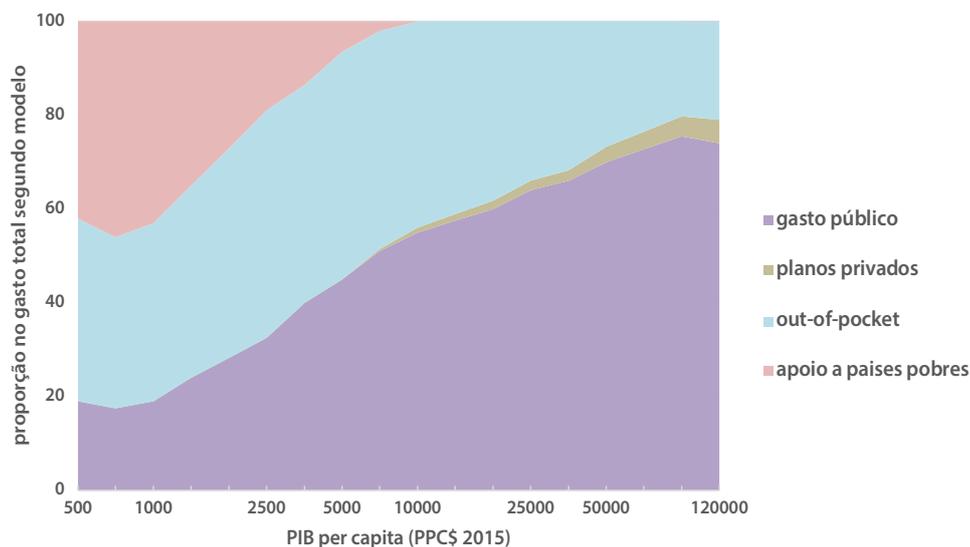
Projeções do gasto em saúde

Os estudos prospectivos do gasto em saúde se avolumaram em fins dos anos 2010, cabendo citar que, anteriormente, muita pesquisa foi desenvolvida sobre os efeitos demográficos, especialmente, do envelhecimento e sobre os impactos da renda, como analisado na seção 2. Essa “onda” de estimativas do futuro do gasto em saúde se deve ao crescimento continuado desse gasto, mesmo com as medidas de contenção no âmbito das consolidações fiscais. Verifica-se, como aponta Rocha *et al*

(2019, p. 3), “uma situação de crescente tensão entre necessidades de financiamento e sustentabilidade financeira”. Esse é, inclusive o teor, de algumas projeções, quando incluem medidas de contenção dos gastos perante cenários em que os vetores do crescimento do gasto atuam sem ações mitigatórias do setor público.

As projeções se ancoram, como dito, na dinâmica dos 20 anos anteriores, assumindo, com isso, a transição do gasto em saúde da centralidade do *out-of-pocket* para o gasto público conforme se incrementa o gasto per capita, ou seja, o nível de renda e desenvolvimento social.⁷⁴ Assim, tem por um pressuposto a convergência dos padrões de gasto e financiamento entre países de desenvolvimento similar. Essa associação entre nível de renda (e gasto) e composição do financiamento é ilustrada por SDG (2019) no gráfico 8 aqui reproduzido, resultado da modelagem aplicada ao desempenho de 184 países pelos autores.

Gráfico 8 - Composição dos gastos em saúde por fonte segundo o PIB per capita US\$ PPC, 2014



Fonte: SDG Collaborators

74 The health financing transition is defined by changes in the level and composition of health spending. These changes are associated with economic development. More specifically, the health financing transition has two key features, observed across countries and across time: (1) as countries experience economic development, they spend more per capita on health; and (2) less of that spending is out-of-pocket (OOP). It has been theorised that both features of the health financing transition are driven by per capita income growth, technological advances, maturation of health financing system, greater government fiscal capacity, introduction of social health insurance, and population ageing, all associated with socioeconomic development (SDG Collaborators, 2007b, p. 1981-2).

Os autores mostram que esse resultado está baseado na associação positiva entre nível de renda (PIB PPP\$ per capita), o gasto per capita em saúde e a participação do setor público no financiamento (no gasto), o que não se observa com os gastos com planos de saúde, sendo o inverso no caso do gasto direto das famílias.

Nas avaliações prospectivas, como se apontou, os estudiosos empregam o desempenho anterior e, com base nele, discriminam os efeitos da idade e da renda, cujos dados, estudos e estimativas se encontram disponíveis. Com isso, apura-se qual o efeito residual, ou seja, não decorrente das mudanças demográficas e nem associadas ao crescimento da renda. Nos estudos aplicados a OCDE e aos países do BRICs, observa-se que o efeito residual responde por 46% e 40% do crescimento do gasto per capita em saúde entre 1995 e 2009, respectivamente. Nesse caso, considerou-se a elasticidade-renda do gasto igual a 0,8, sendo que com elasticidades unitárias o efeito residual ainda responde pela maior parcela do crescimento (40%) para a média dos países da OCDE e por mais de um quarto para os BRICs. No caso brasileiro, o efeito residual apurado para elasticidade-renda de 0,8 responde por 60% do crescimento médio de 4,8% do gasto per capita em saúde entre 1995 e 2009. Vale notar, ainda, que quando se considera a elasticidade unitária, a participação do resíduo no crescimento ainda se preserva bastante elevada, 54%.

Fica claro que, no caso dos países centrais, os vetores de crescimento do gasto em saúde relacionados às mudanças demográficas e ao desempenho da renda têm menor importância quando comparados aos seus efeitos em países em desenvolvimento. Pode-se considerar, desse modo, que a maturidade das nações, tanto econômica quanto epidemiológica, também influencia nos resultados de cada um dos fatores de pressão de gastos. Por outro lado, chama a atenção o caso brasileiro, que exhibe comportamento similar aos dos países de alta renda, como os vetores “residuais” respondendo por mais da metade do crescimento dos gastos em saúde.

Como dito, relacionam-se a esse resíduo outros móveis do crescimento do gasto em saúde nos países, com destaque para o comportamento altista dos preços do setor, onde fatores como os custos, a tecnologia e a produtividade são os determinantes desse comportamento. Outro fator diz respeito à institucionalidade do setor da saúde, ou seja, a relação entre estado e mercado, tanto na regulação, como na provisão, os interesses dos provedores (médicos e trabalhadores da saúde e os setores privado e filantrópico) e as escolhas políticas, especialmente no balanço entre o volume do gasto público, as fontes de financiamento e o peso dado à equidade no consumo de serviços de saúde.

Além das estimativas globais levadas a cabo pelo *SDG, Sustainable Development Goals* e pela OCDE, há estudos que realizaram estimativas para países específicos – notadamente os mais ricos - ou para grupos de países, como por exemplo, os BRICs. No caso do Brasil, além de estar presente nas estimativas da *SDG*, está contemplado nas da OCDE, por essas contemplarem os BRICS, que são objeto específico de projeções por Jakovljevic *et al.* (2017). Já Rocha *et al.* (2021) realizaram projeções para o Brasil lançando mão de modelos similares aos desenvolvidos pelas agências multilaterais.

O *SDG* (2017a) prognostica que o gasto em saúde como proporção do PIB passará dos 8,3%, em 2014, para 10,0%, em 2030, e 11,3%, em 2040. Ademais, projeta um crescimento, entre 2014 e 2040, da ordem de 10 pontos percentuais na participação do setor público no gasto total com saúde, insuficiente para colocar essa participação no mesmo patamar de países de renda similar e/ou sistemas de saúde pública semelhantes.

O Brasil, nessas projeções, perde posições quanto ao gasto per capita em saúde em relação a outros países subdesenvolvidos ou de renda média alta. Concretamente, pelas projeções do *SDG* (2017a) o gasto per capita vai crescer, entre 2014 e 2040, 2,6% ao ano ante o crescimento anual dos países de renda média alta de 5,3%. Com isso, como se pode ver no Gráfico 9, em que consta a evolução do gasto per capita em US\$ PPC de nove países subdesenvolvidos e/ou latino-americanos e da média

dos países de renda média alta, o Brasil passa do quarto maior gasto, em 2019, para o oitava posição, em 2050. Supera tão somente o México e a África do Sul, com essa última com valor bastante próximo.

No que concerne a participação do gasto em saúde no PIB, o Brasil, com 9,6%, em 2017, superava a todos os países mencionados acima, mesmo o Uruguai, que não se encontra presente no Gráfico 9. As projeções indicam que essa posição pouco se altera, com o Chile e a África do Sul superando a participação brasileira. Esse quadro de preservação de um alto nível de participação do gasto em saúde no PIB e um crescimento relativamente modesto do gasto per capita em saúde está relacionado ao fraco desempenho da economia com que as previsões trabalham.

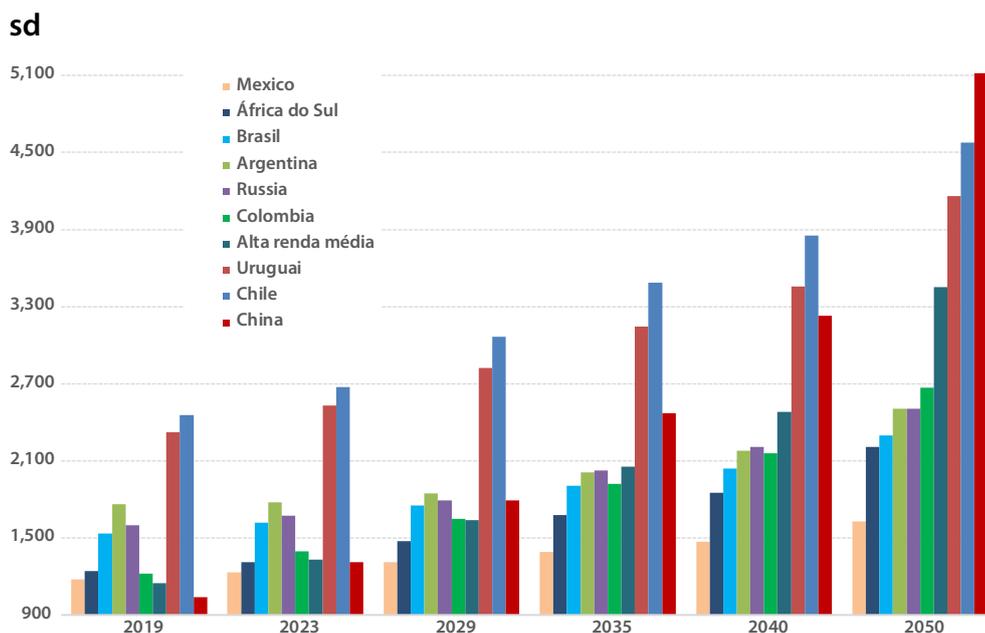
Jakovljevic *et al.* (2017) realizaram estimativas, para 2025, dos gastos totais em saúde como proporção do PIB para os países do BRICs, projetando para o Brasil uma participação de 10,5%. Essa projeção, assim como as efetuadas em SDG (2017a), guardam similaridade com as estimativas desenvolvidas por Rocha *et al.* (2019). Efetivamente, Rocha *et al.* (2019) projetam que os gastos em saúde representarão 10,2% do PIB, em 2025, e 11,7%, em 2040.

As diferenças surgem quando se trata das previsões quanto à participação do setor público no gasto em saúde. Assim, Rocha *et al.* (2019) estimam um crescimento menor do gasto público que os outros estudos, projetando uma participação de 42,8% da saúde pública, em 2040, ao passo que De la Maisonave e Martins (2015) preveem uma oferta pública da ordem de 46%. Tal diferença é ainda mais expressiva quando se coteja com as previsões de SDG (2017), que estimam que o setor público responderá por 56,1% dos gastos em saúde nesse mesmo ano.

Chama a atenção o fato desses estudos não colocarem em foco a situação ímpar brasileira, que mostra um crescimento menos vigoroso do gasto e uma estabilidade na composição do financiamento. Rocha *et al.* (2019), em sintonia com os estudos internacionais, centram o foco na sustentabilidade fiscal do crescimento da

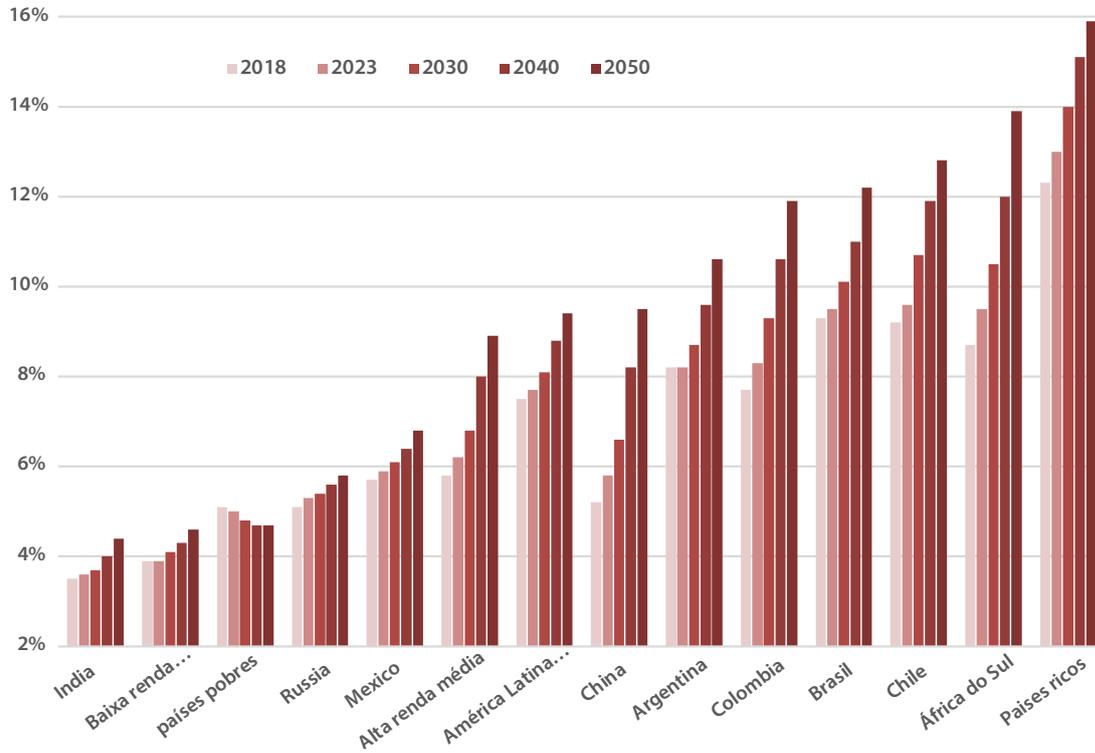
participação dos gastos em saúde em frente ao PIB. Ora, no caso dos países ricos e de renda média alta, prognostica-se um crescimento, entre 2014 e 2040, da ordem de 2 e de 14 pontos percentuais na participação da parcela pública do financiamento à saúde, respectivamente. Assim, a previsão é que para a média dos países ricos, o setor público responda por dois terços do gasto em saúde, enquanto nos países de renda média alta essa participação alcance 71%. Considerando o Brasil, essas estimativas da SDG, indicam, para o mesmo período, um crescimento de 2,5 pontos percentuais na participação dos gastos em saúde no PIB, com o financiamento público sendo responsável por 56% do gasto em saúde. Apontando tendência similar, De la Maisonave e Martins (2015) estimam que a saúde pública, cuja participação no PIB, no período 2006/10, foi na média 3,7% atingirá à 6,8%, em 2060, um crescimento de 3,1 pontos percentuais. Já Rocha *et al.* (2019) chegam a resultados bem mais modestos no crescimento da participação do financiamento público na saúde com proporção do PIB, com o incremento de tão somente 1,6 pontos percentuais entre 2015 e 2060.

Gráfico 9 - Gasto per capita em saúde (em US\$ paridade de poder de compra) – projeções para países selecionados



Fonte: SDG Collaborators (2019)

Gráfico 10 - Projeções da participação dos gastos em saúde no PIB para países selecionados - 2018, 2023, 2030, 2040 e 2050



Fonte: OCDE.Stat, disponível em stats.oecd.org - WHO Global Health Expenditure Database, disponível em <https://apps.who.int/nha/database>

O financiamento do gasto em saúde

Comose observou, há duas grandes tendências ligadas ao nível de desenvolvimento econômico dos países: o aumento do gasto em saúde no consumo e no produto e o papel preponderante do Estado no financiamento desse gasto. Tendências essas que, no caso brasileiro, são parcialmente observadas, com o gasto crescendo a taxas mais elevadas que a média dos países em desenvolvimento ou de renda média alta e a participação do público sendo inferior à do privado, onde os gastos com planos, para as classes médias altas e classe alta, e os com medicamentos, para os pobres, levam a saúde ser a quarta rubrica de gastos na pesquisa de orçamentos familiares. A regressividade fica expressa quando se coteja a parcela da renda destinada aos

gastos em saúde pelos 40% mais pobres de 6,3% com a dos 10% mais ricos de 4,9%. Vale sublinhar que é nesse décimo de renda em que a maior parcela da população se encontra em domicílios com despesas com planos de saúde (70%), uma vez que no 9º décimo a cobertura se reduz para a metade da população.

Como já apontado, o gasto público direto em saúde se mostra progressivo e, inclusive, levemente pró-pobre. Na verdade, do 1º ao 8º décimo a parcela apropriada por cada um desses décimos se situa entre 9,6% e 12,7%, com redução nos dois últimos décimos para 8,4% e 4,7%. Evidente que tal perfil distributivo reduz a desigualdade de renda quando se considera esse gasto como uma fonte de renda, sendo contrabalançada quando se incorporam os gastos privados, dada a importância desses e sua maior regressividade. O que de fato torna nosso consumo de bens e serviços de saúde regressivo, diferentemente do que se vê em países desenvolvidos com sistemas universais de saúde, é o peso do gasto privado no gasto total. Considerando ainda os gastos tributários em saúde, concentrados no topo da distribuição, e a base de financiamento do gasto público, em que predominam os tributos indiretos, tem-se que, no cômputo geral, o financiamento ao consumo de bens e serviços de assistência à saúde – privado e público – é um instrumento que reforça a concentração de renda.

Ainda que os mais ricos, cujo consumo privado é expressivo, contem com benefícios fiscais para esse consumo e que façam uso, também, da saúde pública, colocam-se críticos à qualidade da oferta pública e demandam a redução dos tributos. Ou seja, atuam para que o consumo de bens e serviços de saúde sejam satisfeitos via mercado, cabendo ao setor público focalizar seus gastos em áreas e grupos populacionais.

Em grandes números, os gastos tributários em saúde via IRPF e IRPJ totalizaram, em 2017, R\$21 bilhões, enquanto os gastos com saúde pública atingiram, nesse mesmo ano, R\$260 bilhões. Considerando que os 30% mais ricos se apropriam de

quase 23% do gasto público e de todos o gasto tributário, o setor público gasta R\$1.285,71 per capita com essa parcela da população. Já os restantes 70% contariam com um gasto público em saúde de R\$1.360,05. Deve-se sublinhar que essa similaridade é altamente redistributiva dado que o diferencial de renda entre esses dois subgrupos populacionais é muito expressivo. Como se vê, o SUS é um gasto altamente redistributivo, ainda que fortemente ancorado em tributos indiretos.

Nosso esquema de financiamento da saúde pública mostra qualidades em termos de eficiência e equidade, segundo alguns estudiosos, por ter como base do financiamento, os tributos gerais e pelo financiamento e gasto serem gestados de forma federativa. O primeiro elemento implica, como já dito, em um perfil redistributivo do gasto, uma vez que tal esquema implica, grosso modo, cobertura universal e atenção uniforme. E, quanto ao desenho federativo, consideram-se tanto as possibilidades redistributivas (recursos proporcionais a população possibilidade a desconcentração territorial) como na eficiência do sistema, notadamente no controle dos custos e gastos.

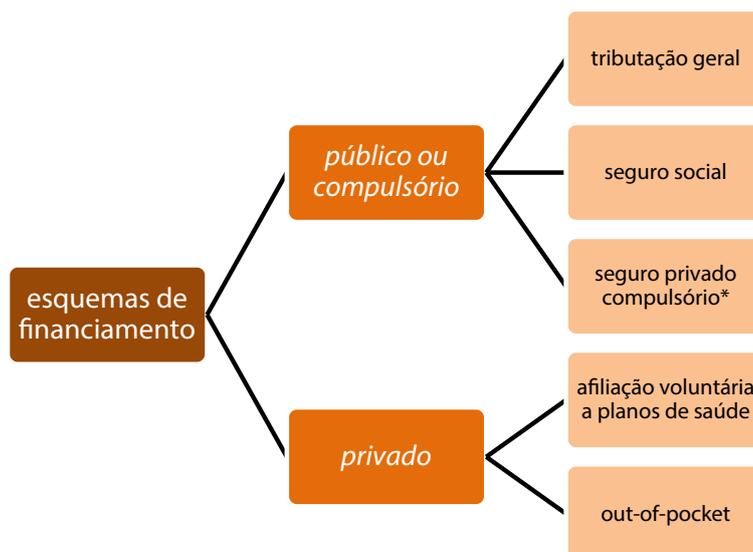
Esquemas de financiamento

A elaboração do Sistema de Contas da Saúde, conforme a metodologia desenvolvida pela OCDE em parceria com a Eurostat e OMS, permite mapear os fluxos financeiros relacionados aos diferentes esquemas de financiamento dos sistemas de saúde. Além da dimensão do financiamento, a conta SHA (sigla em inglês para *System of Health Accounts*) abrange a provisão e o consumo, o que sintetiza de onde vem o dinheiro, quem gerencia/administra, quem provê a assistência à saúde e que bens e serviços são consumidos.

Pode-se sintetizar, segundo a conta SHA, os esquemas de financiamento em dois grandes ramos: i) as políticas de governo para a assistência à saúde, onde o financiamento pode ser via tributação geral ou via afiliação a seguros – social ou privados – com aporte público; ii) o gasto privado das famílias, seja via afiliação

voluntária a planos de saúde, seja via gasto direto com bens e serviços de saúde. No diagrama abaixo, resumimos os esquemas de financiamento, tendo claro que eles se combinam de diferentes maneiras, tendo, inclusive, países em que se conta com todas essas formas de financiamento. Como já apontado, uma das tendências observadas com o desenvolvimento dos países é o fato de que os esquemas públicos de financiamento se tornam a fonte predominante. Efetivamente, os países de renda alta têm no financiamento pelas políticas públicas o componente principal, com os gastos privados situando-se abaixo de um quarto do gasto total. A diferença entre eles é o peso dado ao financiamento via tributação geral e via seguro social, ou seja, contribuições compulsórias de empregados e empregadores a fundo destinado aos gastos em saúde. Verdade que, alguns países, contam, também, com o esquema de financiamento através da obrigatoriedade de se afiliar a seguros privados de saúde, contando com o apoio fiscal do Estado. Nesse particular, vale citar os casos estado-unidense (Obamacare), e da Holanda, que migrou do seguro social para esquemas de afiliação compulsória aos seguros privados.

Figura 2 - Esquemas de Financiamento do Gasto em Saúde



Fonte: Elaboração a partir de OECD, Eurostat and World Health Organization (2017).

Em levantamento realizado por Andrade *et al.* (2018) dos sistemas de saúde em oito países, cinco de renda alta (Austrália, Alemanha, Estados Unidos, Holanda e Reino Unido) e três sul-americanos (Chile, Colômbia e Uruguai), verifica-se uma heterogeneidade de arranjos, sendo que o setor público tem um papel central no financiamento em todos eles. Reino Unido e Austrália contam com sistemas públicos de cobertura nacional e atenção integral, com a afiliação voluntária aos planos privados se destinando a cobrir procedimentos eletivos e serviços não cobertos, bem como maior agilidade na realização de procedimentos ambulatoriais e hospitalares. Vale notar que, nos dois casos, a principal fonte são os tributos gerais, contando, no caso inglês, com aporte de contribuições sobre a folha ou sobre a renda. Inscreve-se, nesse grupo, o Canadá, cujo sistema público tem cobertura universal, sendo gerenciado por estados e municípios que, por meio de seus próprios sistemas de seguro financiados pelos seus tributos, provêm assistência à saúde. Do mesmo modo, o pilar privado dos seguros comparece de forma complementar para atendimento de bens e serviços não cobertos pelo setor público. Vale notar que no Canadá e, em menor grau, na Austrália, é expressiva a afiliação a planos privados de saúde, atingindo a dois terços e metade das populações, respectivamente. Em patamar bastante inferior se tem o Reino Unido, cuja cobertura dos planos privados atinge a tão somente 11%.

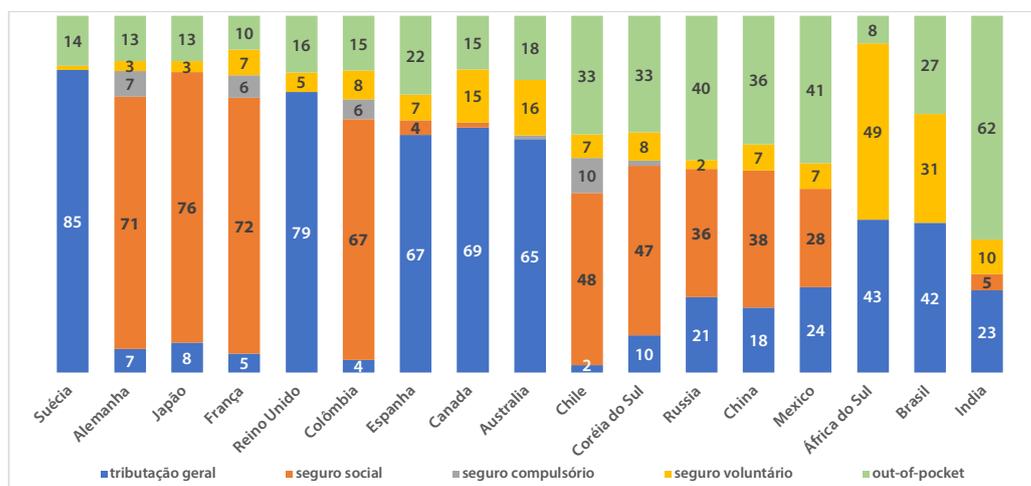
No caso alemão, o sistema público se destina à população com renda inferior a €4.237,50 (valores de 2012), sendo financiado, principalmente, pelas contribuições de empregados e empregadores e, em menor grau, por tributos gerais. Com desenho relativamente similar, tem-se a França, com sistema universal e financiado, principalmente, por contribuições de empregados e empregadores e, em menor grau, pelo imposto de renda e pelos impostos sobre o consumo de determinados bens. Os planos de saúde de afiliação voluntária têm caráter complementar e representam 13,5% do gasto total em saúde.

A Holanda, como dito, realizou reformas em seu sistema de saúde, notadamente no esquema de financiamento, ao migrar do seguro social para a afiliação obrigatória a seguros privados subsidiados e regulados pelo governo. A contribuição é fixa e relativa

à renda do trabalho, com o governo concedendo créditos tributários compensatórios à população de baixa renda. É usual a aquisição de seguro privado de saúde de modo a adquirir cobertura para serviços não cobertos pelo plano obrigatório.

O gráfico 11, que apresenta para países selecionados a composição do financiamento do gasto em saúde, ilustra os diferentes esquemas de financiamento que os países adotam, descritos acima sumariamente. Os países estão ordenados de maneira decrescente pela participação do financiamento público (tributos gerais, seguro social e seguro compulsório), com o Brasil se posicionando na penúltima posição, com participação do setor público só superior ao que se observa na Índia. Efetivamente, os países de alta renda com sistemas universais e de tributação geral, como Suécia, Reino Unido, Espanha, Canadá e Austrália, situam-se entre os quais o financiamento supera a dois terços do gasto total. Em patamar semelhante, encontram-se aqueles que o financiamento tem por principal pilar o seguro social, como Alemanha, Japão e França, com participação superior a 70%. Nos países em desenvolvimento, latino-americanos e dos BRICs, predomina, naqueles com maior participação do financiamento público, o pilar do seguro social, com destaque para os casos da Colômbia e do Chile, no primeiro grupo, e da Rússia e da China, no segundo.

Gráfico 11 - Composição do financiamento ao gasto em saúde para países selecionados - 2017



Fonte: OCDE.Stats, disponível em stats.oecd.org.

No que concerne à relação entre o tipo predominante de financiamento público, se via tributos gerais ou por meio do seguro social, e a participação do gasto em saúde no PIB, os dados indicam que não há uma clara associação. Chama a atenção, todavia, que Alemanha e França são, entre os principais países europeus, os que apresentam os maiores valores de participação da saúde no PIB, enquanto Reino Unido e, em menor grau, a Suécia se encontram em patamar inferior.

Evans (2002) é claro ao afirmar que “a proporção do gasto em saúde financiado por tributos gerais é forte e positivamente correlacionada com a progressividade do gasto total em saúde”. Aponta, ainda, que os esquemas de financiamento via seguro social podem ser tanto progressivos como regressivos, a depender dos seus desenhos e políticas. Afirma, assim, que o incremento dos copagamentos na Suécia e na Alemanha, a introdução de instituições sem fins lucrativos com incentivos fiscais na França e a expansão de oportunidades para a oferta privada aumentam a regressividade do financiamento.

Vale notar que em países que contam com tributos diretos marcadamente progressivos, como os Estados Unidos, a Suíça, a Holanda e a Alemanha, contam menos com o financiamento via tributos gerais para o gasto público em saúde. De outra parte, países com tributos diretos menos progressivos contam com sistemas públicos de saúde expressivos e altamente progressivos.

Ademais, no financiamento via tributos gerais, a composição da carga tributária, ou seja, o *mix* entre indiretos e diretos se reflete no grau de progressividade do financiamento e, portanto, do gasto. Os tributos indiretos sobre o consumo apresentam uma importância significativa nos países nórdicos com sistemas públicos universais.

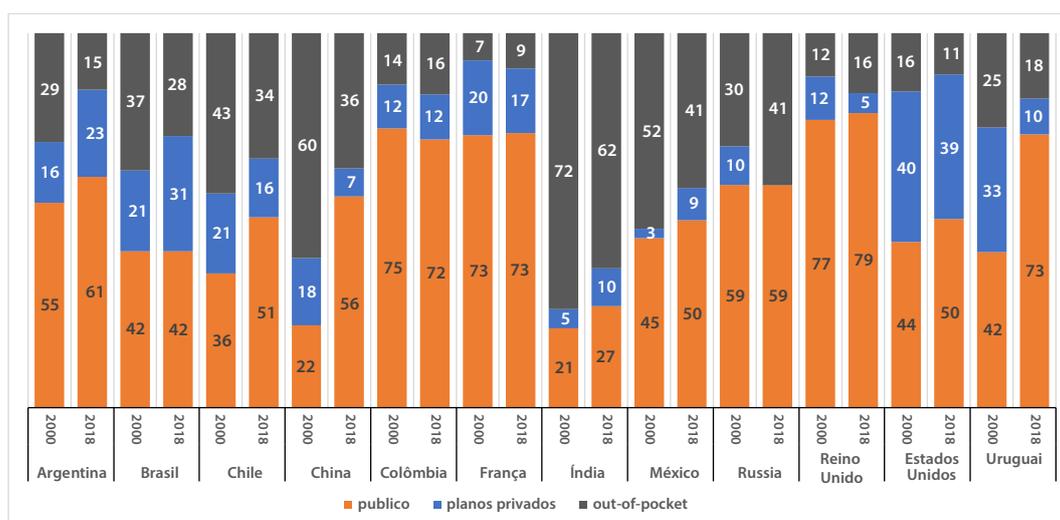
No caso brasileiro, como já se apontou, os tributos indiretos respondem por quase dois terços do financiamento da saúde pública, o que implica em um financiamento regressivo. Há, no entanto, que ponderar, por um lado, que em um país de renda média com alta desigualdade a renda como base tributária é relativamente limitada, empregando-se, então, para o financiamento das políticas sociais, a tributação sobre o consumo. Por outro

lado, como bem se apontou acima, a tributação sobre o consumo é fonte importante no financiamento da saúde pública nos países desenvolvidos e com sistemas universais.

No Brasil, assim como na África do Sul, destacam-se os gastos via planos de saúde, bem como uma participação mais significativa do financiamento por tributos gerais ante outros países subdesenvolvidos. Como os gastos privados via planos ou realizados diretamente pelas famílias têm uma prevalência muito regressiva, sua importância no país mitiga todos os ganhos distributivos do SUS, como já analisado anteriormente.

O gráfico 12 permite que se identifique aqueles países cujos esquemas de financiamento se modificaram e em que direção. Observa-se, entre os países sul-americanos, o aumento da participação da parcela do setor público, entre 2000 e 2018, na Argentina, no Chile e no Uruguai, ficando estável no Brasil e na Colômbia, cujo peso é 30% superior ao Brasil. Esse movimento de crescimento da participação do setor público é, também, observado na China – com um aumento muito expressivo –, na Índia e no México, ao passo que na Rússia a presença do financiamento público não se altera. Já entre os países desenvolvidos selecionados – França, Reino Unido e Estados Unidos – não se verificam alterações.

Gráfico 12 – Evolução da composição das fontes de financiamento do gasto em saúde para países selecionados - 2000 e 2018



Fonte: WHO (World Health Organization) - Global Health Expenditure Database (GHED), disponível em <https://apps.who.int/nha/database>.

O público e o privado: tendências e tensões

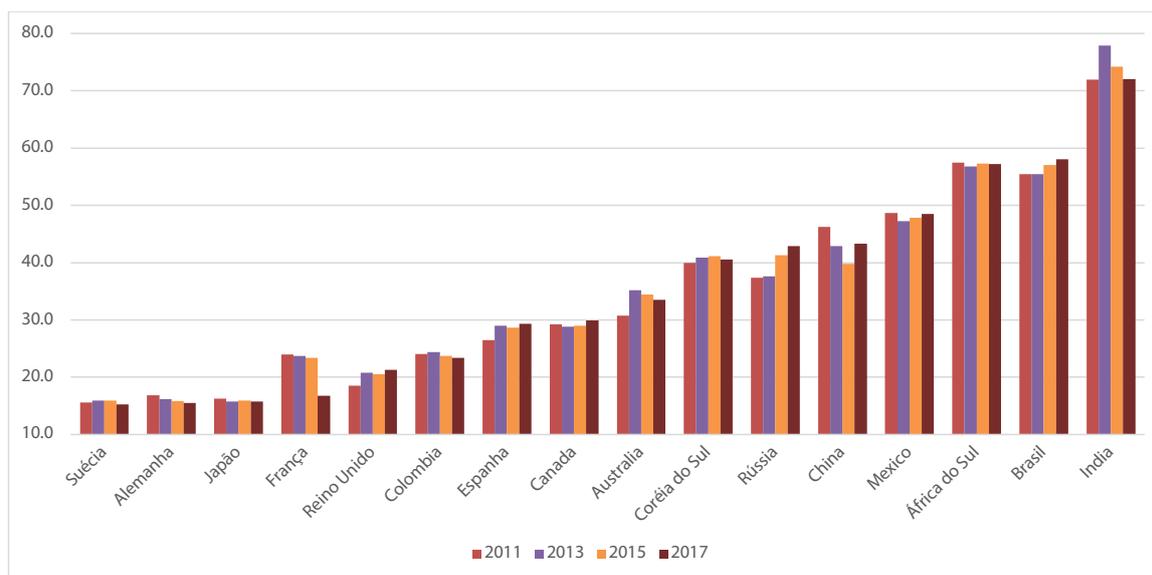
A promoção do consumo privado e as alterações na composição de financiamento se inscrevem entre as estratégias para a contenção do gasto público em saúde a que se assiste no período recente, desenvolvidas no âmbito das consolidações fiscais, mas, também, como recurso ao crescimento expressivo desse gasto. No caso dos gastos privados, ou seja, da aquisição voluntária de planos de saúde e dos gastos diretos das famílias, não se verificaram mudanças expressivas na última década, como mostra o Gráfico 13. Como se pode notar, a participação desses gastos em cada país pouco se alterou e quando ocorreu foi de pequena envergadura e sem uma direção clara para o conjunto dos países. De toda sorte, houve incrementos da ordem de três pontos percentuais na participação do gasto privado no gasto total em saúde no Reino Unido, na Espanha e na Austrália, passando a responder por entre um quarto e um terço. Suécia, Alemanha, Japão e França exibem gasto privado inferior a 20% do gasto total, sem alterações, salvo no caso francês em que há, inclusive, uma queda em sua parcela.

