



Interface - Comunicação, Saúde, Educação

ISSN: 1414-3283

intface@fmb.unesp.br

Universidade Estadual Paulista Júlio de  
Mesquita Filho  
Brasil

Siliansky de Andreazzi, Maria de Fátima; Ratzsch de Andreazzi, Marco Antonio; Maul de Carvalho,  
Diana

Dinâmica do capital e sistemas locais de saúde: em busca de uma análise integradora do setor saúde

Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 10, núm. 19, enero-junio, 2006, pp. 43-58

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho  
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180114102004>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# Dinâmica do capital e sistemas locais de saúde: em busca de uma análise integradora do setor saúde

Maria de Fátima Silliansky de Andreazzi<sup>1</sup>  
Marco Antonio Ratzsch de Andreazzi<sup>2</sup>  
Diana Maul de Carvalho<sup>3</sup>

ANDREAZZI, M. F. S. ET AL. Capital dynamics and local healthcare systems: searching for a comprehensive analysis of the health sector. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.19, p.43-58, jan/jun 2006.

This article presents a methodological proposal for analyzing the determinants of the offer of healthcare, starting with the dynamics of capital accrual, to be added to the health policy definition elements conventionally employed in the Collective Healthcare field. The analysis is based on the methods and ideas of Industrial Economics, already tested, where the healthcare sector is concerned, within the European context and by CEPAL researchers. To this, it proposes to add variables from the general context, which condition possibilities and impose limits upon the strategies of local agents, as well as analyses of a historical nature that allow one to identify rough patches. It has the purpose of providing support for the state and municipal managers of the Single Healthcare System (SUS), as the sole administrators of the healthcare sector in a given territory, which includes the set of possibilities of private sector regulation – from the planning of supply to its quality control.

KEY WORDS: health services. health economics. health sector. health facilities proprietary. SUS (BR).

Apresenta-se uma proposta metodológica direcionada à análise dos determinantes da oferta de atenção à saúde, com base na dinâmica da acumulação de capital a ser agregada aos elementos de definição das políticas de saúde mais convencionalmente empregados na área da Saúde Coletiva. A análise está baseada nos conceitos e métodos da Economia Industrial, já testados para o setor saúde em trabalhos desenvolvidos no âmbito europeu e por pesquisadores da CEPAL, aos quais se propõem agregar variáveis do contexto geral, que condicionam possibilidades e impõem limites às estratégias dos agentes locais, e análises de corte histórico que permitam identificar rugosidades. Destina-se a apoiar os gestores do SUS, estaduais e municipais, na sua atribuição de comando único do setor saúde sobre um determinado território, o que inclui o conjunto das possibilidades de regulação do setor privado – do planejamento da oferta ao controle de qualidade.

PALAVRAS-CHAVE: serviços de saúde. economia da saúde. setor de assistência à saúde. instituições privadas de saúde. SUS (BR).

<sup>1</sup> Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, RJ. <silliansky@nesc.ufrj.br>

<sup>2</sup> Departamento de Indicadores Sociais, IBGE; assessor técnico da Secretaria Municipal de Saúde de Itaguaí/RJ. <mandreazzi@terra.com.br>

<sup>3</sup> Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, UFRJ. <diana@cives.ufrj.br>

<sup>1</sup> Rua Esteves Jr. 30, apto. 102.  
Rio de Janeiro, RJ  
Brasil - 22.231-160

## Introdução

Estudos de oferta de serviços de saúde são um componente decisivo do planejamento de saúde. Com a implantação, no país, do Sistema Único de Saúde (SUS), que impulsiona um amplo processo de descentralização, cada vez mais, instâncias regionais e locais de governo e Conselhos de Saúde – que incluem parcelas da sociedade civil organizada – têm se debruçado sobre a formulação e o acompanhamento de Planos de Saúde, de acordo com as diretrizes da NOB-96 e da NOAS-01/02. Uma das características marcantes do sistema de saúde brasileiro é a interpenetração de interesses públicos e privados, seja no financiamento, seja na prestação efetiva da atenção à saúde. No entanto, tem sido comum analisar essa relação de forma estanque. De modo geral, os sistemas estaduais e locais de saúde têm restringido sua governança sobre o setor privado à atenção conveniada e contratada, financiada por meio dos recursos dos fundos de saúde para complementar a atenção estatal, com intuito de alcançar uma cobertura considerada adequada. Isso ocorre a despeito de responsabilidades mais abrangentes do Estado, que incluem o setor privado da saúde na sua totalidade, como, por exemplo: a garantia da qualidade dos serviços prestados, a estratégia de incorporação e disseminação de tecnologias e o consumo de medicamentos e insumos. O processo de regulação da denominada atenção suplementar à saúde, ou seja, aquela que voluntariamente é contratada por meio de seguros privados de saúde, tem se dado, no Brasil, de forma centralizada, com a formação de uma agência reguladora específica. Esta tem priorizado, em sua forma de atuação, a ação direta sobre os objetos de sua regulação em todo o território nacional, ao contrário de toda a legislação do setor saúde que, após a Constituição de 1988, aponta no sentido da integração entre os níveis federal, estadual e municipal e do reforço dos municípios como principal instância gestora dos serviços de saúde. Essa agência inclui, entre suas atribuições, algumas já amplamente discutidas no processo de reforma sanitária brasileira dos anos 1980 – sendo mais efetivas quando efetuadas mais próximas aos locais de execução dos serviços, como é o caso do controle de qualidade de prestadores de saúde e de garantia de acesso à saúde, que, para este fim, desenvolve espaços de controle social por intermédio dos Conselhos de Saúde.