Já os países em desenvolvimento e/ou latino-americanos exibem uma participação do setor privado no gasto em saúde superior a 40%, salvo a Colômbia. Destacam-se o México, a África do Sul e o Brasil com participações entre 48,5% e 58,1%. E, nesse grupo, o Brasil é aquele em que essa participação teve incremento próximo a três pontos percentuais, com a Rússia exibindo crescimento similar.

As estratégias de promoção do gasto privado passam tanto por ações que levam à contratação de coberturas adicionais a do sistema público ou a implantação da obrigatoriedade de contratação de planos privados, como pelo apoio fiscal para essa afiliação compulsória ou por meio de benefícios tributários ao consumo de bens e serviços privados em saúde. Tais estratégias implicam o afastamento do setor público da relação com os provedores, não havendo responsabilidade explícita com custos e a provisão dos cuidados, diferentemente dos esquemas que privilegiam o gasto público financiado por tributos gerais.

A ausência de informações internacionais compatíveis, referentes aos gastos tributários dificulta a análise mais detalhada desse movimento de promoção do setor privado via benefícios fiscais. De toda sorte, assistiu-se a um aumento do gasto tributário associado ao gasto em saúde, observando-se, como será apontado, uma reação a esse instrumento na discussão da política tributária. Assim, não se tem clareza sobre qual tendência vai predominar: a de migrar o gasto direto para o tributário em saúde ou a redução desses benefícios em sintonia com a crítica tecnopolítica de sua baixa eficiência.

Gráfico 13 - Evolução da participação dos gastos voluntários com seguros de saúde e *out-of-pocket* no total dos gastos em saúde em países selecionados, 2011-2013-2015-2017



Fonte:OCDE.Stats, disponível em stats.oecd.org.

No caso brasileiro, a interação público e privado, tendo em conta a magnitude do gasto privado, tem resultados que afetam tanto o sistema como um todo, como sua parcela pública, além de reforçar a desigualdade. Efetivamente, como dito por Andrade *et al.* (2018, p. 376), a primeira consequência do *mix* privado-público no sistema de saúde brasileiro “é a desigualdade no acesso aos serviços de saúde, na

medida em que os indivíduos com cobertura privada possuem dupla forma de acesso”. Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, 20% da população afiliada a planos de saúde se utilizam dos bens e serviços ofertados pelo SUS, com destaque para os serviços de alta complexidade, a vacinação e os serviços de emergência. De outra parte, observa-se entre a população não coberta por planos, gastos diretos com o setor privado, notadamente com exames laboratoriais (23%), consultas odontológicas (50%) e consultas com outros profissionais de saúde (20%).

A segmentação dos cuidados de saúde entre os dois setores é a outra característica do sistema de saúde brasileiro, com o setor privado nas ações curativas, voltado a atender a demanda espontânea, enquanto o setor público volta sua atenção à prevenção e, portanto, à atenção primária. Assim, enquanto a porta de entrada no sistema privado é a clínica ou consultório, na maior parte das vezes de especialistas, no setor público ela se consubstancia na atenção primária.

Por fim, no modelo misto do sistema de saúde brasileiro, os provedores privados, que muitas vezes, atuam, também, no setor público direcionam as demandas de modo a potencializar seus ganhos. Assim, pode-se encaminhar os procedimentos mais custosos ao SUS, enquanto os menos complexos e de menor custo serão realizados privadamente. Isso porque os indivíduos afiliados a planos de cobertura restrita ou em que os procedimentos são de qualidade inferior, ou que implicam copagamentos que pressionam no orçamento familiar, são impelidos para o SUS. E, pelo lado da oferta, a presença do SUS e o fato do setor privado (profissionais e empresas) atuar tanto como prestador do setor público como “produtor” privado permite restringir o provimento a determinados procedimentos, impelindo o uso do SUS. “Em algumas localidades, o setor privado funciona como porta de entrada para o setor público. Essa situação ocorre particularmente em regiões em que a rede privada é mais restrita, com predomínio da oferta dos serviços de saúde do SUS” (Andrade *et al.*, 2018, p. 376).

Como bem aponta Evans (2002) o apoio aos sistemas públicos de saúde, notadamente, os financiados por tributos gerais, depende da credibilidade do sistema em atender as necessidades de serviços de saúde. Evidentemente, os ricos e saudáveis buscam se desvincular do financiamento público, preferindo que a saúde seja tratada como um bem privado e, portanto, de responsabilidade de cada um. Eles contam com recursos para atender suas necessidades de saúde e, por isso, não desejam financiar solidariamente o consumo daqueles que não contam com os recursos necessários para atender suas necessidades. Assim, pobres e doentes se opõem ao financiamento privado, dado que tais gastos podem ser demasiados pesados, levando famílias a situações de grande vulnerabilidade. O fio da balança são as classes médias, para as quais o preço da solidariedade social – diferença entre o que pagam e o que recebem – é em média bem inferior ao dos ricos. No entanto, caso o sistema não atenda às necessidades em saúde com qualidade, elas vão procurar em outro lugar – na afiliação a planos de saúde por exemplo.

No caso brasileiro há claramente uma fratura no sistema de saúde, com o segmento privado atendendo aos ricos e à classe média tradicional, voltado para a assistência médica e com quebras de cobertura nas doenças crônicas. De outro lado, o SUS, subfinanciado, com ênfase nas prestações médico-assistenciais, voltado para os pobres. Como bem aponta Costa, Noronha & Noronha (2015, p. 28), “o padrão de desempenho econômico desses setores de mercado aliado à precariedade da assistência à saúde oferecida pelo SUS ressalta, numa sociedade cujo ideário político e de direitos é manipulado pelas classes dominantes, o caráter de que os serviços públicos são e serão sempre de baixa qualidade: o mercado é o garantidor da qualidade em assistência médica.”

Cardoso (2020, p. 44-45), analisando as manifestações de 2013, aponta: um dos elementos galvanizadores da vontade de agir foi a “frustração das expectativas em relação às promessas do que denomino ‘mercantilização da vida coletiva’. A maior parte da população, que se encontra à margem dos serviços públicos mercantilizados

– educação e saúde em especial - considera que melhorar de vida é ter a chance de adquirir no mercado aqueles bens e serviços em que a oferta pública se apresenta insuficiente e de baixa qualidade. Como bem aponta o autor, “o principal demérito do projeto petista foi negar aos mais pobres que ascenderam a posições de classe média a oportunidade de sonhar um sonho menos mesquinho (...). A luta por acesso ao ‘direito ao consumo’ nada mais é do que a restrição das aspirações e projetos de vida aos limites estreitos das escolhas e opções disponíveis no mercado. Assim, “os impulsos emancipatórios estarão confinados nos limites da sociedade de mercado””.

O caso brasileiro: subfinanciamento, desigualdade no acesso e crescimento dos gastos regressivos

Pelas projeções, o grande problema do sistema de saúde brasileiro, que é o subfinanciamento do segmento público, não vai ser equacionado. Isto é, preservar-se-á uma participação pouco expressiva do gasto público no gasto total considerando o nível que os dispêndios apresentaram em frente ao PIB. Assim, as projeções mostram que o Brasil vai se afastar ainda mais da transição que se observa na evolução do gasto em saúde conforme se avança na renda: o incremento de sua participação no PIB está associado ao crescimento do pilar público, que se torna predominante, com redução dos gastos diretos e aumento moderado da participação dos gastos com planos de saúde voluntários. Ou seja, vai se reforçar o caráter misto do sistema de saúde com os segmentos público e privado tendo importância similar.

Caso se confirmem as projeções, as consequências desse desenho do sistema de saúde brasileiro, apontadas acima, irão se preservar, com destaque para a desigualdade no acesso e a iniquidade do financiamento. No caso do gasto privado das famílias, cujas informações são coletadas pelas Pesquisas de Orçamentos Familiares, mostram um crescimento de sua participação no orçamento das famílias, passando de 5,7%, em 2002/03 para 6,5%, em 2017/18. A rubrica de gasto em assistência à saúde reforça a concentração das despesas de consumo e, caso se

considere somente as despesas com planos de saúde, o perfil concentrado desse gasto é superior inclusive ao da renda.

Efetivamente, em 2017/18, enquanto a parcela dos 50% mais pobres no gasto total com planos de saúde era de tão somente 6%, o décimo mais rico respondia por 57% desse gasto. Já para o total dos gastos em saúde, essas participações foram de 18% e 37%, respectivamente. Assim, o peso e o perfil do gasto privado no consumo de bens e serviços de saúde implicam na desigualdade de acesso aos serviços de saúde.

De outra parte, como já dito, os ricos e a classe média tradicional fazem, também, uso do SUS não só em vacinações e em atendimentos de emergência, mas também de outros serviços e procedimentos do sistema. Efetivamente, segundo estimativas de Silveira e Passos (2017), em 2008/09, os 20% mais ricos se apropriavam de 9,3% dos gastos públicos com internações e 10,7% dos procedimentos ambulatoriais, chegando a 16,2% para medicamentos. Esse perfil de incidência é bastante redistributivo, sendo que entre os gastos públicos monetários (previdência, assistência e emprego) e em espécie (educação e saúde) examinados pelos autores, a saúde pública é o gasto social com maior contribuição marginal para a queda da desigualdade. De toda sorte, a dupla entrada no sistema de saúde dos afiliados a planos implica que a regressividade do gasto privado não é compensada pela progressividade do gasto público. Empregando os dados da POF 2017/18 e as estimativas de distribuição do gasto público por Silveira (2012), para 2008, e considerando, ainda, a composição do gasto total entre público e privado pelas Contas da Saúde (IBGE) em 2017, tem-se que os 50% mais pobres despendem 34% do gasto total em saúde, enquanto os 10% mais ricos se apropriam de 23% desse gasto.

Como se verificou, os efeitos concentradores do *mix* público-privado devem se avolumar uma vez que o gasto em saúde vem crescendo, ampliando sua participação no orçamento e se consolidando como quarta rubrica de despesas, atrás de habitação, transporte e alimentação.

A desigualdade no acesso, a fragmentação dos cuidados de saúde e a demanda por serviços do SUS impulsionada por provedores privados, consequências apontadas por Andrade *et al.* (2018) decorrentes da forma como a interação público-privado se desenvolve no sistema de saúde brasileiro, continuarão presentes. Ou seja, caso não sejam tomadas medidas que alterem a composição do gasto em saúde no Brasil, a segmentação da população se preservará com aqueles afiliados aos seguros privados de saúde contando com melhor oferta de serviços e, para alguns dos cuidados, utilizando o sistema público. De outro lado, a fragmentação nos cuidados ocorre com o setor público voltado ao provimento do cuidado por meio de redes integradas, iniciando-se pela atenção primária e, de modo integrado, dirigindo-se para a atenção especializada, enquanto no setor privado, a oferta é voltada às ações curativas e aos cuidados especializados. Tem-se, como apontam vários autores, portas de entrada distintas entre os setores: no segmento privado, os consultórios/clínicas médicas particulares, em grande medida, especializadas; no público, pela atenção primária.

Por fim, a preservação da dupla afiliação dos segurados privados e a presença dos provedores privados na oferta pública significará a continuidade da estratégia dos provedores privados em direcionar parcela das demandas para o setor público, concentrando-se naquelas que o custo-benefício é maior.

Os espaços redistributivos, considerando que o gasto privado das famílias crescerá e que o gasto público não ampliará significativamente sua parcela, situam-se na revisão dos gastos tributários e na alteração no perfil de financiamento. Ambas as medidas, ou seja, redução dos benefícios fiscais e mudanças no sistema tributário, destacando-se a harmonização e ampliação da base de incidência dos tributos indiretos e o aumento da incidência do IRPF sobre as altas rendas e os rendimentos do capital, vêm reduzir fontes de iniquidade no gasto e no financiamento.

As tendências de mudanças nos sistemas tributários: impactos na saúde

Orair e Gobetti (2018) destacam as principais tendências internacionais no campo da tributação em curso no século XXI e que repercutem no financiamento à saúde. Essas tendências buscam, de um lado, aprimorar o sistema tributário com vistas à maior eficiência econômica, à simplicidade e à transparência nas regras e no desenho do sistema, bem como obter ganhos redistributivos. De outro, garantir que a arrecadação seja preservada, isto é, que os efeitos das transformações na economia em termos de produtos, tecnologia e mercado de trabalho sobre as bases de incidência dos tributos sejam mitigados com alterações na cesta, na composição e nos tipos de tributos.

A homogeneização e a ampliação da tributação sobre bens e serviços, isto é, do Imposto Sobre Valor Agregado (IVA) é uma das principais tendências. Concretamente, a conceituação ampla da base de incidência busca lidar com a economia digital e seus bens intangíveis e os desafios da tributação sobre o setor financeiro, e o emprego de poucas alíquotas (ou mesmo uma), reduzindo, assim, incidências diferenciadas ou isenções. Vale dizer que mudanças nessa direção se encontram presentes nas propostas de mudança constitucional em análise no Congresso Nacional.

A redução na aplicação de benefícios fiscais com vistas a induzir o investimento e a produção/consumo é outra importante tendência que afeta o financiamento à saúde. Esse movimento em reduzir tais benefícios se ancora em estudos empíricos e teóricos que indicam sua baixa eficácia. Ademais, como bem assinalam os autores, tal instrumento tem apresentado efeitos concentradores da renda. No caso brasileiro, como apontado, os benefícios tributários responderam, em 2019, por 4,1% do PIB, estendendo-se por todos os tributos, atividades e agentes. No caso da saúde, esses benefícios se fazem presentes via deduções de gastos em saúde do Imposto de Renda, por meio da concessão de alíquotas diferenciadas para medicamentos e da isenção de tributos para as entidades filantrópicas.

A terceira tendência é o “gradual esgotamento dos modelos baseados na tributação sobre folha salarial” (Orair & Gobetti, 2018, p. 219), devido tanto ao novo cenário nas relações de trabalho com o crescimento de modalidades flexíveis de contratação, como pelos efeitos sobre a competitividade nos mercados internacionais. Aqui se tem um dos maiores desafios ao financiamento da saúde para aqueles países que tem, como base do financiamento à saúde, o seguro social ou a afiliação obrigatória a planos privados. Em ambos os casos, a contribuição se fundamenta nas relações salariais e o salário é empregado como a base de incidência e ou do subsídio. E mesmo em países que tem como pilar principal o gasto público em saúde financiado por tributos gerais tem sua base de arrecadação afetada com as mudanças no mercado de trabalho.

Por fim, os autores apontam a tendência de redução da tributação incidente sobre as empresas em resposta ao planejamento e à arbitragem tributária das grandes corporações. Facilitadas pela “crescente mobilidade dos capitais”, pelos paraísos fiscais, pela guerra fiscal entre países e pela “flexibilidade dos novos arranjos produtivos”. Vale notar que, por outro lado, a tributação sobre os rendimentos do capital recebidos pelas pessoas físicas passa a ser considerada fundamental para combater a desigualdade crescente da renda, sendo revista a visão de que esse instrumento distributivo atuava contra o investimento e o crescimento.

Tais tendências se fazem presentes nas mudanças que vêm sendo processadas nos sistemas tributários dos países centrais, em que, ademais, o problema do baixo crescimento é ponto central dessas reformas. Assim, a redução dos tributos sobre a renda do trabalho e do lucro das empresas, com vistas a estimular o consumo e o investimento, vem sendo aplicada em vários países em resposta às crises de 2008 e 2013. Associadas a esse movimento de redução da tributação se observam medidas de ampliação da base tributária, “sobretudo aquelas destinadas a proteger as bases domésticas” (Orair & Gobetti, 2018, p. 220), e o aumento da tributação sobre a renda dos mais ricos, com ampliação de alíquotas e eliminação de benefícios tributários sobre as rendas do capital percebidas pelas pessoas físicas.

No caso da tributação indireta se observam aumentos nos tributos sobre consumo como forma de mitigar as reduções na tributação sobre a renda do trabalho e do lucro das empresas, onde se insere, também, a ampliação dos tributos ambientais e a majoração das alíquotas. Além disso, há um movimento de ampliação e uniformização da base de incidência, com atenção, como dito, para os serviços da economia digital do setor financeiro.

Não se verificam nas reformas recentes mudanças na tributação patrimonial, mostrando que no caso dessa base suas potencialidades arrecadatórias não têm sido exploradas. No caso brasileiro, é evidente tanto o potencial arrecadatório com mudanças, notadamente, no IPTU, como em termos de equidade com maior progressividade por meio da ampliação das alíquotas, atualização das plantas de valores e redução de isenções e benefícios.

Como já exposto, o financiamento à saúde pública no Brasil tem por base uma miríade de tributos, onde os indiretos têm um peso maior, ou seja, em sintonia com a composição da carga tributária. Assim, é claro que todo o gasto social tem um financiamento regressivo, em menor grau na previdência social, dado o peso das contribuições de empregados e empregadores.

Soma-se ao perfil regressivo do financiamento do gasto público o seu caráter pró-cíclico e gerador de desincentivos à produção e ao investimento. Esse arcabouço tributário e as mudanças operadas nos últimos 20 anos, permitiram a geração de superávits primários durante 15 anos e um aumento de quase cinco pontos percentuais na participação no PIB do gasto social público federal, entre 2000 e 2015. Atualmente muito se debate sobre a necessidade de uma reforma tributária que torne nosso sistema menos disfuncional, notadamente os tributos indiretos, e que equacione as dificuldades em se preservar o financiamento do sistema público de proteção social quando as mudanças no mercado de trabalho vêm corroendo sua principal base tributária: a folha.

Quanto às mudanças na tributação indireta, com a simplificação de suas regras por meio da unificação ou modulação dos tributos indiretos, bem como a ampliação de sua base de incidência, a redução ou extinção de isenções ou deduções e a aplicação do princípio do destino há relativo consenso.

O consenso não se faz presente nas propostas de ampliação da incidência do imposto de renda das pessoas, com a contrapartida de redução das alíquotas legais do IRPJ/CSLL, o que passa, necessariamente, pela revisão tanto de benefícios e alíquotas como dos regimes simplificados, buscando mitigar a dinâmica de pejetização e a baixa incidência sobre o topo da distribuição.

As resistências e dissensos em relação a uma reforma tributária perpassam diversos setores e grupos de interesses que terão perdas se as mudanças tiverem a tônica internacional. Assim, há bloqueios, pelos mais e menos conservadores, tanto na direção de uma reforma tributária que reduza a carga dos tributos indiretos, como na de uma que amplie a tributação sobre a renda da pessoa física e sobre a riqueza. Os argumentos evocados são que, dados o nível de renda, o grau de informalidade e a necessidade de atração de capitais/poupanças, não parece salutar alterar significativamente a composição da carga, devendo a reforma se concentrar em dois problemas: o caráter disfuncional dos tributos indiretos e a heterogeneidade de tratamento das contribuições sobre salários e rendimentos para o financiamento previdenciário. Ou seja, defendem a harmonização da tributação indireta, com base no valor adicionado e no destino do produto, e sustentam que se pode reduzir o custo das contribuições sobre a folha com alterações no sistema de proteção social.

Há bloqueios na reforma também por parte dos próprios defensores da justiça fiscal, pautada no receio de que as mudanças regridam a provisão aprofundada pelo Estado de Bem-Estar. Nesse terreno, são acionadas preocupações com a dissociação entre os tributos e contribuições com as políticas sociais, que para esses atores é imperativo para a sua manutenção.

Atualmente, estão em discussão duas propostas de reforma tributária com alterações constitucionais no Legislativo. Há, é fato, inúmeras proposições de alterações tributárias em tramitação nas casas legislativas, mas as propostas de Emenda à Constituição nº 45/2019, de iniciativa da Câmara dos Deputados, e a nº 110/2019, do Senado Federal, são as que se encontram mais avançadas na discussão e na tramitação. Como bem apontam Orair e Gobetti (2019), essas duas propostas se baseiam em diagnósticos similares e, portanto, têm o mesmo foco: a modernização e simplificação da tributação sobre bens e serviços. Ambas buscam atacar a fragmentação que a tributação de bens e serviços apresenta por meio da “migração para um novo modelo com dois impostos: um imposto moderno sobre valor adicionado, batizado de IBS (Imposto sobre Bens e Serviços); e um Imposto Seletivo (IS) com incidência sobre bens específicos, cujo consumo se deseja desestimular (bebidas alcólicas, produtos do fumo, etc.)” (Orair & Gobetti, 2019, p. 10-11).

Não resta dúvida que a unificação de um rol de tributos sobre bens e serviços nesses dois impostos (IBS e IS)⁷⁵ terão efeitos sobre a partilha federativa e as vinculações de tributos a gastos determinados caso não sejam criados instrumentos para mitigar tanto as perdas de entes federados como a de segmentos específicos. E como o financiamento à saúde está ancorado em vinculações orçamentárias e em arranjos federativos, vale analisar os instrumentos empregados para mitigar potenciais perdas do segmento, o que, como bem apontam os autores, são uma das fontes de resistência às propostas de reforma tributária concentrada nos tributos indiretos. No caso dos impactos sobre os arranjos federativos, a principal fonte de resistência é a perda de autonomia orçamentária dos entes federados. No caso dos orçamentos específicos – saúde entre eles – se reduz os impactos ao se criar sistemas de alíquotas ou de coeficientes que reproduzem as regras atuais de vinculações e repartições do atual sistema. Já em relação a autonomia dos entes, esta é preservada de maneira restrita para os entes da federação ao permitir que gerem suas alíquotas, ainda que

⁷⁵ No caso da PEC no 45/2019, são cinco os tributos objeto da unificação, PIS, Cofins, IPI, ICMS e ISS. Já a PEC no 110/2019 tem um rol maior de impostos a serem substituídos, adicionando aos cinco, o IOF, Cide-Combustíveis, Pasep e salário-educação.

sujeita ao compartilhamento da base de incidência e à limitação na concessão de benefícios fiscais.

Como apontado por Oraison Gobetti (2019) a proposta implica ganhos redistributivos ao eliminar a subtributação dos serviços seja pela ampliação da base de incidência, seja pela majoração das alíquotas, mesmo com o fim de deduções e isenções de produtos básicos que beneficiam os mais pobres. Em termos arrecadatários, como a proposta tem por pressuposto não aumentar a arrecadação dos tributos unificados ou uniformizados, as mudanças são em seu perfil regional e setorial. E, como dito, essas mudanças afetam as vinculações que certos tributos têm para com políticas e ações setoriais. Como forma de equacionar as tensões que surgem com as alterações na estrutura de receitas e, portanto, nas bases das vinculações e na estrutura fiscal da federação decorrentes da reforma, a proposta define transições de 30 e 50 anos para a completude das mudanças nesses elementos.

Não resta dúvida que, por um lado, as propostas em discussão, centradas na harmonização e simplificação da tributação indireta e que contém instrumentos de preservação de orçamentos setoriais e transições para as mudanças de arrecadação dos entes federados e das vinculações orçamentárias, não devem afetar no médio prazo o espaço fiscal destinado aos gastos em saúde. Caso essas mudanças, por outro lado, signifiquem uma redução no perfil arrecadatário regional – com a instituição do princípio do destino – e uma ampliação da base de incidência dos tributos indiretos, pode-se esperar no longo prazo ganhos para o financiamento e para a equidade em saúde, uma vez que os estados “pobres” ampliarão sua arrecadação e o setor de serviços – onde se encontra a saúde – deixará de ser subtributado.

Observam-se avanços nos debates sobre a tributação direta, discutindo-se alterações que devem ser realizadas com vistas a aproximar nosso sistema tributário das melhores práticas internacionais, como tem sido proposto no caso da tributação sobre bens e serviços. A ampliação da base de incidência do IRPF com a maior

tributação das rendas do capital, algumas isentas e outras bastante desoneradas, e a redução dos benefícios fiscais, alguns destinados ao mercado privado de saúde, são medidas que vem ganhando consenso entre os estudiosos do tema e entre os atores políticos. Essas mudanças implicariam o crescimento da tributação direta e, portanto, uma melhora no perfil distributivo do financiamento à saúde. Ademais, o IRPF é um tributo repartido via fundos de participação de estados e municípios, com seu crescimento implicando maiores recursos ao financiamento da saúde.

Caso se consiga avançar tanto na harmonização, simplificação e ampliação da base de incidência dos tributos indiretos e na ampliação da tributação direta, com a redução de benefícios fiscais e as rendas do capital, ter-se-á um sistema tributário menos pró-cíclico, menos distorcivo e mais previsível, o que implicará em ganhos, tanto em bem-estar, como na equidade fiscal.

O teto de gastos, a pandemia e a flexibilização fiscal de 2020 e a transição para o pós-pandemia

O período 2004 a 2015 foi marcado por um expressivo crescimento do gasto social, com o realizado pelo Governo Federal passando de 13,2% do PIB para 17,5%⁷⁶ e com estados e, principalmente, municípios seguindo a mesma tendência. Esse crescimento implicou ganhos redistributivos das políticas sociais, com destaque para o papel do salário mínimo e dos programas de transferência de renda que, associados à ampliação do crédito e à formalização das relações de trabalho e mercantis, implicou uma redução da desigualdade de renda. No caso da oferta pública de saúde, observou-se um aumento real do montante aplicado pelas três esferas de governo da ordem de dois terços, passando (em valores de 2015) de R\$60 bilhões, em 2004, para cerca de R\$100 bilhões, em 2015⁷⁷. No entanto, esse crescimento não se refletiu em um incremento significativo da participação do gasto no PIB, que cresceu no período de 3,5% para 3,8%. De outra parte, o gasto privado

⁷⁶ Brasil, 2016.

⁷⁷ Vieira & Benevides (2016).

direto das famílias e via planos de saúde teve um incremento mais expressivo de sua participação no PIB – de 4,6% para 5,1%⁷⁸. Ou seja, no período de crescimento da economia e da participação do gasto social no orçamento e no PIB, o segmento da saúde pública teve uma redução de sua importância, ainda que pouco expressiva, no consumo de bens e serviços de saúde.

Pode-se afirmar que a preservação do peso da saúde pública se deveu, em grande medida, às vinculações de percentuais mínimos de gasto em saúde para os entes federados e à definição de que ações e serviços devem ser considerados como gasto em saúde. Observa-se nos municípios, de modo especial, aplicações bem superiores aos mínimos constitucionais, com os estados se situando pouco acima e a União desrespeitando, por vezes, seus percentuais mínimos. Fica patente que os ganhos no gasto público em saúde ficaram aquém das possibilidades criadas pelo ciclo de crescimento, com a saúde não conseguindo ampliar sua importância no gasto social.

Conta-se, assim, com um volume de recursos insuficiente para a manutenção de um sistema universal, com avanços tímidos na ampliação do segmento público na oferta/consumo de bens e serviços de saúde. Chama a atenção como a rubrica “assistência à saúde” cresceu nas despesas de consumo das famílias entre 2002/03 e 2017/18, com sua participação passando de 6,5% para 8,0%⁷⁹.

A crise econômica e política de 2015/16 teve como aspecto central a questão fiscal, com a agenda do governo Temer se voltando para políticas de controle do gasto como o chamado novo regime fiscal (a regra do Teto de Gastos) e a reforma da previdência. Não resta dúvida que o estabelecimento de “um teto para as despesas primárias que será corrigido apenas pela inflação (...) e um piso de aplicação mínima para a saúde corrigido pelo mesmo mecanismo (...) criará estrangulamentos ainda maiores à concretização do direito à saúde no Brasil” (Vieira & Benevides, 2016, p. 21).

78 IBGE, 2015a.

79 IBGE, 2019.

A Emenda Constitucional do Teto de Gastos Públicos, criação nacional que foge dos padrões internacionais de institucionalidade de regras fiscais de controle do gasto público, afeta profundamente os gastos em saúde e educação. Isso porque, a Previdência – o principal gasto - apresenta uma trajetória ascendente do gasto, a despeito das reformas empreendidas, com os gastos com funcionalismo apresentando relativa rigidez e os assistenciais exibindo um peso pouco expressivo. De outra parte, a demanda por serviços públicos de saúde cresceu, uma vez que a redução significativa no número de segurados em planos privados de saúde entre dezembro de 2014 e março de 2017 (de 50,5 milhões para 47,3 milhões)⁸⁰ não se modificou, devido à recuperação pífia que a economia apresentou nos anos anteriores à pandemia (2017 a 2019). Assim, a população dependente exclusivamente da saúde pública aumentou, demandando ainda mais do Sistema Único de Saúde.

Verdade que o ano base escolhido (2016) e o comportamento do indexador (IPCA julho/16 a junho/17) resultou, quando do início do congelamento das despesas, em certo “excesso” no valor do teto nos primeiros anos de operação. O nível de despesas de 2016 foi recomposto em frente ao deprimido de 2015 e a inflação de 2017 foi de 2,9%, enquanto o indexador alcançou 9,3%. Assegurou-se, como dito, uma folga, o que permitiu um pequeno crescimento real das despesas nos anos iniciais (2017 a 2019). Como bem apontam Orair e Gobetti (2017), o novo regime fiscal centrou o foco no controle a médio prazo, ficando o ajuste no curto em segundo plano.

Assim, a participação do gasto público em saúde não deve ter se alterado, ou seja, a crise por afetar o gasto privado no curto prazo e o público em momento posterior, inclusive pelo peso de municípios e estados no gasto, não implicou perda relativa do gasto público. O gasto total se reduz levando à piora das condições de vida da população e à reversão dos ganhos nos indicadores de saúde nas últimas duas décadas. Era, assim, o momento do gasto público em saúde, demandante de

80 ANS - <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>.

mão de obra e estimulador de inovações, ser incrementado com vistas a assegurar a proteção aos que se desfilaram dos planos de saúde e ser um dos caminhos para a recuperação econômica.

Quando se renunciava o fim da “gordura” no teto dos gastos, com a rigidez da regra fiscal passando a afetar duramente o financiamento das políticas sociais, em especial saúde e educação, a pandemia se confirmou, levando a uma flexibilização sem precedentes da política fiscal em 2020. Vale notar que o teto de gasto representou uma perda de R\$22,5 bilhões entre 2018 e 2020 diante da regra da Emenda Constitucional EC 86/2015, como mostram Servo *et al.* (2021, p. 6).

Como forma de contornar os constrangimentos à atuação do governo na pandemia decorrente das três principais regras do arcabouço fiscal do governo – regra de ouro, regra do primário e teto de gastos –, o governo solicitou, em 18/03/2020, ao Congresso o reconhecimento do estado de calamidade pública em função da emergência de saúde pública decorrente da pandemia. Com sua aprovação, a regra do primário e a do teto dos gastos puderam ser “desrespeitadas”, uma vez que a Lei de Responsabilidade Fiscal dispensa o governo do cumprimento dos resultados fiscais em razão da calamidade pública, a qual permite que excepcionalmente se exclua do teto de gastos os créditos extraordinários empregados para as despesas decorrentes da situação emergencial. De outro lado, aprovou-se, em maio de 2020, a Emenda Constitucional nº 106 estabelecendo regime fiscal, financeiro e de contratações extraordinário que autorizava a União a não cumprir a regra de ouro, bem como outras regras fiscais impeditivas do aumento de despesas diretas ou tributárias.

Constituiu-se, então, o chamado “orçamento de guerra”, livre dos constrangimentos fiscais normais, logo, apto para responder com agilidade às demandas para mitigar os efeitos da pandemia em termos sanitários, sociais e econômicos. O montante de

recursos autorizados para o combate aos efeitos da pandemia atingiu expressivos R\$605 bilhões, com R\$524 bilhões executados e pagos em 2020⁸¹.

Pode-se discriminar essas despesas em cinco rubricas, quais sejam: saúde pública, auxílio financeiro para os governos subnacionais, suporte de renda para as famílias, apoio creditício e de liquidez para empresas e outras despesas. As despesas pagas com saúde pública ligadas à pandemia atingiram 44 bilhões, sendo que R\$32 foram transferências fundo a fundo. Esse montante representou 8,4% do total das despesas da União com o enfrentamento da pandemia, sendo que dois terços do total foram destinados às ações de suporte de renda às famílias. Para o presente ano, estima-se um gasto de R\$38 bilhões, em que dois terços se destinam à aquisição de vacinas⁸².

Estudo da OCDE (2020) apresenta um esquema que subdivide temporalmente as ações contra e posteriores à pandemia em quatro etapas. As duas primeiras, de caráter emergencial, são de combate à crise sanitária e de mitigação da tripla crise (sanitária e socioeconômica), onde se inscrevem as ações de reforço do sistema de saúde e de suporte às famílias e empresas, em razão das medidas de distanciamento social e redução das atividades. As outras duas se relacionam ao pós-pandemia e se voltam, primeiro, a medidas de estímulo econômico, com vistas à recuperação da economia, e, por fim, ações com vistas à chamada consolidação fiscal.

Os dados mostram que o número de mortos por milhão de habitantes se correlaciona positivamente com a perda relativa do PIB e a envergadura dos pacotes fiscais de combate aos efeitos sanitários e socioeconômicos da pandemia. Fica patente que os países que tiveram maior sucesso em suas políticas de distanciamento social, ou seja, de controle da disseminação do vírus, foram os que tiveram as menores recessões e que despenderam menores recursos com as ações mitigadoras da pandemia. O Brasil é exemplo dessas correlações, uma vez que é dos países com mais mortes em termos relativos, situando-se, também, entre os com

81 Montante que representou 7,0% do PIB.

82 Orair (2021).

maior perda do produto e maiores pacotes fiscais. E o país, diferentemente daqueles que melhor controlaram a propagação da doença e/ou apresentam um ritmo de vacinação expressivo, não tem no horizonte o controle da doença e, portanto, de retorno ao “funcionamento” anterior da economia.

Preocupante é a visão que o governo e a equipe econômica apresentam sobre o chamado pós-pandemia, pois defendem que, já no atual ano, o país retome aos controles fiscais anteriores, o que aponta para a passagem das etapas de combate emergencial para a de consolidação fiscal. Ou seja, considera-se que a flexibilização fiscal realizada em 2020 será suficiente para reconduzir a economia a seu estágio pré-crise, não cabendo, assim, desenvolver ações de estímulo fiscal à economia.

Observa-se em vários países o anúncio de medidas fiscais voltadas à recuperação da economia de caráter distinto das ações emergenciais de mitigação dos efeitos da crise sanitária e do distanciamento social, ainda que sobrepostas. Como dito, no caso brasileiro, não se vislumbram medidas dessa natureza.

Exemplo dessa escolha são a peça orçamentária e as mudanças constitucionais recentemente introduzidas, notadamente a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) Emergencial, com a retomada a um regime fiscal extremamente rígido. Resultado disso será a perda expressiva da participação dos gastos em saúde e educação nas despesas primárias da União. Orair (2021) estima que a participação desses gastos passará de 13,2%, em 2021, para 12,5% e 11,1% em 2026 e 2036, respectivamente, considerando, para tanto, novas reformas no sistema previdenciário e a contenção dos gastos com servidores.

São grandes as chances de a estratégia do governo para o pós-pandemia implicar uma redução dos gastos em saúde justamente quando a experiência da pandemia mostrou a necessidade de preparar os sistemas de saúde para tais eventos, fazendo-os operar, em parte do tempo, com ociosidade.

Considerações finais

Pode-se considerar que os efeitos do envelhecimento populacional no Brasil sobre os gastos em saúde não são expressivos, ou seja, está próximo do quadro de maturação epidemiológica dos países centrais. Nesse sentido, a renda e o componente residual dos modelos de projeção do gasto em saúde se mostram centrais no desempenho desse gasto e de sua composição entre público e privado. No caso da renda, as estimativas empregadas implicam uma participação pouco substancial no crescimento das despesas em saúde. No caso brasileiro, assistiu-se, no que concerne às despesas privadas e ao desempenho dos planos de saúde, a um crescimento mais que proporcional do gasto privado em saúde que o crescimento da renda. Já o gasto público em saúde, no período de crescimento de economia, entre 2002-2014, teve um incremento pouco expressivo em termos de participação no PIB. Ou seja, preservou-se o *mix* público-privado no Brasil, com todas as consequências em termos de desigualdade de acesso, de segmentação das atividades/ações em saúde e de perda de eficiência. O caminho político, institucional e paradoxal de se instituir um sistema universal de saúde pública com financiamento de tributos gerais ao mesmo tempo que se constrói uma rede de apoio fiscal, creditício e regulatório ao setor privado de cuidados de saúde parece ser um dos principais móveis do gasto em saúde no Brasil.

Não resta dúvida, como se apontou, que o comportamento dos preços relativos e o desenvolvimento tecnológico são importantes vetores de crescimento do gasto, sem haver, contudo, consenso quanto a magnitude de sua influência. No caso brasileiro, chama a atenção o crescimento relativo dos preços dos seguros de saúde em um cenário de expansão dos afiliados, o que se refletiu no aumento expressivo da participação das despesas em saúde no orçamento das famílias do quarto superior de renda.

Essa proeminência do setor privado de saúde no Brasil, considerando o nível de renda e de gasto em saúde, coloca o país como um caso “fora da curva”, uma

vez que a experiência internacional mostra que, com o crescimento da renda e um maior nível de desenvolvimento, tem-se um aumento da participação do consumo de bens e serviços de saúde lastreada, em especial, pelo financiamento e pela oferta públicos.

Como se viu, as tendências apontam para a preservação do *mix* privado-público associado a um crescimento menos expressivo da participação do gasto em saúde no PIB perante outros países de renda média alta e/ou subdesenvolvidos. De forma caricatural, parece que o país faz uma transição às avessas, ou seja, tem o gasto em saúde crescendo a um ritmo menor, com proeminência na oferta privada dos bens e serviços. Não resta dúvida que alterar esse quadro e sua preservação demanda mudanças, tanto em termos do financiamento público à saúde, como do aparato institucional de regulação e de apoio ao setor privado de saúde.

Por outro lado, há dois elementos positivos no arcabouço institucional do SUS que permitem a ampliação de sua cobertura populacional e de atenção, que é sua base de financiamento, assentada num leque de tributos gerais, e sua arquitetura federativa. Tem-se, portanto, um sistema que pode ter sua atuação amplificada, devendo, para tanto, ter seu financiamento robustecido. E, nesse particular, há outras oportunidades ligadas às tendências de reformas tributárias, ancoradas em uma revisão do pensamento dominante na economia, de se buscar ampliar a tributação sobre as rendas do capital, de harmonizar e fortalecer a tributação sobre o consumo e de rever a política de benefícios fiscais ao consumo privado.

A ampliação da incidência do IRPF com a ampliação de sua arrecadação, via a maior tributação dos rendimentos do capital e a redução dos benefícios fiscais, implicará um crescimento dos fundos constitucionais (FPE e FPM) e, portanto, das receitas estaduais e municipais, logo, dos gastos em saúde. De outra parte, as necessidades de financiamento do setor público de saúde não serão contempladas com a potencial migração dos gastos tributários para diretos e com o crescimento

da disponibilidade de recursos de estados e municípios pelo incremento dos fundos. Assim, há que se ter no horizonte o crescimento da carga tributária como forma de se obter recursos para a efetiva consolidação do Sistema Único de Saúde universal e integral.

Referências Bibliográficas

- ACEMOGLU, D.; FINKELSTEIN, A.; NOTOWIDIGDO, M. J. Income and health spending: Evidence from oil price shocks. *Review of Economics and Statistics* 95.4 (2013): 1079-1095.
- ANDRADE, M. V. *et al.* Desafios do sistema de saúde brasileiro In: De NEGRI, J.; ARAÚJO, B. C. P. O. (Orgs.). *Desafios da nação: artigos de apoio*. Brasília: Ipea, 2018.
- BARROS, M. E. D.; PIOLA, S. F. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In MARQUES, R.M.; PIOLA, S. F.; CARRILO ROA, A. (Orgs.). *Sistemas de saúde no Brasil: organização e financiamento*. Brasília: Abres; MS; Opas/OMS, 2016.
- BAUMOL, W. J. Health care, education, and cost disease: a looming crisis for public choice. *Public Choice*, v. 77, n. 1, p. 17-28, 1993.
- BAUMOL, W.J. & BOWEN, W.G. *Performing arts: The economic dilemma*. New York: Twentieth Century Fund, 1966.
- BAUMOL, W.J. Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy of Urban Crisis. *The American Economic Review*, 57(3), 415-426, 1967.
- BRASIL. Secretaria do Tesouro Nacional. *Gasto social do governo central: 2002 a 2015*. Brasília: STN, 2016.
- CARDOSO, A. À beira do abismo: uma sociologia política do bolsonarismo. Rio de Janeiro: Amazon, 2020.
- CELUPPI, I. C. *et al.* 30 anos de SUS: relação público-privada e os impasses para o direito universal à saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, abril 2019.
- COSTA, A.M.; NORONHA, J.C.; NORONHA, G.S. Barreiras ao universalismo do sistema de saúde brasileiro. In: TETELBOIN, C.; LAURELL, A.C. (Org). *Por el derecho universal a la salud: una agenda latinoamericana de análisis y lucha*. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales; 2015. p. 17-39.
- CUTLER, D.M.; HUCKMAN, R.S. Technological development and medical productivity: the diffusion of angioplasty in New York State. *Journal of Health Economics*, 22(2), 2003.
- CUTLER, D. M.; MCCLELLAN, M. The Determinants of Technological Change in Heart Attack Treatment. *National Bureau of Economic Research Working Paper* 5751, 1996.

- DE LA MAISONNEUVE, C., MORENO-SERRA, R., MURTI, F., OLIVEIRA MARTINS, J. The Role of Policy and Institutions on Health Spending. *Health Economics*, 26(7), 2017.
- DE LA MAISONNEUVE, C.; MARTINS, J. A Projection Method for Public Health and Long-Term Care Expenditures. *OECD Economics Department Working Papers*, 1048, 2013.
- DE LA MAISONNEUVE, C. *et al.* The drivers of public health spending: Integrating policies and institutions. *OECD Economics Department Working Papers*, No. 1283, OECD Publishing, Paris, 2016.
- DE LA MAISONNEUVE, C.; MARTINS, J. O. The future of health and long-term care spending. *OECD Journal: Economic Studies* 2014.1, 2015.
- DE MEIJER, C. *et al.* The effect of population aging on health expenditure growth: a critical review. *European journal of ageing* 10.4, 2013.
- DI MATTEO, L. The income elasticity of health care spending. *The European Journal of health economics* 4.1, 2003.
- DI MATTEO, L.; DI MATTEO, R. Evidence on the determinants of Canadian provincial government health expenditures: 1965–1991. *Journal of health economics* 17.2, 1998.
- DORMONT, B. *et al.* Health expenditures, longevity and growth. *IX FRDB European conference on "Health longevity and productivity"*, Limone sul Garda (Italy). Vol. 26. 2007.
- EVANS, R. Financing Health Care: Taxation and the Alternatives. In MOSSIALOS, E.; DIXON, A.; FIGUERAS, J.; KUTZIN, J., editors. *Funding Health Care: Options for Europe*. Buckingham: Open University Press, 2002.
- FIUZA, E.P.S.; MARINHO, A.; OCKÉ-REIS, C.O. A Nova metodologia de reajuste dos planos de saúde medirá os custos, os preços e a eficiência das operadoras? Ipea, Rio de Janeiro, *Nota Técnica 90*, 2020.
- FRIES, James F. The compression of morbidity. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 1983.
- GETZEN, T. E. Forecasting health expenditures: short, medium and long (long) term. *Journal of Health Care Finance* 26.3: 56-72, 2000.
- GLOBAL BURDEN OF DISEASE COLLABORATIVE NETWORK. *Global Expected Health Spending 2018-2050*. Seattle, United States of America: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2020a.
- GLOBAL BURDEN OF DISEASE COLLABORATIVE NETWORK. *Global Health Spending 1995-2017*. Seattle, United States of America: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2020b.
- GROSHEN, E. L. *et al.* How government statistics adjust for potential biases from quality change and new goods in an age of digital technologies: A view from the trenches. *Journal of Economic Perspectives*, 31(2), 2017.

HUBER, M. Health expenditure trends in OECD countries 1970-1997. *Health care financing review*, 21(2), 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Conta-satélite de saúde Brasil: 2010 a 2013*. Rio de Janeiro: IBGE, 2015a.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Retropolação da série de consumo final de bens e serviços de saúde. Brasil, 2000 a 2013*. Rio de Janeiro: IBGE, 2015b.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: primeiros resultados / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento*. - Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

JAKOVLJEVIC, M. *et al.* Evolving Health Expenditure Landscape of the BRICS Nations and Projections to 2025. *Health Economics* (United Kingdom), 26(7):844–852, 2017.

KE, X.; PRIYANKA, S.; HOLLY, A. *The determinants of health expenditure: a country-level panel data analysis*. Geneva: World Health Organization 26: 1-28, 2011.

MADSEN, J. *et al.* Ageing may have limited impact on future costs of primary care providers. *Scandinavian journal of primary health care* 20.3: 169-173, 2002.

MADSEN, J. *et al.* 24-h ambulatory blood pressure in 352 normal Danish subjects, related to age and gender. *American journal of hypertension* 8.10, 1995.

MANTON, K. G.; STALLARD, E.; CORDER, L. Changes in morbidity and chronic disability in the US elderly population: Evidence from the 1982, 1984, and 1989 National Long Term Care Surveys. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 50.4, 1995.

MARQUES, R. M. Notas exploratórias sobre as razões do subfinanciamento estrutural do SUS. Brasília, Ipea, *Planejamento e Políticas Públicas*, [S. l.], n. 49, 2017.

MENDES, A. A longa batalha pelo financiamento do SUS. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 22, n. 4, dez. 2013.

MENDES, A.; FUNCIA, F. R. O SUS e seu financiamento. In: MARQUES, R.M.; PIOLA, S. F.; CARRILO ROA, A. (Orgs.). *Sistemas de saúde no Brasil: organização e financiamento*. Brasília: Abres; MS; Opas/OMS, 2016.

MENEZES, T.A., AZZONI, C.R. & SILVEIRA, F.G. Demand elasticities for food products in Brazil: a two-stage budgeting system. *Applied economics*, 40(19), 2008.

MURPHY, L.; NAGEL, T. *O mito da propriedade: os impostos e a justiça*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

NEWHOUSE, J. P.; PHELPS, C.E. New estimates of price and income elasticities of medical care services. *The role of health insurance in the health services sector*. NBER, 1976.

- OCKÉ-REIS, C. O. O Estado e os planos de saúde no Brasil. *Revista do Serviço Público*, [s. l.], v. 51, n. 1, 2014.
- OCKÉ-REIS, C. O.; FERNANDES, A. M. P. Descrição do gasto tributário em saúde: 2003 a 2015. Brasília: Ipea; Disoc, *Nota Técnica*, n. 48, 2018.
- OCKÉ-REIS, C.O. Challenges in the regulation of Brazilian private health insurance. *Public Finance & Management*, 5(4), 2005.
- OCKÉ-REIS, C.O. SANTOS, F.P. Mensuração dos gastos tributários em saúde: 2003-2006. Rio de Janeiro: IPEA, *Texto para Discussão*, n. 1.637, 2011.
- OCKÉ-REIS, C.O.; FIUZA, E.P.S.; COIMBRA, P.H.H. Inflação dos planos de saúde-2000-2018. Ipea, Brasília, *Nota Técnica 54*, Disoc, 2019.
- OCKÉ-REIS, C.O. Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], v. 23, n. 6, 2018.
- OECD; EUROSTAT; WORLD HEALTH ORGANIZATION. *A System of Health Accounts 2011 Revised edition*, OECD Publishing, 2017.
- OCDE – ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO. *Tax and fiscal policy in response to the coronavirus crisis: strengthening confidence and resilience*. Paris: OCDE, 2020.
- OLSHANSKY, S. J. *et al.* Trading off longer life for worsening health: the expansion of morbidity hypothesis. *Journal of aging and health* 3.2, 1991.
- ORAIR, R. O.; GOBETTI, S. W. Brazilian fiscal policy in perspective: from expansion to austerity. Brasília: IPC-IG, *Working Paper n. 160*, 2017.
- ORAIR, R. O.; GOBETTI, S. W. Reforma Tributária e Federalismo fiscal: uma análise das propostas de criação de um novo imposto sobre o valor adicionado para o Brasil. *Texto para Discussão*, n. 2530. Brasília; Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea, dez. 2019.
- ORAIR, R. Política Fiscal e Pandemia no Brasil: da flexibilização sem precedentes de 2020 para a incógnita de 2021. *Boletim de Políticas Sociais* n° 28, Ipea, Brasília, 2021.
- ORAIR, R.; GOBETTI, S. Reforma Tributária no Brasil: Princípios norteadores e propostas em debate. *Novos estudos CEBRAP*, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 213-244, Aug. 2018.
- PAES, N. L. Os gastos tributários e seus impactos sobre o desempenho da saúde e da educação. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1245-1253, abr. 2014.
- PIOLA, S.F., BENEVIDES, R.P.D.S.; VIEIRA, F.S. Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017. *Texto para discussão* 2439, IPEA: Brasília, 2018

PRZYWARA, B. Projecting future health care expenditure at European level: Drivers, methodology and main results. Directorate General Economic and Monetary Affairs, European Commission, European Economy - *Economic Papers*. 417, 2010.

ROCHA, R., FURTADO, I.; SPINOLA, P. Financing needs, spending projection, and the future of health in Brazil. *Health Economics*, 2021.

ROCHA, R., FURTADO, I. e P. SPINOLA. *Garantindo o Futuro da Saúde no Brasil: Necessidades de Financiamento e Projeção de Gastos*. Estudo Institucional n.1. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, 2019.

SANTOS, C. H. M. *et al.* A dinâmica dos gastos com saúde e educação públicas no Brasil (2006-2015): impacto dos mínimos constitucionais e relação com a arrecadação tributária. Rio de Janeiro: IPEA - *Texto para Discussão* n. 2289, abril 2017.

SANTOS, IS.; SANTOS, MAB.; BORGES, DCL. Mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: realidade e futuro do SUS. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial* [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 4. pp. 73-131. ISBN 978-85-8110-018-0.

SANTOS, I.S.; UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização dos serviços de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13(5), 2008.

SDG Collaborators. Future and Potential Spending on Health 2015-40: development assistance for Health, and Government, Prepaid Private, and Out-of-Pocket Health Spending in 184 Countries. *The Lancet*, 389: 2005–2030, 2017b.

SDG Collaborators. Measuring Progress and Projecting Attainment on the Basis of Past Trends of the Health-related Sustainable Development Goals in 188 Countries: An Analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 390(10100):1423–1459, 2017a.

SDG COLLABORATORS. Past, present, and future of global health financing: a review of development assistance, government, out-of-pocket, and other private spending on health for 195 countries, 1995–2050. *The Lancet*, 393: 2233–60, 2019.

SDG Collaborators. Trends in Future Health Financing and Coverage: Future Health Spending and Universal Health Coverage in 188 Countries, 2016–40. *The Lancet*, 391(10132):1783–1798, 2018.

SERVO, L.M.; *et al.* Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. *Saúde em Debate* (no prelo). 2021. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.1530>.

SILVEIRA, F. G. *et al.* Os fluxos financeiros no financiamento e no gasto em Saúde no Brasil. *Textos para Discussão*; n. 43. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2020.

SILVEIRA, F. G.; PASSOS, L. Impactos distributivos da tributação e do gasto social-2003 e 2008. In: AFONSO, J. R.; LUKIC, M. R.; ORAIR, R.; SILVEIRA, F. G (orgs.). *Tributação e desigualdade*. Belo Horizonte: Ed. Letramento, 2017.

SILVEIRA, F. G. *Equidade fiscal: impactos distributivos da tributação e do gasto social*. Brasília: ESAF; Tesouro Nacional, 2012 (XVII Prêmio Tesouro Nacional – 2012).

SOUZA, D. de O. O subfinanciamento do Sistema Único de Saúde e seus rebatimentos no enfrentamento da Covid-19. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. v. 30, n. 03, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300313>>. Acesso em: 23 de jul. 2021.

TUOHY, C.H.; FLOOD, C.M.; STABILE, M. How does private finance affect public health care systems? Marshaling the evidence from OECD nations. *J Health Polit Policy Law*, Jun;29(3), 2004.

VAZ, D. V.; HOFFMANN, R. Evolução do padrão de consumo das famílias brasileiras entre 2008 e 2017. *Economia e Sociedade*, Campinas, v. 30, n. 1, p. 163-186, Jan. 2021.

VERBRUGGE, Lois M. Survival curves, prevalence rates, and dark matters therein. *Journal of Aging and Health*, 1991.

VIEIRA, F.S.; BENEVIDES, R.P.S. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. *Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas*, 10(3), 2016.

Contratualização e remuneração de serviços de saúde no SUS: situação atual e perspectivas

Maria Angelica Borges dos Santos

Luciana Mendes Santos Servo

Introdução

Os regimes de contratualização e remuneração de serviços são operações-chave na sustentabilidade dos sistemas de saúde dos países. Na descrição das operações envolvidas no financiamento de um sistema de saúde, é preciso assegurar sustentabilidade das receitas e equilíbrio entre os polos das receitas e das despesas (Mcintyre & Kutzin, 2011).

O polo das receitas compreende operações de financiamento que visam: garantir receitas suficientes e sustentáveis coletadas de forma eficiente e equitativa; e gerenciar essas receitas em fundos compartilhados (*pooling*), a fim de equalizar riscos de forma justa e eficiente (Mcintyre & Kutzin, 2011). O Sistema Único de Saúde (SUS) dispõe de uma estrutura de financiamento baseada em tributos, que consolida os recursos em um único *pool*, cuja baixa fragmentação é atualmente reputada como a ideal para atingir os intentos de se alcançar cobertura universal de saúde (Mathauer *et al.*, 2020). Todavia, enfrenta problemas de subfinanciamento que impõem restrições para garantia dessa cobertura universal com integralidade da atenção (Pinheiro, 2007). No polo das despesas, os modelos de remuneração e o desempenho dos prestadores de serviços, juntamente com a cobertura populacional e as políticas que buscam definir os serviços oferecidos, são os componentes relevantes para

a definição da sustentabilidade e de um desempenho satisfatório do sistema de saúde.

A provisão ou aquisição de serviços em um sistema público de saúde como o SUS integra o polo das despesas. A configuração da base dos prestadores de serviços de saúde de um país é fundamental para viabilizar esse intento (Santos & Servo, 2016). Quatro níveis de estruturação conformam essa base: a natureza jurídica dos prestadores, a gestão desses prestadores, o nível de concorrência do mercado de prestadores e os modelos de remuneração. A natureza jurídica dos prestadores refere-se a duas grandes categorias: público ou privada, que podem se desdobrar em subcategorias, tais como administração pública, instituições filantrópicas, instituições com fins de lucro. A gestão de unidades pode ser feita por órgãos governamentais ou por instituições privadas. No que tange à concorrência, quanto maior a oferta de prestadores, maiores as possibilidades de negociação em torno dos objetivos do demandante, e quanto mais concentrado em poucos prestadores, maior o poder do prestador de determinar o que será ofertado.

Os modelos de remuneração e respectivos incentivos embutidos são, segundo as principais correntes da literatura de gestão contemporânea, fatores determinantes do comportamento e do desempenho dos prestadores de serviços (Adams & Hicks, 2000). Ainda que sejam citados incentivos não financeiros, os incentivos financeiros sempre tiveram um espaço bem maior na discussão (Fainman & Kucukyazici, 2020). Distintos sistemas de pagamento podem ter externalidades positivas capazes de estimular prestadores a proverem de forma custo-efetiva os cuidados mais indicados aos vários pacientes atendidos no sistema de saúde, mas também de provocar efeitos negativos de sobreprodução e uso não racional (Yuan *et al.*, 2017).

A delegação da prestação de serviços tradicionalmente desenvolvida pelo setor público ao setor privado foi uma prática que ganhou força com o *New Public Management* (NPM) (Hood, 1991). Pode ser interpretada como um processo de

adoção, pela administração pública, de desenhos e modelos de gestão inicialmente implantados no setor privado (Preker, 2005). O NPM preconizava a contratualização estatal com organizações públicas (*contracting in*) como uma estratégia para fortalecer a gestão. Posteriormente, passou a preconizar a contratação de prestadores privados pelo Estado em competição com prestadores públicos (*contracting out*) (Ferlie *et al.*, 1996) e, mais recentemente, a preferência explícita pela contratação de prestadores privados e parcerias com empresas (Bovaird, 2004). Segundo o NPM, contratar prestadores privados permite ao governo beneficiar-se da *expertise* em gestão do setor privado, aumentar a autonomia gerencial e a eficiência dos serviços mediante a competição, e focar na mensuração de resultados (Santos, 2012).

Entretanto, os próprios teóricos do NPM vislumbraram dificuldades na aplicabilidade dessa estratégia a países em desenvolvimento. A filosofia do NPM promove um afastamento da lógica burocrática da gestão pública e afrouxa mecanismos instituídos de controle de práticas corruptas, pressupondo uma cultura de lisura. Assim, em inícios da década de 1990, Christopher Hood asseverava: "...será interessante acompanhar (...) os efeitos da difusão de clones do NPM (...) em contextos com pouco capital de base de cultura pública" (Hood, 1991, p. 16). Pollit e Bouckaert (2004) destacaram a adesão de gestores públicos ao NPM motivada por benefícios simbólicos e de legitimidade política: "...parecer que está fazendo algo' ao criticar os serviços públicos e exaltar a gestão empresarial, instaurando 'uma aparência de dinamismo com baixo custo imediato'" (Pollit & Bouckaert, 2004, p. 6).

No Brasil, o movimento de pactuações (com prestadores privados, mas também públicos) visando firmar metas e compromissos ficou conhecido como contratualização (Angelis, 2015). Envolve o estabelecimento de termos de compromisso entre gestores públicos e entre entes públicos e privados, bem como vários desenhos de contratos e arranjos que definem a alocação e o repasse de recursos financeiros entre gestores e para entidades privadas e sem fins de lucros. No campo da contratualização entre gestores públicos, ela tem sido estruturada

por meio de consórcios públicos, modalidades de contratualização internas às administrações públicas e contratos entre gestores em regiões de saúde, tais como os contratos organizativos da ação pública (Coap).

A contratualização entre entes públicos e privados tem adquirido várias formas, tais como fundações, serviços sociais autônomos e o modelo que vem se consolidando mais rapidamente, o das organizações sociais de saúde (OSS). Este surge como parte de uma proposta de reforma do Estado com elaboração de um Plano Diretor de Reforma do Aparelho de Estado (PDRAE), baseado nas teorias do NPM (Ramos & Seta, 2019; Morais *et al.*, 2018). A lei federal n. 9.637, de 1998, institui as organizações sociais, e a partir dela várias legislações estaduais e municipais passaram a acompanhar a disseminação desse modelo (Anexo – Quadros A.1 e A.2). Até 2018 eram mais de 130 legislações sobre OSS, mostrando que não podemos falar de um modelo único e nacional, mas de uma miríade de situações com vários modelos e formas de organização da relação contratual entre entes públicos e unidades privadas para gestão de unidades públicas de prestação de serviços de saúde. A legislação sobre organizações sociais (OS) delimita suas áreas de atuação em ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e conservação do meio ambiente, cultura e saúde.

Na prática, as formas de contratualização e remuneração de serviços são mais do que arranjos técnicos. Embora pretendam representar expressões neutras das relações entre financiadores e prestadores, incidem sobre um pano de fundo político, que envolve ganhos e perdas de poder de atores específicos, inclusive não financeiros (Boyne, 1998). Dependem também do volume e dos recursos disponíveis para financiamento público da saúde, o que determina a atratividade do mercado público para prestadores privados. Em última instância, refletem os limites dos contratos no mercado imperfeito dos serviços de saúde (Schmitz, 2019).

Este texto pretende oferecer subsídios para discutir a evolução desses regimes de contratualização, remuneração e financiamento de prestadores de serviços no SUS.

Baseamo-nos em uma reflexão estruturada que contempla o seguinte percurso: breve revisão sobre o estado da arte do tema; um exame da grade institucional da função de provisão de serviços no SUS com uma estimativa do volume de recursos dedicado à oferta de serviços privados no Sistema Único de Saúde; uma seção que trata das opções para estruturar contratos, dada a configuração atual de contratação e remuneração de prestadores do SUS, em que abordamos também o papel das estruturas de regulação, avaliação e controle (internos e externos); e, finalmente, diante do quadro previamente delineado, um exercício que aborda as perspectivas de mudanças dos arranjos e configurações nas formas de contratação, remuneração e financiamento de prestadores de serviços de saúde. Pretendemos aqui enfatizar as contratualizações entre entes públicos e privados.

O que (não) sabemos sobre os modelos de contratualização e remuneração de serviços de saúde no SUS

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2013) elenca seis tipos de modelos de remuneração da prestação de serviços de saúde: 1) pagamento por procedimento individual (*fee-for-service* – FFS) a partir de preços ou valores listados em tabelas; a remuneração final depende da quantidade e do tipo de serviços fornecidos pelo prestador; 2) pagamento por diária, que atribui uma taxa fixa por leito-dia, independentemente da indicação ou dos procedimentos realizados; 3) pagamento por caso, em que é efetuado um pagamento fixo por caso (admitido), independentemente dos serviços efetivamente realizados; 4) pagamentos por capitação, em que o prestador recebe antecipadamente um per capita fixo para fornecer serviços específicos a pacientes inscritos por determinado período de tempo; 5) pagamento por elemento de despesa, em que existe um orçamento centralizado baseado em gastos das unidades de saúde, o qual é alocado por um órgão central que controla essa distribuição; e (6) orçamentos globais, em que o prestador recebe um montante antecipadamente para cobrir a totalidade dos gastos da unidade de saúde.

Associadas a esses esquemas, duas outras modalidades de pagamento têm sido empregadas, para otimizar as remunerações básicas: as condicionadas ao desempenho e as que visam promover ajustes para risco e custo. A primeira é representada pelos pagamentos por desempenho (*pay-for-performance* – P4P) ou por resultados (Yuan *et al.*, 2017). Além disso, podem também ser previstos ajustes dos níveis de remuneração básicos segundo características dos pacientes atendidos (ajuste para risco) ou do tipo de estabelecimento (ajuste para custo).

Diferentes modelos de remuneração teoricamente gerariam um conjunto possível de efeitos e hipóteses: 1) o pagamento por serviço (PPS) ou procedimento gera a oferta de mais serviços do que necessário, com efeitos negativos sobre custo e qualidade; 2) internações e altas prematuras aumentam quando o mecanismo de remuneração é baseado no caso, com efeitos negativos sobre qualidade; 3) a remuneração por caso, capitação e orçamentos contêm custos; 4) o pagamento por desempenho aumenta a qualidade; 5) modelos de pagamento por caso, capitação, orçamento global e pagamento por desempenho geram a prática do *cream skimming*, que consiste em evitar atender pacientes mais caros e mais custosos; esses esquemas impactariam negativamente o atendimento a pacientes mais doentes; 6) níveis de remuneração mais elevados associam-se a aumento da produção de serviços; 7) mecanismos de ajuste de risco e custo podem compensar efeitos indesejados sobre a qualidade (Mathes *et al.*, 2019).

O tema dos modelos de remuneração de serviços de saúde ganhou novo fôlego no esteio da recente ampliação de cobertura do Medicare americano. A Cochrane publicou duas revisões que buscam consolidar evidências sobre impactos desses modelos, segmentadas em ambulatoriais (Yuan *et al.*, 2017) e hospitalares (Mathes *et al.*, 2019).

Na revisão sobre remuneração de serviços ambulatoriais, são comparados efeitos de esquemas de pagamento segundo três possíveis arranjos: 1) os efeitos da

introdução do P4P em ambientes que previamente empregavam remuneração por capitação ou diferentes modelos remuneratórios baseados em inputs; 2) capitação combinada a P4P; 3) capitação versus PPS. Sinteticamente, a revisão verificou que mecanismos remuneratórios e de incentivo clássicos tiveram pouco efeito sobre as práticas dos profissionais e quase nenhum efeito sobre padrões de uso de serviços e desfechos nos pacientes. Os autores concluíram ser necessário desenhar cuidadosamente cada componente do pacote de incentivos no P4P, inclusive indicadores e metas de desempenho, e considerar elementos como frequência e suficiência dos níveis de remuneração, a alocação dos incentivos aos próprios profissionais ou às unidades gestoras e a previsão de financiamento adicional.

Na revisão Cochrane sobre mecanismos de remuneração de hospitais (Mathes *et al.*, 2019), os autores também registraram que a evidência de impacto do P4P sobre desfechos dos pacientes, qualidade do cuidado, equidade ou uso de recursos era inconclusiva, uma vez que não identificaram estudos que contemplassem desfechos. Independentemente do contexto/ambiente e do desenho do contrato, constataram que os efeitos do P4P em hospitais eram, na melhor das hipóteses, pequenos, gerando efeitos de curto prazo e não sustentáveis. Suprimir pagamentos por mau desempenho tendia a ser mais efetivo do que conceder um bônus por bom desempenho. Dessa forma, o pagamento por desempenho parece não cumprir a expectativa de gerar melhoras nos serviços de saúde, independentemente do ambiente de atendimento.

Diversos esquemas de remuneração alternativos ao PPS foram propostos para sustentar a ampliação da cobertura do Medicare americano na última década. O objetivo desses modelos alternativos de remuneração seria deslocar a lógica remuneratória baseada em volume para uma lógica baseada em “valor”, com incentivos para melhores desfechos, maior qualidade e contenção de custos.

Nos Estados Unidos, as bases para o pagamento “baseado em valor” ficaram definidas em 2010 com o *Affordable Care Act*, que propunha vários modelos

de remuneração “alternativos”. Duas modalidades principais de modelos de remuneração alternativo vêm sendo testadas: os chamados modelos baseados na população e os modelos baseados em episódios de cuidado. O primeiro enfatiza a responsabilização por populações definidas de pacientes, com desfechos definidos em termos de custos totais e metas de qualidade, na tentativa de reduzir cuidados de baixo valor e promover condutas terapêuticas mais efetivas (Verkerk *et al.*, 2018). O segundo modelo está vinculado à utilização de serviços, sejam estes procedimentos ambulatoriais ou hospitalizações, e responsabiliza o prestador pelos eventos pós-cuidado. Visa, dessa forma, promover maior atenção à qualidade e à própria coordenação do cuidado entre o ambiente onde ocorreu o procedimento e o local que acompanhará o paciente depois dele (Liao, Navathe & Werner, 2020).

Dado o nível de incerteza que cerca os fenômenos da saúde e do adoecimento (Arrow, 1963), a remuneração por capitação pura pode envolver riscos substanciais para os prestadores, não sendo muito bem aceita por eles. Modelos de pagamento alternativos mais modernos, como as chamadas *Accountable Care Organizations* (ACOs), envolvem uma forma de pagamento global em que a receita do prestador tem relação com os custos do atendimento ao paciente, mas também com compromissos com padrões de qualidade do cuidado (Rudin *et al.*, 2014).

Uma ampla parcela dos chamados modelos alternativos de remuneração é atualmente classificada como modelos de pagamento baseados em risco. A lógica subjacente é atribuir um orçamento global baseado em estimativas de custo para tratamento de uma categoria de doença (por exemplo, diabetes) ou de um grupo populacional específico, que poderá gerar excedentes ou prejuízos ao prestador dependendo de sua competência para equilibrar recursos e resultados. Se a indústria de planos e seguros de saúde já naturalmente domina bem esses arranjos com modelos atuariais, na prática os orçamentos globais compõem uma relativa novidade na contratação de prestadores de serviço.

O sucesso dos modelos de remuneração dependerá da capacidade do prestador de controlar despesas para não ultrapassar o orçamento, ciente de que eventuais poupanças ou perdas poderão ser compartilhadas entre o prestador e o contratante. O principal desafio do pagador, além de garantir o cumprimento adequado do contrato, será contornar a tendência dos prestadores privados de saúde a pleitearem sempre preços e reajustes elevados, em geral muito superiores aos da inflação geral. Os mais céticos apostam que os novos modelos de remuneração não conseguirão transformar essas práticas (Feldman, 2015).

Diante do cenário atual de pandemia do COVID19 e da necessidade de reduzir contatos presenciais, é preciso também considerar os impactos da adoção ampliada de serviços de telemedicina fornecidos por prestadores privados ao SUS e de modelos com intenso *input* de inteligência artificial nos modelos de remuneração. A telemedicina pode contribuir para reduzir custos e aumentar o acesso. Entretanto, é justamente essa facilitação do acesso viabilizada pelas teleconsultas que pode gerar sobreutilização, o que recomenda que se evite um modelo de remuneração por procedimento (Rudin *et al.*, 2014).

A telemedicina poderá ser um instrumento poderoso na redefinição dos cuidados de prevenção e assistência na era pós-Covid, com a utilização de ferramentas de geoprocessamento para rastreamento de contatos, a implantação de um sistema de saúde e a emergência de propostas de financiamento por resultados colaborativos de síntese de dados (compondo um paradigma de pagamento por compartilhamento de conhecimento *fee-for-knowledge-sharing*), ainda em desenvolvimento (Sorace, 2020).

Além de abordar modelos de contratação e remuneração e respectivas capacidades de contribuir para desempenhos virtuosos, a literatura econômica sobre contratos problematiza a própria decisão governamental de basear a prestação de serviços públicos gratuitos na contratação de prestadores privados. Aponta pelo menos três grandes desafios nesse processo (Santos, 2012). O primeiro é a necessidade de

desenvolver competências distintas das necessárias à prestação direta do serviço, inclusive um entendimento amplo sobre contratos, incentivos e mercado no sentido de estruturar adequadamente os contratos e mecanismos de monitoramento. Na base desse primeiro desafio estão as dificuldades de especificar produtos de saúde que engendrem desfechos virtuosos, e que permitam a transição do “produtivismo” do pagamento por procedimento, que induz a oferta de cuidados de baixa qualidade (Verkerk *et al.*, 2018), para uma efetiva valorização de desfechos positivos para a população (Santos, 2012).

O segundo desafio está relacionado ao problema do oportunismo nos contratos, seja do contratante, seja do contratado. Segundo Williamson (1979), apenas uma análise franca e serena dos riscos do oportunismo irá nos permitir reduzir esse risco de tais serviços e que traduziriam cuidados de melhor qualidade.

O terceiro e quiçá mais problemático desafio, por sua menor visibilidade acadêmica, envolve os custos da perda de coordenação provocados pela transição do modelo de coordenação hierárquica burocrática que caracteriza a administração pública direta para o modelo mais flexível, descentralizado e fragmentado pressuposto na contratualização (Palmer *et al.*, 2006).

A grade institucional da função de provisão de serviços no SUS

Os mecanismos remuneratórios de prestadores naturalmente precisam considerar as bases de provisão de serviços de um país. A grade institucional de provisão de serviços no SUS admite três desenhos distintos: 1) operação pública direta de estabelecimentos próprios da rede pública (rede pública sob operação pública direta); 2) rede pública sob operação privada; e 3) esgotada a capacidade instalada pública, convênios e contratação de serviços de forma suplementar (rede privada sob operação privada). A essa grade de provisão de serviços acrescenta-se agora uma quarta dimensão, ainda incipiente: a das plataformas digitais de provisão de serviços, cujo desenho no SUS ainda não está delineado.

Tradicionalmente, o setor público no Brasil adquire de prestadores privados uma parte significativa dos serviços de saúde oferecidos à população, pois a rede pública é insuficiente para atender a demanda por serviços gratuitos. O histórico de contratação governamental de serviços de saúde privados (Santos & Servo, 2016) pode ser descrito como pautado por sucessivas ondas de privilegiamento do produto privado (Santos e Gerschman, 2004), que retratam o acesso de prestadores privados a financiamento público ao longo dos tempos, frequentemente em detrimento de investimento na rede pública.