No Brasil, pouco se sabe sobre os impactos, sobre o Sistema Único de Saúde, do crescimento dos seguros privados como alternativa de financiamento de cerca de 25% da população total (que pode chegar a quase 50% em algumas metrópoles). Alguns são conhecidos há mais tempo, como a dupla militância de profissionais de saúde desviando demanda e reduzindo tempo de trabalho para as instituições públicas, ou, ainda, facilitando um acesso diferenciado a determinados exames e procedimentos de alto custo, como hemodiálise, próteses, entre outros. As interpenetrações frequentes dos sistemas público e privado clamam por políticas e metodologias que enfoquem o problema de forma abrangente e integradora.

Este artigo propõe-se a contribuir para o desenvolvimento de metodologias que permitam entender, de forma sistemática, a estrutura e dinâmica dos serviços de saúde, mediante uma perspectiva integradora, que contemple não apenas as políticas públicas como força motriz de seu



desenvolvimento, mas, também, o que vamos entender como a dinâmica do capital. Esta será estudada tanto pelas tendências estruturais de acumulação mais gerais da sociedade capitalista, como pelos processos específicos de competição intra-setoriais.

Para os formuladores de políticas, gerentes do setor saúde e agentes do controle social, importa conhecer a estrutura do mercado e a natureza do processo competitivo que ocorre entre os produtores de serviços; e como essa estrutura muda no tempo mediante seus condicionamentos econômicos, políticos e sociais mais gerais. Ou seja, qual a sua dinâmica? As decisões que se dão no interior do setor saúde, que o conformam e estabelecem os padrões de práticas e consumos de saúde, com impacto sobre a situação de saúde das pessoas, não ocorrem apenas na esfera pública, mediada pelo Estado. Podem, inclusive, não ocorrer, sobretudo, nesta esfera. Embora a dinâmica dos mercados de seguros e serviços devesse ser levada em consideração pelos gestores públicos, inclusive locais, isso, de fato, não é feito; ou, quando tentado, frequentemente baseia-se em premissas empiricamente pouco fundamentadas. Várias áreas que fazem parte do trabalho rotineiro das instituições públicas de saúde carecem desses elementos empíricos e conceituais para estabelecer suas políticas, em todos os níveis geográficos e funcionais do sistema, como, por exemplo: a vigilância sanitária, a cobertura assistencial e o desenvolvimento de recursos humanos.

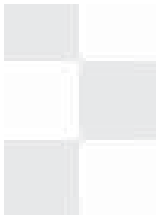
Mais do que uma descrição administrativa dos estabelecimentos (com suas respectivas naturezas jurídicas, indicadores de produção, cobertura e resultados), o que se pretende é desenvolver uma dimensão explicativa dos processos que forjam uma determinada configuração de oferta, com resultados distintos e tendências esperadas com base no desenvolvimento das variáveis determinantes, e, ainda, com possibilidades de regulação pública sobre essas variáveis. Busca-se, também, identificar quais estruturas e dinâmicas de mercado podem ser mais adequadas, o que implica diferentes políticas públicas que favorecem estes ou aqueles agentes econômicos; e que realmente avaliem onde elementos de mercado possam ser valorados e onde seria melhor suprimi-los.

Nos anos 1990, nota-se um crescente interesse de organismos internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), no desenvolvimento de parcerias público-privadas para o alcance de metas de saúde (Ridley, 2001). Varias estratégias de abordagem foram apresentadas por Mills et al. (2002), que concluem pela necessidade de um melhor entendimento do comportamento dos prestadores privados, de modo a melhor influenciá-los. Nesse sentido, experiências têm sido promovidas e avaliadas para o controle de doenças transmissíveis (Newel et al., 2004) e, de forma menos freqüente, para as não-transmissíveis (Nishtar, 2004). Este trabalho pretende colaborar para a identificação de áreas de cooperação e áreas de conflito na relação público-privada e, conseqüentemente, detectar onde as estratégias de parceria são possíveis e desejáveis e onde somente são alcançadas com uma razoável renúncia ao interesse público.

### Estratégias metodológicas

Duas abordagens serão aqui expostas. Uma foi apresentada por Mossaiolos & Thompson (2002), do Observatório Europeu de Sistemas de Atenção à Saúde, e a outra por Jorge Katz, em conjunto com Munoz (1988) e Miranda (1994).

A primeira abordagem é adaptada do modelo clássico da Economia Industrial, desenvolvido por Bain, em 1956:



Tradicionalmente, a performance das firmas é influenciada por sua conduta, por sua vez, determinada pelas características estruturais do mercado. Nosso modelo não implica uma relação necessariamente causal entre esses três elementos... mas examina suas interações. (Mossaiolos & Thompson, 2002, p.22)

Nesse modelo, os autores introduzem um quarto elemento, relativo às regras onde operam os demais, por eles apresentados. A seguir, examinaremos as características e variáveis relevantes quanto ao sistema de atenção à saúde de cada um dos elementos. Tal compreensão implica considerar a complementaridade de uma análise, vista como estática (*estrutura-performance-resultado*), com outra, de caráter dinâmico, centrada nos processos de decisão em que as relações existentes entre leis gerais e particularidades não são de um determinismo mecânico, sendo possível uma ação dos homens que reverta sobre as restrições das estruturas e as modifique (Hay & Morris, 1991).

**Política pública** – são as leis, normas e regulamentos que, no caso específico, incluiriam:

- . os sistemas de direitos à saúde e as coberturas existentes;
- . os incentivos fiscais;
- . as regras de funcionamento do setor privado.

**Estrutura** – refere-se ao meio onde operam especificamente os mercados e, de forma mais geral, as unidades de saúde. São variáveis relevantes:

- . os tipos de produtos;
- . o número e tipo das unidades de produção;
- . as barreiras à entrada no mercado;
- . características da demanda;
- . assimetria de informação – grau no qual a informação é compartilhada entre os agentes – demanda e oferta.