A Era Inamps (1977-93) caracterizou-se pelo financiamento de ativos fixos (investimento) da rede de prestadores de serviços de saúde privados (em geral hospitais) com recursos públicos federais, acrescido da garantia, quando inaugurados, de contratos de prestação de serviços ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Ou seja, prescindia da imobilização de capital empresarial, o que costuma funcionar como uma barreira de entrada. Barreiras de entrada são fatores que atuam para dificultar o início da atividade empresarial em determinado segmento, sendo em geral as financeiras as principais. Tratava-se, assim, de um cenário de baixíssimo risco e alto retorno para o empresariado, que pode ter contribuído como incentivo para sua expansão nessa área (Braga & Paula, 1981).

Com o decorrer do tempo, as tabelas de remuneração do Inamps foram se distanciando dos custos de produção dos serviços e perdendo a atratividade financeira (Santos & Servo, 2016). Nesse processo, prestadores mais aptos gradualmente identificaram novas fontes de renda no emergente segmento de planos e seguros de saúde privados. Com a consolidação do SUS, restaram em sua base de prestadores estabelecimentos fortemente dependentes de financiamento público, frequentemente filantrópicos e menos aptos a ocupar nichos de mercado com mais concorrência, de um lado, e de outro, prestadores privados lucrativo e sem fins de lucro mais qualificados, que se consolidaram como base da prestação de serviços bem remunerados pelo SUS (Santos & Gerschman, 2004).

A diretriz de descentralização que pauta o SUS, com redução das aplicações diretas de recursos federais e transferência de responsabilidades e ampliação das modalidades de transferências para estados e municípios, delegou a gestores locais crescente responsabilidade na relação direta com os prestadores privados. Ao mesmo tempo, a distribuição territorial dos prestadores e a proposta de organização do SUS como redes regionalizadas de ações e serviços de saúde passaram a demandar relações mais cooperativas entre gestores públicos.

Entre 2008 e 2019, o crescimento de unidades de saúde sob gestão municipal e estadual foi expressivo. Dessa forma, com o avanço do SUS, são os gestores locais que passaram a estabelecer os contratos que regem a oferta de serviços privados ao SUS, criando-se as condições para a introdução de novas relações e modalidades de prestação de serviços privados.

Além da justificativa mais tradicional de oferta insuficiente da rede própria do SUS para atender a demanda da população, surgem novas justificativas para o estabelecimento dos contratos com o setor privado: a necessidade de tornar flexível a contratação de profissionais e serviços em estabelecimentos públicos e os limites financeiros impostos pela Lei de Responsabilidade Social (LRS) para contratação de pessoal.

As modalidades de contratualização são diversas. Salgado (2006, 2018) as categoriza em dois grandes grupos: contratualizações internas e contratualizações externas. A contratualização interna é realizada dentro da administração pública, entre os órgãos e as entidades que a compõem, como instrumento de apoio ao gestor. A contratualização interna refere-se, por exemplo, às contratualizações com hospitais públicos, outros órgãos ou entidades da administração pública no mesmo nível de governo e com agências reguladoras. Pela categorização da autora, a contratualização externa refere-se a contratualizações de um gestor com

entidades privadas e com outro ente federativo. Ela cita como exemplos: contratos com entidades privadas, com e sem fins de lucro, tais como as qualificadas como Organizações Sociais da Saúde (OS) ou Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip); contratualização interfederativa; contratualização para constituição de consórcio público, entre outros (Salgado, 2006, 2018)⁸³.

Essas modalidades passam por um gradiente que vai de unidades públicas administradas pelo setor público, com recursos a modelos de administração indireta, passando por modelos de agentes sociais e de mercado, com um gradiente paraestatal, a modelos mais próximos daqueles típicos do mercado privado de saúde (Salgado, 2017).

A partir do ano 2000, ampliam-se fortemente modalidades de contratualização em que o setor público entrega ao setor privado parte ou toda a gestão/operação de unidades de saúde públicas. Esse movimento inicialmente foi muito forte em hospitais, por meio do estabelecimento de contratos de gestão a partir do marco legal estabelecido pela lei federal que trata das organizações sociais. Em 2018, terceirizações de unidades públicas de saúde já estavam presentes em 21 unidades da federação. Os contratos com OSS representavam a imensa maioria das modalidades contratualizadas de gestão em número de unidades públicas contratualizadas (256), seguida pelas fundações (59) e consórcios públicos (Tabela 1). A contratualização de unidades entre os municípios é também muito significativa.

83 Um resumo esquemático está apresentando no *site* do projeto Contratualização no SUS, disponível em: <<https://bit.ly/2JS3fdC>>.

Tabela 1 - Estabelecimentos de saúde administrados por terceiros, por modalidades de contratos com as secretarias de saúde dos estados, por UF e quantidade, 2018

Unidade da Federação	Adm. por terceiros	Organização Social	Oscipi	Empresa Privada	Cooperativa	Consórcio de Sociedade	Consórcio Público	Administrado por fundação
Rondônia	Não							
Acre	Sim		1					
Amazonas	Sim					1		
Roraima	Não							
Pará	Sim	14						
Amapá	Sim	2						
Tocantins	Não							
Maranhão	Sim	12						
Piauí	Sim			2				6
Ceará	Sim	1					42	
Rio Grande do Norte	Não							
Paraíba	Sim	9						
Pernambuco	Sim	36						
Alagoas	Não							
Sergipe	Não							
Bahia	Sim	28		1				
Minas Gerais	Não							
Espírito Santo	Sim	4	18				2	
Rio de Janeiro	Sim	42						24
São Paulo	Sim	83						24
Paraná	Sim							5
Santa Catarina	Sim	3						
Rio Grande do Sul	Sim			4				
Mato Grosso do Sul	Sim	2						
Mato Grosso	Sim	2					3	
Goiás	Sim	17						
Distrito Federal	Sim	1						
Total de unidades		256	19	7	0	1	47	59

Fonte: IBGE. Estadac, 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2JW0S9p>>.

Quando a análise considera os contratos realizados por municípios, ainda que os dados sejam de anos diferentes, destaca-se o fato de haver estados com contratualização pela SES, mas não pela SMS, e vice-versa. Em 2017, 684 municípios declararam ter estabelecimentos administrados por terceiros, sendo 1.755 administrados por OS. Reforça-se a prevalência desse modelo, com forte participação dos municípios paulistas.

Tabela 2 - Estabelecimentos de saúde administrados por terceiros, quantitativo de municípios por UF e quantitativo de estabelecimentos por modalidade de contratualização com governos municipais, 2017

Unidade da Federação	Quantitativo de municípios	Organização Social	Oscipi	Empresa Privada	Cooperativa	Consórcio Sociedade	Consórcio Público	Administrado por fundação
Tocantins	3	3		5				
Maranhão	5	1		3	1			
Ceará	37	22	5	36	4		42	5
Rio Grande do Norte	3			1			2	
Paraíba	5			8			3	1
Pernambuco	8	5		13		1		1
Alagoas	9	4		4			3	1
Sergipe	8	7	6	1			1	
Bahia	33	27	4	10	10	1	8	1
Minas Gerais	124	162	11	59	3	9	95	23
Espírito Santo	18	9	36	4			2	2
Rio de Janeiro	26	302		9	2	2	9	17
São Paulo	193	1113	37	143	3	5	70	53
Paraná	47	20	5	14		1	33	18
Santa Catarina	45	21	5	10			21	10
Rio Grande do Sul	70	42	13	77	6	4	13	144
Mato Grosso do Sul	6	2	1	1				4
Mato Grosso	21	5	4	30	5		26	2
Goiás	6			9				2
Total de unidades	684	1755	131	453	34	23	332	284

Fonte: IBGE. Munic 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/3qtSAGF>>.

Recursos públicos alocados para OSS: aproximações

A prestação de serviços no modelo OSS também se caracteriza pelas baixas exigências de imobilização de capital, dado que o contrato de gestão visa à operação de unidades públicas de saúde em geral integralmente equipadas, à exceção de recursos humanos. Por essa via, voltam a ser potencialmente vantajosos para o prestador privado segmentos negligenciados e com grandes descompassos de preço da Tabela SUS, representados pela maior parte dos procedimentos de média complexidade mais comuns. Adicionalmente, uma vez que as barreiras de entrada são pequenas, a vigilância sobre a qualidade dos prestadores torna-se ainda mais necessária.

Não há números exatos sobre o volume de recursos do SUS direcionado à compra de serviços privados, seja ela fornecida na plataforma de operação privada de estabelecimentos públicos ou de contratação ou convênios com estabelecimentos privados filantrópicos ou não. As estimativas da Conta-Satélite de Saúde indicavam, para 2017, um consumo de serviços do mercado privado pelo SUS da ordem de R\$ 43,63 bilhões (2017), com uma média no período de 2010-2017 que correspondia a 17,5% do faturamento dos serviços privados no país (IBGE, 2019).

Uma estimativa das tendências da participação da compra de serviços privados no SUS pode ser obtida usando indicadores e dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops). Quando se considera que, na produção de serviços de saúde, em média 70% dos gastos envolvem contratação de recursos humanos, os gastos decrescentes com pessoal informam que serviços privados são um componente cada vez mais expressivo da oferta do SUS.

A série histórica do indicador gastos com pessoal como percentual de despesas correntes pode mostrar a evolução da compra de serviços ou adesão a novos modelos de operação privada da rede pública, como mostram as UF e capitais (municípios selecionados) na Tabela 3.

Tabela 3 - Despesas com pessoal como % gasto corrente em saúde - estados e capitais selecionados - comparação 2010- 2018

Estados	2010	2018	Capitais	2010	2018
Rio de Janeiro	34,8	16,06	Rio de Janeiro	44,6	31,24
São Paulo	27,54	27,41	São Paulo	29,21	20,74
Pernambuco	33,09	27,12	Recife	54,58	48,24
Alagoas	42,93	26,75	Maceió	31,84	36,64
Santa Catarina	32,86	31,99	Florianópolis	64,84	63,48
Todos os Estados	31,26	28,51	Todas as capitais	41,89	36,42

Fonte: Fonte: Siops - indicadores. Disponível em: <http://datasus1.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/financeiros/siops>
<informarendereço eletrônico>

Uma primeira constatação na comparação entre esses estados e municípios (capitais) (Tabela 3) são os percentuais decrescentes de gastos com pessoal próprio tanto em um quanto em outro, sinalizando para crescente adesão ao modelo de operação privada. Um segundo ponto é o percentual de gastos de municípios com pessoal, quase sempre superior ao dos estados, que corrobora o senso comum de que a adesão dos estados aos modelos de compra de serviços precedeu a dos municípios. Um estudo realizado entre junho de 2012 e junho de 2013 em Pernambuco indicava que gestores estaduais de saúde eram mais adeptos a modelos de gestão do tipo OSS. Gestores municipais eram mais críticos do modelo e tinham mais dúvidas sobre a implementação (Pacheco et al., 2016), o que fica evidente na comparação do percentual de gastos com pessoal próprio do estado de Pernambuco, onde houve grande adesão ao modelo OSS, com o do município de Recife.

As unidades da federação selecionadas mostram, pelo indicador de gastos com pessoal, as várias trajetórias das UF na adesão aos novos modelos de gestão. O estado do Rio de Janeiro evidenciava um movimento de radical adesão ao modelo de contratação de serviços, acompanhado, com menor intensidade, pelo município do Rio de Janeiro. O estado de São Paulo, já com uma adesão ao modelo OSS consolidada em 2010 e sem mudança no período, contrastava com a cidade de São Paulo, onde a contratação de serviços privados avança no período analisado. Finalmente, temos Pernambuco e Alagoas com percursos que também se refletem nos indicadores de Santa Catarina e Florianópolis, onde, até 2018, o modelo OSS não encontrou adesão. O gasto com pessoal de Florianópolis sugeria uma operação totalmente pública do sistema de saúde, permanecendo na faixa de 64% nos anos analisados.

Entretanto, podemos ainda estar subestimando o fenômeno. As grandes lacunas de informação residem em dois aspectos em âmbito nacional: o valor repassado para operação privada de estabelecimentos públicos, principalmente via modelo OSS, é desconhecido, como também o são os acréscimos de valor em relação à Tabela SUS pactuados localmente com prestadores privados.

O trabalho de Morais *et al.* (2018) fez um mapeamento dos contratos de gestão de várias secretarias e analisou os dez maiores contratos estabelecidos entre as OSS e as secretarias de estado de saúde do estado de São Paulo e do Rio de Janeiro. Os autores contabilizaram um total de R\$ 23 bilhões repassados para essas dez OSS, mostrando a importância dos termos aditivos que chegam a representar, em alguns casos, um acréscimo de mais de 80% em relação ao valor do contrato. Considerando essas OSS contratualizadas com a SES/SP, com base nas informações disponíveis no Portal da Transparência, observa-se que, ainda que predominem contratos de gestão com hospitais, os tipos de serviços contratualizados diversificam-se ao longo do tempo, passando a incluir saúde mental, reabilitação, unidades de análises clínicas, serviços de imagem e um aumento expressivo da contratualização da SES/SP para unidades ambulatoriais de especialidades (Quadro 1).

Quadro 1 - Organizações sociais da saúde selecionadas* com contratos de gestão com a Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo (SES/SP), por data do primeiro contrato, primeira unidade contratualizada e unidades contratualizadas até nov./2020

OSS	Ano do primeiro contrato	SES	Primeira unidade contratualizada	Unidades contratualizadas até nov./2020
Seconci-SP	2008	SP	Hospital	Conjunto hospitalar (1), hospitalar (5), ambulatório de especialidades (5), distribuição e armazenamento de insumos (1), diagnóstico (1), central de regulação (1)
CBSC	2008	SP	Hospital	Hospital (3), saúde mental (1), ambulatório de especialidades (6), reabilitação (2)
ISCMSP	<i>n.d</i>	SP	Hospital	Hospitais (4), saúde mental (1), ambulatórios de especialidades (1)
FFM	2008	SP	Oncológica	Oncológica (1), reabilitação (1)
LSFPD	2007	SP	Hospital	Hospitais (4), saúde mental (1), ambulatórios de especialidades (3)
ACSC	2006	SP	<i>n.d</i>	Hospitais (2), saúde mental (1), ambulatório de especialidades (3), centro referência saúde idoso (1), diagnóstico por imagem (1), análises clínicas (1)
FABC	2007	SP	Hospital	Hospitais (3), reabilitação (1), saúde mental (1), ambulatório de especialidades (6), instituto de infectologia (1)

Fonte: SES/SP. Portal da Transparência (<saude.sp.gov.br>). Disponível em: <<https://bit.ly/36WNH17>>. Acesso em: 15 nov. 2020.

*As unidades foram selecionadas a partir do levantamento feito por Morais *et al.* (2018) com base na análise dos contratos de gestão das unidades com os dez maiores contratos em valor com a SES/SP e a SES/RJ.

n.d - informação não disponível

Em 2019, a SES/SP empenhou R\$ 5,6 bilhões em contratos de gestão na ação “atenção ambulatorial e hospitalar em organizações sociais” de um total de R\$ 6,1 bilhões dessa ação e de R\$ 23,6 bilhões empenhados do orçamento da secretaria, aproximadamente 25% do total. Ao comparar o valor mapeado para os contratos de gestão no período 2011-2014 por Morais *et al.* (2018) com os valores empenhados somente pela SES/SP, com base nos dados da execução orçamentária disponibilizados pela Secretaria de Fazenda do estado, observa-se que apenas no ano de 2019 essas instituições responderam por R\$ 3,9 bilhões do orçamento da secretaria, valor próximo ao de 2018, com destaque para o tamanho do Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo (Seconci-SP) e para a Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) (Tabela 4).

Tabela 4 - Valores de contratos entre a SES/SP e OSS selecionadas, 2011-2014 e 2018, 2019

OSS	2011-2014*			2018**	2019**	
	Contrato de gestão (R\$)	Termo Aditivo (R\$)	Total (R\$)	Aditivo/Total	Execução orçamentária (empenhado)	
SPDM	3.788.735.148,84	1.307.276.036,55	5.096.011.185,39	34,5%	1.133.596.743,27	1.241.933.823,34
Seconci-SP	2.793.122.944,42	1.348.655.452,35	4.141.778.396,77	48,3%	1.134.240.076,27	935.769.425,81
CBSC	2.263.684.312,00	431.316.109,10	2.695.000.421,10	19,1%	319.633.061,20	187.595.710,41
ISCMSP	1.398.602.744,20	761.391.275,49	2.159.994.019,69	54,4%	16.411.390,80	172.385.578,36
FFM	1.154.248.204,00	909.314.845,00	2.063.563.049,00	78,8%	463.230.597,25	533.253.940,00
LSFPD	811.505.773,04	714.098.156,64	1.525.603.929,68	88,0%	370.637.909,72	393.113.113,36
ACSC	925.242.758,21	168.707.988,89	1.093.950.747,10	18,2%	35.643.869,56	24.895.754,28
FABC	751.102.474,00	243.417.757,00	994.520.231,00	32,4%	387.103.014,80	404.910.526,75
Total	13.886.244.358,71	5.884.177.621,02	19.770.421.979,73	42,4%	3.860.496.662,87	3.893.857.872,31

Associação Congregação Santa Catarina; CBSC - Cruzada Beneficente São Camilo; FABC - Fundação do ABC; FFM- Fundação Faculdade de Medicina; ISCMSP - Instituto Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; LSFPD - Lar São Francisco da Providência de Deus; SPDM - Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina; Seconci-SP - Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo.

Fonte: Morais et al. (2018) e SES/SP. Portal da Transparência (<saude.sp.gov.br>). Disponível em: <<https://bit.ly/3qy01w>>.

*Dados extraídos de Morais et al (2018) [indicar entrada de *] **Dados de despesas orçamentárias. Acesso em: 8 nov. 2020.

Em 2014, a SPDM informou um valor de R\$ 2,2 bilhões em recursos de saúde com restrição, sendo seus principais clientes a SES/SP e prefeituras daquele estado. Em 2019, essa instituição informava em seu demonstrativo de contas anuais um ativo de R\$ 4,9 bilhões de recursos públicos da saúde relacionados aos contratos com SES/SP, as prefeituras deste estado e com outros entes federados. A dificuldade expressa anteriormente fica clara quando, para ter esses dados consolidados para outras secretarias, é preciso recorrer a cada contrato de gestão ou buscar dados de fornecedores ou credores que não estão disponibilizados juntos com os dados de

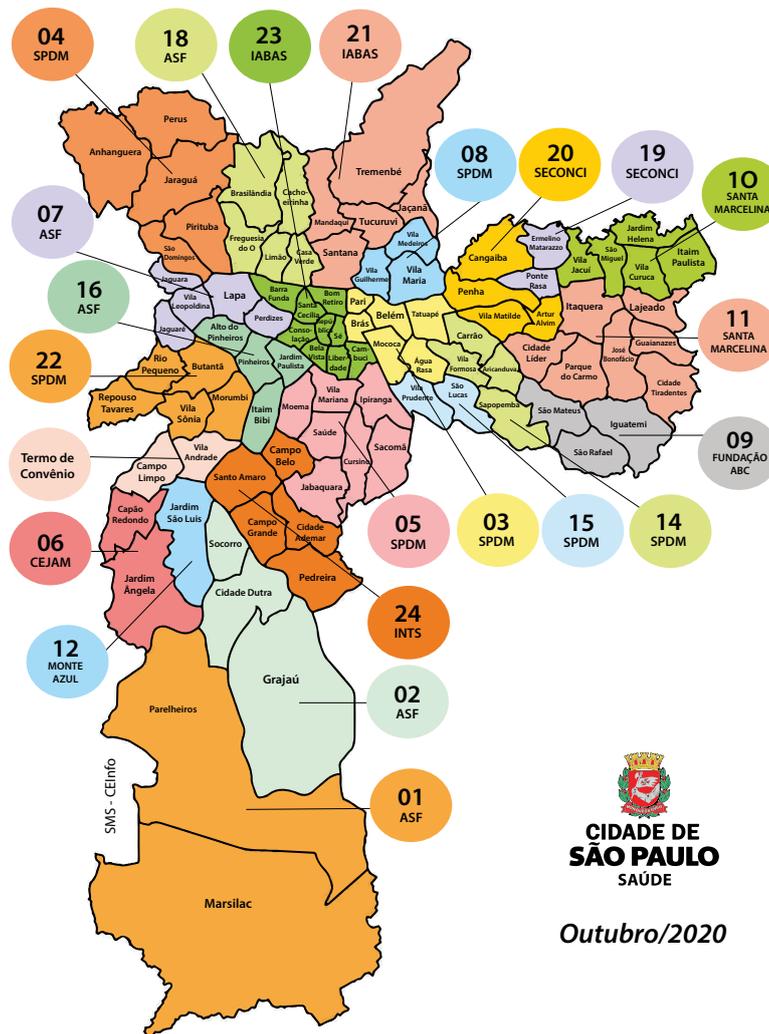
execução orçamentária nos portais de transparência. Como dito, isso inviabiliza ter-se o total efetivamente alocado de recursos públicos de estados e municípios para OSS.

Ainda com relação à participação da OSS nos serviços de saúde, o mapa elaborado com base nos dados sobre os contratos por regiões do município de São Paulo (Figura 1) mostra o tamanho e o espriamento do uso de contratos com OSS no município, com muitas dessas instituições respondendo pela gestão de unidades básicas de saúde, mas também por centros de atenção psicossocial, unidades ambulatoriais (AMA), hospitais-dia, centros especializados em reabilitação, residências terapêuticas e serviços de apoio a diagnóstico por imagem.

Figura 1 - Distribuição das OSS por instituição e regiões do município de São Paulo, 2020

**Rede Assistencial
Contrato de Gestão**

23 Áreas Geográficas
por Número do Contrato



Fonte: Prefeitura de São Paulo.
Contratos de Gestão de OSS.
Disponível em:
<<https://bit.ly/37B6PAZ>>.
Acesso em: 20 nov. 2020.



Além do comprometimento de um volume expressivo de recursos com OSS, há uma forte dependência de instituições que se especializam em gerir unidades públicas. A presença de SPDM, Seconci-SP, Instituto de Atenção Básica e Avançada de Saúde (IABAS), entre outras, mostra a dependência que estados e municípios têm criado dessas instituições. Se, por qualquer motivo, os contratos sofrem descontinuidade, a reorganização e a inteligência da gestão de contratação de profissionais e serviços podem ser algo que demore a ser restabelecido pela administração pública. Assim, corre-se o risco de ficar muito dependente e, mesmo do ponto de vista econômico, pagar valores mais elevados para evitar riscos de continuidade, quer ampliando os contratos com muitos termos aditivos (como alertado por Moraes *et al.*, 2019) quer realizando compras ou contratações emergenciais que, *per se*, têm um custo mais elevado do que aquelas programadas e com prazos maiores.

Os desafios para as estruturas de regulação, avaliação e controle (internos e externos)

A partir da Reforma Administrativa do Estado no final da década de 1990, intensificou-se a preocupação com as relações de parceria do Estado com entidades do Terceiro Setor e com estruturas de regulação para acompanhar os chamados modelos alternativos de gestão (Santos & De Matos Pinto, 2017). Em 2014, foi promulgada a lei n. 13.019/2014, que passou a impor parâmetros de transparência nas relações do Estado com instituições sem fins de lucro que, historicamente, eram excluídas da disciplina jurídica típica de direito público, com base no princípio de que se tratava de relações conveniais, nas quais imperava o interesse comum. Pela lei n. 13.019/2014, essas relações também passaram a ser orientadas por princípios explícitos de sustentabilidade, acessibilidade, publicidade e moralidade administrativa, reforçando uma política anticorrupção (De Albuquerque Nóbrega, 2018).

A nova regulamentação consagrou a necessidade de chamamento público pela administração pública, com “procedimentos claros, objetivos e simplificados que orientem os interessados e facilitem o acesso direto aos seus órgãos e instâncias decisórias, independentemente da modalidade de parceria prevista nesta Lei” (*caput* do artigo 23, com redação dada pela lei n. 13.204, de 14/12/2015). Estabeleceu também que, sempre que possível, devia haver critérios padronizados para nortear objetos, metas e custos, que incluíssem indicadores quantitativos e qualitativos de avaliação de resultados. A atividade regulatória ficou sob a responsabilidade do aparato jurídico de controle externo e interno. Destaca-se nessa legislação também um aspecto punitivo inédito, que amplia a tipificação de improbidade administrativa presente na lei n. 8.429/1992, reforçando o papel dos órgãos de controle no monitoramento dessas parcerias (De Albuquerque Nóbrega, 2018).

Entretanto, o art. 3º da lei estabeleceu que:

Não se aplicam as exigências desta Lei: III - aos contratos de gestão celebrados com organizações sociais, desde que cumpridos os requisitos previstos na Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998; (Inciso com redação dada pela Lei nº 13.204, de 14/12/2015) e IV - aos convênios e contratos celebrados com entidades filantrópicas e sem fins lucrativos nos termos do § 1º do art. 199 da Constituição Federal. (Brasil, 2014, n.p.)

Entre 1998 e 2015, tramitou um questionamento formal da legalidade das OS na esfera federal, objeto da ação direta de inconstitucionalidade n. 1.923/DF. A decisão final foi pela validade da prestação de serviços públicos não exclusivos por organizações sociais em parceria com o Poder Público, garantindo-se que a celebração do contrato seja conduzida de forma pública, objetiva e impessoal, observando os princípios constitucionais que regem a administração pública. O voto do relator, ministro Luiz Fux, que foi confirmado, afastava qualquer interpretação que limitasse a atuação dos controles do Ministério Público, do Tribunal de Contas e, sempre que provocado, do Poder Judiciário sobre as OSS, uma vez que recebem verbas públicas (Oliveira Vieira, 2016).

A rigor, seis mecanismos de controle incidem sobre as organizações sociais: 1) o controle gerencial, pela própria organização, de seus resultados e desempenho; 2) o controle interno realizado pelo Executivo, responsável por qualificar a OSS e acompanhar o cumprimento das metas estabelecidas no contrato de gestão, bem como a prestação de contas dos recursos e bens repassados à organização; 3) o controle externo exercido pelo Legislativo, com o Tribunal de Contas acompanhando o uso dos recursos públicos pela OSS; 4) o controle público pelo Ministério Público, cuja principal relevância é garantir que eventuais irregularidades cometidas sejam apuradas e tragam consequências; 5) o controle judiciário, se houver disputas em torno da legislação regulamentadora das OS ou forem encaminhadas irregularidades verificadas pelos demais órgãos de controle; e 6) o controle social exercido pela sociedade civil (Oliveira Vieira, 2016).

Vários momentos são considerados críticos nesse processo. O primeiro se dá no ato de qualificação das organizações sociais pelo Poder Executivo. É nesse momento que se decidem as entidades que reúnem os requisitos para no futuro formalizar contratos de gestão com o Estado. Não é raro identificar, na composição societária das OSS, empresários envolvidos em problemas que abrem novas OSS, ou que elas não preenchem critérios mínimos de experiência na gestão de saúde. Com a queda da atratividade do modelo provocada pela crise de financiamento do SUS, a tendência é ser necessário redobrar cuidados nessa área.

Um segundo momento crítico é o da definição das cláusulas do contrato de gestão. Os contratos de gestão são o instrumento jurídico que formaliza parcerias no poder público e estabelece os critérios (metas e indicadores) que orientam seu monitoramento. Ainda que existam portarias e orientações governamentais sobre o tema, persiste a falta de clareza sobre a definição e o acompanhamento dos indicadores. Alguns contratos de gestão incluem mais de uma centena de indicadores, o que tira o foco do essencial, enquanto outros desenham metas e critérios descolados da realidade (Oliveira Vieira, 2016).

Em acréscimo aos imbróglios jurídicos que cercam o instrumento do contrato de gestão, um ponto central das dificuldades parece ter relação com o modelo de remuneração adotado. Contratos de gestão com OSS tradicionalmente baseiam-se em dois mecanismos remuneratórios cuja associação não favorece o melhor desempenho; alia-se um orçamento global a um monitoramento fortemente baseado na lógica PPS. Se o produtivismo estimulado pelos regimes de pagamento tipo *fee-for-service* é insatisfatório e tende a estimular cuidado de baixo valor (Verkerk *et al.*, 2018), o pagamento por resultados é desafiado pela definição de resultados e a clareza de que muitos resultados de saúde não dependem da saúde. Aliado a isso, definir produtos de cuidados de saúde na perspectiva de um *mix* que gere os melhores resultados é, sem dúvida, um grande desafio.

Nesse ponto, impõe-se um dilema: se monitorar a produção de procedimentos pode ser relativamente simples, avaliar o *mix* de procedimentos adequado a uma população aleatória é bem mais difícil, o mesmo se aplicando a selecionar os desfechos influenciados pela prestação dos serviços. Ainda que hoje sejam adotados procedimentos de auditorias operacionais que valorizam resultados por órgãos de controle externo, a lógica da fiscalização da quantidade de procedimentos ofertados é bem mais simples e transparente.

Na hierarquia do monitoramento dos contratos, o primeiro nível de fiscalização pelo contratante das OSS são as fiscalizações realizadas por uma comissão técnica de avaliação, composta por membros do gestor governamental. Um segundo nível de avaliação são os órgãos de auditoria interna do gestor público, como o Sistema Nacional de Auditoria. Seguem-se a esse controle a fiscalização legislativa dos Tribunais de Contas (controle externo), notadamente em matérias orçamentárias e financeiras, e o Ministério Público, no âmbito de suas atribuições gerais de zelar pelos interesses sociais e individuais (Liberatti *et al.*, 2020).

As reiteradas denúncias de irregularidades pelo Tribunal de Contas e pelo Ministério Público em várias localidades do país ao longo dos anos, intensificadas

recentemente, levantam algumas dúvidas acerca da adequação de monitoramento, fiscalização e controle da contratualização com OSS, indicando fragilidades nesses processos (Oliveira Vieira, 2016).

No sentido de aprimorar esse processo, um estudo realizado com gestores do Paraná em 2017 sugeriu o uso de instrumentos que permitissem a padronização de parâmetros, no sentido de conferir à contratualização maior “assertividade”, com um instrumento de auditoria validado e acordado com os prestadores (Liberatti *et al.*, 2020). Outro estudo, realizado com gestores em Pernambuco, sugeriu a necessidade de se fortalecerem instâncias colegiadas aprimorando o controle social e o diálogo entre gestores estaduais e municipais (Pacheco *et al.*, 2016). Entretanto, a dificuldade de monitorar o cumprimento a contento de contratos pode se intensificar com o ingresso maciço da telemedicina na operação do SUS.

Outras modalidades de gestão

Em acréscimo ao modelo OSS, as últimas três décadas vêm sendo pródigas na experimentação com novos modelos de gestão na administração pública. Como outras modalidades de contratualização externa, destacam-se o modelo das fundações estatais, o das empresas públicas e o dos serviços sociais autônomos.

Muitos desses modelos não são novos, com exemplos que remontam ao período anterior ao SUS ou são definidos nos primeiros anos da década de 1990, como é o caso da definição do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA, 1973) como empresa pública, ou da conversão das Pioneiras Sociais (Rede Sarah) em serviço social autônomo (1991), entre outros casos (Quadro 2). Entretanto, ficavam até então restritos a casos isolados em âmbito federal. A vantagem de adotá-los é a celeridade. Como modelos já prontos e regulamentados, eximem as administrações do longo e demorado processo de aprovação e legitimação jurídica que vimos ocorrer com as organizações sociais de saúde e as fundações estatais de saúde, por exemplo.

Como destacado no Quadro 2, cada modelo tem especificidades que ditam suas escolhas específicas pelos gestores. Para contratar pessoal, por exemplo, as fundações estatais de direito privado e as empresas públicas têm que realizar concurso por CLT, mas a forma como os serviços sociais autônomos realizam a contratação é definida em lei.

Quadro 2 - Natureza, elementos, exemplos e formas de contratação de pessoal de entidades que contratualizam com o SUS

Natureza jurídica	Elementos	Exemplo	Forma de contratação de pessoal
Fundações estatais de direito privado	<ul style="list-style-type: none"> • Dependente ou não de recursos públicos provenientes do Tesouro. Caso não seja, pode celebrar contrato com o ente público 	Fundação Estatal de Saúde da Família da Bahia, Fundação Estadual de Saúde de Sergipe	CLT, concurso público
Empresa Pública	<ul style="list-style-type: none"> • Empresa estatal com capital de titularidade do ente ou dos entes da federação • Pode ser de direito público ou privado • Sociedade unipessoal ou pluripessoal 	<ul style="list-style-type: none"> • Ebserh • Grupo Hospitalar Conceição • HCPA 	CLT, concurso público
Serviço Social Autônomo	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo de gerência cuja forma jurídica é definida por sua lei de criação 	<ul style="list-style-type: none"> • Rede Sarah • Adaps 	Forma definida em lei

Fontes: Conass, 2015; HCPA, 1973; GHC, 2020.

A fundação pública de direito privado é outra modalidade que vem sendo utilizada na gestão do SUS. Ela pode ser ou não dependente dos recursos públicos provenientes do Tesouro. Se depender desses recursos, será uma unidade orçamentária, caso contrário, suas despesas serão provenientes de fontes próprias que podem incluir contratos com os entes do poder público (CONASS, 2015). O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2015) lista como exemplos de fundações estatais na área de saúde: a Fundação Baiana de Pesquisa Científica, Desenvolvimento Tecnológico,

Fornecimento e Distribuição de Medicamentos (Bahiafarma); a Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas (Fcecon); a Fundação Hemope, em Pernambuco; a Fundação Pró-Sangue e o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, em São Paulo; a Fundação Hospitalar de Sergipe; a Fundação de Saúde Parreiras Hortas; a Fundação Estadual de Saúde de Sergipe; a Fundação Estatal Saúde da Família (Fesf) da Bahia; e a Fundação Estadual do Rio de Janeiro.

Por muito tempo, o marco legal das fundações estatais de saúde esteve sob questionamento, sendo menos consolidado que o das OS.

O Projeto de Lei 92/2007 das FEDP, por se tratar de uma lei complementar que busca definir as áreas de atuação da entidade, pouco delimita o modelo organizacional das Fundações. Tal fato pode criar incertezas quanto a essa entidade e quanto ao seu modus operandi específico (Silva, Lima & Teixeira, 2015, p. 156).

Após um longo processo, em 5 de novembro de 2020 o Supremo Tribunal Federal (STF) declarou a constitucionalidade das fundações estatais.

A segurança jurídica pode ser uma das explicações para o modelo baseado em OS ter sido o eleito por vários estados e municípios. A segurança jurídica garantia também, até o momento, a possibilidade para os gestores de contratação sem contar com os limites da LRF. Contudo, essa diferença entre as duas pode estar com os dias contados, visto estarem em debate as mudanças de regras, passando a contabilizar as OSS nos limites da LRF, tendo sido prorrogado para 2021 o prazo para ajuste dos contratos e para 2022 a vigência das novas regras. Isso deve produzir importante impacto na contratualização via OS, uma vez que 78,6% dos municípios com contratos via OS não incluem a despesa com pessoal na contabilização para a LRF (CNM, 2020).

Outra questão para a qual chamam a atenção Silva, Lima e Teixeira (2015, p. 157) é o fato de o modelo OS não estar totalmente em concordância com os princípios preconizados pela Constituição Federal de 1988 no que tange

à universalidade da atenção, à participação da população e de trabalhadores na gestão do SUS, à atuação de forma complementar de instituições privadas, incluindo as sem fins lucrativos, e à orientação de igualdade no acesso e atenção aos cidadãos no sistema de saúde (Silva, Lima & Teixeira, 2015, p. 157).

No caso das leis das OS, analisadas pelas autoras, não há prerrogativa de exclusividade para o SUS. Contudo, elas alertam que ambas são permeáveis ao setor privado.

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) surgiu como empresa pública unipessoal, com capital social integralizado totalmente pela União, com a finalidade de prestar serviços de ensino, pesquisa e extensão e serviços gratuitos de assistência ambulatorial, hospitalar e de apoio a diagnóstico e terapia ao SUS. As universidades cedem bens e serviços públicos à Ebserh. Para contratualizar com a instituição, os hospitais e unidades de saúde vinculados às universidades devem] disponibilizar 100% dos seus serviços ao SUS. Uma das discussões refere-se à participação dos ministérios da Saúde e da Educação no financiamento desses serviços. Atualmente, a maior parte dos recursos aplicados nos hospitais universitários federais são provenientes de recursos do MEC. Contudo, cumprem um importante papel nas prestações de serviços ao SUS. Além da Ebserh, são exemplos de empresas públicas o Hospital das Clínicas de Porto Alegre e o Grupo Hospitalar Conceição.

Sodré *et al.* (2013) apresentam alguns indicadores da situação dos hospitais universitários federais (HUF) antes da Ebserh: quase metade da força de trabalho já não era contratada pelo Regime Jurídico Único (RJU): em 2009, em torno de 26% eram contratos por fundações ou outros regimes CLT, 16% eram terceirizados, 3,4% eram contratados por recibo de pagamento autônomo (RPA) e 2,5% por serviços. A pressão dos órgãos de controle para regularização das situações profissionais era grande. Os valores defasados da tabela do SUS refletiam em acúmulo de dívidas por parte dos HUF. Com a entrada em funcionamento da Empresa, as contratações passaram a ser feitas em regime CLT, mas convivem

várias modalidades de contrato, com parte dos trabalhadores regidos pelo RJU. Na esteira das discussões sobre privatizações, chegou-se a perguntar se a Ebserh, sendo uma empresa pública, poderia ser privatizada e em quais condições, visto que, numa apresentação do Ministério da Economia, figurava entre as passíveis de desestatização junto com o HCPA, enquanto o GHC constava como processo de desestatização (Brasil, 2020).

Outra modalidade é o serviço social autônomo (SSA), que, segundo o Conass (2015), é um modelo de gerência (e não uma forma jurídica):

Não há regra que determine a forma jurídica do SSA. Pode assumir o formato de fundação, associação ou formato jurídico especial, insuscetível de perfeito enquadramento nas categorias previstas no Código Civil. Sua criação decorre de lei federal que o institui ou autoriza a sua instituição (CONASS, 2015, p. 65).

O SSA estabelece uma relação de natureza paraestatal com a administração pública. Um exemplo é o Sistema S, que é financiado com contribuições parafiscais e não submete as regras do regime administrativo no que se refere ao regime de pessoal e compras de bens e serviços. Outro exemplo é a Rede Sarah, criada como pessoa jurídica sem fins lucrativos, de interesse coletivo e utilidade pública, estabelecendo contrato de gestão que permite a transferência de recursos públicos a título de fomento.

Além da Rede Sarah, há outros exemplos de SSA:

o Hospital Alcides Carneiro, em Petrópolis, criado em 2007, o Serviço Social de Saúde do Acre-Pró-Saúde, no Estado do Acre, criado em 2008, o Instituto Curitiba de Saúde, do Município de Curitiba, e o Hospital Municipal Doutor Célio de Castro, em Belo Horizonte, criado em 2014. (Fonseca & Cunha Jr., 2019, p. 2.058).

Isso aconteceu também com o Instituto Hospitalar de Base do Distrito Federal (Lei Distrital n. 5.899/2017). Esses exemplos são instituições sem fins de lucro, de interesse coletivo e de utilidade pública, com controle público, para prestação de assistência qualificada e gratuita à população. A contratação de pessoal por meio de concurso não é obrigatória.

Aqui cabem algumas considerações sobre a natureza dos serviços e da clientela de dois desses serviços sociais autônomos: a Rede Sarah e o Hospital de Base. Apesar de ambos serem referência em traumatologia-ortopedia, o foco da Rede Sarah é reabilitação, atendendo uma clientela no modelo de porta fechada, com atividades, programas e remunerações que atraem profissionais altamente qualificados. Além de recursos do Ministério da Saúde, a Rede tem aportes expressivos por meio de emendas parlamentares. O Hospital de Base é o maior hospital público do Distrito Federal, sendo a maior referência local e do entorno do DF e de outros estados para atendimentos de urgência e emergência envolvendo trauma. É um modelo de porta aberta que, além da área de trauma, está habilitado para realizar cirurgias e tratamentos de um hospital geral, com atendimentos ambulatoriais, oncológicos, com equipamentos de alto custo e atendimentos de alta complexidade. Estabelecer contratos de gestão e indicadores de desempenho para essas duas unidades representa desafios completamente diferentes, bem como níveis de complexidade diversos.

Repassar a gestão de um hospital público geral de grande porte para um contrato de gestão, mesmo que por meio de um SSA 100% SUS, pode trazer riscos de seleção e demanda acompanhamento e monitoramento contínuos. Além disso, assim como em outros casos, há risco de, por motivos de viabilidade ou interesse econômico, o contrato se rompido e a questão da absorção das equipes contratadas pelo SSA gerar riscos de continuidade da atenção à população. Essas questões e os riscos de cobertura insuficiente são parte das análises de Andrade e Gonçalves (2019) sobre a eficiência do Instituto Hospital de Base do Distrito Federal (IHBDF). Com as projeções de aumento da população idosa e de redução do número de beneficiários de planos de saúde, o que causaria maior demanda por serviços públicos, esses autores alertam para a possibilidade de as metas do contrato de gestão indicarem uma produção insuficiente para suprir a demanda por serviços de saúde.

O mais recente serviço social autônomo vinculado ao SUS é a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária (Adaps), prevista na lei n. 13.948, de 2019, que criou o programa Médicos pelo Brasil e autorizou a instituição da Agência, por meio do decreto n. 10.283, de março de 2020. A Adaps tem como sua finalidade declarada a execução de políticas de desenvolvimento da atenção primária, inclusive o Programa Médicos pelo Brasil, com ênfase na saúde da família, nos locais de difícil provimento ou alta vulnerabilidade. Além disso, incluem-se entre suas prerrogativas a formação de profissionais, a incorporação de tecnologias, a prestação de serviços de atenção primária em caráter complementar aos entes federativos, atividades de ensino, pesquisa e extensão. Para o cumprimento de seus objetivos, pode firmar contratos, convênios, acordos, ajustes e outros instrumentos congêneres com órgãos e entidades públicas e privadas, inclusive com instituições de ensino.

A criação da Adaps comporta um risco de ampliação de processos de privatização da atenção primária à saúde (Giovanella *et al.*, 2019), alguns já observados em unidades locais, como é o caso do Rio de Janeiro. A permissão para contratos com entidades privadas estabelece a possibilidade, inclusive, da contratualização com planos de saúde para prestarem serviços de atenção primária para o SUS. Ao contrário das leis que criaram outros SSA, como Sarah e mesmo o contrato para o Hospital de Base, não há menção a que as unidades contratualizadas com a Adaps sejam 100% públicas ou que os profissionais por ela contratados façam parte de uma carreira com dedicação exclusiva ao SUS. No caso da Adaps, riscos de desvinculação de uma estratégia longitudinal, centrada na família e na comunidade, podem ser reais se a opção for pelos contratos via planos ou por contratualização com instituições privadas (Morosini, Fonseca & Baptista, 2020; Giovanella, Franco & Almeida, 2020).

Considerações finais

Em que pese a ampla aceitação do discurso e da prática de parcerias entre os setores público e privado (Saltman, 2003), historicamente há uma distinção entre

eles, o primeiro institucionalmente representado pelo governo e o último pelas empresas e instituições sem fins de lucro. As diferenças incluem: os distintos objetivos – o do Estado, em princípio, de redistribuição das riquezas e, nas empresas, o de acumulação; os escopos de atuação – em que a ação é necessária, de um lado, e rentável, do outro; e os resultados esperados – o maior bem coletivo, de um lado, e o melhor desempenho individual, do outro (Boyne, 2002). Essas diferenças fundamentam as distintas estruturas organizacionais e transformam a definição de uma agenda comum em um enorme desafio.

Ainda assim, na trajetória tanto do Inamps quanto do SUS, a participação de prestadores privados é contundente. Trata-se de uma história marcada por conflitos e queixas recíprocas e por apostas em sucessivos modelos de relacionamento ao longo do tempo. Entretanto, as revisões sistemáticas mais recentes sobre modelos de remuneração não apontam impactos substanciais dos vários desenhos de contrato sobre o desempenho de prestadores.

A percepção geral é de que o modelo OSS está consolidado, mas diante de recursos cada vez mais escassos no contexto das políticas de austeridade (Brasil, 2016) os incentivos remuneratórios que caracterizaram os primórdios da era OSS, nos anos 1990, ficarão comprometidos, promovendo mudanças nos perfis e comportamentos dos prestadores. O SUS irá precisar confrontar a perda da atratividade dos contratos que pode oferecer e os riscos que isso engendra, com maior potencial de oportunismo.

De certa forma, é uma história que já vimos ocorrer, quando os modelos de relacionamento e contratação eram outros, ainda na época do Inamps. Níveis de remuneração atrativos são considerados chave para iniciar a negociação, e níveis de remuneração muito baixos atuam como incentivos para queda de qualidade (Kazungu *et al.*, 2018).

A novidade atual são as decisões radicais de operar o SUS via modelos alternativos de gestão. Isso impõe um risco adicional – uma vez perdida a competência organizacional para executar os serviços, é difícil recompô-la. Dependendo da configuração de mercado, o contratante pode ficar, ainda que o desempenho seja subótimo, refém do prestador, por ausência de alternativa (fenômeno do *hold-up*) (Santos, 2012). A crise da saúde no Rio de Janeiro em 2019, quando as OSS deixaram de ser pagas, paralisando o atendimento à população, demonstra bem esse ponto e os riscos da dependência exclusiva de serviços contratados.

Os escândalos envolvendo OSS e outras contratações na área da saúde intensificaram-se e ganharam maior visibilidade na pandemia do Covid-19. Um dos grandes desafios de qualquer modelo de contratualização é a garantia de transparência e regulação adequadas. Há expressões de interações pouco virtuosas (nos dois sentidos) entre representantes do Estado e prestadores privados. Reforçam, além da relevância dos modelos de remuneração, a necessidade de se contar com mecanismos efetivos de regulação, auditoria e fiscalização que encarem o desafio de não comprometer de forma extrema a flexibilidade necessária ao funcionamento ágil das organizações de saúde (Angelis, 2015).

Uma modalidade de prestação de serviços fortemente impulsionada pela pandemia do Covid-19 foi a telemedicina, com crescimento de atendimentos de saúde virtuais. A telemedicina inclui desde propostas simplificadas, como serviços de assinatura para teleatendimento e descontos em consultas e exames a preços extremamente acessíveis (Almeida, 2020), até versões mais avançadas de uso da telemedicina com amplo uso de *big data*. Já são previstos também modelos de atenção que fazem uso intensivo de informação e inteligência artificial para segmentar os pacientes por níveis de complexidade e viabilizar encaminhamentos mais custo-efetivos a serviços presenciais (Sorace, 2020), propondo instalar “modelos de remuneração baseados em conhecimento”.

A atratividade das soluções digitais, ao reduzir a imobilização de capital em capacidade instalada pública ou privada e os próprios custos de operação, não pode ser desprezada em um cenário de forte restrição fiscal. As opções digitais de atendimento podem transformar os modelos de atenção e a dinâmica do SUS de maneiras ainda não imaginadas e acrescentar complexidade aos desenhos remuneratórios e aos mecanismos de monitoramento necessários.

Nessa trajetória, o horizonte, ainda incerto, nos confronta com a perspectiva real de crescente escassez de recursos para financiamento de serviços públicos em geral. A baixa probabilidade de se conseguir contratar serviços de qualidade em um cenário de austeridade fiscal pode nos levar a reeditar a criação de um setor prestador de serviços SUS-dependente, repetindo o que já ocorreu no passado nos convênios com Santas Casas e instituições filantrópicas. A escassez de recursos reservará a prestadores mais qualificados nichos decrescentes de serviços bem remunerados (Santos & Gerschman, 2004).

A história se repete? Parece-nos que os fatores novos poderão ser a revolução digital, como o SUS irá se organizar para assimilá-la e eventuais avanços na questão do financiamento.

Referências Bibliográficas

ADAMS, O.; HICKS, V. Pay and non-pay incentives, performance and motivation. Towards a global health workforce strategy. *Hum Resour Dev J.* v. 4 n. 3, p. 1-25. 2000.

ALMEIDA, M. Porto Seguro entra no segmento de serviço de saúde popular. 21/09/2020. Exame, 21 set. 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/2JSobkJ>>. Acesso em: 28 jan. 2021.

ANDRADE, B. H. S.; GONÇALVES, A. O. Novo modelo e velhos problemas: a criação de um serviço social autônomo sob a ótica da eficiência. *REAd – Revista Eletrônica de Administração (Porto Alegre)*, v. 25, n. 3, p. 36-61, 2019.

ANGELIS, C. T. A emergência da reforma do Estado brasileiro: a governança compartilhada e o modelo do novo serviço público. *Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília, n. 45, p. 13-46, 2015.

ARROW, Kenneth J. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review* v. 53, n.5, p.941-975, 1963.

BOVAIRD, T. Public-private partnerships: from contested concepts to prevalent practice. *International Review of Administrative Sciences*, v. 70, n. 2, p. 199-215, 2004.

BOYNE, G. *Public choice theory and local government*. Basingstoke: MacMillan, 1998.

BOYNE, G. Public and private management: what's the difference? *Journal of Management Studies*, v. 39, n. 1, p. 97-122, 2002.

BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. Saúde e previdência: estudos de política social. *Saúde e previdência: estudos de política social*. Monografia. São Paulo, São Paulo, 1981. 226 p.

BRASIL. Lei n. 13.019, de 31 de julho de 2014. Estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco, mediante a execução de atividades ou de projetos previamente estabelecidos em planos de trabalho inseridos em termos de colaboração, em termos de fomento ou em acordos de cooperação; define diretrizes para a política de fomento, de colaboração e de cooperação com organizações da sociedade civil; e altera as Leis n. 8.429, de 2 de junho de 1992, e 9.790, de 23 de março de 1999 (Ementa com redação dada pela Lei nº 13.204, de 14/12/2015). Disponível em: <L13019 (planalto.gov.br)>. Acesso em: 31 jan. 2021.

BRASIL. Emenda Constitucional n. 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 15 dez. 2016. Disponível em: <Emenda Constitucional nº 95 (planalto.gov.br)>. Acesso em: 31 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Economia. *Reconstrução do Estado*. 22 abr. 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/2JW2jVi>>. Acesso em: 15 set. 2020.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS (CNM). *Conquista: governo prorroga prazo para inclusão das organizações sociais nos limites de despesa de pessoal*. 9 jul. 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/3qvcCk8>>. Acesso em: 12 set. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *Alternativas de gestão de unidades públicas de saúde*. Brasília: Conass, 2015.

DE ALBUQUERQUE NÓBREGA, T. C. Regulação na contratualização no direito administrativo brasileiro: fomento à segurança jurídica e combate à corrupção. *Revista de Estudos e Pesquisas Avançadas do Terceiro Setor*, v. 4, n. 2, p. 23-42, 2018.

FAINMAN, E. Z.; KUCUKYAZICI, B. Design of financial incentives and payment schemes in healthcare systems: a review. *Socio-Economic Planning Sciences*, v. 72, p. 100901, 2020.

- FELDMAN, R. The economics of provider payment reform: are accountable care organizations the answer? *Journal of Health Politics, Policy and Law*, v. 40, n. 4, p. 745-760, 2015.
- FERLIE, E. *et al.* *The new public management in action*. Oxford: Oxford University Press, 1996.
- FONSECA, H. L. P. C.; CUNHA JR., L. A. P. A criação do serviço social autônomo do Instituto Hospitalar de Base como novo modelo de gestão hospitalar do Distrito Federal, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 6, p. 2.053-2.064, 2019.
- GIOVANELLA, L. *et al.* Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, p. e00178619, 2019.
- GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 4, p. 1.475-1.482, 2020.
- GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO (GHC). Natureza jurídica da estrutura organizacional e das competências, 2020. Disponível em: <<https://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=institucional&idSubMenu=9>>. Acesso em: 15 set. 2020.
- HOOD, C. A public management for all seasons? *Public Administration*, v. 69, n. 1, p. 3-19, 1991.
- HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA). Regulamento do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 1973. Disponível em: <<https://bit.ly/39Hlq0p>>. Acesso em: 15 set. 2020.
- IBGE. Conta-satélite de saúde. 2010-2017. IBGE, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: < IBGE | Biblioteca | Detalhes | Conta-satélite de saúde. Brasil: 2010-2017>. Acesso em: 31 jan. 2021.
- KAZUNGU, J. S. *et al.* What characteristics of provider payment mechanisms influence health care providers' behaviour? A literature review. *The International Journal of Health Planning and Management*, v. 33, n. 4, e892-e905, 2018.
- LIAO, J. M.; NAVATHE, A. S.; WERNER, R. M. The impact of Medicare's alternative payment models on the value of care. *Annual Review of Public Health*, v. 41, p. 551-565, 2020.
- LIBERATTI, V. M. *et al.* Percepção de gestores, prestadores e auditores sobre a contratualização no Sistema Único de Saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 3: e00274105, 2020.
- MATHES, T. *et al.* Pay for performance for hospitals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 7,7 CD011156. 5 Jul. 2019.
- MATHAUER, I. *et al.* Pooling financial resources for universal health coverage: options for reform. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 98, n. 2, p. 132-139, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.2471/BLT.19.234153>>. Acesso em: 31 jan. 2021.

McINTYRE, D.; KUTZIN, J. Revenue collection and pooling arrangements in financing. In Smith, R.D. & Hanson, K. (orgs.). *Health Systems in Low- and Middle-Income Countries: An economic and policy perspective*. University Press Scholarship Online, 2011.

MORAIS, H. M. M. *et al.* Organizações sociais da saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, e00194916, 2018.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, p. e00040220, 2020.

OLIVEIRA VIEIRA, J. P. T. *Fragilidades dos mecanismos de controle das organizações sociais de saúde no município do Rio de Janeiro*. 140 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa, Rio de Janeiro, 2016.

PACHECO, H. F. *et al.* Organizações sociais como modelo de gestão da assistência à saúde em Pernambuco, Brasil: percepção de gestores. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v. 20, p. 585-595, 2016.

PALMER, N. *et al.* Contracting out health services in fragile states. *British Medical Journal (BMJ)*, n. 332, p. 1.005-1.020, 2006.

PINHEIRO, R. Integralidade em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 3, p. 553-565, 2007.

POLLITT, C.; BOUCKAERT, G. *Public management reform: a comparative analysis*. Oxford: Oxford University Press, 2004.

PREKER, A. S. Managing scarcity through strategic purchasing of health care. In: PREKER, A. S.; LANGENBRUNNER, J. C. (eds.) *Spending wisely: buying health services for the poor*. Washington D.C.: The World Bank, 2005.

RAMOS, AP; SETA, MH De. Atenção primária à saúde e Organizações Sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, e00089118, 2019.

RUDIN, Robert S. *et al.* Paying for telemedicine. *The American Journal of Managed Care*, v. 20, n. 12, p. 983-985, 2014.

SALGADO, V. A. B. S. Contratualização e modelos institucionais da administração pública. In: MEDINA, J. M. A.; BONIFACIO, J. A. (comp.). *Reformas y gobernabilidad: experiencias nacionales de modernización de la gestión pública*. Cidade da Guatemala: XII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, 2006. p. 103-124. Disponível em: <<https://bit.ly/3qJgKgo>>. Acesso em: 10 set. 2020.

SALGADO, V. A. B. S. Modelos jurídico-institucionais de atuação da administração pública e formas de colaboração com entidades civis sem fins lucrativos, 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/3gAK44b>>. Acesso em: 15 set. 2020.

- SALGADO, V. A. B. S. *Contratualização no Sistema Único de Saúde*. Monografia do V Curso de Especialização em Direito Sanitário do Instituto de Direito Sanitário Aplicado e Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa, 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/3721unj>>. Acesso em: 15 set. 2020.
- SALTMAN, R. B. Melting the public-private boundaries in European health systems. *European Journal of Public Health*, v. 13, n. 1, p. 24-29, 2003.
- SANTOS, M. A. B.; GERSCHMAN, S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil: arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 3, p. 795-806, 2004.
- SANTOS, M. A. B. *Terceirização da prestação de serviços de saúde no SUS: o caso das análises clínicas*. 2012. 144f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública.) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro.
- SANTOS, M. A. B.; SERVO, L. M. S. A provisão dos serviços e ações do SUS: participação de agentes públicos e privados e formas de produção/remuneração dos serviços in *Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento* (organização: Marques, Rosa Maria Marques, Sérgio Francisco Piola, e Alejandra Carrillo Roa). Organização Panamericana de Saúde/ Associação Brasileira de Economia da Saúde, Brasília, 2016.
- SANTOS, T. B. S.; DEMATOS PINTO, I. C. Contratualização da gestão hospitalar versus regulação em saúde: agências, controle estatal e avaliação no SUS. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*, v. 16, p. 47-53, 2017.
- SILVA, VM., LIMA, S.M.L; TEIXEIRA, M Organizações Sociais e Fundações Estatais de Direito Privado no Sistema Único de Saúde: relação entre o público e o privado e mecanismos de controle social. *Saúde debate*, Rio de Janeiro , v. 39, n. spe, p. 145-159, Dec. 2015.
- SCHMITZ, P. W. Incomplete contracts, limited liability, and the optimality of joint ownership. *Economics Letters*, v. 183, p. 108558, 2019.
- SODRÉ, F. *et al.* Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão? *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n.114, p. 365-380, 2013.
- SORACE, J. Payment reform in the era of advanced diagnostics, artificial intelligence, and machine learning. *Journal of Pathology Informatics*, v. 11, p. 6, 2020.
- VERKERK EW, TANKE MAC, KOOL RB, VAN DULMEN SA, WESTERT GP. Limit, lean or listen? A typology of low-value care that gives direction in de-implementation. *Int J Qual Health Care*. v.30, n.9, p.736-739. 2018
- WILLIAMSON, O. E. Transaction-cost economics: the governance of contractual relations. *The Journal of Law and Economics*, v. 22, n. 2, p. 233-261, 1979.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *How are hospitals funded and which payment method is best?* 2013. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/evidence-informed-policy-making/>>

publications/hen-summaries-of-network-members-reports/how-are-hospitals-funded-and-which-payment-method-is-best>. Acesso em: 31 jan. 2021

YUAN, B. *et al.* Payment methods for outpatient care facilities. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 3, n. 3, CD011153, 3 mar. 2017.

Anexo

Quadro A.1 - Estados que instituíram leis estaduais para organizações sociais até 2018

Unidade da Federação	Lei
1. Alagoas	Lei 7.777/16
2. Amapá	Lei 599/01
3. Amazonas	Lei 3.900/13
4. Bahia	Lei Ordinária 8.647/03
5. Ceará	Lei 12.781/97
6. Espírito Santo	Lei Complementar 489/09
7. Goiás	Lei 15.503/05
8. Maranhão	Lei 7.066/98
9. Mato Grosso	Lei Complementar 150/04
10. Mato Grosso do Sul	Lei 4.698/15
11. Minas Gerais	Lei 23.081/18
12. Pará	Lei 5.980/96
13. Paraíba	Medida Provisória 178/11
14. Paraná	Lei Complementar 140/11
15. Pernambuco	Lei 15.210/13
16. Piauí	Lei Ordinária 5.519/05
17. Rio de Janeiro	Lei 5.498/09
18. Rio Grande do Norte	Lei Complementar 27/04
19. Rondônia	Lei 3.122/13
20. São Paulo	Lei Complementar 846/98
21. Santa Catarina	Lei 12.929/04
22. Sergipe	Lei 5.217/03
23. Tocantins	Lei 2.472/11
24. Distrito Federal	Lei 4.081/08

Fonte: Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde (Ibross).

Disponível em: <<https://www.ibross.org.br/confira-as-leis-de-estados-e-municipios-que-regulam-as-oss/>>. Acesso em: 8 nov. 2020.

Quadro A.2 - Municípios com mais de 100 mil habitantes que instituíram leis para organizações sociais até 2018

Município	Lei
1. Americana/SP	Lei Ordinária 5.087/10
2. Anápolis/GO	Lei 3.429/09
3. Aparecida de Goiânia/GO	Lei 3056/12
4. Aracaju/SE	Lei Ordinária 4.383/13
5. Araçatuba/SP	Lei 7.625/14
6. Araguaína/TO	Lei Complementar 020/14
7. Araguari/MG	Lei Ordinária 5.427/14
8. Araraquara/SP	Lei Ordinária 7.251/10
9. Araucária/PR	Lei 1.856/08
10. Ariquemes/RO	Lei Ordinária 1.499/09
11. Assis/SP	Lei 5.766/13
12. Balneário Camboriú/SC	Lei Ordinária 3.174/10
13. Barra Mansa/RJ	Lei 4.056/13
14. Barretos/SP	Lei Ordinária 4.634/11
15. Barueri/SP	Lei Ordinária 1360/03
16. Bayeux/PB	Lei 1.358/10
17. Belém/PA	Lei Ordinária 8.734/10
18. Belford Roxo/RJ	Lei Complementar 162/14
19. Belo Horizonte/MG	Lei 10.822/15
20. Bento Gonçalves/RS	Lei 4.685/09
21. Birigui/SP	Lei 5.865/14
22. Botucatu/SP	Lei Complementar 617/09
23. Bragança Paulista/SP	Lei Ordinária 4.369/13
24. Camaçari/BA	Lei 1.336/14
25. Camaragibe/PE	Lei 541/13
26. Campina Grande/PB	Lei 5.277/13
27. Campinas/SP	Lei Complementar 101/15
28. Campos dos Goytacazes/RJ	Lei 8.045/13
29. Canoas/RS	Lei Ordinária 5.265/08
30. Caraguatatuba/SP	Lei Ordinária 1.836/10
31. Cariacica/ES	Lei 4.911/12
32. Caucaia/CE	Lei 2.644/15
33. Cotia/SP	Lei Ordinária 1.333/05 e 1.894/15
34. Criciúma/SC	Lei Ordinária 6.473/14
35. Cubatão/SP	Lei Ordinária 2.764/02
36. Cuiabá/MT	Lei 5.500/11
37. Curitiba/PR	Lei Ordinária 9.226/97
38. Divinópolis/MG	Lei Ordinária 7.628/12
39. Embu das Artes/SP	Lei Ordinária 2.847/15
40. Ferraz de Vasconcelos/SP	Lei Ordinária 2.659/05
41. Fortaleza/CE	Lei 10.029/13

42. Foz do Iguaçu/PR	Lei 3.654/09
43. Franca/SP	Lei 7.898/13
44. Francisco Morato/SP	Lei 2.571/11
45. Goiânia/GO	Lei 8.411/06
46. Guarujá/SP	Lei Ordinária 3.825/10
47. Guarulhos/SP	Lei Ordinária 6.863/11
48. Ibirité/MG	Lei 2.134/14
49. Ipatinga/MG	Lei Ordinária 2.351/07
50. Itabira/MG	Lei 4.736/14
51. Itaboraí/RJ	Lei 1.690/01
52. Itaguaí/RJ	Lei 3.105/13
53. Itaipocerica da Serra/SP	Lei Ordinária 2.359/13
54. Itaquaquecetuba/SP	Lei Ordinária 3.064/13
55. Itatiba/SP	Lei Ordinária 4.299/10
56. Itu/SP	Lei Ordinária 1.190/10
57. Jaboatão dos Guararapes/PE	Lei 633/11
58. Jandira/SP	Lei Ordinária 1.939/11
59. João Pessoa/PB	Lei 12.210/11
60. Joinville/SC	Lei Ordinária 3.876/98
61. Juazeiro do Norte/CE	Lei 4.311/14
62. Juiz de Fora/MG	Lei Ordinária 10.330/02
63. Jundiá/SP	Lei 7.116/08
64. Limeira/SP	Lei 5.491/15 (só para pesquisa científica)
65. Macaé/RJ	Lei 3.712/11
66. Maracanaú/CE	Lei 1.129/06
67. Maricá/RJ	Lei Ordinária 2.363/11
68. Marília/SP	Lei 7.648/14
69. Mauá/SP	Lei Ordinária 4.445/09
70. Mesquita/RJ	Lei Ordinária 605/09
71. Mogi das Cruzes/SP	Lei Ordinária 6.541/11
72. Mogi-Guaçu/SP	Lei Ordinária 6.541/11
73. Natal/RN	Lei Ordinária 6.295/11
74. Niterói/RJ	Lei 2.884/11
75. Novo Hamburgo/RS	Lei 1.407/06
76. Osasco/SP	Lei Ordinária 4.343/09
77. Palhoça/SC	Lei Ordinária 3.806/13
78. Parauapebas/PA	Lei 4.635/15
79. Petrolina/PE	Lei Ordinária 2.079/08
80. Pinhais/PR	Decreto 546/13 e Lei Ordinária 1.000/09
81. Poços de Caldas/MG	Lei Ordinária 8.559/09
82. Porto Seguro/BA	Lei Ordinária 407/01
83. Praia Grande/SP	Lei 1.398/08
84. Presidente Prudente/SP	Lei Ordinária 7.284/10
85. Recife/PE	Lei Ordinária 17.875/13

ECONOMIA E FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

86. Ribeirão Pires/SP	Lei Ordinária 5.402/10
87. Ribeirão Preto/SP	Lei Complementar 1.233/01
88. Rio de Janeiro/RJ	Lei Ordinária 5.026/09
89. Salto/SP	Lei Complementar 2.632/05
90. Salvador/BA	Lei 8.631/14
91. Santo André/SP	Lei 8.294/01
92. Santos/SP	Lei 2.947/13
93. São Bernardo do Campo/SP	Lei Ordinária 5.628/06
94. São Carlos/SP	Lei Ordinária 14.060/07
95. São Gonçalo/RJ	Lei Ordinária 370/11
96. São José/SC	Lei Ordinária 6.469/03
97. São José do Rio Preto/SP	Lei Ordinária 10.197/08
98. São José dos Campos/SP	Lei 6.469/03
99. São Paulo/SP	Lei 14.132/06
100. Sertãozinho/SP	Lei Ordinária 5.140/10
101. Sete Lagoas/MG	Lei Ordinária 6.755/03
102. Sobral/CE	Lei 261/00
103. Sorocaba/SP	Lei Ordinária 9.807/11
104. Taboão da Serra/SP	Lei Ordinária 1.935/10
105. Tatuí/SP	Lei 4.318/10
106. Teresina/PI	Lei 3.863/09
107. Ubá/MG	Lei Ordinária 3.858/10
108. Uberaba/MG	Lei 11.840/13
109. Uberlândia/MG	Lei Ordinária 7.579/00
110. Várzea Grande/MT	Lei 4.104/15
111. Vila Velha/ES	Lei Ordinária 5.195/11

Fonte: Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde (Ibross). Disponível em: <<https://www.ibross.org.br/confira-as-leis-de-estados-e-municipios-que-regulamentam-as-oss/>>. Acesso em: 8 nov. 2020.

Empresas de Planos de Saúde no Brasil: crise sanitária e estratégias de expansão

Lucas Salvador Andrietta

Artur Monte-Cardoso

Jose Antônio de Freitas Sestelo

Mario César Scheffer

Ligia Bahia

Introdução

A disseminação global do novo coronavírus provocou impactos diversos e de diferentes magnitudes nas sociedades humanas. Além das consequências diretas da crise sanitária, a pandemia se desdobrou em inúmeros efeitos sobre as condições de vida, o mundo do trabalho e os sistemas econômicos.

Embora seja possível constatar a piora dos indicadores agregados sobre a economia mundial, a análise no nível setorial e das firmas individuais indica que os efeitos da pandemia incidiram de forma heterogênea: houve prejuízos e desaceleração para um subconjunto das empresas, ao mesmo tempo em que algumas se beneficiaram no contexto da crise. Uma assimetria que se projeta em cenários nacionais, inclusive em países “em desenvolvimento”.

Essa constatação, a da expansão de grupos econômicos em contextos singulares, é o fio condutor utilizado para a reflexão sobre a situação das empresas de planos de saúde no Brasil. Para dimensionar o desempenho desses grupos empresariais, o texto sistematiza informações sobre o resultado econômico das empresas, expõe tendências relativas a gastos com planos de saúde no Brasil e em países selecionados, oferta de serviços e produção normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Com a organização de evidências sobre o desempenho das empresas de planos de saúde e o equacionamento das consequências do crescimento da participação de componentes privados no sistema de saúde no Brasil, pretende-se jogar luzes sobre processos recentes que acentuam as desigualdades estruturais no financiamento e na oferta de serviços de saúde.

O novo coronavírus impactou negativamente a economia mundial. A projeção para 2020 foi a redução de 4,4% no Produto Interno Bruto Total/Produto Mundial Bruto. As previsões consideram indicadores de uma recuperação mais elevada no terceiro trimestre. O cálculo incorpora resultados menos negativos em países afluentes e retorno do crescimento econômico da China superior aos projetados anteriormente. Essa perspectiva mundial tem matizes; o prognóstico para países emergentes, com elevado número de casos e óbitos, é mais sombrio. A tendência é de reversão do progresso na redução da pobreza e na ampliação das desigualdades (IMF, 2020). Para o Brasil o decréscimo estimado do PIB ao longo de 2020 é 5,03% e a taxa de desemprego é de 13,4% (Banco Central, 2020 e IBGE, 2020).

Analistas internacionais e nacionais alertam sobre as limitações das projeções econômicas. Em vários países, que suspenderam prematuramente medidas de distanciamento social, houve aumento da transmissão, necessidade de fechamento de atividades econômicas e pairam incertezas sobre os padrões de consumo pós-pandemia. Apesar das dúvidas, há evidências sobre a heterogeneidade do impacto econômico no âmbito dos setores econômicos. A mobilidade populacional reduzida em função de medidas de distanciamento social afetou intensamente os setores de transporte, aviação, restaurantes, hotéis e a indústria cultural (OCDE, 2020). No nível das firmas do setor saúde, os efeitos da pandemia foram benéficos para empresas farmacêuticas e seguradoras de planos de saúde e negativos para grupos hospitalares privados e empresas de diagnóstico.

É sabido que a demanda por produtos farmacêuticos não é tradicionalmente

sensível às recessões econômicas. Ou seja, as interrupções na economia em geral afetam menos o consumo de medicamentos. Segundo executivos de grandes indústrias farmacêuticas, não se espera grandes valorizações acionárias e é possível até uma pressão negativa para as empresas situadas no espectro inferior de classificação financeira. Mas é plausível supor que produtos eficazes para a prevenção e o tratamento da Covid-19 alavanquem determinadas indústrias do setor (Kaplan *et al.*, 2020).

Haverá ainda mudanças operacionais na indústria farmacêutica, tais como o congelamento da contratação de pessoal e a necessidade de diversificação da cadeia de suprimentos e de manutenção de estoques e suprimentos, que tendem a restringir as margens e o capital de giro. Contudo, a produção e comercialização de testes, drogas antivirais, plasma sanguíneo convalescente e células-tronco deve compensar pequenas perdas causadas pela redução de visitas de representantes aos médicos prescritores e desaceleração da demanda por novas drogas e apresentações, produtos cosméticos com forte teor discricionário (por exemplo, Botox) e queda no uso de drogas para procedimentos cirúrgicos eletivos (por exemplo, anestesia) (Mabiyani, 2020).

Nos EUA, empresas de planos de saúde declararam aumento de suas margens de lucro durante a pandemia. Anthem, Humana e UnitedHealth Group tiveram retornos financeiros no segundo trimestre de 2020 superiores ao mesmo período em 2019. O lucro líquido de três grandes grupos econômicos cresceu: UnitedHealth, em US\$ 6,7 bilhões em 2020 e US\$ 3,4 bilhões nos mesmos três meses do ano passado; Anthem, em US\$ 2,3 bilhões e US\$ 1,1 bilhão em 2019; CVS Health (que adquiriu a Aetna), em US\$ 3 bilhões, cerca de US\$ 1 bilhão a mais do que o relatado no mesmo período de 2019 (Abelson, 2020).

Os lucros das empresas de planos de saúde contrastam com o desempenho desfavorável de prestadores de serviços, cujas demandas diminuíram em decorrência

das recomendações para o adiamento de procedimentos eletivos. A maior empresa de serviços de diagnóstico, a Quest, teve redução de R\$ 1,83 bilhão nas suas receitas no segundo trimestre de 2020, aproximadamente 6% menos em relação ao mesmo período de 2019. O volume, medido pelo número de requisições de exames, diminuiu 18% (Quest, 2020). Analogamente, houve redução das receitas financeiras de consultórios médicos, clínicas ambulatoriais e hospitais privados, especialmente os de menor porte.