**Conduta** – é analisada em termos das estratégias dos agentes. Os autores apontam, como importantes, as seguintes:

- . precificação;
- . desenvolvimento e diferenciação dos produtos;
- . outras estratégias competitivas (por exemplo, a existência de seleção de risco).

**Performance** – são os resultados em termos da cobertura, eficiência e lucratividade das unidades de produção. E, ainda, das características mais gerais do sistema de saúde, como a equidade. São variáveis aqui

relacionadas:

- . níveis de cobertura;
- . preços;
- . custos e lucratividade;
- . inter-relações entre o setor público e o setor privado;
- . equidade.

Katz & Munoz (1988) apontam que, no setor saúde, se identificam não apenas um, mas três grandes mercados, cujo funcionamento isolado e suas inter-relações determinariam o comportamento setorial: o mercado de serviços médicos, o de serviços hospitalares e o de medicamentos, aos quais poderíamos acrescentar mais dois mercados, o de equipamentos biomédicos e o de seguros privados de saúde. Além disso, não se poderia estabelecer um recorte rígido do que é público ou privado, pois o peso relativo de cada um constitui uma resultante endógena do sistema - do funcionamento da concorrência dentro e entre os vários mercados, e suas interdependências.

Segundo este trabalho, a morfologia dos mercados de saúde teria, como seus determinantes gerais:

- . as condições de ingresso de novos ofertantes;
- . a natureza da mudança tecnológica, se capital ou trabalho-intensiva, com mão-de-obra qualificada ou não;
- . a organização dos ofertantes;
- . a regulação estatal do mercado;
- . o processo de acumulação de capital.

É importante lembrar, aqui, que estamos tratando, simultaneamente, de elementos que pertencem a macroestruturas sociais, como a acumulação de capital, e a meso e microestruturas, como as estratégias específicas de agentes econômicos em um território e/ou mercado particular. Entre esses níveis de análise, existem necessárias mediações. Para Possas (1989), a principal seria a concorrência, elo de ligação entre a dinâmica específica dos capitais individuais buscando valorização e as tendências mais gerais da acumulação de capital, onde, na atualidade, destaca-se a financeirização. Segundo a tradição clássica-marxista, tomada como ponto de partida por esse autor, a concorrência seria definida pela disputa permanente, entre empresas ou produtores/vendedores, pela sobrevivência no mercado, mais do que pelo maior lucro possível. Segundo o autor, Marx entenderia a concorrência... *"como a ação recíproca que os vários capitais exercem entre si ao se defrontarem nos vários planos em que o mercado se faz presente"*... (Possas, 1989, p.56). Incluindo-se, aqui, o poder de Estado.

Possas (1989, p.117-8) aponta, ainda, que

a concorrência apresenta necessariamente especificidades setoriais - tecnológicas e a nível das características da inserção do produto na estrutura produtiva e de demanda... Este aparece como um processo (competitivo) de ruptura da "estrutura" competitiva estabelecida via de regra através da introdução de inovações tecnológicas, de produtos, de novos mercados, ou da centralização de capitais existentes...



Se, em Marx, a concorrência estaria localizada na própria base do processo de acumulação de capital, mais especificamente, dos processos de concentração e centralização do capital (que seria uma das leis de movimento do capitalismo), *“decorre-se, daí, que também poder-se-ia daí extrair sua lógica interna - ... processo de formação e dissolução/consolidação de vantagens comparativas e posições monopolísticas”* (Possas, 1989, p.71).

Possas, com base em Shumpeter, ainda avalia que ocorreram mudanças substanciais nas formas de concorrência no capitalismo:

- . concentração crescente;
- . crescimento generalizado das barreiras à entrada;
- . maior rigidez dos preços e margens de lucro à queda da demanda dos setores oligopolizados;
- . novas formas de organização das unidades de capital;
- . novas formas de concorrência - diferenciação de produto, controle e comercialização, inovações de processos e produtos;
- . novas formas (financeiras) de valorização do capital.

. ...novas dimensões histórico-estruturais derivadas do processo de concentração e centralização de capitais, que ao gerar a grande empresa como nova forma de gestão da acumulação privada de capital, deu lugar no mesmo passo, à relativa autonomização do capital financeiro, de um lado, e à interpenetração econômica do Estado. (Possas, 1989, p.171)

Uma outra mediação localiza-se no campo da política e se refere às estratégias dos atores políticos ao utilizarem o poder do Estado de acordo com seus interesses gerais e específicos, assim como ao imporem sua vontade no âmbito da sociedade civil.

Um terceiro elemento a ser considerado para a explicação das configurações encontradas da oferta é a sua história, ou seja, como a dinâmica da mudança setorial ocorre no tempo, com a finalidade de identificar as continuidades resultantes de uma dinâmica prévia. Santos (1986) aponta um conceito útil para se entenderem os padrões de oferta em determinados territórios. Trata-se do conceito de rugosidade. Segundo o autor, as rugosidades são restos ou formas espaciais fixas de um modo de produção anterior, que permanecem como espaço construído, pelas coisas fixadas na paisagem criada. Assim, quando um novo modo de produção substitui o que termina, encontra formas preexistentes às quais ele deve se adaptar para poder determinar-se. Dentro deste conceito, podemos considerar desde as próprias construções e instalações, assim como as estruturas de transporte, comunicação, até a formação dos recursos humanos, além das relações e fluxos de dependência e/ou referência. Tais fatores atuam como rugosidades ou formas preexistentes, que influenciariam na materialização local dos novos processos de instalação.



### **Análises concretas da oferta de serviços de saúde**

A proposta apresentada procura estabelecer parâmetros indicadores dos fluxos da dinâmica do setor saúde, incluindo-se, aí, a acumulação de capitais, objetivando realizar análises concretas da oferta de atenção à saúde e seus determinantes.