Em um contexto de restrição fiscal, os lucros das seguradoras de saúde nos EUA ensejaram debates que abrangem desde a redução dos repasses governamentais para programas públicos (especialmente para o Medicaid) até a reapresentação de propostas de substituição do atual sistema de saúde privado. Em 04 de agosto de 2020, o Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), responsável pelo Medicaid e Medicare, definiu a possibilidade de redução temporária de prêmios (valor das mensalidades) para pessoas físicas e pequenos grupos de segurados, e não cancelamento de contratos por inadimplência, para garantir a continuidade das coberturas até o final do ano (CMS, 2020). Parlamentares democratas, como Pramila Jayapal, no contexto das eleições presidenciais, afirmaram que o sistema de saúde estava despreparado para o enfrentamento da pandemia e há necessidade de uma reforma para que todos tenham acesso aos cuidados de saúde.

O sistema de saúde baseado no emprego e nas empresas com fins lucrativos de nosso país não fazia sentido antes do início da Covid-19 e está se revelando perigoso e mortal durante a crise. Milhões de americanos estão perdendo seus empregos e seu seguro saúde exatamente no momento em que precisamos que todos tenham acesso a cuidados e tratamento para doenças (Pramila Jayapal citada por Frieden, 2020, tradução livre).

Apesar das críticas, as empresas de planos de saúde nos EUA aumentaram o valor dos prêmios (contraprestação). Segundo o inquérito anual de planos de saúde para empresas empregadoras da Kaiser Family Foundation, o valor anual médio do prêmio (contraprestação) para contrato individual de US\$ 7.470 aumentou 4% (cerca de R\$ 3.500 por mês). Os trabalhadores pagaram em média 17% do contrato

de cobertura individual e as empresas 83%. Cinquenta e seis por cento das empresas ofereciam planos de saúde a pelo menos alguns de seus trabalhadores e 64% dos trabalhadores tinham contratos empresariais. As empresas avaliaram que os planos tinham redes de prestadores amplas para a maioria das necessidades de saúde, mas restritas para saúde mental. Embora, as principais métricas da pesquisa reflitam informações anteriores aos impactos da Covid-19 (porque a maioria dos dados foi coletada nos três primeiros meses de 2020), o aumento do valor do prêmio confirma tendências históricas (KFF, 2020).

Empresas privadas do setor saúde no Brasil

O panorama internacional, especialmente o dos EUA, é marcado pela heterogeneidade no desempenho das empresas que integram o setor saúde. Com os devidos ajustes, o mesmo cenário se projeta no Brasil. Enquanto empresas de planos de saúde e aquelas relacionadas com o consumo de medicamentos aumentaram suas margens de lucro, as receitas de hospitais e unidades de diagnóstico diminuíram.

Apesar de muitos hospitais terem ficado sobrecarregados com pacientes com Covid-19, as empresas de planos de saúde gastaram menos: exames laboratoriais, de imagem e cirurgias eletivas caras foram adiados e uma parcela das pessoas evitou consultórios médicos e emergências, com medo do contágio. Grandes grupos econômicos de planos de saúde aumentaram seus lucros líquidos entre o primeiro trimestre de 2019 e o período correspondente em 2020: Bradesco 10,1%; Hapvida 24,7%; Notre Dame- Intermédica 149,2% e Sul América 83,4% (Koike, 2020). Redes de farmácias e drogarias declararam aumento de lucros com a venda de produtos relacionados com a pandemia. No primeiro trimestre de 2020, a Raia Drogasil (RD) registrou um lucro líquido ajustado de R\$ 152,75 milhões, com um aumento de 44,8% em relação ao mesmo período do ano passado. Esta empresa teve um aumento de 25,2% no faturamento líquido, que representa R\$ 4,9 bilhões, superando os R\$ 3,9 bilhões do mesmo período no último ano. As vendas de medicamentos isentos

de prescrição (MIPs) relacionadas com a pandemia, como álcool em gel, foram o grande destaque no trimestre (aumento de 46,4%), genéricos cresceram 30% e os medicamentos “de marca”, 21,4% (IN, 2020).

Empresas de diagnóstico tiveram seus lucros reduzidos. O grupo Fleury e a Dasa, que pertence ao Grupo Ímpar, registraram diminuição do lucro líquido na ordem de R\$ 73,3 milhões e R\$ 145,3 milhões no segundo trimestre de 2020 (Época, 2020; Valor Econômico, 2020). Segundo o SindHosp (Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Laboratórios de São Paulo), a pandemia teve como consequências a diminuição de 60% da taxa de ocupação dos hospitais e as empresas de planos de saúde deixaram de repassar aproximadamente R\$ 6 bilhões mensais para os prestadores de serviços (FEHOSP, 2020).

Ganhos e perdas de empresas que comercializam planos de saúde, medicamentos e serviços assistenciais compõem um complexo mosaico setorial, não apenas porque existem inter-relações entre quem remunera e quem produz serviços, mas também em função dos apoios governamentais, que foram ampliados em decorrência da pandemia. O imbricamento dos componentes do setor saúde entre si compõe um importante pano de fundo para a compreensão do papel dos grandes grupos econômicos no sistema de saúde brasileiro. A dinâmica e a magnitude desses grupos também é evidenciada por suas estratégias de alavancagem mediante abertura de ações, empréstimos, créditos, fusões e aquisições. Nesse sentido, o contexto da pandemia não interrompeu uma tendência de aumento de operações financeiras de grande porte, nem tirou os grupos econômicos que atuam na saúde de posições de destaque no universo corporativo. Até o terceiro trimestre de 2020, o setor de “Hospitais e Laboratórios de Análises Clínicas” ocupou o quinto lugar no *ranking* anual de fusões e aquisições, e a décima primeira posição no acumulado entre 2001 e 2020 (KPMG, 2020).

A Tabela 1 apresenta uma síntese de operações financeiras realizadas pelas maiores operadoras de planos de saúde, bem como operações de outros grupos econômicos que tiveram destaque no ano de 2020.

Tabela 1 - Operações financeiras de empresas do setor saúde, Brasil, 2020

A – Aquisições das maiores empresas de planos de saúde			
Empresa	Aquisições	Atividade/Subsetor	Valor (R\$ milhões)
Notredame Intermédica	Medisanitas Brasil (MG), São Lucas (SP), Ghelfond (SP), Lifecenter (MG), Santa Mônica (MG), Serpram (MG), H. do Coração de Londrina (PR), Climepe (MG), Bio Saúde (SP), Lifeday (RS, SC), H. do Coração de B. Camboriú (SC), H. Santa Brígida (PR).	Plano de Saúde, Hospital, Farmácia, Clínicas, SADT	5.396
Hapvida	Promed (MG), São José (SP), Premium Saúde (DF, MG), Santa Filomena (SP), Plamheg (GO), Samedh (GO), Cl. N. S. Aparecida (GO), H. Sinhá Junqueira (SP).	Plano de Saúde, Hospital, SADT	2.064
Sul América	Paraná Clínicas (PR)	Plano, Hospital, Farmácia, Clínicas, SADT	385
Bradesco Saúde	Sem informações		
Amil	Sem informações		
B – Maiores Operações			
Rede D'Or	IPO	Plano de Saúde, Hospital, SADT	11.400
DASA	Aquisições: Lefort (SP), Grupo Exame (RS), Hemat (SP)	Hospital, SADT	1.770
Pague Menos	IPO	Farmácia	859
Qualicorp	Plural (RJ), Oxcorp (RJ), Muito Mais Saúde (RJ, SP), Clube Care Brasil (SP)	Administradora, corretora, carteira de clientes	399
Fleury	Aquisições: C. de Infusões Pacaembu (SP), Cl. Moacir Cunha (SP)	Terapias infusionais, clínica de especialidade	150
DASA e Ímpar	Fusão	SADT, Hospital	n.s.a.

Fonte: GPDES-GEPS, 2020. Consulta Documentos das Empresas (Relações com Investidores).

Elaboração própria. *n.s.a. = não se aplica.

A síntese das operações evidencia a continuidade das estratégias de expansão, sobretudo através de aquisições de grupos empresariais menores, atuantes em múltiplas atividades econômicas do setor (como laboratórios, hospitais, farmácias e

clínicas) e com tendência de expansão territorial para locais específicos, notadamente Minas Gerais, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Entre os planos de saúde, destaca-se o volume de operações do grupo Notre Dame Intermédica e da Hapvida, que aventam a possibilidade de uma fusão (Guimarães, 2021). Outra operação relevante foi a oferta pública de ações (IPO) realizada pela Rede D'Or, a maior operação em 2020 e a terceira maior no país.

Empresas de Planos Privados de Saúde no Brasil: dimensões populacionais e econômicas

As coberturas populacionais de planos privados de saúde aumentaram discretamente entre 1998 e 2019. Segundo inquéritos populacionais relativos à saúde, o percentual da população vinculada a planos privados era: 24,5% em 1998; 24,6% em 2003; 25,9% em 2008; 27,9% em 2013 e 28,5% em 2019 (IBGE, 1998, 2003, 2008; IBGE, 2013, 2019). Nesse intervalo de tempo, a magnitude dos segmentos populacionais vinculados a planos privados não teve alterações significativas, mas os recursos financeiros envolvidos com os planos privados obtiveram um incremento relativo e em números absolutos, como se observa na Tabela 2.

Tabela 2 - Receitas, Concentração do Mercado e Clientes de Planos de Saúde, Brasil, 2001 a 2020

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020*	
Receitas de Contraprestações - todos os planos (R\$ bi, 2020)	68,7	71,2	71,7	75,6	81,7	90,7	105,6	116,2	121,2	129,7	138,6	148	160,2	175	179,1	190,1	204,6	215,3	223,1	165,9	
Operadoras com Receitas (todos os planos)	1539	1494	1467	1420	1286	1295	1309	1272	1274	1245	1225	1204	1178	1159	1137	1109	1076	1056	1028	824	
Participação (% Receitas)	10 Maiores	41,0	37,2	36,3	35,7	34,8	34,3	31,8	34,4	34,9	34,8	37,7	37,5	40,4	42,2	44,4	44,7	45	44,4	45,3	45,6
	20 Maiores	51,4	48,9	46,7	46,4	45,9	45,4	44,9	47,5	47,6	47,4	49,3	49,5	51,6	52,8	54,9	55,5	55,8	55	56,1	56,5
	50 Maiores	65,6	64,4	61,7	61,6	62	61,4	61,4	63,3	62,9	63	64,6	64,9	66,8	67,9	68,9	69,8	70,2	70,3	70,8	71,1
% em relação a população	18,2	18,2	18	18,8	19,2	19,9	20,7	21,9	22,1	23,6	23,9	24,6	25,4	26	25,5	24,6	24,2	24,2	24,2	24,3	
Clientes de Planos de Assistência Médica (milhões)	31,4	31,5	31	33,8	35,4	37,2	39,3	41,5	42,6	44,9	46	47,8	49,5	50,5	49,3	47,6	47,1	47,1	47	47	

* Até o 3º trimestre ou setembro de 2020. Fonte: ANS. Elaboração Própria.

De 2001 a 2019, o mercado de planos e seguros de saúde, dimensionado pela soma das receitas de contraprestação, cresceu 2,4 vezes em termos reais, atingindo 213,4 bilhões de reais em valores correntes de 2019. Uma projeção linear simples com base nas receitas de contraprestações até o terceiro trimestre de 2020 estimaria receitas de 221,2 bilhões neste ano, o que seria quase igual ao ano anterior em termos reais. As receitas totais de contraprestações cresceram ininterruptamente em termos reais ao longo de quase duas décadas, a despeito de duas graves crises econômicas, com três anos de queda do PIB (2009, 2015 e 2016).

Observa-se ainda a concentração do mercado, indicada pelos movimentos das receitas de contraprestações. Num primeiro momento, ocorreu uma desconcentração entre 2001 e 2007, seguida por uma concentração entre 2007 e 2020. A fatia das 10, das 20 e das 50 maiores empresas evoluiu de 31,8%, 44,9% e 61,4% em 2007 para 45,6%, 56,5% e 71,1% em 2020, respectivamente – resultado ligeiramente superior ao de 2001. Contudo, não há um único mercado nacional, mas uma série de mercados locais e regionais e isso é crucial para entender as estratégias concorrenciais.

Os dados expostos na tabela 3 permitem visualizar a permanência ou rotatividade de empresas entre as maiores. Alguns grupos empresariais estão no topo das maiores desde o início da década de 2000: Sul América, Bradesco, Amil, Unimed Rio, Notre Dame e Unimed Belo Horizonte. Das 4 outras que iniciaram o *ranking* em 2001, duas fecharam durante o período - Ulbra Saúde (2011) e Unimed Paulistana (2015) – e duas caíram no *ranking* – Golden Cross (35ª em 2020) e Unimed Campinas (14ª em 2020). Em 2019-2020, despontam também: a Central Nacional da Unimed, a CASSI (do Banco do Brasil), a Hapvida e a GEAP.

Tabela 3 - Participação das 10 maiores operadoras por receita de contraprestações, Brasil, 2001 e 2019

	2001	% Total	2019	% Total
1	Sul América	12,4%	Bradesco Saúde	11,3%
2	Bradesco Saúde	9,3%	Amil Ass.Méd.Int. S.A.	9,8%
3	Amil Ass.Méd.Int. S.A.	4,0%	Sul América	8,0%
4	Unimed Rio	2,8%	Notre Dame Intermédica	3,1%
5	Golden Cross	2,7%	CASSI	2,6%
6	Ulbra Saúde	2,2%	Hapvida	2,5%
7	Unimed Belo Horizonte	2,1%	Unimed Rio	2,1%
8	Unimed Paulistana	2,0%	Unimed Belo Horizonte	1,9%
9	Notre Dame Intermédica	1,8%	GEAP	2,0%
10	Unimed Campinas	1,7%	Unimed Central Nacional	1,9%
	C10:	41,0%	C10:	45,3%
	Total de Receitas do Setor* (R\$ mi):	68.699		223.105

* Valores constantes de 2020 (IPCA). Fonte: ANS. Elaboração própria.

No setor de Planos e Seguros de Saúde atuam vários grupos econômicos, empresas que controlam outras com existência jurídica própria e registro individual junto à ANS. Exemplos: a Bradesco Saúde é proprietária da Odontoprev e da Mediservice, 20^a e 34^a, respectivamente, em receitas no ano de 2020 (até o 3º trimestre); a Hapvida também é dona do Grupo São José, RN Saúde, Medical e Grupo São Francisco Saúde. Estas empresas podem também ser parte de um grupo maior, como é o caso da Bradesco Saúde, parte do braço de seguros do banco; da Sul América S.A, que possui quatro operadoras; e da Amil, propriedade da empresa estadunidense United Health Group. Cabe notar que algumas destas empresas conseguiram ser negociadas na Bolsa de valores brasileira: Odontoprev (desde 2006); Amil (2007-2013), até ser adquirida pela United Health Group com fechamento de capital; Qualicorp, (administradora de benefícios, desde 2011); Hapvida e Grupo Notre Dame Intermédica (desde 2018).

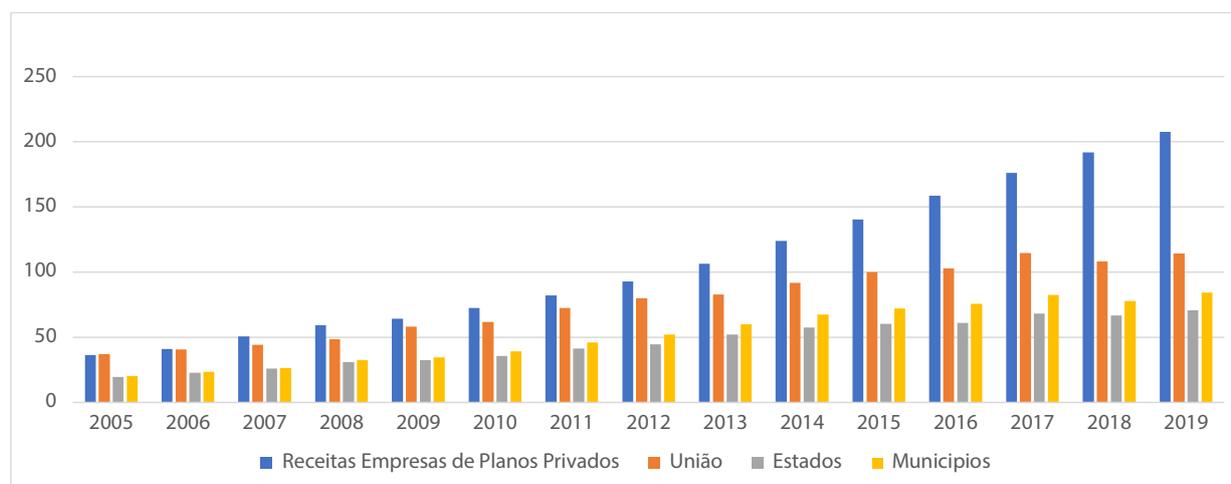
Tais empresas adquiriram grande porte e levaram o setor saúde para posições de destaque entre as maiores do país. No anuário “Melhores e Maiores” da Revista Exame de 2020, com dados referentes a 2019, constam nada menos que 31 empresas do setor de “Serviços de Saúde” (o que não inclui a Indústria Farmacêutica ou o setor de Atacado e Varejo de Bens de Saúde) entre as 500 maiores (excluídas empresas do setor financeiro). Dentre as 31 “setoriais”, estão incluídas 18 empresas de Planos

de Saúde (sem contar as Seguradoras, classificadas à parte), com receitas de R\$ 74,8 bilhões, ou 2,2% do total. Por ora, os dados sugerem que as empresas de Planos de Saúde não somente terão receitas mais estáveis que o conjunto da economia, como também lucros superiores, devido à redução das despesas assistenciais: segundo os dados do Painel Contábil da Saúde Suplementar, da ANS, no acumulado até o terceiro trimestre, o lucro líquido das empresas foi de R\$ 15,91 bi em 2020, 72,4% superior aos R\$ 9,23 bi de 2019. O volume de recursos movimentado por tais empresas se torna um componente cada vez mais relevante no gasto total com saúde.

Repercussões dos Gastos com Planos de Saúde no Financiamento Setorial

Os Gráficos 1 e 2 apresentam os diferenciais de crescimento de gastos públicos e as receitas arrecadadas com planos de saúde. Em 2005 as despesas do Ministério da Saúde equivalem àquelas remuneradas com as mensalidades pagas pelos clientes de planos e em 2019 são 82% superior ao montante das despesas da União (Gráfico 1). Observa-se que as despesas públicas crescem ao longo do período 2005-2019, entretanto as taxas de incremento das receitas dos planos privados são maiores (Gráfico 2).

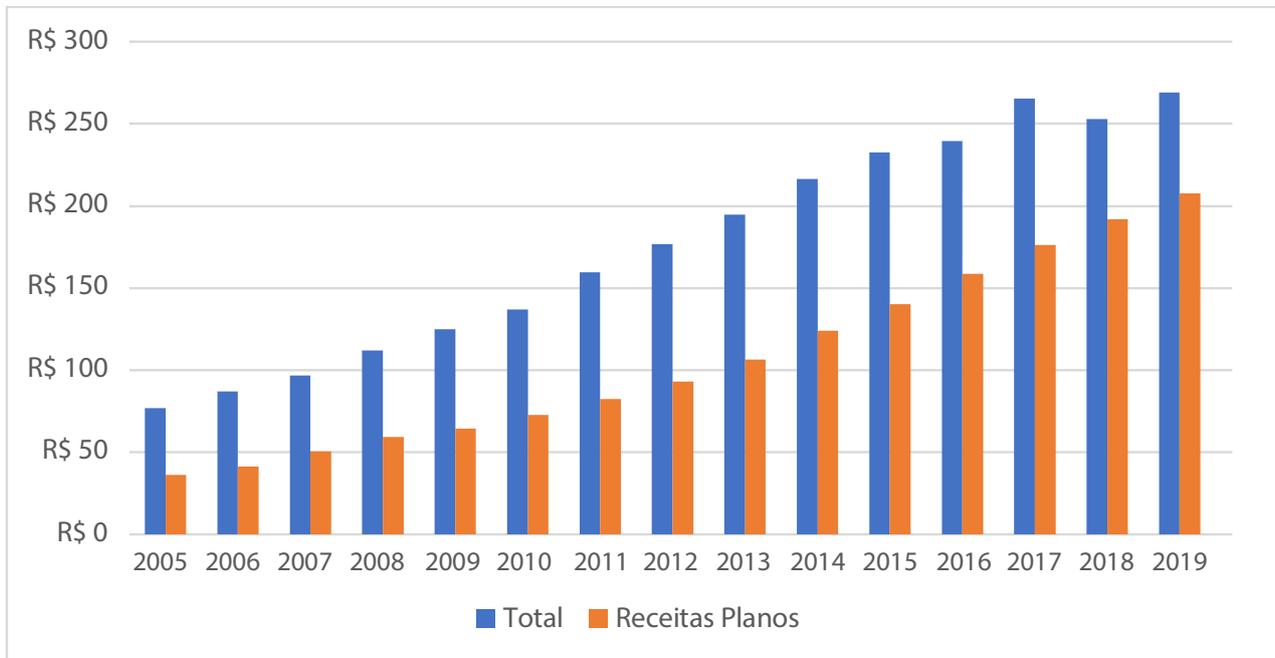
Gráfico 1 - Gastos Públicos com Saúde por Esfera Administrativa e Receitas de Empresas de Planos de Saúde, Brasil, 2005 a 2019 (despesas correntes)



Nota: Valores correntes em R\$ bilhões. Fontes: ANS e Ministério da Saúde. Elaboração própria.

Fontes: ANS, 2020 e Ministério da Saúde, 2020

Gráfico 2 - Gastos Públicos Totais com Saúde e Receitas de Planos Privados, Brasil, 2005 a 2019

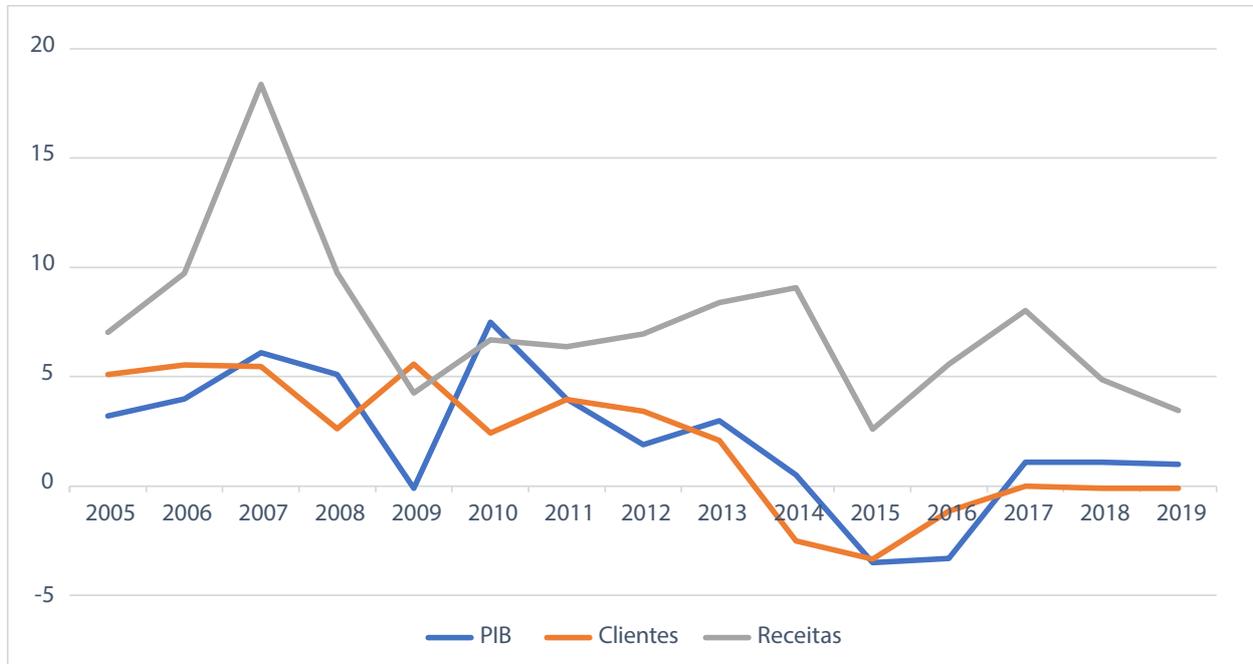


Nota: Valores correntes em R\$ bilhões. Fontes: ANS e Ministério da Saúde. Elaboração própria.

Considerando ambos os gráficos, é plausível delinear uma tendência de convergência entre as fontes públicas e os recursos para a remuneração de prestadores privados. Uma aproximação da magnitude dos fluxos financeiros envolvidos com o SUS e com a rede assistencial privada não justificada pelo aumento da demanda de planos privados.

O gráfico 3, que exibe a variação do PIB, número de clientes e receitas das empresas, permite visualizar o aumento dos valores repassados às empresas de planos privados, ainda que em conjunturas adversas (retração do PIB em 2009 e redução do PIB e do número de clientes a partir de 2014).

Gráfico 3 - Variação anual (%) - PIB*, Número de Clientes de Planos de Saúde e Receitas das Empresas*

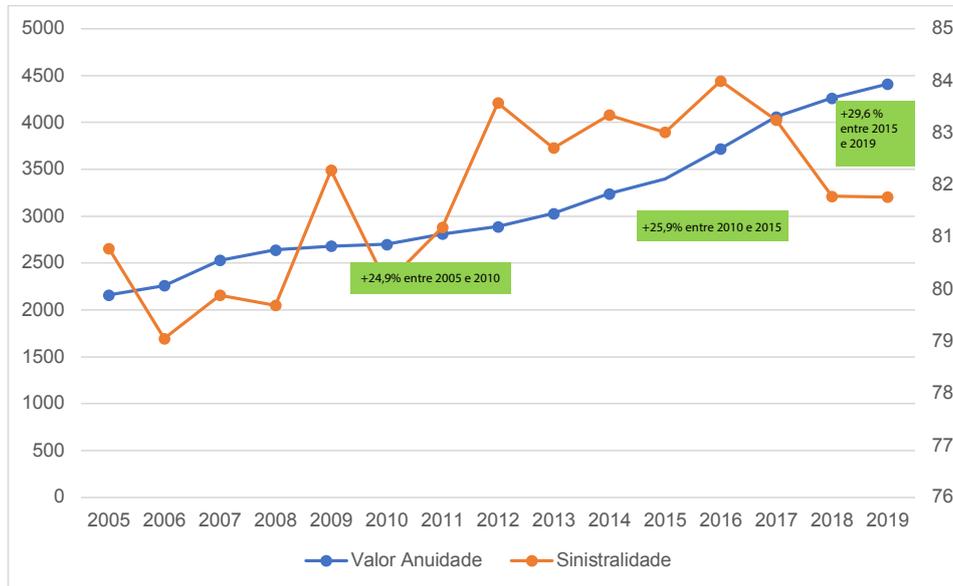


*Variação real (IPCA). IBGE e ANS.

Fonte: Elaboração própria, a partir de IBGE, Contas Nacionais, 2020; ANS, 2020.

O gráfico 4 evidencia que o aumento das receitas das empresas de planos de saúde decorre em parte da majoração dos prêmios. Considerando valores corrigidos pela inflação, quase dobraram o valor entre 2005 (valor médio R\$ 180,00 por mês per capita) e 2019 (R\$ 367,50). Levando em conta os aumentos em intervalos de cinco anos, nota-se que houve maior incremento entre 2015 e 2019 (29,6%) do que nos quinquênios 2005 a 2010 (24,9%) e 2010-2015, 25,9%. Destaca-se também que a elevação dos preços não se justifica por mudanças no volume proporcional de despesas de sinistralidade das operadoras com assistência médico-hospitalar, que variaram pouco em 15 anos (média 80,1%, 70,9% valor mínimo em 2006 e 84% máximo em 2016).

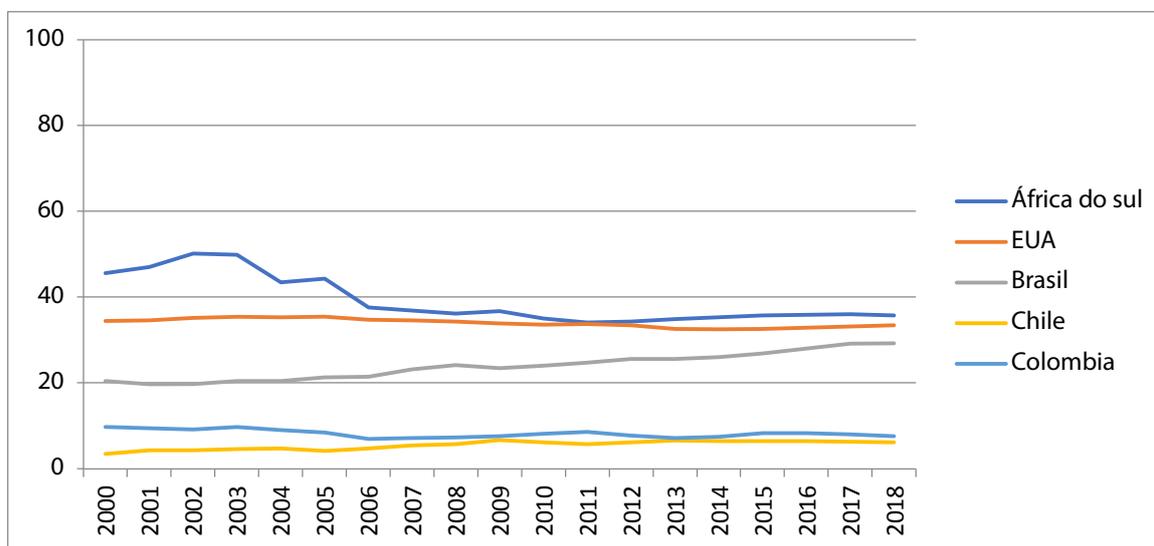
Gráfico 4 - Valor Médio da Anuidade e Sinistralidade de Planos Privados, Brasil, 2005 a 2019



Fonte: ANS, 2020. Elaboração própria (valores constantes de dez/2019 (IPCA)).

O aumento da participação das empresas de planos de saúde no financiamento do sistema de saúde confere uma posição singular ao país. O Brasil se situa entre os países com gastos privados superiores aos públicos (57% do total em 2000 e 58,3% em 2017) (IBGE, 2019). Além disso, está em uma posição singular em relação à composição dos gastos privados. Na maior parte dos países com elevada proporção de gastos privados predominam os gastos diretos efetuados para os pós-pagamentos de atividades assistenciais e medicamentos. O gráfico 5 apresenta as divergentes trajetórias do gasto com planos e seguros voluntários em países selecionados entre 2000 e 2018. Nota-se que a tendência é de estabilidade em países como Chile e Colômbia e de leve queda nos EUA e na África do Sul, países que tem tradicionalmente uma participação elevada desse tipo de gasto. No Brasil, contrariando a tendência internacional, a participação das receitas de planos de saúde aumenta significativamente ao longo de duas décadas, saindo de um patamar de 20% e chegando a 29,3% no último ano da série.

Gráfico 5 - Gastos com planos e seguros de saúde voluntários em relação ao gasto total com saúde, Países selecionados, 2000-2018 (%)

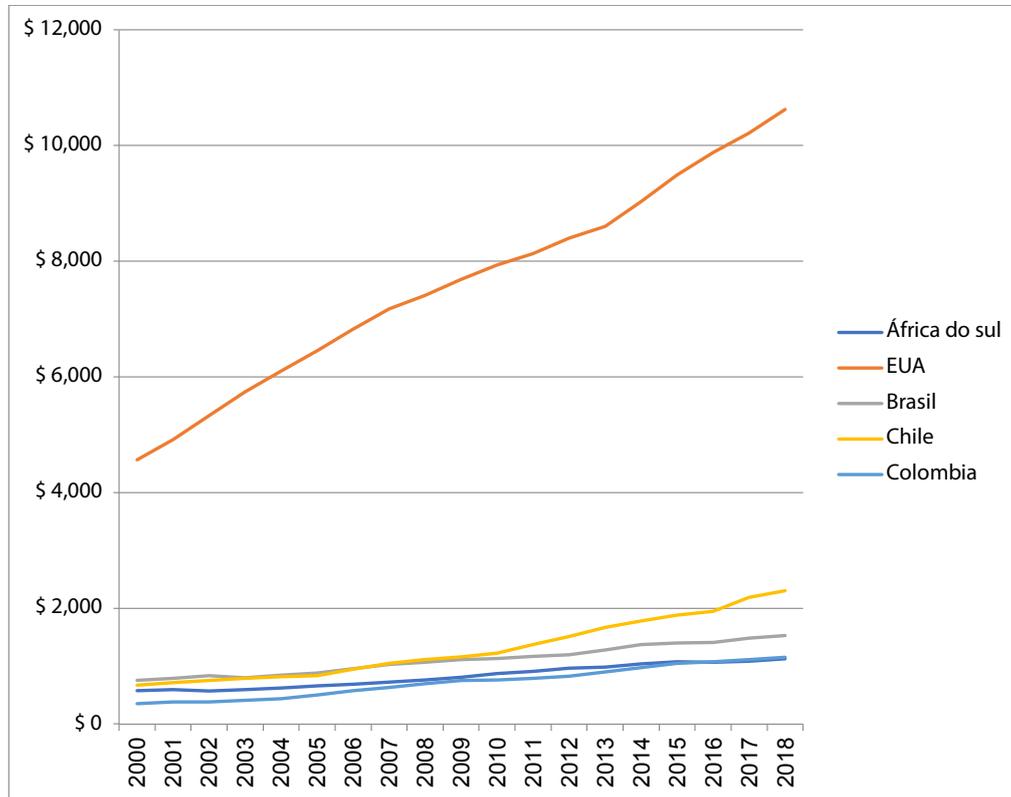


Fontes: Global Health Expenditure Database (OMS) e CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services). Statistics Data, 2021. Elaboração própria.

A tendência de evolução dos gastos com planos privados da África do Sul, cujo sistema de saúde ainda preserva padrões muito diferenciados de acesso e utilização segundo a capacidade de pagamento (Gordon, Booyesen, & Mbonigaba, 2020) é de redução (47% em 2000 e 36% em 2017) e aumento da parcela dos gastos públicos, no mesmo intervalo temporal de 36% para 54%. Movimento inverso ao do Brasil, onde houve expansão da proporção de gastos com planos privados de 20% para 29% e estagnação da participação das despesas públicas, 41% e 42% entre 2000 e 2017.

Note-se que este aumento na participação se dá num intervalo em que os gastos totais com saúde aumentam consistentemente. No gráfico 6, verifica-se a tendência generalizada de alta nos países selecionados. Portanto, mesmo acompanhando a tendência mundial para o gasto total com saúde, no Brasil o aumento embute movimentos de aumento do gasto privado, acentuando as desigualdades estruturais no financiamento.

Gráfico 6 - Gasto total *per capita* com saúde em países selecionados em dólares PPC, 2000 a 2018



Fonte: Global Health Expenditure Database (OMS), 2021. Elaboração própria.

A ideia sobre a complementaridade entre público e privado, como se tivesse se alcançado cobertura universal às custas de uma segmentação natural e inevitável tem sido questionada. Na análise baseada em índice de cobertura efetiva de serviços de saúde em 204 países, publicada em agosto pelo *The Lancet*, o índice estimado para a África do Sul foi de 60 e para o Brasil, 65, avaliação semelhante à atribuída ao México e à Argentina, todos situados na faixa intermediária de desempenho. O mesmo estudo sugere a correlação positiva entre gastos com saúde e efetividade das coberturas: para atingir o índice equivalente a 80, o gasto per capita com saúde deveria ser US\$ 1.398,00 (Lozano *et al*, 2020).

Ações e Omissões das Empresas de Planos de Saúde no Contexto da Pandemia de Coronavírus

Empresas de planos de saúde nacionais ou que atuam no Brasil não tiveram papel destacado na mobilização de esforços para controlar a transmissão da Covid-19. Em termos gerais, não protagonizaram ações de proteção à saúde e tampouco asseguraram um atendimento diferenciado daquele recomendado pelo Ministério da Saúde para acesso a exames específicos. Com poucas exceções, as empresas de planos se mantiveram na retaguarda e buscaram assegurar a preservação de regras assistenciais e financeiras pré-existentes à pandemia.

O relevante debate sobre as relações entre o público e o privado, sobre o uso compartilhado de recursos para os cuidados à saúde de pacientes graves, impulsionado por entidades científicas e movimentos da sociedade civil, chegou até o Congresso Nacional e instâncias do Poder Judiciário, mas não alterou a segmentação da oferta. A ANS espelhou o posicionamento das empresas reguladas. As normas emanadas do órgão regulador referente à Covid-19 se referem a coberturas para exames, recomendação para adiamento e retomada de procedimentos eletivos e incentivos para induzir a preservação dos contratos.

A primeira norma legal para o enfrentamento da pandemia é a lei nº 13.979 de 6 de fevereiro de 2020 relativa às medidas de emergência sobre o coronavírus Sars-2. O texto da lei contém recomendações para a atuação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), mas é omissivo em relação à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Ao ser deixada de fora dos regramentos mais gerais, a ANS formulou diretrizes tardias e voltadas à defesa do mercado (Quadro 1).

A ANS optou por regulamentar de modo racionalizado a cobertura para testes para Covid-19, estendeu os prazos máximos de atendimento para respaldar a necessidade de adiamento de procedimentos eletivos (consultas, exames e

atendimentos em hospitais) e apresentou normas sobre a preservação de contratos e reajustes das mensalidades. As medidas normativas do órgão público têm um inequívoco viés de defesa de interesses privados e nenhum compromisso com o controle da pandemia no país.

No âmbito assistencial, a ANS foi omissa em relação aos esforços para o provimento de recursos para vigilância (testes) e demonstrou sua indiferença à tragédia sanitária do país ao emitir em 28 de maio de 2020 a Nota Técnica nº 4/2020/DIRAD-DIDES/DIDES (ANS, 2020a) na qual expõe posição contrária ao uso público de leitos hospitalares privados durante a pandemia de Covid-19 no Brasil. No plano das alegadas dificuldades financeiras das empresas, as iniciativas da ANS se revelaram ‘mais realistas que o rei’, em função de se direcionarem a um setor até beneficiado pela pandemia. E quanto à defesa das coberturas para clientes de planos expostos ao desemprego e à redução de renda, as tentativas da instância reguladora foram tardias e confusas.

Hospitais privados e empresas de diagnóstico exigiram a descontinuação das regras de suspensão de procedimentos eletivos. Certamente não seria plausível seguir adiando indefinidamente exames e procedimentos cirúrgicos para determinadas condições de saúde. Entretanto, o zigue-zague da ANS foi regulamentado sem nenhuma garantia de controle de transmissão hospitalar. Quem é responsável pela ocorrência de casos de infecção por Sars-CoV-2 em clientes de planos de saúde em hospitais? Analogamente, as regras voltadas para a preservação dos contratos, decididas após ameaças do Presidente da Câmara dos Deputados, especialmente a suspensão dos reajustes, provocaram inúmeras dúvidas e inquietude a respeito dos efeitos cumulativos dos aumentos das mensalidades em 2021.

Quadro 1 - Normas da ANS sobre Covid-19, Brasil, março a agosto de 2020

Data/Tema	Norma	Conteúdo	Comentário
12 de março Teste Molecular	Resolução Normativa nº453	RT-PCR - cobertura obrigatória apenas quando o paciente se enquadrar na definição de caso suspeito ou provável de doença definido pelo Ministério da Saúde	Não cobertura para rastreamento sequer dos contatos de casos confirmados. Tal como na rede SUS, as empresas não contribuíram para a identificação de casos assintomáticos.
25 de março Adiamento do Atendimento para casos eletivos	Reunião Extraordinária Reunião Extraordinária	Prorrogação, em caráter excepcional, dos prazos máximos de atendimento de consultas, exames, terapias e cirurgias não urgentes. Em 12/03/2020, a diretoria colegiada suspendeu as normas (art. 3º, incisos XII e XIII, da RN nº 259, de 2011). A reunião extraordinária definiu novos intervalos temporais Internações eletivas e hospital-dia prazos suspensos Consulta básica 7 para 14 dias; consulta especializada 14 para 28 dias; fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional 10 para 20 dias; dentista 7 para 14 dias; exames (análises clínicas 3 para 6 e outros 10 para 20 dias); procedimentos de alta complexidade 21 para 42 dias.	A norma tem natureza protocolar, na medida em que as diretrizes internacionais recomendaram evitar a utilização de procedimentos eletivos. Também tem o intuito de informar as empresas sobre a isenção de penalidades pelo não cumprimento de prazos de atendimento
25 de março Prazos administrativos	Reunião Extraordinária Diretoria Colegiada	Prorrogação de prazos para envio de informações obrigatórias e de respostas a processos.	Novos prazos para encaminhamento de informações obrigatórias.
31 de março Telessaúde	Reunião Diretoria Colegiada	Inclusão de novo tipo de atendimento (teleorientação, telemonitoramento e a teleinterconsulta) (consultas remotas) mediante: acordos entre operadoras e prestadores envolvendo identificação do serviço realizado, valor de remuneração, processamento para pagamento e assentimento de ambas as partes. A permissão para o atendimento remoto tem validade durante a vigência da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional	Demanda das operadoras anterior à pandemia, consequente ao desenvolvimento para comercialização de plataformas e dispositivos para teleatendimento e perspectivas de aumento de produtividade, redução de custos e ampliação do mercado de planos. A resolução é relevante, representa um desfecho dos embates entre os interesses privados para incorporar tecnologias de informação nos cuidados à saúde e o teor dos médicos de perda de autonomia e redução de remuneração. O Conselho Federal de Medicina em 2019 aprovou a telemedicina e voltou atrás, autorizou o uso do procedimento em caráter excepcional em 19 de março.

Data/Tema	Norma	Conteúdo	Comentário
<p>31 de março</p> <p>Redução de exigências de garantias de solvência das empresas</p>	<p>Reunião Diretoria Colegiada</p>	<p>Flexibilização de Normas Prudenciais</p> <p>Congelamento da margem de solvência retroativo a março de 2020</p> <p>Adiamento para 2011 da demonstração de provisões para o pagamento do passivo (dívidas referentes a atendimentos e constituição de ativos garantidores.</p>	<p>As medidas concedem liquidez às empresas, recursos que antes deveriam constituir reservas técnicas podem ser mobilizados.</p> <p>São normas que alavancam empresas que sabidamente não tiveram prejuízos durante a pandemia. Portanto, fortalecem estratégias expansionistas do setor, inclusive rebaixando a altura das barreiras de entrada para novas empresas.</p>
<p>04 de abril</p> <p>Fundo Garantidor (R\$ 15 bi)</p>	<p>Reunião Diretoria Colegiada</p>	<p>Flexibilização de Normas Prudenciais e Exigência de Contrapartidas</p> <p>Suspensão da exigência de ativos garantidores da provisão relativa ao pagamento de serviços de saúde e previsão de eventos</p> <p>Termo de compromisso exigindo continuidade dos contratos de planos</p>	<p>Ampliação da liquidez e preservação dos contratos</p> <p>Para assegurar a preservação dos contratos de planos até 30 de junho e o pagamento dos prestadores de serviços.</p> <p>Medida visando conter a redução da base física de clientes (desemprego e inadimplência)</p> <p>A Fenasáude e a Unimed do Brasil criticaram a proposição da ANS e não aderiram. A Abramge alertou sobre prós e contras.</p>
<p>28 de abril</p> <p>Adaptação dos instrumentos de fiscalização</p>	<p>Diretoria de Fiscalização</p>	<p>Preservação das atividades de fiscalização considerando suspensão de prazos e atendimentos remotos</p>	
<p>09 de junho</p> <p>Retomada dos prazos máximos de atendimento</p>	<p>Reunião Diretoria Colegiada</p>	<p>Revisão da decisão de 25 de março</p>	<p>Decisão explicitamente orientada pela pressão de hospitais privados, filantrópicos e empresas de diagnóstico e não por critérios clínicos.</p> <p>Os hospitais garantiram a segurança para a retomada dos procedimentos eletivos, no entanto a transmissão intra-hospitalar tem sido registrada.</p>
<p>29 de junho</p> <p>Teste Sorológico</p>	<p>Reunião Diretoria Colegiada</p>	<p>Cobertura para pacientes que tenham desenvolvido quadros clínicos de síndrome gripal e SARS a partir do oitavo dia do início dos sintomas</p>	

Data/Tema	Norma	Conteúdo	Comentário
26 de agosto Suspensão do reajuste das mensalidades	Reunião Diretoria Colegiada	Proíbe reajustes entre setembro e dezembro para ajustes anuais e por mudança de faixa etária dos planos de assistência médico-hospitalar Contratos individuais (a ANS não definiu o valor e não haverá aumento em 2020). <i>Planos coletivos por adesão</i> até 29 vidas único percentual e não poderá ser cobrado; acima de 30 vidas o percentual de reajuste não pode ser cobrado (entre setembro e dezembro). Planos empresariais, o reajuste voltará a ser cobrado em 2020. A empresa poderá optar por não ter o reajuste suspenso.	Decisão pressionada pelo Congresso Nacional que acenou com a possibilidade de votar a suspensão dos reajustes. Os termos da norma são confusos. Predomina o entendimento que haverá aumento acumulado em 2021.

Fonte: ANS, 2020. Elaboração própria.

O conjunto de normas da ANS caracterizado pela omissão aos problemas de saúde do país e expansão do mercado tem repercussões para as desigualdades assistenciais. A oferta de leitos de terapia intensiva, antes da pandemia da Covid-19, estava duplamente concentrada: espacialmente e para os segmentos com capacidade direta e indireta de pagamento de planos privados. Houve ampliação da oferta da rede SUS para o tratamento de casos graves de Covid-19.

A tabela 4 evidencia que apesar do significativo aumento de leitos de CTI no país entre fevereiro e dezembro de 2020, em função da pandemia, o padrão de distribuição entre os segmentos de demandas (metade dos leitos para apenas cerca de ¼ da população vinculada a planos privados) não foi alterado. Similarmente, persistem as desigualdades regionais. Ou seja, os esforços da rede pública, do SUS, ocorreram simultaneamente à expansão da oferta privada e foram insuficientes para reverter desigualdades estruturais e conjunturalmente impulsionadas por políticas públicas.

Tabela 4 - Leitos de Terapia Intensiva SUS e Não SUS por região, Brasil, fevereiro a dezembro de 2020

Região	Fevereiro			Dezembro		
	Total	SUS	% SUS	Total	SUS	% SUS
Norte	3.768	2.605	69,1	5.956	3.405	57,2
Nordeste	12.239	7.575	61,9	18.734	10.567	56,4
Sudeste	29.901	14.076	47,1	43.173	19.151	44,4
Sul	8.437	5.518	65,4	11.763	7.681	65,3
Centro-Oeste	5.350	2.242	41,9	8.391	3.438	41,0
Total	59.695	32.016	53,6	88.017	44.242	50,3

Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES-MS). Elaboração própria.

A concentração de recursos financeiros e assistenciais em empresas que comercializam contratos de planos e seguros de saúde e grupos hospitalares privados e filantrópicos lucrativos incide na assimetria de preços de remuneração. A tabela 5 demonstra a enorme diferença entre os preços pagos por empresas de planos a hospitais (tempo médio de permanência 11,5 dias mais de R\$ 40.000) e a tabela do SUS R\$ 1.600 reais pela diária de CTI para pacientes com Covid-19, que para o mesmo período de internação remuneraria R\$ 18.400,00.

Tabela 5 - Valores de Remuneração de Empresas de Planos e Seguros de Saúde para Internações (abril a agosto de 2020)

Tipos de Leito	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto
<i>Cirurgia</i>					
- com UTI	23.011	27.903	23.540	26.225	20.697
- sem UTI	5.164	5.663	5.439	5.900	5.718
<i>Clínica</i>					
- com UTI	22.166	23.685	24.533	23.430	22.543
- sem UTI	6.411	5.816	5.641	6.130	6.985
<i>Covid</i>					
- com UTI	45.558	44.040	44.880	42.991	46.695
- sem UTI	8.972	10.290	9.708	9.747	8.743

Fonte: ANS (2020b). Elaboração própria. Nota: Dados compilados considerando atualizações realizadas em cada edição do boletim.

Além de preços relativamente elevados para internações de clientes de planos de saúde, a tendência de aumento deverá ocorrer em relação a medicamentos e exames laboratoriais. A empresa Raia Drogasil, que recentemente adquiriu o grupo Onofre, que comercializou testes sorológicos para Covid-19, após aprovação pela Anvisa, planeja não apenas abrir novas farmácias e “cuidar da saúde do consumidor de forma integral” por meio de uma plataforma digital que reunirá “telemedicina, psicólogo e treinador físico” em 480 novos estabelecimentos entre 2021 e 2022, como pretende. Pretendem preencher “um vazio” e “trabalhar com prevenção”.

Empresas de diagnóstico também pretendem diversificar atividades. A empresa Alliar, com receita de R\$ 1,07 bilhões em 2019, que se consolidou na área de exames de imagens, incluiu exames de análises clínicas em seu portfólio e organizou serviços de *drive-thru*, em nove cidades dos estados de São Paulo, Minas Gerais, Espírito Santo, Bahia e Pará, que oferecem três tipos de testes da Covid-19: rápido, PCR e sorológico, e atendimento domiciliar. Esta empresa também participou de licitações para atuar no setor público para administrar conjuntamente com a Philips, e com o financiamento do Banco Interamericano de Desenvolvimento, a área de exames de imagem de 11 hospitais públicos da Bahia (Goeking, 2020). O laboratório Fleury segue na mesma trilha da diversificação dos negócios, atendimentos móveis, serviços de assessoria para empresas interessadas no retorno presencial (testagem e protocolos de segurança), da expansão de tecnologias de informação: prontuários eletrônicos e gerenciamento de doenças crônicas.

Considerações Finais

Persistem dúvidas sobre as relações entre a organização da oferta de cuidados e mesmo sobre a efetividade dos cuidados para evitar mortes. O debate vem se intensificando. Há quem insista em argumentar que ações diretas assistenciais estão adquirindo progressivamente maior impacto nas condições gerais de saúde, enquanto outros afirmam que são políticas mais amplas, como educação, transporte e habitação, as que permitem divisar futuros avanços para a saúde. Um

terceiro enfoque pondera que essa dicotomia, em parte, é falsa, na medida em que dificilmente se poderia encontrar situações nas quais prevalecem uma ou outra situação. Na prática, as melhores condições de vida se encontram associadas com sistemas de saúde abrangentes e acessíveis.

As teses sobre o “alívio”, a “desoneração” do SUS baseiam e reificam a intuição sobre o acesso. Se mais pessoas deixam de “usar o SUS”, sobra recursos para atender melhor os que precisam e “não podem pagar”. Independentemente da falácia do pagamento, como se os impostos não existissem ou só fossem considerados para solicitar isenção e redução de alíquotas, as empresas de planos deixam de lado a importância dos preços.

O Brasil não poderia financiar internações para a população caso adotasse preços de remuneração praticados por empresas de planos e seguros de saúde. A Kaiser Family Foundation estimou que o custo médio de internação para o tratamento de Covid-19 ficaria na faixa entre US\$20.000 e US\$88.000 para pacientes que requerem suporte ventilatório. Valores pelo menos 10 vezes maiores que os registrados no âmbito da assistência suplementar no Brasil, mas correspondentes a gastos com saúde em 2020 de US\$ 4,6 trilhões (KFF, 2020). Portanto, a pressão por preços é um problema em si e inviabiliza a perspectiva de um sistema de saúde universal em um país que já gasta cerca de 9% do PIB com saúde.

Outro elemento essencial na análise sobre as empresas de planos de saúde é a necessidade de compreensão sobre a diversificação das atividades dos grandes grupos econômicos e a interação entre produtos. As tecnologias de informação incorporadas entre outras atividades em redes de farmácias e drogarias e empresas de diagnósticos tendem a configurar mercados não apenas segmentados, mas ainda mais fragmentados.

O Brasil tem um sistema público e universal que coexiste com um processo de intensificação da privatização dos cuidados à saúde. Seria incorreto atribuir as altas

taxas de mortalidade por Covid-19 apenas à segmentação do sistema de saúde. Mas é relevante constatar a ausência, a omissão e a rejeição de auxílio de empresas de planos e seguros de saúde durante a emergência sanitária. Fato que contrasta com as acepções de que as “operadoras de planos” contribuem para “aliviar” o SUS.

Referências Bibliográficas

ABELSON, R. Major U.S. Health Insurers Report Big Profits, Benefiting From the Pandemic. *New York Times*, 05 de Agosto de 2020. Disponível em: <<https://www.nytimes.com/2020/08/05/health/covid-insurance-profits.html>>. Acesso em: 25 jan. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS) NOTATÉCNICA Nº 4/2020/DIRAD-DIDES/DIDES. 2020a. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/covid_19/Nota_Tecnica_n_4_2020_DIRAD-DIDES_DIDES.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2021.

_____. Boletim Covid-19. Várias edições, março a dezembro, 2020b. Disponíveis em: <<http://www.ans.gov.br/comunicacao-e-imprensa/releases>>. Acesso em: 10 jan. 2021.

BANCO CENTRAL. Focus - Relatório de Mercado - 09/10/2020 - outubro 2020. Disponível em: <<https://www.bcb.gov.br/publicacoes/focus>>. Acesso em: 25 jan. 2021.

CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES (CMS). CMS Announces a Temporary Policy for Premium Reductions, 2020. Disponível em: <<https://www.cms.gov/newsroom/press-releases/cms-announces-temporary-policy-premium-reductions>>. Acesso em: 25/01/2021.

CENTERSFORMEDICARE&MEDICAIDSERVICES(CMS).StatisticsData,2021.Disponívelem:<<https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/NationalHealthAccountsHistorical>>. Acesso em: 25 jan. 2021.

ÉPOCA. NEGÓCIOS. Covid-19 leva Fleury a prejuízo de R\$73,3 mi no 2º tri. 30 de julho de 2020. Disponível em: <<https://epocanegocios.globo.com/Empresa/noticia/2020/07/epoca-negocios-covid-19-leva-fleury-a-prejuizo-de-r733-mi-no-2o-tri.html>>. Acesso em: 25 jan. 2021.

FEDERAÇÃO DOS HOSPITAIS, CLÍNICAS, CASAS DE SAÚDE, LABORATÓRIOS DE PESQUISAS E ANÁLISES CLÍNICAS E DEMAIS ESTABELECIMENTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO (FEHOESP). Ao UOL, presidente do SindHosp afirma que saúde privada perde R\$ 18 bi na pandemia. 08 de julho de 2020. Disponível em: <<https://fehoesp360.org.br/iepas/noticia/6817/ao-uol-presidente-do-sindhosp-afirma-que-saude-privada-perde-r-18-bi-na-pandemia>>. Acesso em: 25 jan. 2021.

FRIEDEN, J. How Best to Help Patients Stay Insured During COVID-19? *MedPage Today*, 04/05/2020. Disponível em: <<https://www.medpagetoday.com/infectiousdisease/covid19/86298>>. Acesso em 25 jan. 2021.

GOEKING, W. Covid-19 derruba 90% da demanda por outros exames e telemedicina avança na pandemia, aponta Alliar. *Valor Investe*, 20 de julho de 2020. Disponível em: <<https://valorinveste.globo.com/mercados/renda-variavel/empresas/noticia/2020/07/20/covid-19-derruba-90percent-da-demanda-por-outros-exames-e-telemedicina-avanca-na-pandemia-aponta-alliar.ghtml>>. Acesso em: 25 jan. 2021.

GORDON, T., BOOYSEN, F. & MBONIGABA, J. Socio-economic inequalities in the multiple dimensions of access to healthcare: the case of South Africa. *BMC Public Health* 20, 289, 2020. Disponível em: <<https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-8368-7>>. Acesso em: 25 jan. 2021.

GUIMARÃES, F. Hapvida propõe fusão à Notredame Intermédica e pode criar empresa de saúde de R\$120 bilhões. *O Estado de São Paulo*, 08/01/2021. Disponível em: <<https://economia.estadao.com.br/noticias/geral,hapvida-faz-proposta-a-notredame-intermedica-para-fusao,70003575119>>. Acesso em: 26 jan. 2021.

GRUPO DE PESQUISA E DOCUMENTAÇÃO SOBRE EMPRESARIAMENTO DA SAÚDE (GPDES/IESC/UFRJ); GRUPO DE ESTUDOS SOBRE PLANOS DE SAÚDE E INTERAÇÕES PÚBLICO-PRIVADAS (GEPS/DMP/FM-USP). Consulta Documentos das Empresas (Relações com Investidores), 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *PNAD – Suplemento Saúde*, 1998, 2003, 2008.

_____. *Pesquisa Nacional de Saúde*, 2013, 2019.

_____. Conta-Satélite da Saúde: Brasil 2010-2017. *Contas Nacionais*, n.71, 2019. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101690_informativo.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2021.

INTERNATIONAL MONETARY FUND (IMF). *World Economic Outlook: A Long and Difficult Ascent*. Washington, DC, World Economic Outlook, October 2020.

INVESTIMENTOS E NOTÍCIAS (IN). Raia Drogasil tem lucro líquido de R\$ 60,2 milhões no 2T20. 12 de agosto de 2020. Disponível em: <<http://www.investimentosenoticias.com.br/noticias/negocios/raia-drogasil-tem-lucro-liquido-de-r-60-2-milhoes-no-2t20>>. Acesso em: 25 jan. 2021.

KAISER FAMILY FOUNDATION (KFF). Employer Health Benefits. 2020 annual survey. Disponível em: <<http://files.kff.org/attachment/Report-Employer-Health-Benefits-2020-Annual-Survey.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2021.

KAPLAN, D. A *et al.* Pharma Industry Only Moderately Affected While Helping Mitigate COVID-19 Pandemic Impact. 16 Mar 2020. Disponível em: <<https://www.spglobal.com/ratings/en/research/articles/200316-pharma-industry-only-moderately-affected-while-helping-mitigate-covid-19-pandemic-impact-11391384>>. Acesso em: 25 jan. 2021.

KOIKE, B. Planos de saúde têm mais lucro no 2º tri. *Valor Econômico*, 20 de agosto de 2020. Disponível em: <<https://valor.globo.com/empresas/noticia/2020/08/20/planos-de-saude-tem-mais-lucro-no-2o-tri.ghtml>>. Acesso em: 25 jan. 2021.

KPMG. *Fusões e aquisições: 2020 -- 3º trimestre*. Novembro/2020. Disponível em: <<https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/br/pdf/2020/11/pesquisa-fusoes-aquisicoes-3-trimestre-2020.pdf>>. Acesso em 26 jan. 2021.

LOZANO, R. *et al.* Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, V. 396, N. 10258, p1250-1284, OCTOBER 17, 2020. Disponível em:<[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30750-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30750-9/fulltext)>. Acesso em: 25 jan. 2021.

MABIYAN, R. Pharmaceutical industry expected to see positive growth this year. *Economic Times*. Healthworld.com. 09 de maio de 2020. Disponível em: <<https://health.economictimes.indiatimes.com/news/pharma/pharmaceutical-industry-expected-to-see-positive-growth-this-year-charu-sehgal-deloitte-india/75639652>>. Acesso em: 25 jan. 2021.

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (OCDE). Policy Responses to Coronavirus (COVID-19). Evaluating the initial impact of COVID-19 containment measures on economic activity. Updated 10 June 2020. Disponível em: <<https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/evaluating-the-initial-impact-of-covid-19-containment-measures-on-economic-activity-b1f6b68b/>>. Acesso em: 25 jan. 2021.

QUEST DIAGNOSTICS. Quest Diagnostics Announces Preliminary Second Quarter 2020 Financial Results, July 13, 2020. Disponível em: <<https://newsroom.questdiagnostics.com/2020-07-13-Quest-Diagnostics-Announces-Preliminary-Second-Quarter-2020-Financial-Results>>. Acesso em: 25 jan. 2021.

VALOR ECONÔMICO. Dasa reverte lucro e tem prejuízo de R\$ 145,3 milhões no segundo trimestre. 21 de agosto de 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/economia/noticia/2020/08/21/dasa-reverte-lucro-e-tem-prejuizo-de-r-1453-milhoes-no-segundo-trimestre.ghtml>>. Acesso em: Acesso em: 25 jan. 2021.

Reestruturação do Setor Privado de Serviços de Saúde: atualidade e perspectivas

Marco Antonio Rocha

1. Setor Privado de Saúde no Brasil: características e evolução recente

O mercado privado de saúde no Brasil reúne características que o tornam especialmente atrativo, dada a lógica de investimentos recentes dos grandes players internacionais. Primeiramente, é um mercado de grande porte, o que garante escalas de operação significativas; possui também um amplo sistema público de saúde, permitindo certa especialização do setor privado em atividades e que alguns procedimentos de alto custo sejam responsabilidade pública; e possui um setor privado relativamente consolidado, com uma rede de empresas de porte médio com infraestrutura já instalada.

Em 2018, o mercado brasileiro atingiu um valor aproximado de R\$400 bilhões em gastos privados em saúde, cifra que representou cerca de 58% de um total de gastos em saúde que alcançou o patamar de 10% do PIB. O setor público, além de ofertante de uma vasta gama de serviços de saúde, atua também como demandante do setor privado através da contratação de serviços e, de certa forma, atua na segmentação dos mercados, seja induzindo estratégias de especialização das empresas ou definindo as faixas de renda e grupos sociais a serem foco dos grupos privados. Por ser um mercado bem estruturado e com um espaço considerável para o crescimento do setor privado, o mercado de saúde no Brasil passou de forma ativa por processos que pautaram a reorganização do padrão de concorrência global em serviços de saúde.

O setor privado de serviços de saúde é constituído pelas empresas que prestam serviços na área de saúde, sendo formado por uma ampla gama de atividades, que vão desde a atenção direta até a logística em saúde. Para além da definição das atividades que são desempenhadas por essas empresas, no caso brasileiro, convivem empresas que são prestadoras de serviço para o setor público, para instituições sem fins lucrativos e para outras empresas privadas, ainda que o setor público atue como um dos principais demandantes dessas empresas.

Embora tenha havido um aumento do grau de diversificação das atividades das empresas, em geral, existe certo foco na atividade das grandes empresas do setor, sobretudo quando se trata de atividades com vantagens de escala, como administração hospitalar e seguros de saúde. Neste artigo, o foco foi direcionado justamente às atividades com maior concentração, nas quais as tendências em termos de reorganização da concorrência no setor, tais como sua internacionalização e a participação crescente de fundos financeiros, já possuem o caráter de um processo consolidado.

A análise presente neste texto está focada nas atividades de administração hospitalar, seguros de saúde e medicina diagnóstica. Esse recorte se justifica tanto pelo grau de concentração, isto é, pela liderança exercida pelas grandes empresas no processo de concorrência, como também pelo fato de serem atividades mais diretamente ligadas ao complexo industrial da saúde (Gadelha, 2003), no sentido de possuírem interfaces importantes com a dinâmica desse complexo industrial. As empresas dessas áreas, por exemplo, são demandantes de bens produzidos pelo complexo industrial da saúde, são atores fundamentais na disseminação de inovações e possuem papel de grande relevância nos ganhos de eficiência das novas tecnologias.

Tabela 1 - Maiores Empresas de Serviços de Saúde no Brasil - Patrimônio Líquido (R\$ milhões)

	Empresa	Patrim Líquido (R\$ milhões)
1	Amil	12.449,1
2	NotreDame Intermédica	6.370,4
3	Hapvida	7.261,9
4	Rede D'Or São Luiz	5.442,0
5	Esho	4.516,2
6	Hospital Albert Einstein	3.441,3
7	DASA	3.263,4
8	A. C. Camargo Cancer Center	2.467,2
9	Hospital e Maternidade São Camilo	2.332,0
10	Unimed Belo Horizonte	2.114,2
11	Fleury Medicina e Saúde	1.759,0
12	Assoc. das Pioneiras Sociais	1.480,9
13	Alliar	320,0
14	OdontoPrev	1.116,5
15	HCPA	1.020,8

Fonte: Elaboração própria a partir de Valor 1000 Maiores (2020).

Essas atividades foram alvo também de um crescente interesse dos fundos financeiros, principalmente a partir do final dos anos 1990. A participação crescente dos fundos financeiros na estrutura acionária das empresas de serviços de saúde permitiu o financiamento de estratégias de aquisição de empresas, em um primeiro momento, no próprio mercado local e, posteriormente, em mercados externos. Esse movimento, conforme será discutido nesta seção, ampliou o grau de internacionalização do setor, com grandes conglomerados atuando globalmente. Para além de fatores de ordem tecnológica, a participação crescente dos fundos financeiros foi o principal fator determinante das mudanças ocorridas no setor e

o principal condicionante do processo concorrencial nas últimas duas décadas, pelo menos.

No mercado dos Estados Unidos, o setor de serviços de saúde já vinha apresentando tendência de crescimento dos índices de concentração industrial desde inícios da década de 90, antecedendo em pelo menos uma década a disseminação da tendência de concentração industrial dessa atividade nos mercados centrais (Gaynor & Town, 2011). O aumento dos investimentos externos diretos, realizados pelas empresas dos Estados Unidos a partir do final dos anos 1990, teve um papel fundamental na disseminação dessa tendência através da internacionalização das grandes empresas americanas.

Nesse sentido, ao longo dos anos 2000, presenciou-se a disseminação de um padrão de concorrência global nesse setor de atividades, replicando as mudanças ocorridas nos Estados Unidos durante os anos 1990, com os fundos financeiros aumentando sua participação na estrutura acionária das grandes empresas do setor e criando ondas de fusões e aquisições, ampliando a verticalização das empresas no setor – em geral, atuando também no *lobby* para mudanças na regulamentação da prestação dessas atividades – e mudando as relações contratuais, com a crescente subcontratação de outras empresas prestadoras de serviços (Gaynor & Haas-Wilson, 1998).

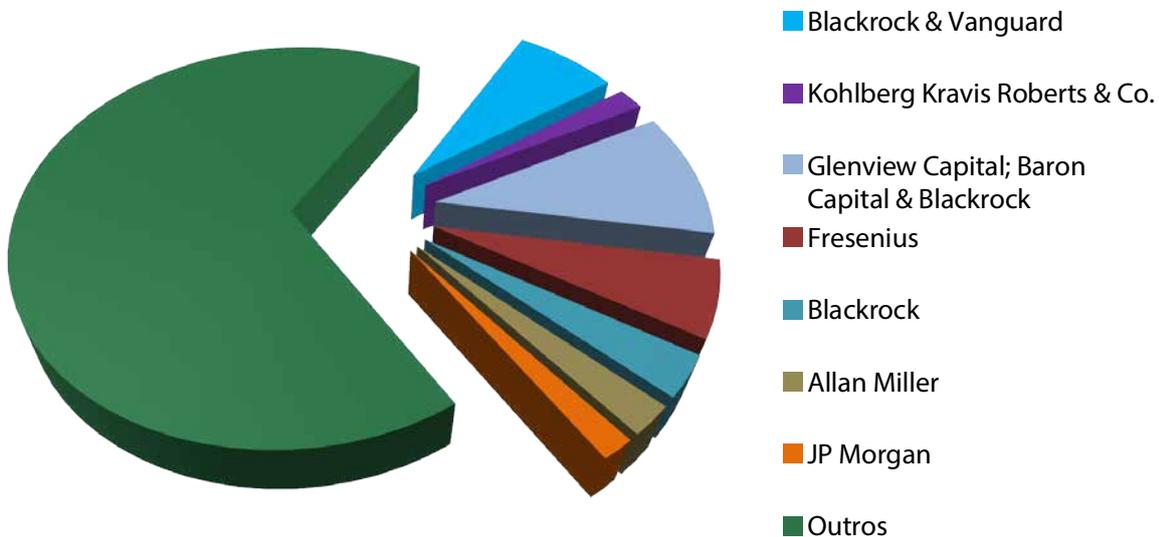
Os anos 2000 foram marcados pela disseminação generalizada dessas tendências através da intensificação das operações de fusões e aquisições. Segundo Hiratuka *et al.* (2016), as operações internacionais envolvendo fusões e aquisições de empresas na área de saúde cresceram de um patamar de cerca de 40 operações anuais, no final da década de 1990, para um patamar superior a 400 operações anuais desse tipo no início da década de 2010, com valores anuais oscilando em torno de US\$20 bilhões. Embora muitas dessas operações

sejam referentes a fusões e aquisições entre empresas de um mesmo país, houve também um aumento significativo das operações *abroad*, isto é, envolvendo empresas de países distintos.

Os dados relativos ao movimento de fusões e aquisições revelam ainda que períodos posteriores às reformas do sistema de saúde dos Estados Unidos, como a reforma realizada nos anos 1990 e novamente tomando impulso no período posterior à reforma realizada pelo governo Obama. A ampliação da cobertura e a alteração da forma da prestação de cuidados realizadas pelo sistema público de saúde impactam diretamente na estratégia das empresas e na busca pela manutenção e pelo crescimento das suas escalas de operação sempre que há alteração na relação com o setor público. Desse modo, as mudanças nos marcos regulatórios do mercado dos Estados Unidos induziram a busca pelo aumento das escalas operacionais, seja através da ampliação do grau de concentração do mercado local, seja pelo aumento das atividades nos mercados externos.

Outra característica relevante das operações de fusão e aquisição ocorridas ao longo da década de 2000 foi a concentração das operações envolvendo a mudança do controle acionário em um número pequeno de fundos financeiros. Entre 1997 e 2015, apenas sete fundos financeiros acumularam cerca de um quarto do valor total das aquisições no setor de serviços de saúde (Hiratuka *et al.*, 2018), com destaque para os fundos com origem nos Estados Unidos. Esse volume de operações concentradas nos fundos financeiros demonstra que, muito mais que uma mera lógica especulativa, os fundos vêm demonstrando engajamento em estratégias de longo prazo de reestruturação das operações das empresas de serviços em saúde, modificando a dinâmica competitiva do setor.

Gráfico 1 - Participação majoritária consolidada dos fundos financeiros nas 1000 maiores aquisições em serviços de saúde - 1997-2015^a



a. os dados se referem às participações em que houve a aquisição de uma parcela igual ou superior a 50% do capital acionário.

Fonte: Hiratuka *et al.* (2018).

Esse movimento dos fundos financeiros revela que, para além do aumento do grau de concentração industrial, isto é, referente à concentração do *market share* em um número pequeno de empresas, há, em paralelo, um aumento da concentração da propriedade das grandes empresas, que por sua vez cria preocupações distintas para a atuação das agências reguladoras. A verticalização das atividades e a concentração dos controladores das empresas do setor permite um conjunto de práticas que tendem a ampliar ainda mais o poder de mercado das empresas, como o compartilhamento de informações sobre os usuários e o maior poder de barganha para impor práticas discriminatórias de preço (Iriart, 2008).

Essas condutas, caso não sejam bem reguladas, tendem a reforçar as vantagens competitivas dos grandes conglomerados, ressaltando o viés concentrador já observado.

O mercado dos Estados Unidos demonstra bem essas tendências, tomando os quatro maiores conglomerados em serviços de saúde: UnitedHealth, Hospital Corporation of America (HCA), Community Health Systems e Kindred Healthcare; em conjunto, em 2012, reuniam cerca de US\$ 164 bilhões de dólares em ativos, com operações espalhadas em diversos mercados. Todos esses conglomerados possuíam estrutura acionária pulverizada tendo como principais controladores fundos financeiros de grande porte, como Blackrock, KKR e Bain Capital, e atuavam na administração hospitalar, em seguros de saúde e medicina diagnóstica nos diversos mercados em que possuíam coligadas (Hiratuka *et al.*, 2016).