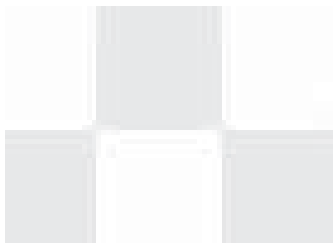
**1 Contexto geral** – trata-se de identificar as variáveis do contexto geral que constroem a dinâmica local. São sinais que apontam comportamentos esperados dos agentes econômicos e políticos, e que tornam difíceis estratégias contrárias, seja por meio da concorrência, seja mediante as políticas de Estado. Como não é o foco deste trabalho aprofundar estes sinais do contexto econômico e político, serão apontados, em caráter ilustrativo, aqueles considerados os mais relevantes na conjuntura atual. Maiores detalhes podem ser vistos em Andreazzi (2002).

a) A financeirização global - esta acarretaria o desvio de capitais da esfera produtiva para a esfera financeira, também alimentado pela especulação dos títulos da dívida pública em mercados secundários de valores, que é um freqüente acompanhante dos estrangulamentos financeiros dos Estados (Chesnais, 1998). No contexto da globalização, tem acarretado uma notável concentração de capital, sob a égide dos países centrais. As grandes empresas produtivas, além de contarem com uma forte área financeira – bancos tradicionais ou novas instituições financeiras – concentram-se nos aspectos mais estratégicos da produção - tecnologia, desenho do produto - descentralizando a sua montagem e as vendas, o que tem significado uma certa “desintegração vertical”. Dupas (1999) identifica que, nesta nova dinâmica do sistema capitalista, seria mais difícil estabelecer fronteiras nítidas entre indústria, serviços em geral e serviços financeiros. O produto financeiro “seguro”, por exemplo, também passa a ser oferecido por grandes corporações industriais (na origem).

b) A crescente importância dos serviços como espaço de acumulação de capital – o que pressiona pela transformação de setores antes não-mercantis em mercantis, além da decorrente tendência à terceirização de serviços, tanto por parte de instituições públicas como privadas, e à privatização.

**2 Contexto específico setorial** - no caso do Brasil, o contexto geral repercute no setor saúde, a partir, principalmente, dos anos 1990, por meio de um importante estrangulamento financeiro do Estado e mudanças na configuração do *mix* público-privado. Dessa forma, o setor privado, de cliente preferencial do Estado, dos anos 1960 a 1980, passa a competir pela liderança da dinâmica setorial, por intermédio de uma expansão da demanda por seguros privados de saúde, do gasto privado em saúde e da penetração de capitais de outras origens no mercado de serviços de saúde. Tais tendências são vistas pela formação de fundos de investimento para aquisição de serviços compostos por capitais oriundos de fundos de pensão, fundos mútuos, com a participação, inclusive, do capital internacional.

**3 Análises de casos locais** - os serviços de saúde constituem um setor extremamente diferenciado, o que impõe a necessidade de se identificar diferentes subsetores (públicos e de mercado), que serão objeto da análise





dos casos locais. A natureza das mudanças tecnológicas, que explicam esta diferenciação, tem sido intensa. Simultaneamente às transformações industriais na produção de medicamentos e equipamentos médicos que ocorreram no mundo desde os anos 1950, muda o significado da prática médica, que passa a ser instrumento para viabilizar a realização das mercadorias produzidas pelo setor industrial. Portanto, a delimitação do setor de análise torna-se o primeiro passo para a aplicação da metodologia proposta. Uma clivagem útil se basearia no caráter de substitutivos próximos dos produtos oferecidos. Assim, é possível separar a assistência médica e hospitalar da odontológica e, quiçá, de serviços de enfermagem de longa duração, que constituem setores com características tecnológicas bastante específicas e com uma história e normas de regulação próprias. Com uma permutabilidade maior, estaria a chamada medicina alternativa, pois em algumas situações, ela funcionaria, muito mais, como uma adição, do que uma substituição à medicina oficial. A base técnica comum entre os serviços médicos e hospitalares seria a ciência médica ocidental ortodoxa. Representando o elo entre as diversas combinações de equipamentos, mão-de-obra especializada e tecnologia, estaria o médico, como ordenador da demanda pelos seus diversos produtos. Assim, com exceção do mercado médico, não há demanda espontânea dos que, efetivamente, irão consumir os serviços do mercado hospitalar e diversos submercados – laboratório, imagens etc. Figueras (1991) afirma que a saúde é uma indústria multiproduto, sendo possível analisar o agregado ou cada uma das partes conforme o interesse do estudo. Pode-se prever uma permutabilidade bastante grande entre os serviços oferecidos pelo setor público e pelo setor privado. Por um lado, porque a ética das práticas profissionais de saúde não permite que haja diferenciações técnicas de atendimento entre os indivíduos. Por definição, as diferenças eticamente permitidas referem-se a aspectos da forma, e não do conteúdo - aparência das instalações, comodidade dos horários.

É razoavelmente consensual que o mercado de serviços de saúde possua algumas características específicas, como:

- a) assimetria de informação - os consumidores possuiriam muito pouca informação relativa aos produtores: *“os pacientes poderiam aceitar, ou até mesmo demandar, tratamentos que não comprariam se completamente informados, mas que são vantajosos, financeiramente, para os profissionais médicos”* (Musgrove, 1999, p.84) – ou para a indústria produtora;
- b) existência de externalidades - muitos dos cuidados à saúde, como os preventivos e o tratamento de doenças infecto-contagiosas, acarretariam benefícios que extrapolam o consumidor. Muitas vezes, isto dificultaria que os consumidores individuais se disponham a pagar por eles, no nível que seria eficaz, como, por exemplo, no caso de campanhas de vacinação (Musgrove, 1999);
- c) presença do terceiro pagador - de seguros sociais ou privados, em que o consumidor não teria, no ponto de uso do serviço, as restrições orçamentárias clássicas da compra direta, o que poderia levá-lo a consumir mais serviços do que o necessário para seu bem-estar;
- d) presença de inúmeras instituições não-lucrativas, que tornaria necessária a identificação de objetivos diferentes do lucro para os produtores de serviços

de saúde. Nos Estados Unidos, tornaram-se também bastantes conhecidos os estudos de Feldstein (1988), para analisar os objetivos dos hospitais não-lucrativos, que constituíam a grande maioria até a década de 1980. Segundo essa abordagem teórica, verificou-se que não era a maximização do lucro do hospital que ocorria, e sim a maximização do rendimento individual dos médicos que atuavam no hospital. Também se dava a viabilização dos interesses estratégicos de outros agentes econômicos, que faziam parte dos Conselhos de Administração dessas instituições - empresários, representantes das indústrias relacionadas à área de saúde, capital financeiro, sob a forma de seguradoras ou bancos investidores. Todos interessados, por motivos diversos, numa forma de competição por diferenciação de produtos, no caso, incorporação tecnológica e inflacionária de custos;

e) como consequência das características acima, algum grau de indução da demanda pela oferta.

Como a atividade de serviços acumularia capital? Na tradição marxista, serviços são ramos autônomos da indústria nos quais produção e consumo ocorrem no mesmo momento. O valor de troca, como o das demais mercadorias, é determinado pelo valor dos elementos de produção, acrescido da mais-valia, criada pelo mais-trabalho dos trabalhadores empregados. Seu valor é transferido, como valor adicional, ao produto. Para Gadrey (1996), tal definição não difere muito da tradição clássica, que considera serviço quando a produção é imaterial (perecível no mesmo instante da produção). Para o capitalista de serviços, além do valor retirado do mais-trabalho, pode haver:

a) ganhos comerciais – ao negociar fatores de produção e na venda dos seus serviços, na dependência das estruturas de mercado;

b) ganhos financeiros.

Considerando essas características estruturais dos mercados de serviços de saúde, em geral, a análise local proposta contemplaria:

**I Análise histórica** da constituição dos serviços em questão, tanto públicos quanto privados. Busca associar os ciclos de expansão e declínio aos contextos de mudança nos modos e relações de produção locais. E, também, mudanças políticas que favoreceram ou dificultaram a implantação de medidas destinadas ao favorecimento de classes determinadas ou a ascensão, ao poder de Estado, de grupos econômicos interessados na expansão de seu capital. As fontes poderão ser tanto documentais ou utilizando a história oral.

**II Análise da regulação** – normas aplicáveis tanto aos processos quanto aos produtos dos serviços, de âmbito federal, estadual, municipal. É importante verificar de que modos elas afetam a estrutura local dos serviços e as condutas dos agentes. Entre elas:

- . vigilância sanitária;
- . regulamentação tributária que pode favorecer determinadas naturezas jurídicas;
- . códigos de ética e de auto-regulamentação;
- . normas de regulação e auditoria.

Um exemplo de *check-list* para averiguar esse processo de regulação é apresentado no quadro a seguir:

**Quadro 1.** Regulação do mercado de estabelecimentos hospitalares

	Variáveis estruturais				Variáveis de conduta (estratégias)			
	Natureza do produto e das mudanças técnicas	Condições de entrada, inclusive normas tributárias	Número e tipo de unidades/firmas	Condições de saída	Preço	Diferenciação de processos	Diferenciação de produtos	Outras
<b>Estatal</b>								
<b>Lucrativo</b>								
<b>Não lucrativo</b>								
<b>Todos</b>								

### III. Análise das variáveis estruturais:

- . demandas pública e privada – obtidas por meio de estudos populacionais, quando possível, inclusive, a cobertura de seguros privados de saúde;
- . gastos públicos e gastos privados – obtidos do Orçamento e Balanço dos órgãos públicos. No caso do setor privado, de balanços públicos, quando possível; e por meio das transferências em pagamentos, por parte do SUS, quando conveniados ou contratados. O conhecimento da participação de distintas fontes privadas é desejável (como gastos diretos ou por intermédio de seguros, quando existente);
- . natureza dos produtos e das mudanças técnicas – algumas variáveis importantes são:

- . os fatores de produção e o peso relativo de cada um deles na composição final dos produtos.

- . a presença de economias de escala e de escopo que favoreçam estruturas maiores e centralizadas. Analisando a natureza técnica dos serviços médicos, poderíamos encontrar ganhos de escala. Para a aquisição e manutenção de muitos equipamentos biomédicos, é necessária uma escala razoável de funcionamento para se ter um custo/preço competitivo. Os custos administrativos, que representam principalmente custos de gerenciamento, podem apresentar economias de grandes números, até certo ponto, quando o tamanho passa a se tornar mais custoso. Os custos comerciais, pelos aspectos éticos que envolvem a propaganda médica no Brasil, não seriam muito importantes. O papel das economias de escala na *performance* dos produtores pode ser avaliada segundo a comparação de indicadores de resultados selecionados, em diferentes tamanhos de unidades de saúde.

- . o número e tipo das unidades/firmas – públicas estatais, privadas lucrativas e não-lucrativas. Importante considerar que, ao contrário da indústria produtora de bens, os serviços de proximidade, como seriam os de saúde, possuem algumas características distintas, que implicam a necessidade de delimitar a área de abrangência do seu mercado. Para Feldstein (1988), esta depende, basicamente, da distância que o paciente percorre para chegar ao serviço. Neste sentido, é possível falar, portanto, em oligopólios e, mesmo, monopólios locais (inclusive naturais). O que reforça a direção da acumulação

de capital em múltiplas plantas, no caso dos serviços de saúde. Verifica-se pelo número e tipo de estabelecimentos e recursos humanos. Esta variável desdobra-se em análises de concentração do mercado, ou seja, do percentual do mercado correspondente às firmas, que terá relações com as condutas e a performance. As fontes disponíveis poderão ser tanto públicas (Pesquisa Assistência Médico-Sanitária, do IBGE; Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, e outros indicadores constantes do Banco de Dados do Datasus; Dados das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde) quanto privadas (Cadastro de Conselhos Profissionais; Associações de Hospitais). As variáveis incluem desde a rede física aos recursos humanos e materiais. Importantes para a análise da concentração dos serviços de saúde são os movimentos de fusões e aquisições, e a participação de capital internacional (principalmente, investimento) e do capital financeiro. Hoje, isto vem ocorrendo na região de maior concentração de beneficiários de seguros privados de saúde, São Paulo, e é particularmente destacado no mercado de patologia clínica;

. barreiras à entrada e à saída – referem-se às vantagens de firmas estabelecidas sobre as firmas novas. No caso dos serviços de saúde, é justo pensar que a presença dos retornos crescentes de escala, e o aumento dos requisitos de capital para a instalação de empreendimentos hospitalares e também ambulatoriais, de maior custo, gerem impactos nas condições de entrada. De modo geral, verificam-se:

- . vantagens absolutas de custo das firmas estabelecidas: por aprendizado, acesso a financiamento, acesso a fatores de produção;
- . existência de patentes, franquias ou outras regulações específicas;
- . vantagens da existência de preferências dos consumidores – marcas;
- . economias importantes de escala – requerimento de grande capital para a entrada;
- . tamanho mínimo elevado em relação à demanda, tendendo, nos mercados locais, para o monopólio natural (condição em que o tamanho da demanda impede a existência de duas unidades de produção de forma eficiente), o que seria um fator estrutural do mercado;
- . integração vertical (forma de diversificação da firma ou organização, em que ela se expande dentro da cadeia de fornecimento de fatores de produção – produção propriamente dita – comercialização).

O requerimento de certa escala para entrada tem sido reduzido pela disseminação da prática de terceirizações de setores inteiros do estabelecimento de saúde. A consignação de equipamentos, pela indústria de bens, tem sido uma outra forma de facilitar o cumprimento dos requisitos de capital para a entrada. Esta indústria, como forma de viabilizar a realização de suas mercadorias, procura manter o prestador de serviço preso à exclusividade de insumos, sendo esta prática de cunho classicamente monopolista (Kahn, 1988).

Destaca-se, ainda, no modelo, o aspecto que denominamos de financeiro. Ele se refere à presença dos mecanismos de articulação aos processos de acumulação financeira que, hoje, têm favorecido aqueles prestadores ou aquelas formas jurídicas mais integradas a esse circuito. Por exemplo, a integração a grupos financeiros, o que permite vantagens, como o acesso a

capital e a créditos para custeio.

**IV. Análise de variáveis de conduta** – trata-se de verificar as estratégias de desenvolvimento e de competição dos agentes, sejam elas explicitadas em documentos institucionais, quando existentes, sejam aquelas percebidas por meio dos mecanismos mais gerais de gerenciamento e de diferenciação dos produtos. Exemplos importantes são:

- . as formas de remuneração dos profissionais e serviços credenciados aos seguros de saúde;
- . os padrões de investimento;
- . as formas de organização política dos produtores e os mecanismos de decisão;
- . a integração vertical, ou seja, as formas pelas quais um dos componentes do sistema procura ter controle direto sobre o seu mercado fornecedor e/ou a comercialização do produto. No caso dos serviços de saúde, são exemplos: o grau de terceirização da prestação de serviços públicos e a existência de empresas médicas com serviços próprios de saúde.

A importância relativa de cada uma das estratégias, para os agentes, há de ser objeto de estudo específico, que inclua:

- 1 A identificação dos principais agentes – gestores públicos com poder decisório; proprietários e gerentes das principais firmas.
- 2 Identificação de documentos, onde possam constar: os objetivos e planos de trabalho desses agentes;
- 3 Realização de entrevistas, procurando identificar: a) sua visão sobre seus pontos fortes e fracos, e os pontos fortes e fracos de seus competidores; b) suas perspectivas de desenvolvimento a curto e médio prazo; c) como se posicionam em face da regulação; d) como pensam se adequar aos fatores estruturais do setor; e) como reagiram ante as mudanças dos modos e relações de produção locais e as estratégias dos seus competidores, ou de seus fornecedores ou financiadores.

A título de ilustração, apresenta-se o Quadro 2, tomado de Andreazzi (2002), que, valendo-se de características estruturais e competitivas de estabelecimentos privados com internação, no Brasil, nos anos 1990, analisa vantagens e desvantagens competitivas de cada uma das formas jurídicas relevantes.

**V. Análise das variáveis de *performance*** – as variáveis de *performance* representariam uma combinação das variáveis tradicionais de avaliação de serviços de saúde, referentes à eficiência, eficácia e efetividade, agregadas aos resultados encontrados quanto ao funcionamento dos mercados: preços, custos, lucratividade, cobertura, equidade, qualidade.

O desafio mais marcante é poder associar esses resultados aos elementos anteriores: regulação, estrutura e conduta. O diagrama apresentado no Quadro 3 pretende auxiliar esse exercício de associação, de modo a subsidiar a etapa seguinte, de ação. Técnicas de planejamento participativo poderão ser úteis para construir as hipóteses de associação.

Ambos os quadros estão apresentados a seguir:

**Quadro 2.** Vantagens e desvantagens de estabelecimentos privados de saúde com internação

	<b>Características técnicas do produto</b>	<b>Estratégias competitivas</b>	<b>Características financeiras</b>	<b>Principais vantagens</b>	<b>Principais desvantagens</b>	<b>Tendências</b>
<b>Privados não- lucrativos</b>	Economias de escala. Barreiras à entrada por elevadas reservas técnicas iniciais	Marca. Aprendizagem. Primeiro a se mover ao mercado	Vantagens tributárias. Relacionamento privilegiado com o SUS	Tributárias. Marcas.	Financeiras	Integração para cima - formação de planos próprios de saúde. Terceirização da tecnologia mais cara para grupos privados lucrativos.
<b>Privados lucrativos</b>	Economias de escala. Barreiras à entrada por elevadas reservas técnicas iniciais	Diferenciação de produtos	Acesso a crédito para expansão e diferenciação de produto. Maior flexibilidade para seleção de riscos - clientela e patologias		Acesso mais difícil a recursos públicos em algumas regiões do país	Formação de cadeias lucrativas. Integração com operadoras de planos de saúde. Enxugamento da capacidade instalada. Especialização em produtos mais lucrativos.

**Quadro 3.** Parâmetros de análise de performance do setor saúde a partir das variáveis de estrutura e conduta

	<b>Regulação</b>	<b>Variáveis estruturais</b>	<b>Variáveis de conduta (estratégias)</b>
<b>Eficiência</b>			
Estaria o custo dos serviços observado associado...	A barreiras à entrada relativa a patentes?A ausência de mecanismos de avaliação tecnológica para aquisição de equipamentos biomédicos?	Ao tamanho do mercado relativo à capacidade instalada?	A inovações de gerenciamento?A integração vertical, gerando práticas oligopolistas?A influência da indústria de insumos sobre os prestadores?
Indicadores de utilização de serviços de saúde acima do esperado estariam relacionados...	A normas imprecisas de auditoria e controle?	A concentração do mercado?	A mecanismos de pagamento por produção de serviços?
<b>Eficácia</b>			
A cobertura privada reduzida estaria relacionada...	Requerimentos de certificação das firmas?	As características da demanda?	A precificação?
Baixa cobertura vacinal estaria associada...	A normas imprecisas sobre envio de informação por parte do setor privado?	A insuficiência de recursos humanos?	Priorização de determinados serviços considerados de maior lucratividade?
<b>Efetividade</b>			
Aumento da morbidade por doenças transmissíveis pode estar associado...	A falta de implantação da legislação sobre notificação compulsória?	A gastos públicos insuficientes?	A política de terceirização de recursos humanos nas instituições públicas?

Deste exercício, podem ser identificadas áreas críticas a serem objeto de atuação do poder público.

### Conclusões

Embora ainda de forma tímida, alguns trabalhos recentes, publicados no país, sobre nosso padrão de articulação público-privada em saúde, têm convergido para pontos que privilegiam a consolidação do comando único do gestor público local sobre o seu território. Não se subtraem da delimitação desse local a factibilidade técnica e a presença de economias de escala e escopo, que podem remetê-lo, eventualmente, a uma unidade político-administrativa estadual (Nisis, 2005). Isso inclui o controle de qualidade da atenção prestada pelo setor privado, seja financiada pelo SUS ou por fontes suplementares (Andreazzi et al., 2004). Além de manter as mais tradicionais funções de contratação de prestadores privados para complementar a atenção pública (Matos & Pompeu, 2003). Para que haja um comando único da saúde em determinado território, temos, aqui, apontado ser necessário considerar os vetores da dinâmica econômica do setor. Identificamos não ser o setor privado em saúde um ente homogêneo, ao contrário, é bastante heterogêneo, formado por diversos subsetores, cada qual com seu próprio dinamismo e articulações com outros setores, e com densidades diversas de capital. Estas características remetem os produtores a distintas classes e frações de classe dentro da sociedade, considerando o seu papel na produção, podendo ter interesses conflitantes e até antagônicos. As estruturas de mercado são elementos essenciais, que informam os gestores públicos sobre as possibilidades e dificuldades da ação regulatória. A presença crescente de economias de escala no processo de produção de serviços de saúde, e o fato de se constituírem em serviços de proximidade, ampliam as possibilidades da existência de oligopólios, ou mesmo, monopólios locais. Essa concentração gera estruturas com maiores poderes para impor preços e condutas e exercer maior pressão sobre o Estado. A dinâmica global e nacional de acumulação de capital tem relações com a dinâmica dos mercados locais de saúde, ampliando algumas possibilidades e restringindo outras. Na atualidade, a financeirização do capital favorece os agentes econômicos com maiores acessos a capitais e transforma os objetivos dos prestadores de serviços de saúde, que passam a vislumbrar possibilidades de ganhos financeiros com a sua atividade, pressionando os custos do sistema de saúde para a sociedade.

A compreensão sistematizada de toda essa dinâmica – com suas características específicas em função das histórias locais –, por parte dos gestores, de forma sinérgica com as esferas do controle social, como a metodologia aqui apresentada, pode gerar uma ação mais efetiva, como, por exemplo: reformas da regulação, com a introdução de novas regras; identificação de oligopólios ou monopólios refratários à regulação pública, onde será adequado avaliar a sua estatização; identificação de áreas onde é possível a compra de serviços e áreas onde esta não é recomendável; mudanças nas formas de pagamento e introdução de incentivos monetários e não-monetários; identificação de áreas onde é possível reforçar uma

colaboração entre o setor público e o setor privado; estabelecimento de uma hierarquização dos prestadores de serviços de saúde, quanto ao plano de fiscalização, de acordo com o risco sobre a qualidade dos produtos ofertados, valendo-se das estratégias competitivas identificadas.

Esse processo demanda um esforço de capacitação e apoio técnico aos gestores, abrindo um campo fértil para colaborações efetivas e regulares, entre as instituições de ensino e pesquisa e os responsáveis pela condução das políticas e programas de saúde, também na área dos estudos econômicos de organização do setor saúde.

### Referências

- ANDREAZZI, M. F. S.; ANDREAZZI, M. A. R.; PINHEIRO, M. C. C. M.; BERNARDO, S.S. Mercado de saúde suplementar: amplitudes e limites na arena da regulação. In: MONTONE, J.; WERNECK C. A. J. (Orgs.) Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003. **Regulação e Saúde**, vol. 3, Tomo 1. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2004. p.121-46.
- ANDREAZZI, M. F. S. **Teias e tramas** - relações público-privadas no setor saúde brasileiro nos anos 90. 2002. Tese (Doutorado) - Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- CHESNAIS, F. **A mundialização financeira**: gênese, custos e riscos. Rio de Janeiro: Xamã, 1998.
- DUPAS, G. **Economia global e exclusão social**: pobreza, emprego, Estado e o futuro do capitalismo. São Paulo: Paz e Terra, 1999.
- FELDSTEIN, P. J. **Health care economics**. New York: Delmar Publishers Inc., 1988.
- FIGUERAS, A. J. Análisis del mercado de la salud (el caso argentino). **Económica**, v.37, n.1,2, p.3-29, 1991.
- HAY, D.; MORRIS, D. J. **Economics and organization**: theory and evidence. Cambridge: Oxford University Press, 1991.
- KAHN, E. Introduction: the rationale of regulation and the proper role of economics. In: KAHN, E. **The economics of regulation**. Principles and Institutions. Cambridge:MIT Press, 1988. p.1-19. vol.1.
- KATZ, J. E.; MUNOZ, A. **Organización del sector salud**: puja distributiva y equidad. Buenos Aires: CEPAL, 1988.
- KATZ, J. E.; MIRANDA, R. E. Mercados de salud: morfología, comportamiento y regulación. **Rev. CEPAL**, v. 54, p.7-25, 1994.
- MATOS, C. A.; POMPEU, J. C. Onde estão os contratos? Análise da relação entre os prestadores privados de serviços de saúde e o SUS. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.8, n. 2, p.629-43, 2003.
- MILLS, A.; BRUGHA, R.; HANSON, K.; MCPAKE, B. What can be done about the private sector in low-income countries? **Bull World Health Organ.**, v.80, n. 4, p.325-30, 2002.
- MOSSAILOS, E.; THOMSON, S. M. S. Voluntary health insurance in the European Union: a critical assessment. **Int. J. Health Serv**, v.32, n.1, p.19-68, 2002.
- MUSGROVE, P. Uma base conceitual para os papéis público e privado em saúde. In: ANDREAZZI, M. F. S.; TURA, L. F. R. (Orgs.) **Financiamento e gestão do setor saúde**: novos modelos. Rio de Janeiro: Editora Escola Anna Nery, 1999. p.63-103.
- NEWELL, J. N; PANDE, S. B; BARAL, S. C; BAM, D. S; MALLA, P. Control of tuberculosis in an urban setting in Nepal: public-private partnership. **Bull World Health Organ**, v. 82, n.2, p.92-8, 2004.



ANDREAZZI, M. F. S. ET AL.

NISHTAR, S. The national action plan for the prevention and control of non-communicable diseases and health promotion in Pakistan - prelude and finale. **J. Pak. Med. Assoc.**, v.54, n.12, suppl 3, p.S1-8, 2004.

NISI. Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde. Desafios para a eqüidade em saúde na região metropolitana de São Paulo. In: HEIMANN, L. S.; IBÁÑEZ, L. C.; BARBOZA, R. (Orgs.) **O público e o privado na saúde**. São Paulo: Hucitec/OPAS/ IDRC, 2005. p.173-242.

POSSAS, M. **Dinâmica e concorrência capitalista**: uma interpretação a partir de Marx. São Paulo: Hucitec, 1989.

RIDLEY, R. G. A role for public-private partnerships in controlling neglected diseases? **Bull World Health Organ**, v.79, n.8, p.771, 2001.

SANTOS, M. **Por uma geografia nova**. 3.ed.São Paulo: Hucitec, 1986.



ANDREAZZI, M. F. S. ET AL. Dinamica del capital y sistemas locales de salud: en búsqueda de un análisis integrador del sector salud. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.19, p.43-58, jan/jun 2006.

El artículo presenta una propuesta metodológica cuyo objetivo es analizar los determinantes de la oferta de atención a la salud a partir de la dinámica de acumulación del capital, a ser añadida a los elementos más tradicionales de evaluación de las políticas de salud utilizados en el campo de la Salud Pública. El análisis está asentado en los conceptos y métodos de la Economía Industrial, probados para el sector salud en trabajos ya desarrollados en el ámbito europeo y de la CEPAL, a los cuales se propone agregar variables del contexto socio-económico-político general. Estas variables abren posibilidades e imponen límites a las estrategias de los agentes locales. Estudios históricos que permitan identificar rugosidades, de acuerdo con el planteamiento de Milton Santos, también son aportes importantes. El trabajo se propone apoyar a los gestores del Sistema Único de Salud de niveles estadual y municipal en su rol de comando único de la salud de un territorio. Esto incluye el conjunto de las posibilidades de efectuar la regulación del sector salud: desde la planificación de la oferta hasta el control de la calidad de los proveedores.

PALABRAS CLAVE: servicios de salud. economía de la salud. SUS (BR).

Recebido em:10/02/06. Aprovado em: 18/05/06.