Desse modo, a participação dos fundos financeiros no processo de reestruturação das empresas de serviços de saúde moldou um padrão de concorrência no mercado dos EUA, organizado por empresas atuando nacionalmente, de forma diversificada e integrando serviços hospitalares, medicina diagnóstica, seguros de saúde e, em alguns casos, até atividades como logística hospitalar. O aporte dos fundos financeiros possibilitou a internacionalização desse padrão de concorrência, em termos de sua tendência à concentração e verticalização de atividades, por indução da pressão concorrencial das empresas dos Estados Unidos e, posteriormente, por processos de reestruturação análogos ao das empresas norte-americanas mundo afora.

A internacionalização dos conglomerados de serviços de saúde definiu a tendência que se espalhou ao longo da década de 2000, com a consolidação de grandes hospitais privados, grandes redes de hospitais, clínicas e laboratórios de um mesmo grupo econômico e sua integração com serviços de seguro de saúde.

O mercado brasileiro se tornou, ao longo da década de 2000, especialmente atrativo no contexto desse processo, sendo o Brasil um mercado de dimensões continentais, integrado através de um sistema único de saúde e cujo gasto total em saúde é dividido praticamente na mesma proporção entre o setor público e o setor privado.

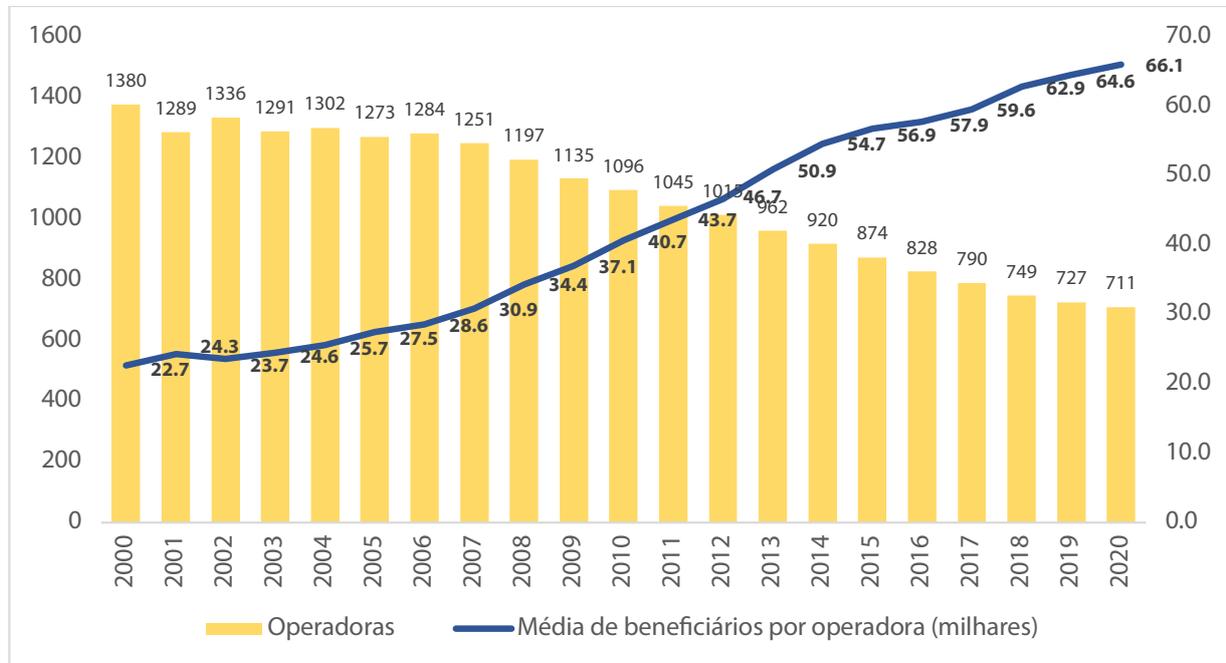
O crescimento da renda per capita ao longo da década de 2000 e a transição de uma grande população do sistema público para a compra de serviços de saúde do setor privado forneceram escala significativa para a operação desse modelo de grandes empresas conglomeradas. Esse padrão de concorrência que podemos denominar de financeirizado⁸⁴ começa a ganhar força no Brasil a partir da década de 2000 e define o sentido da reestruturação dos grupos locais (Bahia *et al.*, 2016), com seus efeitos para a prestação dessas atividades no Brasil.

Nesse sentido, o processo de concentração que já vinha ocorrendo no Brasil, capitaneado pelas grandes empresas de serviços de saúde nacionais, foi reforçado pelo crescente interesse que o mercado brasileiro despertou na estratégia de aquisições das grandes empresas globais. Ao longo da primeira década dos anos 2000, o número de fusões e aquisições no setor cresceu consideravelmente, sobretudo as operações envolvendo as operadoras de planos de saúde. O número de operadoras de planos de saúde reduziu de cerca de 1.380 no começo da década para aproximadamente 1.000 em 2010, com o número médio de beneficiários por operadora crescendo de 21.372 para 52.780 no mesmo período.

84 O conceito pode ser resumido como uma categoria que procura periodizar um padrão sistêmico de gestão e realização da riqueza, em que a busca pela valorização dos recursos líquidos e a lógica de atuação do capital portador de juros passa a ser o parâmetro geral ao qual todo o processo de acumulação de capital é referido (Braga, 1997). Entre as diversas caracterizações as quais o conceito fica sujeito, talvez a que dialogue mais diretamente com o presente artigo seja a proeminência que os investidores institucionais (gestores de fundos financeiros, sobretudo) passam a adquirir na estrutura societária das empresas não financeiras e a forma como essa nova estrutura societária modifica a conduta das grandes corporações no que se refere às exigências de retorno e risco.

Embora o estudo do fenômeno apresente algumas divergências quanto às formas de mensuração e análise, Martins *et al.* (2021, p. 41) sugerem que apesar das empresas brasileiras não apresentarem tendência a aumentar seu grau de alavancagem ou de aumento de participação dos ativos financeiros nos ativos totais, a “análise dessa dimensão sugere que as operadoras vêm, crescentemente, servindo como ativo ou plataforma para a acumulação financeira de outros atores”, o que corrobora pelo menos uma das grandes dimensões em que se discute a questão da financeirização das empresas de serviços de saúde no Brasil.

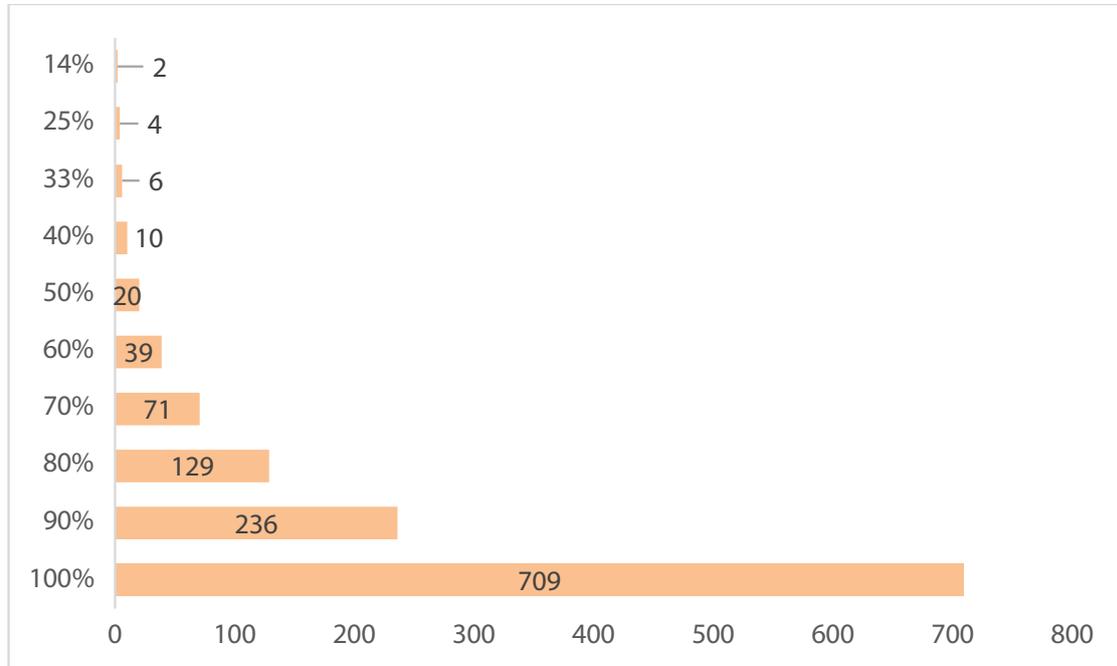
Gráfico 2 - Número de operadoras de planos de saúde médico-hospitalares e número médio de beneficiários por operadora (milhares de pessoas) - 2000-2020



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da SIB/ANS.

Os dados para 2020 confirmam a tendência à concentração, com cerca de 700 operadoras médico-hospitalares concentrando o total de beneficiários. Embora haja um número relativamente grande de empresas, as 10 maiores concentram 40% dos beneficiários, sendo que esse grupo de grandes empresas operam em sua maioria de forma integrada, atuando também em serviços clínicos e hospitalares e, em alguns casos, em medicina diagnóstica (Andrietta, 2019). O grau de concentração se revela também no poder de mercado dessas empresas e na sua capacidade de obter reajustes de seus preços em níveis muito superiores às taxas de inflação.

Gráfico 3 - Concentração dos beneficiários por operadoras de plano de saúde médico-hospitalares - set/2020



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da SIB/ANS.

Ainda que esse movimento tenha se concentrado no segmento de planos de saúde, o aumento da concentração também se estendeu aos outros segmentos, consolidando as grandes redes hospitalares e de medicina diagnóstica e ampliando o grau de integração das grandes empresas de serviços de saúde. Antes da chegada em maior volume dos fundos financeiros internacionais, no final da década de 2000, já era explícita a estratégia das grandes operadoras de planos de saúde em verticalizar suas operações através da aquisição de hospitais e clínicas; essa onda de concentração provavelmente também aumentou a atratividade do mercado nacional.

Entre as aquisições realizadas por empresas e fundos estrangeiros, destacam-se a compra da Amil pela UnitedHealth em 2012, a compra da Golden Cross pelo fundo KKR, também em 2012, a aquisição em 2014 da Intermédica pelo Bain Company e

a aquisição de cerca de 13% do capital da rede de laboratórios Fleury pela Advent. Os fundos de private equity nacionais também atuaram de forma ativa durante o período, com destaque para a participação da Gávea Investimentos na aquisição dos laboratórios Diagnostika, Digimagem, Progenética e Biocod, e para a participação do BTG Pactual na expansão da Rede D'Or de hospitais (Bahia *et al.*, 2016; Hiratuka *et al.*, 2016).

Ao longo dos anos 2000, a rede hospitalar privada também foi alvo de atenção da estratégia dos fundos financeiros e passou por um processo de concentração considerável, com os dez maiores grupos hospitalares no Brasil sendo responsáveis por cerca de 35% do total dos leitos da rede privada (Andrietta, 2019). O setor é altamente dependente da receita vinda dos segurados por planos de saúde, sendo a verticalização dos planos de saúde algo explicável pela lógica empresarial. A questão é que, em se tratando de um mercado com grandes imperfeições e assimetria de informações, o aumento do poder de mercado tende a ser altamente prejudicial ao usuário e à capacidade de regulação pública sobre o setor.

Embora o crescimento do mercado e o aumento das escalas de operação tenham garantido a rentabilidade das empresas de serviços de saúde, certas características da estrutura de receitas de cada segmento trazem uma série de questões sobre a evolução do setor em face da mudança da conjuntura econômica após 2015. A primeira dessas características diz respeito à concentração das receitas das operadoras de planos de saúde médico-hospitalares em relação aos planos coletivos, cerca de 75% das receitas totais, em sua maioria realizados através de convênios empresariais. Essa cifra demonstra como as receitas dos planos de saúde dependem da evolução do emprego formal.

Os dados da ANS para 2020 demonstram uma redução significativa das despesas assistenciais até o terceiro trimestre de 2020 perante o terceiro trimestre de 2019, com uma queda nominal de aproximadamente 8% no período. Provavelmente,

esse dado está relacionado com o represamento de certos procedimentos médico-hospitalares em razão da pandemia, mas a tendência de crescimento que seguia nos anos anteriores deve ser mantida, quando não crescer a um ritmo superior pela retomada dos procedimentos suspensos e pelo impacto da própria pandemia na expansão das despesas assistenciais. Por outro lado, a perspectiva é que o emprego formal terá uma retomada lenta, o que deve significar uma menor expansão das receitas das operadoras.

Outra característica interessante é a interconexão entre as receitas dos hospitais e as despesas dos planos de saúde. As receitas obtidas por hospitais privados provenientes dos pagamentos realizados por algum tipo de convênio correspondem a cerca de 90% das receitas totais (Andrietta, 2019). O crescimento das receitas dos hospitais privados depende, nesse sentido, do aumento dos conveniados dos planos de saúde e do desembolso das despesas assistenciais pelas operadoras, que, como foi comentado, depende fortemente da evolução do emprego formal.

Em um cenário de baixo crescimento econômico e lenta recuperação do emprego formal, a dependência em relação às despesas por conveniados pode criar um incentivo a fusões e ao aumento do grau de verticalização entre as empresas. Ainda que os desembolsos para os hospitais representem cerca de 20% das despesas assistenciais totais das operadoras de planos médico-hospitalares, em um cenário de baixo crescimento e aumento das despesas assistenciais dos planos de saúde, as estratégias de verticalização podem ser uma resposta adotada em relação à conjuntura econômica.

No caso da medicina diagnóstica também se observa a concentração das receitas provindas de usuários de planos de saúde e de serviços contratados por outros laboratórios. O aumento das receitas obtidas por serviços prestados para outros laboratórios representa uma tendência de especialização através da subcontratação que vem se tornando comum no setor (Andrietta, 2019), ainda que, indiretamente,

esses serviços também sejam remunerados através das despesas assistenciais dos planos de saúde.

Além do tamanho considerável do mercado privado de saúde no Brasil, essa estrutura de receitas, concentrada nos desembolsos dos planos de saúde, tende a reforçar, em um cenário mais adverso, algumas tendências de verticalização já presentes. A redução do ritmo de crescimento dos beneficiários, com o aumento das despesas assistenciais, a queda da rentabilidade dos planos e a redução da demanda por outros serviços de saúde pode induzir à busca pela ampliação das escalas operacionais em todos os segmentos de serviços de saúde, reforçando o papel dos fundos de *private equity* no financiamento desse processo.

Outra dimensão responsável pelas transformações dos padrões de concorrência no setor desde a década de 1990 foi a assimilação das tecnologias digitais. O paradigma da microeletrônica modificou diversos procedimentos, sobretudo na medicina diagnóstica, aumentando a complexidade tecnológica de diversos serviços de saúde. A introdução de novas tecnologias, que significavam um aumento dos custos fixos para hospitais e laboratórios, induziu a ampliação da escala de operação dessas empresas, servindo de incentivo ao processo de concentração.

A assimilação dessas novas tecnologias foi acompanhada da expansão dos grandes hospitais privados, crescimento das redes de laboratórios e clínicas e aumento do número de fusões entre as empresas do setor. O investimento requerido para a aquisição dessas tecnologias na área de saúde significou a necessidade de expandir o número de atendimentos das unidades clínicas e hospitalares e de análises laboratoriais, favorecendo a estratégia de atuação dos fundos financeiros no financiamento da concentração empresarial do setor.

No caso brasileiro, com receitas concentradas nos desembolsos das operadoras de planos de saúde, a verticalização significou uma estratégia de melhor gestão das despesas referentes a tratamentos de maior complexidade e maior coordenação

entre os investimentos em novas tecnologias e a demanda por esses serviços. A assimilação dessas novas tecnologias criou uma estrutura com custos fixos mais elevados e uma exigência maior em termos de escala de operação. Caso as empresas enfrentem um cenário de menor crescimento da demanda por serviços de saúde, a estrutura de custos do setor irá pressionar para que se mantenham as escalas de operação, o que geralmente significa um forte incentivo a fusões e aquisições.

A aproximação de uma nova mudança de paradigma tecnológico⁸⁵, com as tecnologias mobilizadas em torno da Quarta Revolução Industrial (OECD, 2015; Schwab, 2016), irá transformar drasticamente a forma de prestação de serviço e de diversos procedimentos na área de saúde. A nova rodada de aumento da complexidade tecnológica em serviços de saúde pode provocar efeitos semelhantes aos observados com a introdução do paradigma digital. Se por um lado, a tecnologia deverá continuar pressionando no sentido da assimilação de procedimentos mais complexos e com maiores custos de operação, por outro lado, a introdução de novas tecnologias poderá trazer novos *players* para o setor e induzir estratégias de verticalização com empresas desenvolvedoras de tecnologia.

As empresas de serviços de saúde, por sua vez, têm um papel fundamental no processo de disseminação de novas tecnologias. Primeiramente, porque definem o grupo inicial de usuários e o ritmo de adoção das novas tecnologias; dessa forma, as empresas de serviços de saúde possuem grande influência na evolução do aperfeiçoamento e dos ganhos de eficiência das novas tecnologias. A maior integração entre empresas de serviços de saúde e empresas desenvolvedoras de inovações pode significar ganhos importantes no estágio de *Learning By Using* das inovações e maior rapidez no aumento da escala de produção.

85 Em seu livro, Schwab (2016) aponta para um conjunto de trajetórias tecnológicas que produzirão novas interfaces tecnológicas formadoras de um novo paradigma técnico-científico: como internet das coisas, inteligência artificial, biotecnologia e genética aplicada, manufatura aditiva e blockchain. O princípio que norteia o elenco de tecnologias tidas como chaves para a Quarta Revolução Industrial se baseia na alta complementaridade que essas trajetórias apresentam, o caráter genérico de sua aplicação e na perspectiva de que essas tecnologias trarão mudanças disruptivas nos processos produtivos e na forma final de bens e serviços nas próximas décadas.

As convergências das trajetórias dessas novas tecnologias serão responsáveis por transformações relevantes nas interfaces dos processos produtivos, criando ambientes ciberfísicos, que combinam biotecnologias e materiais avançados em conexões com ambientes virtuais de controle, processamento, compartilhamento e análise de dados em grande escala. Esses sistemas ciberfísicos serão responsáveis pelo tratamento de processos, execução e controle da produção, gestão logística, distribuição e comercialização.

Como muitas das trajetórias tecnológicas ainda estão em definição, é difícil prever os efeitos que as novas tecnologias terão sobre o padrão de concorrência do setor, mas a mudança do paradigma tecnológico deverá afetar os padrões atuais de integração das atividades de serviços de saúde, provavelmente induzindo alguma integração com as empresas desenvolvedoras das novas tecnologias. Esse tema será retomado na seção seguinte como um dos principais fatores que deverão moldar a atuação das grandes empresas, com grande impacto no setor de serviços de saúde brasileiro.

2. Cenários e Tendências: perspectivas sobre o caso brasileiro

A contextualização realizada buscou identificar algumas macrotendências do setor de serviços de saúde com grande influência nas transformações ocorridas no mercado brasileiro. A atuação dos fundos financeiros no financiamento das ondas de fusão e aquisição no setor, ainda que tenha se iniciado no mercado dos Estados Unidos e se expandido globalmente, encontrou dinâmica semelhante em outros mercados através dos fundos domésticos. Nesse contexto, o mercado brasileiro, em crescimento e com ampla participação do setor privado, tornou-se especialmente atrativo para as aquisições das grandes empresas em processo de internacionalização.

A atuação dos fundos financeiros ocorreu em um contexto de reorientação global dos padrões de concorrência entre empresas na década de 1990. Inicialmente, a orientação dos fundos financeiros se guiou pelos ganhos promovidos pela reestruturação das áreas de negócios das empresas adquiridas e sua valorização posterior no mercado acionário. Dado que a participação dos fundos, com a evolução desse processo, tornou-se menos pulverizada e mais concentrada em grandes empresas globais, a própria concentração promovida pela estratégia dos fundos financeiros induziu um maior envolvimento dos fundos com a gestão dos negócios e o estabelecimento de um planejamento estratégico de mais longo prazo (Baskin & Mirati Jr., 1997).

O aumento da participação dos fundos financeiros nas grandes empresas de serviços de saúde, seguido da concentração de capital posterior, significou uma mudança estrutural no padrão de financiamento das estratégias competitivas. Essa característica deve permanecer, com o envolvimento ativo dos fundos no financiamento das estratégias globais e empurrando as exigências de lucratividade e valorização acionária das empresas de serviços de saúde. Como o novo paradigma tecnológico deve favorecer os ganhos de eficiência das empresas com maior grau de verticalização e continuar pressionando os custos, os processos de fusão e aquisição devem continuar, assim como a atuação ativa dos fundos financeiros no financiamento desses processos.

Para além das mudanças nos procedimentos clínico-hospitalares e laboratoriais que serão produzidas pelas tecnologias da Quarta Revolução Industrial, a gestão e o processamento dos dados dos usuários dos serviços de saúde estão entre as atividades com maior potencial de automação (Mckinsey, 2017). A depender da intensidade dos ganhos possibilitados pelo processo de automação, a assimilação das novas tecnologias poderá ser um forte indutor de mais uma rodada de concentração do mercado de serviços de saúde.

Segundo o relatório da Mckinsey Global Institute (2017), o processo de automação deverá se concentrar nas atividades de coleta e processamento de dados, alcançando aproximadamente 50% das atividades. O processo de automação deverá confirmar a tendência de ganhos de eficiência significativos com os processos de verticalização e concentração da análise de dados com intercruzamento de informações dos usuários. Por outro lado, também há a possibilidade de que, com os ganhos de escala promovidos pela automação, ocorra um processo de especialização vertical nos serviços de saúde com a entrada de empresas de serviços tecnológicos que centralizem a gestão e o processamento de informações.

A pressão por maior centralização da gestão e do processamento das informações reforça uma característica antiga apontada nos estudos sobre “economia da saúde”, da presença de grande assimetria de informação entre empresas e usuários, possibilitando práticas de discriminação de preços em favor das empresas (Arrow, 1963). O controle sobre a relação entre informações geradas e a gestão dessas informações será um ponto crucial para as políticas de regulação das atividades econômicas na área de saúde dentro do paradigma da Quarta Revolução Industrial.

A entrada de empresas da área de tecnologia na centralização do processamento dos dados gerados pelas empresas privadas de serviços de saúde significaria maior capacidade de entrecruzar informações sobre os usuários com outras bases de dados além dos históricos de saúde, como hábitos de alimentação e rotina de atividades físicas, por exemplo, possibilitando práticas de discriminação individual de preços através de avaliações extremamente individualizadas de risco. Como ensina qualquer manual convencional de microeconomia, esse tipo de prática discriminatória de preços garante grande capacidade de apropriação de excedente por parte das empresas e a possibilidade da existência de grupos de usuários que não consigam acesso aos serviços.

Na área hospitalar, as perspectivas sobre a automação também são significativas para as áreas de triagem, coleta prévia de informações sobre os pacientes, testagem e diagnóstico. O nível previsto de eliminação de postos de trabalho pela automação na área hospitalar é de 50 a 70% do total do pessoal empregado, com ganhos de produtividade previstos sendo em cerca de 30% (Mckinsey, 2017). As projeções indicam que haverá um potencial expressivo de ganhos com a verticalização de algumas atividades – a medicina diagnóstica e a administração hospitalar, em especial – e que a automação deverá garantir vantagens competitivas expressivas para empresas que realizem os investimentos necessários e atinjam escalas operacionais condizentes.

Nesse sentido, percebe-se que a estrutura ocupacional dos serviços em saúde também será profundamente afetada pelo novo paradigma tecnológico. Embora parte significativa da automação deva se concentrar nas atividades administrativas e organizacionais, o processo também atingirá diretamente os profissionais de saúde. A automação e a aplicação de inteligência artificial deverão atingir alguns procedimentos de análise clínica, medicina diagnóstica e certos procedimentos ambulatoriais, reduzindo o número de ocupações nessas atividades. O ritmo de adoção das novas tecnologias nessas atividades será mais lento, mas a expectativa é que a disseminação de todas as tecnologias induzirá a formação de unidades hospitalares mais integradas e com a geração de empregos mais concentrada nas atividades ligadas ao cuidado direto com os pacientes.

A assimilação das novas tecnologias e a maximização dos ganhos de eficiência possíveis apontam para um horizonte de maior integração das atividades, maior especialização na gestão e processamento das informações com maior compartilhamento das informações entre as empresas. Dessa forma, algumas dessas tendências reforçam a expectativa de continuidade nos processos de verticalização percebidos a partir da entrada dos fundos financeiros. As exigências financeiras para incorporar as tecnologias de automação e para criar sistemas mais integrados deverão significar um crescente envolvimento das instituições financeiras.

A mudança tecnológica dos serviços em saúde chama atenção para outro desdobramento importante, seus efeitos gerais no complexo industrial de saúde. A projeção é que para as próximas décadas haverá um aumento da complexidade tecnológica dos procedimentos, com maiores aportes tecnológicos vindos da robótica, inteligência artificial e dos novos avanços das tecnologias da informação. Nesse sentido, o complexo industrial da saúde estará em uma posição privilegiada como um setor capaz de exercer grande demanda sobre as novas tecnologias.

A assimilação das tecnologias habilitadoras da Quarta Revolução Industrial deverá ampliar ainda mais a capacidade de utilização do complexo industrial da saúde como promotor de políticas industriais e de inovação. A extensão do mercado de serviços de saúde tem capacidade de mobilizar escalas significativas em torno de suas demandas e deverá ser ativamente vinculada às políticas científicas e tecnológicas nos próximos anos. Nesse sentido, em princípio o Brasil está bem situado, já que possui um sistema universal de saúde com alcance nacional, englobando diversos níveis de atenção na área médica. A possibilidade de utilizar a demanda do SUS como um instrumento de promoção de políticas científicas, tecnológicas e de inovação deve ser seriamente avaliada em virtude do potencial de desenvolvimento local de certas tecnologias que o complexo de saúde oferece.

Esse panorama geral apresentado para o setor de serviços de saúde no médio e longo prazo serve para guiar a discussão sobre as perspectivas da evolução do mercado brasileiro e seus efeitos sobre a prestação dos serviços no Brasil. A primeira questão relevante é o efeito que a extensão do mercado brasileiro tem para torná-lo um alvo potencial para a atuação das grandes empresas multinacionais em estratégias de aquisição. Em um cenário de pressão sobre os custos e a necessidade de novos investimentos, o mercado brasileiro é especialmente atrativo para uma estratégia de ampliação das escalas globais das grandes empresas.

No caso da assimilação das novas tecnologias, a escala do mercado brasileiro permite ganhos expressivos com estratégias de verticalização e a implantação de sistemas integrados com alta automação. O mercado de serviços de saúde no Brasil é, dessa forma, um mercado com características atrativas tanto para as empresas diluírem seus custos fixos, como também para as empresas desenvolvedoras de tecnologia na área médica, dada a escala de operação e as vantagens de que um mercado desse porte oferece para as fases de teste e disseminação das novas tecnologias.

O papel que as empresas de serviços de saúde possuem na disseminação tecnológica torna, em um momento de mudança de paradigma tecnológico, esse setor estratégico em seu encadeamento com a política industrial. A internacionalização desse setor no Brasil representa, portanto, uma perda da capacidade de articular os serviços de saúde em uma política de desenvolvimento produtivo mais amplo. A internacionalização parcial do setor de serviços de saúde interfere na capacidade do Estado brasileiro de coordenar os desenvolvedores nacionais com usuários das novas tecnologias nos estágios de aperfeiçoamento e disseminação das novas tecnologias, reduzindo a capacidade de se realizar políticas de fomento de produtores locais de tecnologias na área de saúde, além dos problemas relativos ao uso das informações geradas.

As próximas mudanças tecnológicas e no padrão de concorrência do setor de serviços de saúde atingirão o mercado brasileiro em um momento bem particular. Dadas as características das receitas do sistema brasileiro e o baixo crescimento projetado, o mercado nacional poderá assumir uma dinâmica muito própria de reorganização em relação aos requisitos de investimentos e de escala operacional. Com o baixo crescimento do mercado doméstico e a dependência da geração de empregos formais para o crescimento do mercado de planos de saúde, o crescimento das receitas das demais atividades de serviços de saúde ficará severamente comprometido.

Em um cenário desse tipo, as pressões para o aumento da verticalização e da concentração horizontal no setor devem continuar, com vantagens para as empresas estrangeiras entrantes no mercado brasileiro, com maior capacidade de financiamento e maior diversificação das fontes de receitas. Com o novo paradigma tecnológico, a internacionalização do setor passa a trazer outras questões fundamentais como o controle e a utilização das informações dos usuários brasileiros dos serviços de saúde. A concentração do poder político em torno desse processo de conglomeramento dos serviços e da saúde será um dos fatores-chaves a moldar o debate sobre a saúde no Brasil e no mundo nos próximos anos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde a segunda metade dos anos 1990, o setor de serviços de saúde vem passando por transformações substanciais em seu padrão de concorrência e atuação das empresas líderes. A atuação dos fundos financeiros na reestruturação das áreas de negócios dos grandes conglomerados e no financiamento da disseminação desse padrão de concorrência, uma vez tendo começado nos setores industriais tradicionais, alcançou os serviços de saúde e promoveu a expansão das operações de fusões e aquisições nesse setor pelo mundo.

A participação dos fundos financeiros na capitalização das estratégias de aquisição dos grandes players teve como efeito o aumento generalizado do grau de concentração no setor com a criação de algumas grandes empresas globais de serviços de saúde. De modo geral, esse movimento foi replicado nos mercados locais de maior porte, resultando na formação de grandes empresas regionais, mesmo em países em desenvolvimento. O crescimento das empresas líderes e a concentração do mercado significou também um aumento do poder de barganha e da capacidade de promover seus interesses junto às instâncias políticas.

O processo de concentração da concorrência foi acompanhado da crescente desregulamentação do setor, possibilitando que as grandes empresas atuassem de forma diversificada em distintos segmentos de serviços de saúde. Como existem vantagens significativas na atuação de forma integrada em alguns segmentos, as grandes empresas de serviços de saúde responderam ao aumento da concentração através da verticalização de suas operações e da ampliação das escalas produtivas ocupando vários segmentos de mercado.

Esse movimento criou uma estrutura de mercado marcada por algumas grandes empresas globais, atuando de forma diversificada e em diversos mercados. Como as empresas locais reagiram a essa tendência reproduzindo o mesmo movimento, em grandes mercados como o brasileiro, a estrutura se tornou, de certa forma,

semelhante, com a existência de alguns conglomerados locais, tendo como sócios também alguns grandes fundos financeiros. Essa estrutura já concentrada e operacionalmente integrada deverá passar por mais uma série de mudanças a partir da disseminação do paradigma tecnológico da Quarta Revolução Industrial.

A requisição de investimentos significativos para a automação da gestão e do processamento das informações, assim como dos procedimentos clínicos e laboratoriais, e para a assimilação de forma geral das novas tecnologias na área de diagnósticos deve reforçar a tendência à concentração. O próximo paradigma aponta para uma tendência de empresas de serviços de saúde mais integradas e com maior escala operacional. Essa tendência pode não só reforçar o poder de mercado das grandes empresas, como imputar aos serviços de saúde uma lógica de eficiência e rotatividade cada vez mais semelhantes à atividade fabril.

Para além dos efeitos concentradores e dos estímulos à verticalização, o novo paradigma tecnológico deve ainda criar um mercado bem específico por conta do grau de automação e da escala operacional na gestão e no processamento dos dados dos usuários. A capacidade de processamento computacional e o avanço dos algoritmos relativos ao desenvolvimento da inteligência artificial devem possibilitar a especialização na gestão de informações em serviços de saúde, com a possibilidade da entrada crescente de empresas de tecnologias da informação na área de saúde.

O controle sobre essas informações e a capacidade de cruzamento entre os dados gerados no sistema de saúde e os dados obtidos pelas empresas de tecnologias da informação pode se tornar uma fronteira importante para o desenvolvimento da medicina diagnóstica por inteligência artificial e dos processos de automação no atendimento. A regulação dessa nova atividade de prestação de serviços de saúde se tornará nos próximos anos uma das questões fundamentais no debate sobre regulação desse mercado.

Nesse cenário, as empresas brasileiras encontram barreiras para seu crescimento provocadas pela própria estrutura de receitas do setor no Brasil e a conjuntura de baixo crescimento e precarização do trabalho. Em um cenário como esse, o risco de internacionalização do setor é significativo, com a perda inclusive de parte da capacidade de se utilizar o complexo de saúde como um instrumento para a promoção do desenvolvimento produtivo, científico e tecnológico. Por um lado, o sistema público de saúde se encontra estrangulado por uma política fiscal irracional e ineficiente; por outro, o sistema privado se encontra em risco de desestruturação por conta do baixo crescimento e da destruição dos empregos formais.

Referências Bibliográficas

ANDRIETTA, L. *A acumulação de capital na saúde brasileira: estudo exploratório de setores e empresas selecionadas (2008-2015)*. 2019. 245 f. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Econômico, na área de Economia Social e do Trabalho) – Instituto de Economia, Unicamp, Campinas, São Paulo.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. *Sistema de Informações de Beneficiários*. Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>>. Acesso em: 20 jan. 2021.

ARROW, K. J. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, 53(5), p.941-970, 1963.

BAHIA, L. *et al.* Das empresas médicas às seguradoras internacionais: mudanças no regime de acumulação e repercussões sobre o sistema de saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 32, n. supl. 2, 2016.

BASKIN, J. & MIRANTI, P. *A History of Corporate Finance*. Cambridge: Cambridge University, 1997.

BRAGA, J. C. Financeirização Global: o padrão sistêmico de riqueza do capitalismo contemporâneo. In: TAVARES, M. C.; FIORI, J. L. (Eds.). *Poder e Dinheiro: uma economia política da globalização*. Petrópolis: Editora Vozes, 1997.

GADELHA, C. A. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2), p.521–535, 2003.

GAYNOR, M.; TOWN, R. Competition in health care markets. *NBER Working Papers*, n.17.028, 159p., 2011.

GAYNOR, M.; HAAS-WILSON, D. Change, Consolidation, and Competition in Health Care Markets. *Journal of Economic Perspectives*, 13(1), p.141–64, 1998.

HIRATUKA, C.; ROCHA, M. A.; SARTI, F. Mudanças Recentes no Setor Privado de Serviços de Saúde no Brasil: internacionalização e financeirização. In: GADELHA, P. *et al.* (Orgs.). *Brasil Saúde Amanhã: população, economia e gestão*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.

HIRATUKA, C.; ROCHA, M. A.; SARTI, F. *Financialization of health care services and impacts on developing countries: an analysis based on the Brazilian case*. Trabalho apresentado na 30th SASE Annual Conference, Kyoto: Japão, 2018.

IRIART, C. Financial capital versus medical-industrial complex: challenges for the regulatory agencies. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(5), p.1619–26, 2008.

MARTINS, N.; OCKÉ-REIS, C. O.; DRACH, D. Financeirização dos planos de saúde: o caso das operadoras líderes no Brasil (2007-2019). *Texto para Discussão*, Rio de Janeiro, UFRJ, 001/2021, 49p., 2021.

MCKINSEY GLOBAL INSTITUTE. *A future that works: automation, employment, and productivity*. McKinsey & Company, 148p, 2017.

OECD. **Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico.** *Enabling the next production revolution: issues paper*. Background document prepared for the Danish Production Council Conference “Shaping the Strategy for Tomorrow’s Production”, Directorate for Science, Technology and Entrepreneurship: Copenhagen, 25p, 2015.

SCHAWB, K. *The Fourth Industrial Revolution*. Genebra: World Economic Forum, 2016.

VALOR ECONÔMICO. *Valor 1000*. 2020. Disponível em: <<https://especial.valor.com.br/valor1000/2020/ranking1000maiores>>. Acesso em: 24 jan. 2021.

Este livro foi editado em acesso aberto, podendo ser baixado e acessado *online* em *tablets*, *smartphones*, telas de computadores e em leitores de *ebooks*.

Produção Multimeios | Icict | Fiocruz
Textos compostos em Myriad Pro, Barlow e Geneva.

Rio de Janeiro, novembro de 2021.

ISBN 978-65-87663-07-4



REALIZAÇÃO



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde