

**Desafios para o Sistema Único de Saúde (SUS)
no contexto nacional e global de transformações sociais,
econômicas e tecnológicas - CEIS 4.0**

MACROECONOMIA DA SAÚDE NO BRASIL: UMA ANÁLISE A PARTIR DO CEIS

EQUIPE DE PESQUISA

Pedro Rossi

Grazielle David

**Centro de Estudos Estratégicos da
Fiocruz Antônio Ivo de Carvalho**

Coordenador do CEE

Carlos Augusto Grabois Gadelha

Projeto Integrado CEE

Complexo Econômico-Industrial da Saúde e
Prospecção em CT&IS

Subprojeto

Desafios do SUS no contexto nacional e global de
transformações sociais, econômicas e
tecnológicas – Projeto CEIS 4.0

Coordenador Geral

Carlos Augusto Grabois Gadelha

Coordenadores Adjuntos

José Cassiolato

Denis Gimenez

Equipe Executiva

Marco Aurélio Nascimento

Karla Bernardo Mattoso Montenegro

Felipe Kamia

Gabriela Maretto

Juliana Moreira

Leandro Safatle

Colaboradores

Anna Durão (Divulgação e Comunicação),

Bernardo Cesário Bahia (Pesquisa), Glaucy Silva

(Gestão Administrativa), Elisabeth Lissovsky

(Revisão Português) e Nilmon Filho (Projeto Gráfico)

Relatório de pesquisa – CEIS 4.0

***Macroeconomia da Saúde no Brasil:
uma análise a partir do CEIS***

Pesquisadores

Pedro Rossi

Grazielle David

Citar como:

ROSSI, P; DAVID, G. Macroeconomia da Saúde no Brasil: uma análise a partir do CEIS. In: GADELHA, C. A. G. (Coord.). Projeto Desafios para o Sistema Único de Saúde no contexto nacional e global de transformações sociais, econômicas e tecnológicas (CEIS 4.0). Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro: CEE/Fiocruz, 2021.

Todos os direitos reservados ao Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz Antonio Ivo de Carvalho (CEE). Reprodução autorizada desde que citada a fonte.

Esta obra foi elaborada no âmbito do projeto “Desafios do SUS no contexto nacional e global de transformações sociais, econômicas e tecnológicas – CEIS 4.0”. As opiniões expressas refletem a visão dos autores, não representando a visão institucional sobre o tema

SUMÁRIO

Introdução.....	4
1. Desenvolvimento, macroeconomia e saúde: um esquema analítico	7
2. Mensuração e subnotificação da saúde nas contas nacionais	12
2.1 Demanda final, oferta doméstica e emprego na saúde	12
2.2 Encadeamentos produtivos e vazamentos por importações	18
2.3 O tamanho da saúde na economia brasileira	25
3. Política macro, ciclos econômicos e a saúde	29
3.1 Política macro para o desenvolvimento do CEIS no Brasil	29
3.2 Ciclos econômicos, política fiscal e o CEIS	35
Considerações finais	41
Referências	43
ANEXO 1 - Estudo de caso: Hemobrás e os efeitos da variação cambial	48
ANEXO 2 - Estudo de caso: dados de importação do Ministério da Saúde	51

Introdução

A literatura sobre o Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) considera a integração das dimensões social e produtiva, que, usualmente, são tratadas de forma isolada. Segundo Gadelha e Temporão (2018), trata-se de um programa de pesquisa abrangente que avança na investigação sobre a relação entre a saúde e a sociedade no contexto capitalista. Esse programa de pesquisa pode contribuir para um projeto de desenvolvimento econômico no qual a saúde tenha um lugar de destaque e que os avanços nessa área estejam articulados com aumentos de produtividade, melhoras no mercado de trabalho, desenvolvimento tecnológico, soberania e sustentabilidade.

Nos últimos anos tem avançado a literatura que faz uso dessa abordagem, especialmente aquela destinada aos encadeamentos produtivos decorrentes dos serviços de saúde. Há, no entanto, espaço para avançar na caracterização do papel do CEIS no desenvolvimento econômico e, especialmente, na articulação de uma dimensão pouco explorada no CEIS e absolutamente articulada à dimensão social e produtiva: a dimensão macroeconômica.

Nesse contexto, este estudo trata dos condicionantes macroeconômicos do CEIS, buscando articular de maneira sistematizada os impactos da política macroeconômica nas dimensões social e produtiva e, assim, contribuir para a construção teórica do CEIS.

Uma das motivações para o estudo é contribuir para o debate em torno de um projeto de desenvolvimento orientado pelas demandas sociais, que possibilite reconstruir a estrutura produtiva e fornecer meios para sua modernização, conforme já discutido em Rossi et al. (2020). Nesse projeto de desenvolvimento ideal, a saúde é simultaneamente finalidade e meio. Ou seja, o objetivo do projeto é garantir o conteúdo mínimo do direito à saúde e sua realização progressivamente de forma pública, universal e integral, com o entendimento da saúde em um sentido mais amplo, como aspiração ao bem-estar. Isso pressupõe a existência de bens e serviços e tecnologias para abastecimento desse sistema de saúde e que permita sua modernização e sua sustentação ao longo do tempo. Portanto, a garantia do direito à saúde, como finalidade do processo de desenvolvimento, tem uma dimensão macroeconômica e outra produtiva.

Ao mesmo tempo, a centralidade estratégica da saúde como setor intensivo em capital, tecnologia e trabalho faz deste setor um possível motor para o desenvolvimento econômico. Nesse sentido, o CEIS é um ativo estratégico e um dos pilares de um projeto de desenvolvimento, dada a sua articulação com o

Sistema Único de Saúde (SUS) e sua capacidade de gerar mudanças estruturais, crescimento e desenvolvimento tecnológico (Gadelha, 2006).

As políticas macroeconômicas podem contribuir ou atrapalhar o desenvolvimento do CEIS e o andamento das políticas públicas de saúde. Essas políticas podem criar um ambiente macroeconômico favorável ao investimento produtivo e estabelecer as macrocondições de competição que são mais ou menos favoráveis ao investimento produtivo (Coutinho, 2005). Dessa forma, a estabilidade de variáveis macroeconômicas como taxa de juros e taxa de câmbio impactam nos espaços das decisões microeconômicas e podem contribuir para o desenvolvimento do CEIS. Um ambiente macroeconômico benigno favorece a redução de custos e o investimento produtivo, por outro lado, a instabilidade macroeconômica é inibidora do desenvolvimento do CEIS.

É ainda essencial considerar o impacto dos ciclos econômicos no CEIS. Em contextos de crise econômica, a demanda por atendimento no sistema público de saúde aumenta, tanto pela piora das condições de saúde quanto pela diminuição da capacidade de pagamento de planos privados de saúde pelas famílias (Vieira, 2016). Se adotadas medidas de austeridade fiscal como resposta à crise, o corte orçamentário acaba por reduzir a capacidade de resposta do sistema de saúde às novas demandas sociais e de saúde decorrentes da crise. Esse cenário gera impactos perversos: a crise econômica aumenta a demanda por serviços públicos de saúde, políticas de austeridades reduzem a capacidade de oferta do sistema público de saúde e prejudicam o conjunto do CEIS, contribuindo para aumentar a crise. Dessa forma, a política fiscal tem papel fundamental não apenas para contrapor o ciclo econômico em geral, mas para amenizar os efeitos do ciclo na saúde das pessoas e no CEIS. Em momentos de crises, o gasto com saúde deve aumentar e não diminuir.

Se por um lado a política fiscal pode funcionar como uma fonte de dinamismo econômico e instrumento decisivo para a articulação entre o CEIS e um projeto de desenvolvimento virtuoso, por outro, há desafios importantes, uma vez que um aumento da demanda pública por bens e serviços de saúde pode aumentar as importações, o déficit comercial e a dependência externa.

Nesse contexto, este trabalho pretende tratar da macroeconomia da saúde a partir da perspectiva do CEIS e do debate sobre desenvolvimento econômico. Para isso a seção 1 propõe um esquema analítico que servirá de base para o conjunto do trabalho no qual são caracterizadas as articulações entre demanda final e oferta de bens e serviços de saúde, seus encadeamentos pro-

ditivos e vazamentos externos por meio das importações e sua articulação com renda, emprego e tecnologia. Essa esquematização destaca o potencial dinâmico do CEIS e os desafios relacionados à dependência externa assim como permite discutir a conexão entre a dimensão do direito à saúde com a dimensão produtiva, que garante a base material necessária para garantia desses direitos.

Esse esquema analítico é ilustrado para o caso brasileiro na seção 2. A partir dos dados das contas nacionais e da conta satélite de saúde, mostra-se a demanda final, a oferta doméstica, o consumo intermediário, as importações associadas ao CEIS e faz-se uma análise do tamanho da saúde na economia brasileira pela ótica da demanda e da oferta apontando a subnotificação existente.

Já a terceira e última seção faz uso do mesmo esquema analítico para avaliar os impactos da política macroeconômica e dos ciclos econômicos no CEIS. São avaliadas as articulações entre taxas de juros, taxa de câmbio e estrutura produtiva e, em seguida, apresentam-se as linhas gerais de um regime de política macro, adequado para um projeto de desenvolvimento cuja centralidade seja a saúde. Por fim, analisa-se o impacto do ciclo econômico na demanda e oferta de bens e serviços da saúde e propõe-se o uso do gasto público com saúde como um dos pilares de uma política anticíclica que possa, ao mesmo tempo, melhorar as condições de oferta de saúde pública nos momentos de crise e gerar encadeamentos dinâmicos que contribuam para a recuperação econômica.

1. Desenvolvimento, macroeconomia e saúde: um esquema analítico

O conceito de desenvolvimento pode ser definido como um processo histórico marcado pelo crescimento econômico e por mudanças estruturais (Bielschowsky, 2011). O crescimento, entendido como o aumento da produção de bens e serviços, pode ter características negativas (padrões de consumo insustentáveis, exclusão social, degradação ambiental etc.), mas também positivas e necessárias (construção de moradias, expansão dos serviços de saúde, aumento das atividades culturais etc.). Esse não pode ser considerado o fim último de um processo de desenvolvimento, mas é algo imprescindível para um país como o Brasil. Assim, qualquer projeto de desenvolvimento deve buscar não apenas o crescimento econômico, mas pensar a qualidade desse crescimento.

A mudança estrutural, o segundo elemento que caracteriza o conceito de desenvolvimento, aponta as mudanças na paisagem econômica e social, na estrutura produtiva e tecnológica, no mercado de trabalho, na distribuição da renda e da riqueza, nos indicadores sociais e ambientais. Pode haver desenvolvimento com industrialização intensa, concentração de renda e degradação ambiental, como já ocorreu no Brasil. Por outro lado, é possível buscar um modelo de desenvolvimento no qual a finalidade do crescimento econômico seja a melhora na vida das pessoas, a garantia dos direitos humanos e que isso se reflita nos indicadores sociais, nas condições de trabalho, na distribuição da renda e da riqueza, na preservação ambiental e na melhoria dos indicadores de qualidade de vida.

Como nos ensina Furtado (1983), é necessário pensar o desenvolvimento considerando a articulação das estruturas econômicas e sociais domésticas e a partir de um lugar periférico na economia global. O conceito de “estilo” de desenvolvimento usado nas abordagens histórico-estruturalistas da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal) busca trazer essa complexidade ao caracterizar diferentes trajetórias econômicas, padrões, modalidades de capitalismo e especificidades de funcionamento de cada economia. Dentre essas dimensões do desenvolvimento está a dimensão macroeconômica que condiciona as estruturas sociais, como a saúde, e é por essas condicionada.

Como discutido por Costa, Bahia e Braga (2017), as condições de saúde são dependentes do padrão de desenvolvimento. Um padrão de desenvolvimento excludente reproduz as desigualdades por meio das estruturas sociais – mercado de trabalho, tecnologia, estrutura produtiva. Desigualdades que afetam os indicadores de saúde por meio de condicionantes sociais como saneamento, nutrição, condições de trabalho, educação etc. também conhecidos como determinantes sociais de saúde.

Por sua vez, o investimento em saúde traz importantes benefícios sociais, impacta na produtividade do trabalho e, assim, no crescimento e desenvolvimento de longo prazo (WHO, 2001). No entanto, como argumenta Teixeira (2012), os efeitos da saúde das pessoas na renda são indiretos e distantes, e no curto prazo “não é a saúde que melhora a renda, mas a renda que melhora a saúde” (Teixeira, 2012, p. 5).

Se a saúde das pessoas tem impactos distantes no desenvolvimento, o mesmo não pode ser dito da saúde enquanto sistema produtivo. Há um impacto importante da saúde sobre o desenvolvimento que é o potencial elevado de crescimento e emprego que a produção de bens e serviços de saúde podem proporcionar por se tratar de uma produção simultaneamente intensiva em trabalho, capital e tecnologia.

Assim, saúde e desenvolvimento são condições indissociáveis, o desenvolvimento é determinante da saúde, os investimentos em saúde impulsionam o desenvolvimento e os indicadores da saúde são reveladores do desenvolvimento. Por isso, Myrdal (1952), um dos primeiros pensadores do desenvolvimento econômico a defender a importância do gasto com saúde, destaca a importância de pensar programas sanitários como partes integrantes de programas de desenvolvimento, e não de maneira isolada.

De certa forma, a saúde se confunde com o processo de desenvolvimento econômico quando se considera a própria finalidade desse processo. Ou seja, o ponto de chegada do processo de desenvolvimento deve ser garantir condições mínimas de saúde para toda a população, saúde em um sentido amplo, como aspiração ao bem-estar.

Para isso, por um lado são necessárias estruturas econômicas que garantam condições adequadas para a saúde das pessoas; condições de trabalho, alimentação, saneamento básico etc. Por outro lado, é indispensável que se tenham condições materiais para garantir o provimento de bens e serviços de saúde. Ou seja, uma economia capaz de garantir não apenas o fornecimento de bens finais de saúde e a prestação do serviço de saúde na ponta, mas o fornecimento de medicamentos, insumos, equipamentos, tecnologia, seja por meio de produção doméstica ou por meio da geração de divisas estrangeiras para sua importação.

Nesse contexto, a abordagem do CEIS nos ajuda a pensar um desenvolvimento econômico em que a saúde tenha papel central. Primeiramente, porque essa literatura trabalha de forma integrada diferentes dimensões, como a dimensão social do direito à saúde, a dimensão produtiva e tecno-

lógica, além da dimensão externa das relações de dependência e vulnerabilidade associadas ao comércio exterior e financiamento externo. Ademais, ao tratar da dimensão produtiva e tecnológica, a abordagem do CEIS mostra as potencialidades que a saúde traz para o desenvolvimento dada a centralidade da saúde pública e o seu poder de encadeamentos produtivos capazes de geração de renda, emprego e tecnologia.

O papel da saúde no desenvolvimento também pode ser pensado a partir do conceito de frentes de expansão desenvolvido por Bielschowsky (2012), que constituem motores de crescimento como, por exemplo, a infraestrutura social. Segundo o autor, o investimento nas frentes de expansão é capaz de mobilizar mais renda e emprego quanto mais amplos forem os processos de inovação e os encadeamentos produtivos.

Na mesma linha, Rossi et al. (2020) defendem dois motores de crescimento (distribuição de renda e infraestrutura social) orientados por missões socioambientais, que apontam para as finalidades do processo de desenvolvimento.¹ Esses autores argumentam por um desenvolvimento onde demanda social seja o elemento dinamizador da estrutura produtiva doméstica de forma a gerar renda, emprego e tecnologia e a própria sustentação do modelo: “a ideia básica é reconstruir a estrutura de oferta brasileira e fornecer meios para sua modernização a partir de demandas sociais específicas” (Rossi et al., 2020, p. 314).

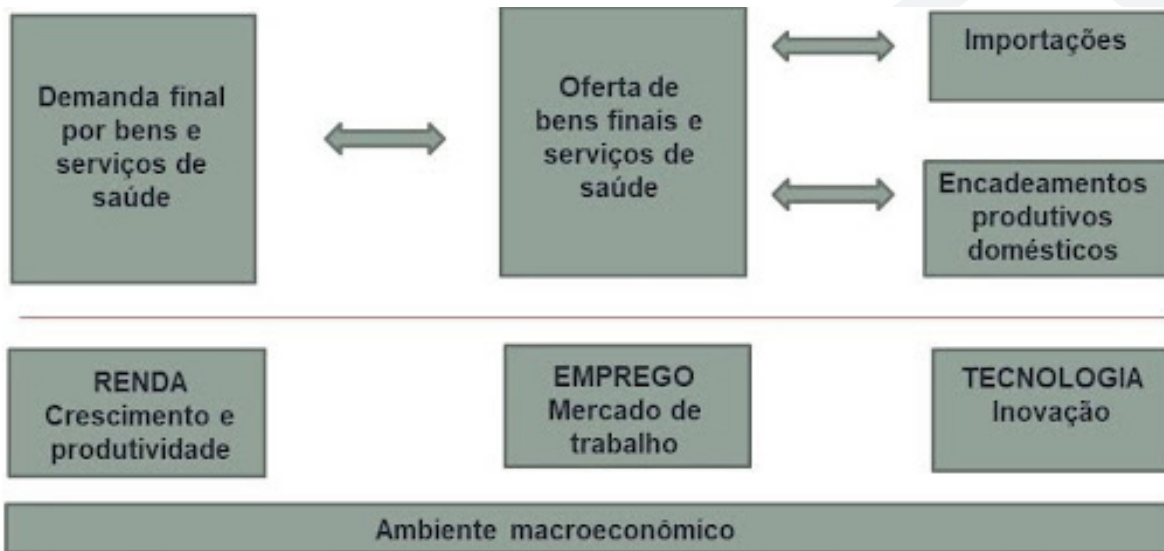
Com base nessa discussão sobre desenvolvimento e na literatura que trata do CEIS, propõe-se um esquema analítico para avaliação da dimensão macroeconômica do CEIS, conforme ilustrado na Figura 1. Esse esquema diferencia a demanda e a oferta de serviços e bens finais da saúde como duas dimensões diferentes para pensar as articulações macroeconômicas. A demanda é a dimensão do direito à saúde, das necessidades e carências sociais, enquanto a oferta é a dimensão da produção, do emprego em saúde e da tecnologia.

Nossa abordagem destaca a demanda de bens e serviços finais de saúde como um dos motores do desenvolvimento cujo dinamismo pode mover o lado da oferta por meio de encadeamentos produtivos domésticos. Já o aproveitamento desses efeitos dinâmicos depende dos vazamentos

¹ “Além de apontar para as finalidades, as missões devem articular as demandas sociais com uma base produtiva e tecnológica necessária para atendê-las, contribuindo assim para a sustentação do modelo de crescimento e para a transformação estrutural da economia.” (Rossi et. al., 2020, p. 306)

externos por meio das importações de bens finais e insumos intermediários.

Figura 1: Esquema analítico para análise dos aspectos macroeconômicos do CEIS



Fonte: Elaboração própria.

O caráter público e privado da saúde tem significados distintos do lado da demanda e da oferta. Do lado da demanda, a mercantilização da saúde se refere ao acesso ao serviço de saúde ou aos bens finais, como os medicamentos. Nesse contexto, a garantia do direito universal à saúde convive com uma importante parcela de demanda por saúde privada – como ocorre no Brasil e será ilustrado na seção 2 –, e essa demanda privada sofre impactos macroeconômicos, dos ciclos e das crises, distintos da demanda pública por saúde – como veremos na seção 3.

Já do lado da oferta, a mercantilização da prestação do serviço de saúde se refere tanto ao atendimento privado de saúde quanto à prestação do serviço público, que pode ser financiado pelo governo, mas realizado por empresas e hospitais privados. Assim como do lado da demanda, o impacto do ciclo macroeconômico afeta de forma distinta a oferta de saúde pública e privada, e o financiamento desses serviços é completamente diferente: a saúde privada depende da renda das famílias, e a pública, do orçamento do governo.

Renda, emprego e tecnologia afetam tanto a demanda quanto a oferta de bens e serviços finais de saúde. Do lado da demanda, esses estão entre os principais determinantes sociais da saúde,

uma vez que a renda interfere na alimentação, moradia, hábitos saudáveis etc. assim como o mercado de trabalho, que além de associado à renda também determina as condições de trabalho ou de desemprego, que afetam a saúde. Já a tecnologia pode melhorar substancialmente a qualidade de vida das pessoas, mas também criar problemas de saúde específicos. Essas dimensões macroeconômicas afetam não apenas a saúde das pessoas e, portanto, a demanda por saúde, mas também a composição dessa demanda entre pública e privada, como veremos na seção 3.

Renda, emprego e tecnologia, evidentemente, também estão diretamente ligados ao lado da oferta de bens e serviços finais de saúde. Seja diretamente pelo emprego, renda e tecnologia gerados pela prestação de serviços de saúde pública e privada e pela produção de bens e serviços finais, mas também indiretamente por meio dos encadeamentos produtivos domésticos.

Enquanto os serviços de saúde são bens não comercializáveis, ou seja, não sofrem concorrência da produção estrangeira,² a produção de insumos, medicamentos, equipamentos para a saúde está sujeita à concorrência das importações. A importação de produtos do consumo intermediário dos serviços de saúde e a importação direta de bens finais, como medicamentos, têm impactos importantes sobre renda, emprego e tecnologia assim como impacta na própria sustentação do modelo de desenvolvimento.³

Por fim, o ambiente macroeconômico e a política macro afetam o conjunto das dimensões: demanda, oferta, importações, encadeamentos produtivos, renda, emprego e tecnologia. Explorar essas relações é o desafio das próximas duas seções. Na seção 2 buscaremos ilustrar esse esquema analítico para o caso brasileiro por meio das contas nacionais, enquanto na seção 3 trataremos do impacto do ambiente macro e da política macroeconômica nas variáveis destacadas nesse esquema analítico. Esse esforço de síntese é apenas uma primeira aproximação do conjunto de relações contidas no esquema analítico, uma vez que uma caracterização mais detalhada demanda toda uma agenda de pesquisa.

² A importação e a exportação de serviços de saúde privados são residuais, como veremos na seção 2.

³ Já as exportações de produtos finais de saúde são componentes da demanda final.

2. Mensuração e subnotificação da saúde nas contas nacionais

2.1 Demanda final, oferta doméstica e emprego na saúde

2.1.1 O serviço de saúde pública

No Sistema de Contas Nacionais (SCN), a demanda final por saúde pública correspondeu a 2,83% do produto interno bruto (PIB) e o valor adicionado a 1,92% do PIB em 2018.⁴ No entanto, a saúde pública no SCN não inclui os serviços de instituições cujos orçamentos não são vinculados ao Ministério da Saúde, mas aos Ministérios da Educação, Defesa e às Secretarias de Educação e de Segurança Pública, como hospitais universitários, militares e penitenciários (IBGE, 2019).

Essa subnotificação é parcialmente resolvida na Conta-Satélite de Saúde (CSS), que é uma extensão do Sistema de Contas Nacionais que, ao desagregar atividades e produtos, permite uma análise mais detalhada da saúde a partir da metodologia do SCN.⁵ Essa base de dados apresenta a rubrica “Saúde pública – Educação e Defesa”, que dimensiona a “produção de serviços de saúde pela rede de estabelecimentos de saúde próprios do Ministério da Defesa e pelos quarenta e seis hospitais universitários federais vinculados ao Ministério da Educação” (IBGE, 2019, p. 18). Essa produção, contabilizada no SCN como *educação pública* ou administração pública, consta na CSS como saúde pública.

Com isso, a saúde pública representou 3,06% do PIB em 2017 em termos de demanda final e 1,97% do PIB em termos de valor adicionado, de acordo com os dados da CSS.⁶ Ainda assim, a subnotificação persiste, uma vez que não estão incluídas “informações sobre os serviços de saúde de hospitais universitários públicos estaduais e municipais, nem sobre os de órgãos vinculados às

⁴ As contas nacionais são elaboradas a partir dos conceitos de produto e atividade econômica. Os produtos são bens e serviços cuja produção pode se destinar para (i) consumo intermediário – quando os produtos são reintroduzidos no processo de produção – ou para (ii) demanda final – quando os produtos não são reintroduzidos no processo produtivo doméstico naquele período contábil, ou seja, são destinados ao consumo final, para exportação ou para investimento. Já as atividades econômicas congregam informação de unidades produtivas que, para além de produzir produtos característicos da atividade, também podem produzir outros produtos, característicos de outras atividades.

⁵ A CSS é resultado do trabalho de cinco instituições: a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o Ministério da Saúde e o IBGE. Apesar da CSS ser parte integrante do SCN, a primeira tem especificidades e periodicidade distintas, por isso diferenciamos neste trabalho SCN e CSS.

⁶ A rubrica saúde pública da CSS é R\$ 12,4 bilhões superior à mesma rubrica do SCN de 2017.

secretarias de Segurança Pública e Defesa Civil (como as redes do sistema penitenciário, de órgãos de defesa civil e de órgãos policiais civis e militares)” (IBGE, 2019, p. 18).

Ainda na ótica da demanda final, a saúde pública é contabilizada apenas como consumo do governo, embora as famílias sejam as beneficiadas pela prestação dos serviços, isso porque a despesa de consumo é contabilizada a partir de quem faz o pagamento e não do beneficiário pelo bem ou serviço.

O consumo do governo em saúde não se limita à saúde pública, mas esse também consome saúde privada, ou seja, serviços adquiridos junto ao setor de saúde privada que contabilizaram R\$ 43 bilhões em 2018 e 17,5% do total do consumo do governo com saúde (Quadro 1). Isso ocorre porque o setor privado pode atuar na saúde de forma suplementar ou complementar. Na modalidade suplementar ele atua via planos de saúde, seguros de saúde ou particular, já na modalidade complementar ele atua junto ao setor público, vendendo seus serviços, mediante contrato ou convênio.

Além disso, também integram o consumo do governo os produtos farmacêuticos ou medicamentos destinados ao consumo final, ou seja, que não são usados para consumo intermediário da atividade de saúde pública, mas distribuído diretamente para a população.⁷ O SCN contabiliza produtos farmacêuticos no valor de R\$ 8,7 bi, que corresponde a 3,5% do total do consumo final do governo com saúde em 2018, enquanto a CSS contabiliza medicamentos para uso humano no valor de R\$ 8,4 bilhões, 3,3% da despesa de consumo final com saúde do governo em 2017.

Quadro 1: Demanda final do governo com saúde em 2018

	% do consumo final do governo com saúde	% do PIB
Produtos farmacêuticos	3,49%	0,13%
Saúde pública	79,02%	2,83%
Saúde privada	17,49%	0,63%

Fonte: IBGE, SCN. Elaboração própria

⁷ Portanto, o consumo de medicamentos e produtos farmacêuticos do governo não se limita ao consumo final, mas também há o consumo intermediário de diversas atividades públicas, em especial da saúde pública.

Pela ótica da oferta, a produção do produto “saúde pública” se dá apenas pelo setor de atividade “saúde pública”, mas o mesmo é responsável pela produção de dois outros produtos secundários de acordo com o SCN; “pesquisa e desenvolvimento”, que representou o valor de R\$ 1,4 bilhão em 2018, ou 0,7% do valor total de produção da atividade, e “saúde privada”, que representou R\$ 2,7 bilhões em 2018 ou 1,4% do total. Esse último item representa uma produção mercantil de serviços pela saúde pública.⁸ A CSS destaca também a produção de medicamentos para uso humano que são produzidos em laboratórios públicos e representou R\$ 3,7 bi e 1,9% do valor total de produção da atividade em 2017.

Dadas as especificidades da saúde pública, não há importação nem exportação do serviço de saúde pública assim como não há consumo intermediário de saúde pública por nenhum outro setor de atividade, logo, a sua demanda total é igual à demanda final. A demanda final por esses serviços é muito próxima do valor da produção desses setores, e a contribuição para o PIB é próxima da demanda final menos o consumo intermediário. A diferença entre a demanda final (R\$ 198 bi) pelo setor saúde pública e o valor da produção (R\$ 202 bi) do setor saúde pública é igual ao valor da produção pelo setor de atividade dos dois outros produtos já mencionados, pesquisa e desenvolvimento e saúde privada. Ademais, vale destacar que a forma de mensuração da saúde pública difere da saúde privada, uma vez que não é estimada por seu valor de mercado, mas por seus custos de produção.⁹

2.1.2 Serviço de saúde privada

Diferentemente da saúde pública, o produto saúde privada não é apenas um serviço final prestado diretamente ao público, mas também é alvo do consumo intermediário de outras atividades e da

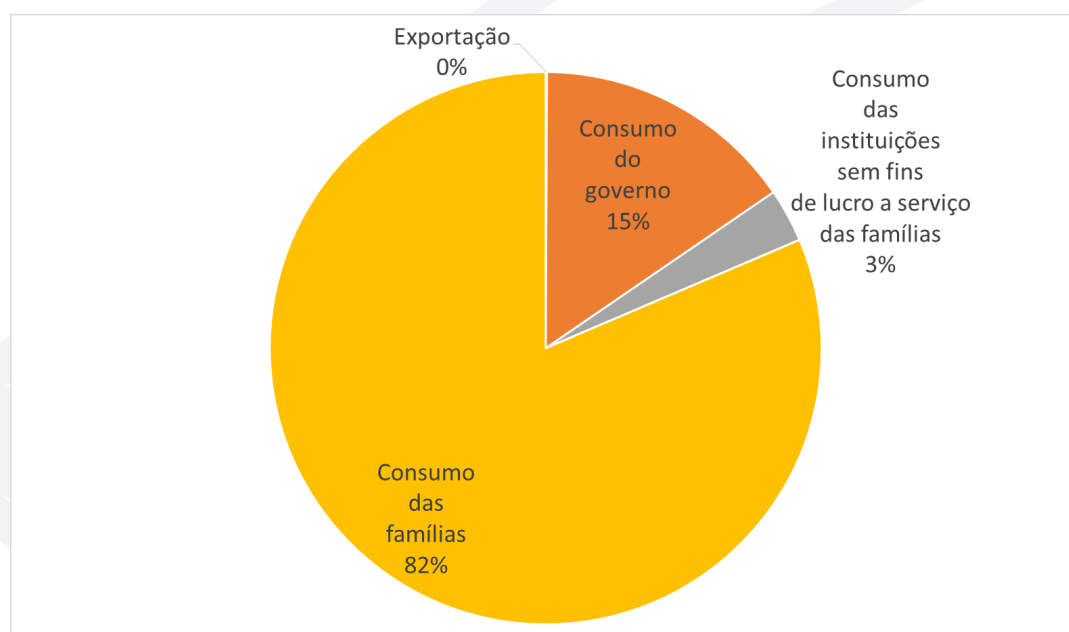
⁸ Como exemplo de produção mercantil, a conta satélite de saúde apresenta os hospitais que têm receitas pela venda de serviços ao mercado; pois também atendem a pacientes de planos de saúde (Brasil, 2012). No caso da saúde pública, essa receita pela venda de serviços pode vir tanto de hospitais públicos vinculados aos órgãos da saúde (Ministério e Secretarias de Saúde) quanto de unidades vinculadas à educação (hospitais universitários).

⁹ “Como os serviços de saúde pública são distribuídos gratuitamente, não há um valor de mercado para sua produção. O valor da produção tem que ser estimado pelos custos. Ele será igual à soma das remunerações pagas nessa atividade, de seu consumo intermediário e de uma estimativa da depreciação dos ativos fixos usados na produção – realizada pela Coordenação de Contas Nacionais, do IBGE” (IBGE, 2019, p. 20).

própria atividade de saúde privada. Sua demanda final foi de 4,3% do PIB, e o valor adicionado foi de 2,5% em 2017, de acordo com a CSS.

Na ótica da demanda final, a saúde privada é destinada principalmente ao consumo das famílias (82% em 2017), mas também ao consumo do governo (15%), ao consumo das instituições sem fins de lucro a serviço das famílias (ISLSF) (3%) e, residualmente, para exportação (0,08%), conforme a Figura 2.

Figura 2: Demanda final por saúde privada em 2017



Fonte: IBGE, CSS. Elaboração própria.

Pela ótica da oferta, a produção de saúde privada ocorre também no setor de atividade de saúde pública, o que representa 0,9% da produção desse serviço, e residualmente nas atividades de administração pública, defesa e seguridade (0,25%) e educação pública (0,04%). A produção de saúde privada também é subnotificada no SCN, uma vez que os serviços prestados em departamentos médicos e enfermarias, por exemplo, localizados em empresas, escolas, academias e outros estabelecimentos não são contabilizados como produção do produto saúde privada. A subnotificação se estende para trabalhadores autônomos associados ao cuidado, de idosos, por exemplo, que prestam serviços de saúde que são classificados como serviços pessoais ou serviços domésticos.

A atividade saúde privada também é responsável pela produção residual de dois outros produtos secundários: aluguel efetivo e serviços imobiliários e pesquisa e desenvolvimento, que, somados, representam 0,13% do valor de produção da atividade.

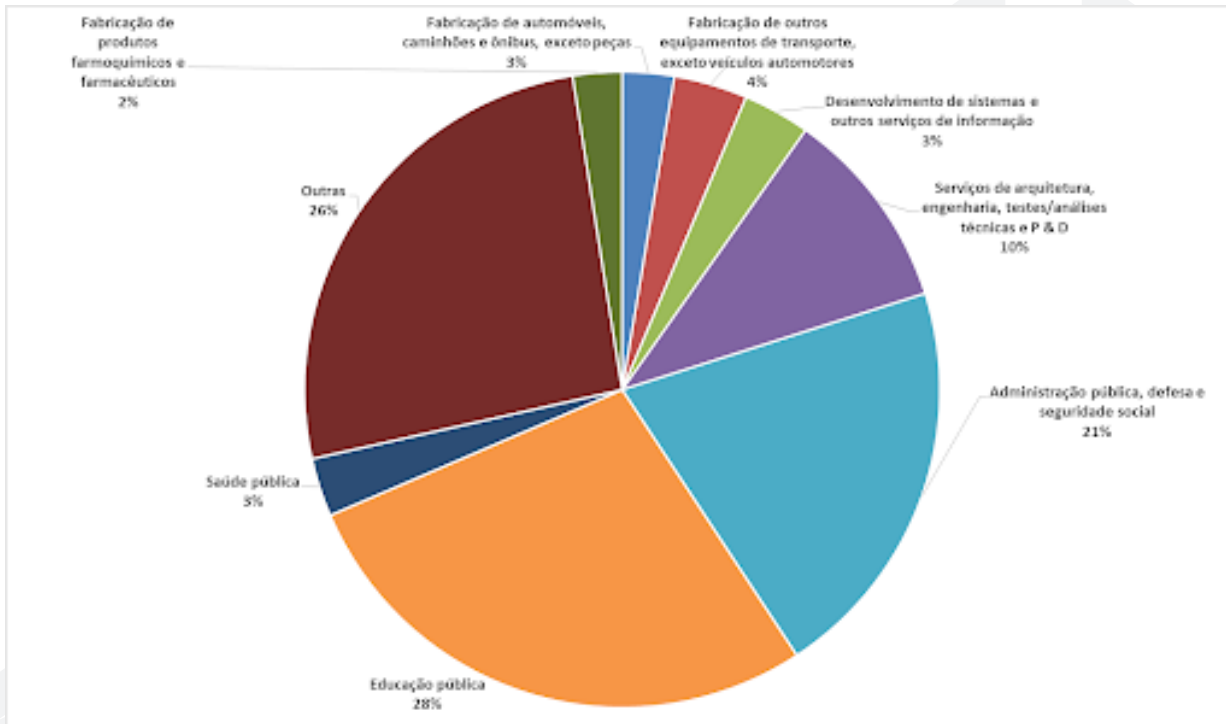
2.1.3 Produtos farmacêuticos e outros

Para além dos serviços de saúde pública e privada, o SCN traz informações sobre produtos farmacêuticos e sobre a atividade produtiva Fabricação de produtos farmoquímicos e farmacêuticos, que contempla as atividades de produção de medicamentos para uso humano, preparações farmacêuticas e produtos farmoquímicos.

Em 2018, a demanda final por produtos farmacêuticos foi de R\$ 128 bi e representou 2,5% do consumo das famílias e 1,5% do PIB. Desses produtos, 87% foram produzidos pela atividade “fabricação de produtos farmoquímicos e farmacêuticos”, além disso, outras nove atividades fabricam esses produtos, com destaque para as atividades Comércio por atacado e a varejo, exceto veículos automotores, que no SCN incluem farmácias de manipulação, e Administração pública, defesa e seguridade social.

A Fabricação de produtos farmoquímicos e farmacêuticos está entre as cinco atividades produtivas privadas que mais produziram pesquisa e desenvolvimento em 2018, sendo que mais de 50% dessa produção ocorre no setor público, como mostra a Figura 3.

Figura 3: Distribuição da produção de pesquisa e desenvolvimento entre as atividades produtivas em 2018



Fonte: IBGE, SCN. Elaboração própria.

A CSS, que apresenta uma visão mais precisa sobre a produção de bens relacionados à saúde, exclui da atividade de fabricação de produtos farmacêuticos os medicamentos para uso veterinário e, segundo Silveira et al. (2020), o consumo de medicamentos na CSS tem como diferença para o SCN a inclusão de produção de laboratórios oficiais (Farmanguinhos, Biomanguinhos etc.), que é normalmente computada como produção de serviços de saúde pública. Além disso, apresenta outras duas atividades não disponíveis no SCN: Fabricação de instrumentos e materiais para uso médico e odontológico e de artigos ópticos e Comércio de produtos farmacêuticos, perfumaria e médico-odontológicos.

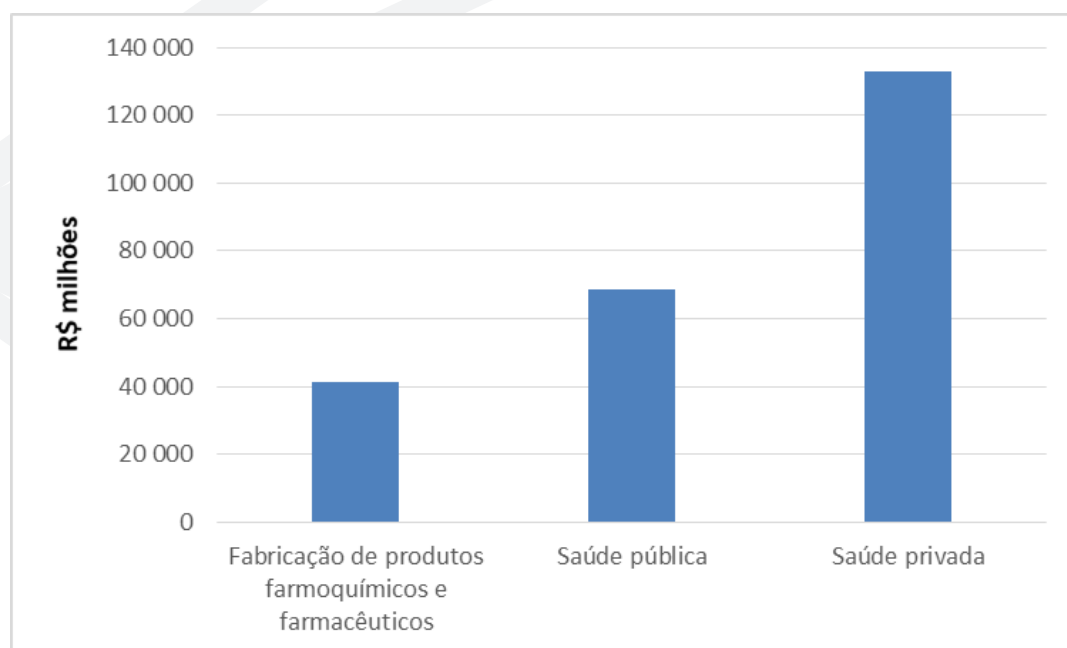
Mas o principal detalhamento da CSS em relação ao SCN está do lado do produto ao destacar seis tipos de produtos relacionados à área de saúde: Produtos farmoquímicos, Medicamentos para uso humano, Preparações farmacêuticas, Aparelhos e instrumentos para uso médico e odontológico, Outros materiais para uso médico, odontológico e óptico, inclusive prótese e Comércio de

produtos farmacêuticos, perfumaria e médico-odontológicos.¹⁰

2.2 Encadeamentos produtivos e vazamentos por importações

Até aqui esta seção tratou da demanda final dos bens e serviços da saúde e do valor adicionado das atividades relacionadas à saúde. No entanto, a área da saúde está diretamente interligada com diversos outros setores produtivos por meio do consumo intermediário, ou seja, os produtos que servem de insumos para o produto final, seja bem ou serviço relacionado à saúde. Em 2018, o consumo intermediário das três atividades do SCN ligadas à saúde somou R\$ 243 bilhões (Figura 4).

Figura 4: Consumo intermediário de atividades da saúde em 2018



Fonte: IBGE, SCN. Elaboração própria.

O consumo intermediário da saúde pública foi de R\$ 68 bilhões em 2018, sendo que os produtos farmacêuticos representam 14% desse valor. A atividade também demanda diversos serviços,

¹⁰ Para uma análise detalhada dos produtos farmacêuticos a partir da CSS, ver Vieira e Santos (2020).

como serviços administrativos e de alimentação, e outros produtos industriais, como os produtos químicos diversos (Quadro 2).

Quadro 2: Consumo intermediário da saúde pública (R\$ milhões - 2018)

Produtos farmacêuticos	9.969
Outros serviços administrativos	8.057
Serviços de alimentação	5.290
Produtos de indústrias diversas	4.871
Condomínios e serviços para edifícios	3.130
Desenvolvimento de sistemas e outros serviços de informação	2.620
Aluguéis não imob. e gestão de ativos de propriedade intelectual	2.374
Outros produtos alimentares	2.121
Serviços de arquitetura e engenharia	2.046
Serviços especializados para construção	1.993
Água, esgoto, reciclagem e gestão de resíduos	1.781
Edificações	1.759
Serviços de vigilância, segurança e investigação	1.520
Publicidade e outros serviços técnicos	1.493
Eletricidade, gás e outras utilidades	1.464
Produtos químicos diversos	1.392
Manutenção, reparação e instalação de máquinas e equipamentos	1.370
Serviços pessoais	1.219
Comércio e reparação de veículos	1.117
Carne de bovinos e outros prod. de carne	1.106
Outros produtos alimentares	11.795
Total	68.487

Fonte: IBGE. Elaboração própria.

O consumo intermediário da saúde privada foi de R\$ 133 bilhões em 2018 de acordo com o SCN, e a principal atividade consumida é o próprio serviço de saúde privada, além disso, dois setores de atividades se destacam: Produtos de indústrias diversas e Produtos farmacêuticos. Também se destaca o consumo intermediário de produtos financeiros da atividade Intermediação financeira, seguros e previdência complementar, que pode apontar o fenômeno da financeirização da área de saúde, conforme discutido no eixo 2 deste projeto de pesquisa. Já a fabricação de produtos farmacêuticos e químicos destinou R\$ 41,5 bilhões para o consumo intermediário, cujos produtos estão especificados no Quadro 4.

Quadro 3: Consumo intermediário da saúde privada (R\$ milhões - 2018)

Saúde privada	37.469
Produtos de indústrias diversas	27.788
Produtos farmacêuticos	23.188
Intermediação financeira, seguros e previdência complementar	6.385
Serviços de alimentação	4.844
Serviços jurídicos, contabilidade e consultoria	3.816
Aluguel efetivo e serviços imobiliários	2.993
Condomínios e serviços para edifícios	2.696
Água, esgoto, reciclagem e gestão de resíduos	2.564
Eletricidade, gás e outras utilidades	2.388
Serviços pessoais	2.100
Outros serviços administrativos	2.052
Telecomunicações, TV por assinatura e outros serv. relacionados	1.321
Produtos químicos inorgânicos	1.254
Aluguéis não imob. e gestão de ativos de propriedade intelectual	1.248
Papel, papelão, embalagens e artefatos de papel	1.225
Perfumaria, sabões e artigos de limpeza	1.183
Manutenção de computadores, telefones e objetos domésticos	1.012
Comércio e reparação de veículos	775
Outros	6.794
Total	133.095

Fonte: IBGE. Elaboração própria.

Quadro 4: Consumo intermediário da Fabricação de produtos farmoquímicos e farmacêuticos (R\$ milhões - 2018)

Produtos farmacêuticos	9.019
Serviços jurídicos, contabilidade e consultoria	5.935
Produtos químicos orgânicos	3.431
Transporte terrestre de carga	2.913
Publicidade e outros serviços técnicos	2.815
Etanol e outros biocombustíveis	1.734
Produtos químicos diversos	1.679
Comércio por atacado e a varejo, exceto veículos automotores	1.455
Intermediação financeira, seguros e previdência complementar	1.418
Papel, papelão, embalagens e artefatos de papel	1.351

Outros serviços administrativos	972
Serviços de arquitetura e engenharia	938
Manutenção, reparação e instalação de máquinas e equipamentos	863
Artigos de plástico	665
Armazenamento e serviços auxiliares aos transportes	640
Condomínios e serviços para edifícios	520
Desenvolvimento de sistemas e outros serviços de informação	513
Produtos químicos inorgânicos	379
Outros	4.215
Total	41.455

Fonte: IBGE. Elaboração própria.

A CSS não oferece uma visão geral do consumo intermediário das atividades, mas apresenta de forma mais detalhada o quanto as atividades ligadas à saúde consomem produtos intermediários associados à saúde. O Quadro 5 mostra como os serviços de saúde pública e privada fazem uso dos insumos intermediários da área de saúde e destaca a importância dos medicamentos, dos materiais para uso médico e, especialmente para o caso da saúde privada, aparelhos e instrumentos para uso médico e odontológico.

Quadro 5: Consumo intermediário da Saúde pública e privada (R\$ milhões - 2017)

	Fabricação de produtos farmacêuticos	Fabricação de instrumentos e material médico-odontológico	Comércio de produtos farmacêuticos, perfumaria e médico-odontológicos	Saúde privada	Saúde pública	Saúde pública - Educação e Defesa	Outras (não saúde)
Produtos farmoquímicos	5.889	0	525	0	1.098	83	2.360
Medicamentos para uso humano	678	0	0	18.386	8.181	621	1.388
Preparações farmacêuticas	2	0	0	457	413	31	179
Aparelhos e instrumentos para uso médico	0	0	0	9.317	1.150	87	436
Outros materiais para uso médico, odontológico e óptico, inclusive prótese	11	1.090	0	14.624	3.389	257	1.141
Comércio de produtos farmacêuticos, perfumaria e médico-odontológicos	0	0	0	0	0	0	0
Saúde privada	0	0	0	29.641	11	1	64
Saúde pública	0	0	0	0	0	0	0
Outros (não saúde)	23.984	4.370	45.606	62.422	49.017	3.722	5.057.856
Total	30.564	5.460	46.131	134.847	63.259	4.802	5.063.424

Fonte: IBGE, CSS. Elaboração própria.

Os encadeamentos produtivos da saúde e seus efeitos sobre a renda e o emprego são impactados pelo uso de produtos importados pelas atividades da área. As importações são comuns e necessárias em qualquer sistema de saúde, mas o alto componente importado de insumos e bens finais reduz o potencial dinâmico do CEIS e, como veremos na seção seguinte, impacta na vulnerabilidade do setor, dependência externa e na sua capacidade de compra em momentos de desvalorização da moeda brasileira em relação ao dólar.

O trabalho de Passoni (2019) apresenta uma atualização da matriz insumo-produto brasileira até 2018, seguindo a metodologia do IBGE que disponibiliza a última matriz para o ano de 2015. Com base nesses dados, o Quadro 6 mostra que o uso importado na saúde privada foi de R\$ 10 bilhões de reais em 2018, o que representou 9% do consumo intermediário da atividade. O destaque vai para a importação de produtos farmacêuticos no valor de R\$ 4,7 bi, o que representa 52% do consumo intermediário desses produtos, e também para os produtos de indústrias diversas, R\$ 2,4 bi e 27% (Quadro 6).

A saúde pública também é muito impactada pela importação de produtos farmacêuticos, que em 2018 foi de R\$ 2,6 bi, o que representou 65% do consumo intermediário desse produto pela atividade. No total, a saúde pública importou o equivalente a 12% o valor do consumo intermediário ou R\$ 6,8 bi, conforme o Quadro 7.

Já a atividade de Fabricação de produtos farmoquímicos e farmacêuticos importou em 2018 o equivalente a 27% do seu consumo intermediário (Quadro 8). A importação de produtos farmacêuticos responde por mais da metade das importações do setor, R\$ 4,6 bi, e é três vezes superior ao consumo intermediário desses produtos pela atividade, o que mostra que se trata de importação de produtos para venda direta ao consumidor final.

Quadro 6: Uso importado da Saúde privada (R\$ milhões - 2018)

Produtos farmacêuticos	4.763
Produtos de indústrias diversas	2.474
Aluguéis não imobiliários e gestão de ativos de propriedade intelectual	688
Intermediação financeira, seguros e previdência complementar	475
Serviços de alimentação	318
Equipamentos de medida, teste e controle, ópticos e eletromédicos	190
Outros serviços administrativos	187
Aluguel efetivo e serviços imobiliários	177
Máquinas para escritório e equipamentos de informática	95
Papel, papelão, embalagens e artefatos de papel	94
Artigos de plástico	86
Outros	473
Total	10.021

Fonte: IBGE/Passoni (2019). Elaboração própria.

Quadro 7: Uso importado da Saúde pública (R\$ milhões - 2018)

Produtos farmacêuticos	2.694
Aluguéis não imobiliários e gestão de ativos de propriedade intelectual	852
Produtos de indústrias diversas	580
Serviços de alimentação	577
Serviços de arquitetura e engenharia	502
Produtos químicos diversos	335
Desenvolvimento de sistemas e outros serviços de informação	303
Equipamentos de medida, teste e controle, ópticos e eletromédicos	290
Outros serviços administrativos	205
Artigos de plástico	110
Outros produtos alimentares	100
Máquinas para escritório e equipamentos de informática	95
Conservas de frutas, legumes, outros vegetais e sucos de frutas	88
Produtos químicos orgânicos	73
Outros	595
Total	6.806

Fonte: IBGE/Passoni (2019). Elaboração própria.

Quadro 8: Uso importado da Fabricação de produtos farmoquímicos e farmacêuticos (R\$ milhões - 2018)

Produtos farmacêuticos	4.681
Produtos químicos orgânicos	1.833
Produtos químicos diversos	427
Serviços de arquitetura e engenharia	228
Aluguéis não imobiliários e gestão de ativos de propriedade intelectual	197
Serviços de alojamento em hotéis e similares	163
Manutenção, reparação e instalação de máquinas e equipamentos	153
Produtos químicos inorgânicos	134
Outros	665
Total	8.481

Fonte: IBGE/Passoni (2019). Elaboração própria.

Assim como para o caso do consumo intermediário, a CSS não oferece uma visão detalhada

das importações para o conjunto dos produtos, mas apresenta de forma mais detalhada o quanto as atividades ligadas à saúde consomem de produtos importados associados à saúde. O Quadro 9 mostra a participação das importações na oferta total de produtos relacionados à saúde. Entre 2010 e 2017, nota-se um aumento na participação das importações na oferta de medicamentos, preparações farmacêuticas e nos produtos farmoquímicos. No entanto, não há nesse período aumento da importação total de produtos relacionados à saúde relativamente à oferta total dos mesmos, segundos os dados da CSS.

Quadro 9: Participação das importações na oferta total a preços básicos (%)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Produtos relacionados à saúde	4,7	4,2	4,7	4,9	4,6	5,3	5,1	4,6
Produtos farmoquímicos	71,2	74,1	75,9	74,0	69,5	77,4	76,8	76,4
Medicamentos para uso humano	21,9	20,7	22,5	24,3	23,6	26,3	26,5	24,1
Preparações farmacêuticas	16,3	16,4	20,0	19,9	23,2	30,3	25,2	22,3
Aparelhos e instrumentos para uso médico e odontológico	21,3	19,3	21,5	23,4	22,3	25,8	21,8	20,7
Outros materiais para uso médico, odontológico e óptico, inclusive prótese	29,0	29,7	36,4	37,1	34,4	37,1	32,9	32,8
Saúde privada	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3	0,3
Outros (não saúde)	6,7	6,9	7,3	7,7	7,6	7,8	6,8	6,7

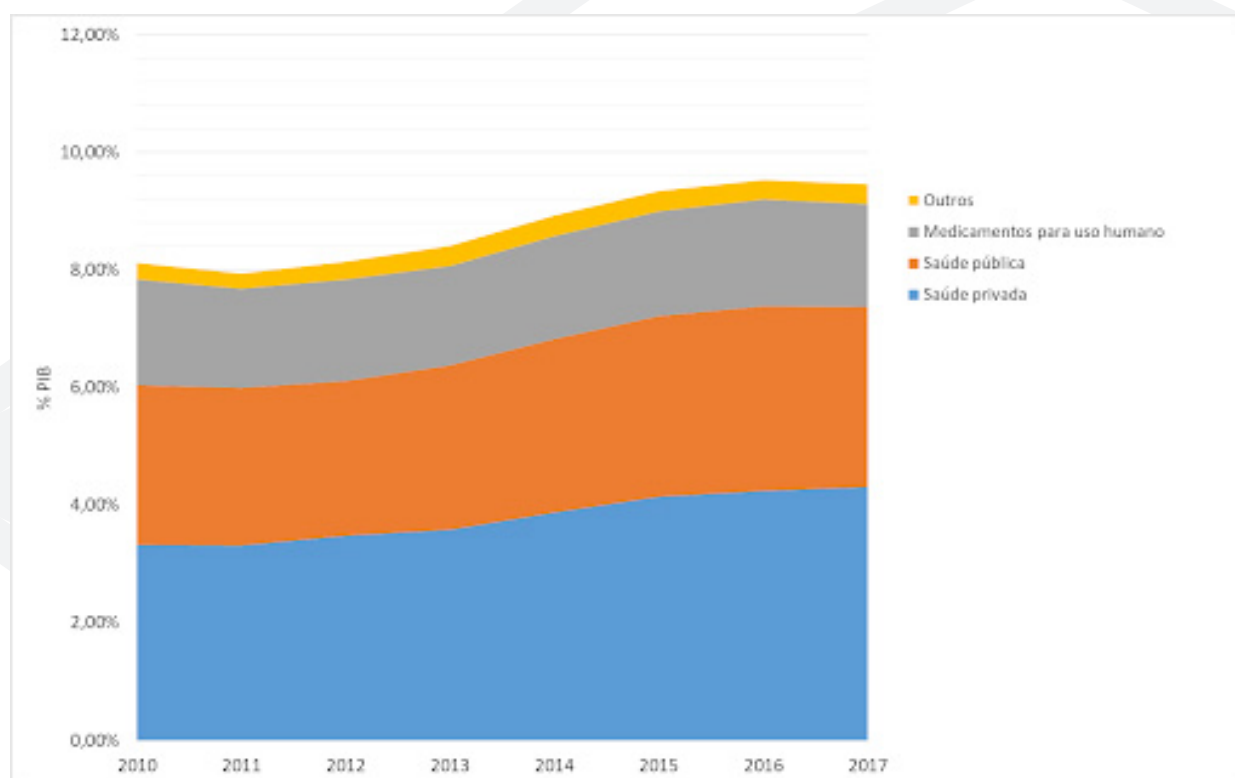
Fonte: IBGE, CSS. Elaboração própria.

2.3 O tamanho da saúde na economia brasileira

Considerada a CSS, a demanda final da saúde foi de 9,46% do PIB em 2017, sendo que a saúde privada responde por 4,31% do PIB, a saúde pública, por 3,06% e a demanda final por medicamentos, 1,75% do PIB, e outros produtos somam 0,34% do PIB (Figura 5). Vale lembrar que esses valores subestimam a demanda final por produtos da saúde. Como já mencionado, há serviços de saúde públicos contabilizados em outras áreas, como enfermarias no sistema penitenciário e

órgãos policiais e hospitais públicos ligados às universidades estaduais e municipais. Assim como há subnotificação de serviços privados de saúde que ocorrem em academias, escolas, empresas etc., que são contabilizados em outras atividades produtivas. Entre 2010 e 2017, houve um aumento da demanda final da saúde de 1,34 pontos percentuais do PIB, sendo que a demanda por saúde privada explica 1 p.p. desse aumento.

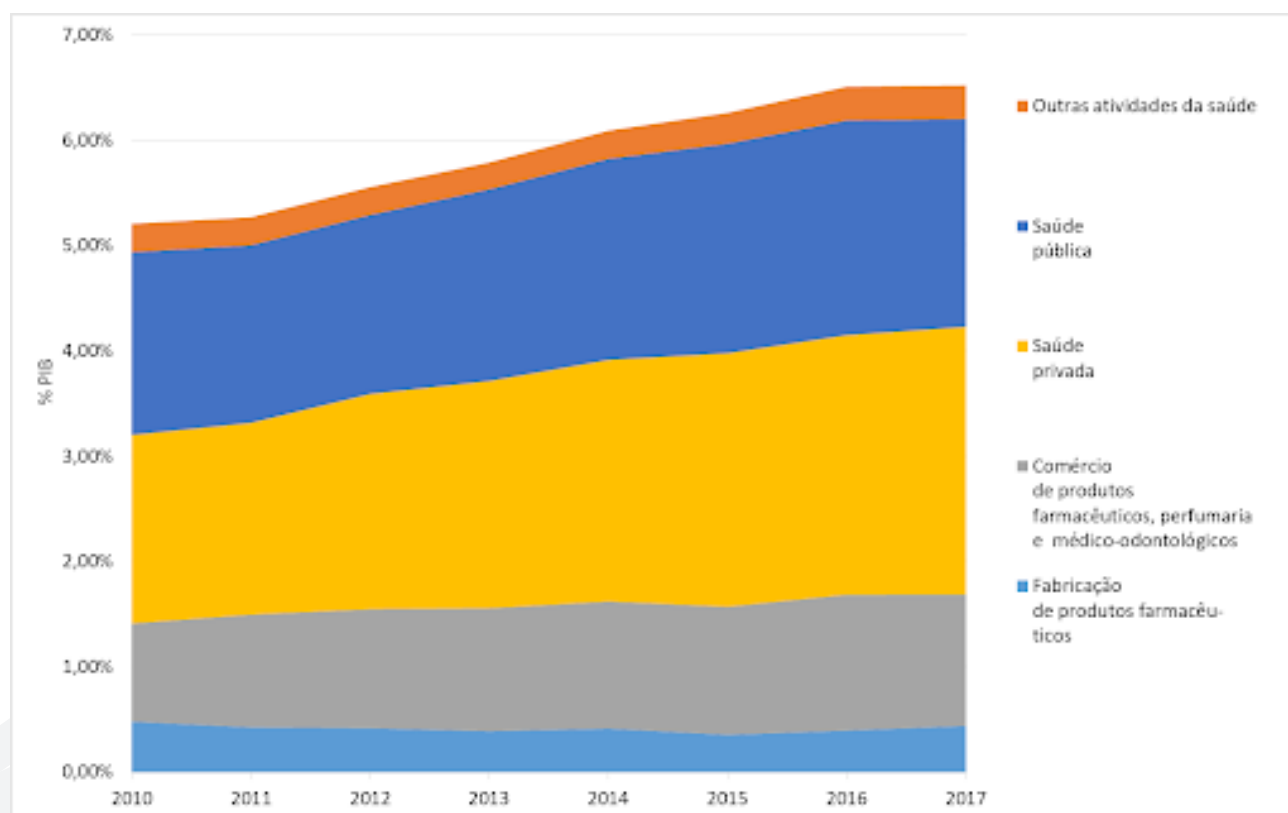
Figura 5: Demanda final por produtos da saúde no Brasil



Fonte: IBGE, CSS. Elaboração própria.

Considerando o valor adicionado das atividades domésticas, a saúde representou 6,52% do PIB, conforme a Figura 6, ou 7,6% do total do valor adicionado em 2017. A saúde privada produziu o equivalente a 2,54% do PIB, a saúde pública, 1,97%, o Comércio de produtos farmacêuticos, perfumaria e médico-odontológicos, 1,25%, e valor adicionado da atividade de fabricação de produtos farmacêuticos, 0,44% do PIB. Entre 2010 e 2017, o valor adicionado da saúde cresceu 1,3 ponto percentual do PIB, e a atividade que mais contribuiu para esse crescimento foi a saúde privada.

Figura 6: Valor adicionado de atividades da saúde em 2017 (%PIB)



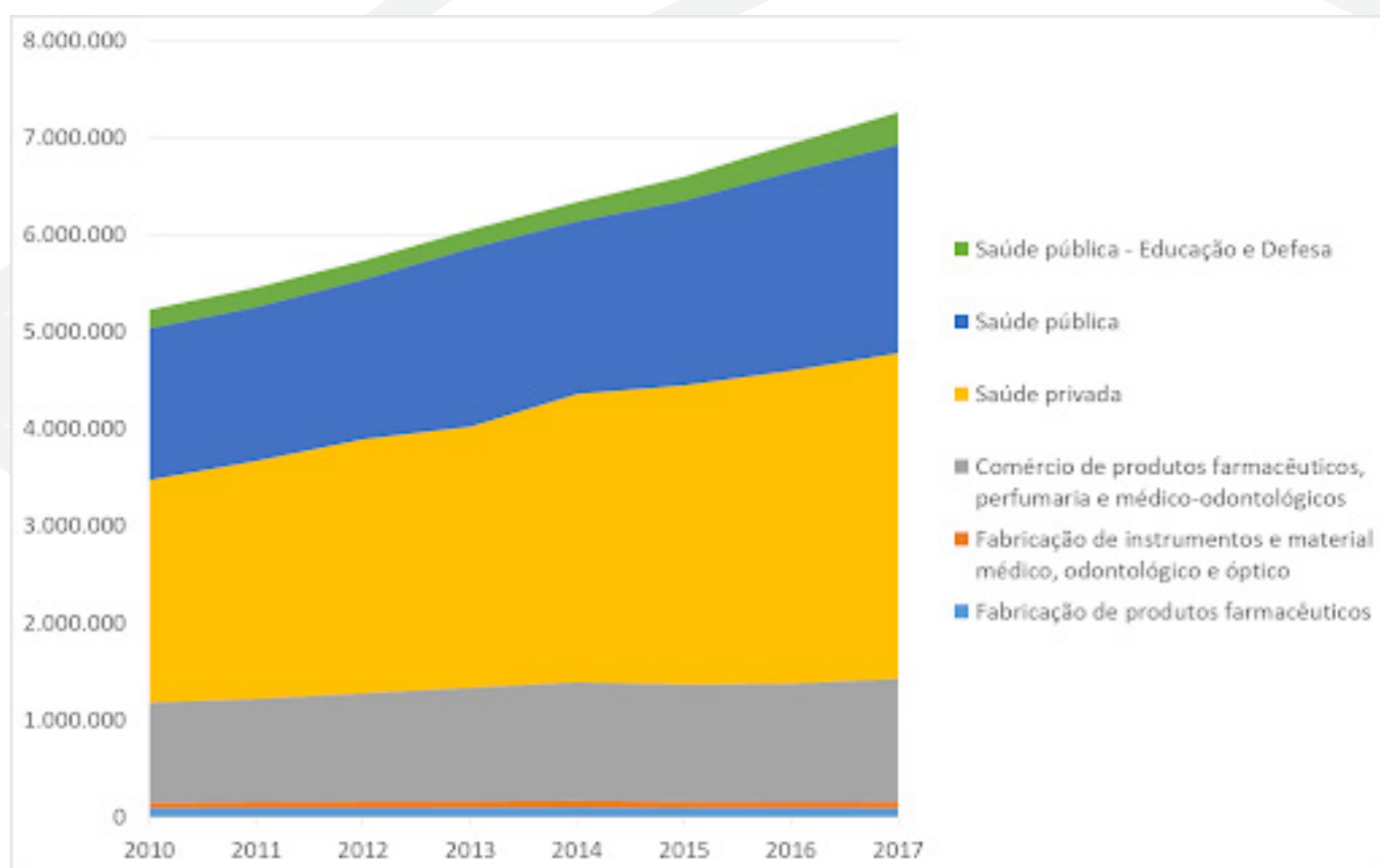
Fonte: IBGE, CSS. Elaboração própria.

As ocupações na área de saúde somaram 7,2 milhões em 2017, sendo a Saúde privada com 3,3 milhões de trabalhadores, a Saúde pública com 2,1 milhões e o Comércio de produtos farmacêuticos, perfumaria e médico-odontológicos com 1,2 milhão (Figura 7). A Fabricação de produtos farmacêuticos é relativamente mais expressiva em termos de valor adicionado, que representa 6,7% do valor adicionado da saúde, do que em termos de ocupações: são 88,8 mil ocupações equivalentes a 1,2% das ocupações da área de saúde em 2017.

Essas ocupações representaram 7,15% do total das ocupações brasileiras em 2017. O detalhamento da CSS é importante para entender o universo dos trabalhadores da saúde quando comparado com os dados SCN de 2017, temos uma diferença de quase 2 milhões de trabalhadores, explicada principalmente pela inclusão da atividade Comércio de produtos farmacêuticos, perfumaria e médico-odontológicos.

No que se refere às ocupações na saúde, o estudo 1 deste mesmo projeto de cooperação faz uma medição e classificação das ocupações na saúde, com o uso de uma metodologia própria a partir dos microdados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (Pnad) Contínua e da Relação Anual de Informações Sociais (Rais) (Krein et al., 2020). Para uma definição estrita do CEIS,¹¹ o estudo calculou 6,7 milhões de empregos, o que representou 7,2% da população ocupada em 2018. Já para uma definição ampliada do CEIS,¹² o estudo calculou 8,6 milhões de empregos que representaram 9,2% da população ocupada.

Figura 7: Ocupações na área de saúde



Fonte: IBGE, CSS. Elaboração própria.

¹¹ A definição estrita do CEIS inclui produção e manutenção, comércio, seguros e planos, serviços e atendimentos e cuidado.

¹² A definição ampliada do CEIS inclui veterinária e zootecnia, saneamento, segurança e higiene do trabalho, seguridade social, assistência social, condicionamento físico e funeral e sepultamento.

3. Política macro, ciclos econômicos e a saúde

3.1. Política macro para o desenvolvimento do CEIS no Brasil

3.1.1. Juros, câmbio e estrutura produtiva

A macroeconomia parece um tema distante da saúde pública quando se busca avaliar, por exemplo, a relação entre a taxa de juros e os cuidados médicos. No entanto, a relação entre o ambiente macroeconômico, o desenvolvimento e a saúde é fundamental, e a política macroeconômica pode contribuir para um projeto de desenvolvimento puxado pela saúde, mas também pode desestabilizá-lo. Dessa forma, a política macro deve estar articulada com as demais dimensões de um projeto de desenvolvimento, trata-se de uma condição necessária, não suficiente, para o sucesso desse projeto.

Seguindo o nosso esquema analítico, a política macroeconômica pode afetar o lado da demanda e da oferta de bens e serviços finais de saúde. Do lado da demanda, a análise passa pelo impacto da política macro no emprego e na renda das pessoas e na desigualdade social, fatores condicionantes da demanda por saúde. Essa análise remete a uma discussão macroeconômica sobre os determinantes da renda que foge ao escopo deste estudo, mas, conforme discutiremos adiante, uma política macro que contribua para amenizar os ciclos econômicos, para o crescimento da renda e para a redução das desigualdades é uma política que contribui para a melhora da saúde das pessoas e para evitar momentos de pressão de demanda sobre os serviços de saúde pública. Já do lado da oferta, destacaremos a seguir como o ambiente macroeconômico e a política macro condicionam a estrutura produtiva do CEIS.

Analisar o impacto do ambiente macro sobre o lado da oferta do CEIS é entender como as variáveis macro interferem, de um lado, nas decisões de gasto do setor de saúde pública, que discutiremos mais adiante, e no custo do consumo intermediário da produção de saúde pública. E, de outro lado, nas decisões de produção, decisões de investimento e inovação do setor privado doméstico, assim como as condições de concorrência do mesmo com os produtos importados.

Segundo Coutinho (2005), as “decisões relativas à gestão do capital, particularmente a decisão de investir produtivamente ou de acumular portfólios de ativos financeiros, são determinadas pelas expectativas em relação à evolução futura da economia” (Coutinho, 2005, p. 429). Esse autor mostra como o sistema macroeconômico molda o espaço das decisões microeconômicas ao afetar expectativas e influenciar as convenções de comportamento, o que afeta os padrões de financiamento, governança corporativa,

comércio exterior, concorrência e mudanças técnicas. Nesse contexto, como discutido em Lastres e Cassiolato (2020), os parâmetros macroeconômicos também afetam as políticas industriais e tecnológicas, podendo até inutilizá-las. Na mesma direção, Nassif (2007) aponta a falta de capacidade brasileira de coordenar políticas macroeconômicas com políticas voltadas para o Sistema Nacional de Inovação.

A política monetária, como determinante da taxa de juros de curto prazo e influente em toda a curva de juros, é fundamental para toda e qualquer atividade produtiva. Primeiramente, porque determina o parâmetro de rentabilidade básico do sistema sobre o qual as expectativas de retorno dos diversos setores produtivos se referenciam. A decisão de investimento é sempre uma decisão comparativa da rentabilidade esperada, ponderada por um risco, com a rentabilidade de títulos públicos livres de riscos de crédito, atrelados às taxas de juros de curto prazo determinadas pelo Banco Central e às taxas de juros pré-fixadas para várias maturidades. Como argumenta Coutinho (2005) a “política de juros impacta diretamente no cerne do cálculo microeconômico, que é a essência da gestão de capital” (Coutinho, 2005, p. 430). Dessa forma, uma política monetária que promova taxas de juros altas inibe o investimento produtivo e favorece investimentos financeiros.

Além de ser um parâmetro de retorno, a taxa de juros é um fator de custo para a atividade produtiva, uma vez que interfere diretamente no financiamento dessas atividades. Altas taxas de juros domésticas inibem o desenvolvimento de mercados de financiamento de longo prazo e aumentam a dependência de políticas públicas e dos bancos públicos para o financiamento. Os juros também afetam o valor das ações e o custo de financiamento direto das empresas via mercado de capitais e, além disso, também incentivam o endividamento externo, o que pode sujeitar empresas e setores produtivos ao descasamento cambial.

E, por falar em descasamento cambial, a política monetária tem influência direta na taxa de câmbio. O caso brasileiro mostra como uma taxa de juros sistematicamente acima das taxas internacionais é um fator que contribui para a volatilidade cambial e para ciclos de valorização da taxa de câmbio. Segundo Rossi (2016), o diferencial de juros é um fator de atração dos investimentos especulativos de *carry trade*¹³ que valorizam excessivamente a taxa de câmbio na alta do ciclo de liquidez e desvalorizam a mesma na reversão do ciclo. Segundo Rossi, Welle e Gonçalves (2020), a moeda brasileira entre 1999

¹³ O *carry trade* é uma operação alavancada na qual se assume um passivo em moeda de baixos juros e um ativo na moeda de juros mais altos, o que pode ser realizado por meio do mercado bancário ou de derivativos, conforme definição de Rossi (2016).

e 2018 foi a sexta mais volátil dentre 142 moedas comparadas ao dólar do sistema internacional.¹⁴

Dada a dependência das importações, o CEIS sofre impactos importantes da flutuação da taxa de câmbio. O nível da taxa de câmbio é determinante das condições de competição dos setores produtivos que sofrem concorrência estrangeira. Em geral, taxas de câmbio desvalorizadas tendem a favorecer a produção doméstica e a substituição de importações. No entanto, o efeito da taxa de câmbio sobre a estrutura produtiva depende da temporalidade da análise.

No curto prazo, os efeitos são ambíguos, uma vez que há uma enorme rigidez na estrutura produtiva. Essa não responde automaticamente aos estímulos de preços, e a substituição de produtos importados depende da flexibilidade de contratos e das redes de fornecedores. Nem sempre uma empresa brasileira pode substituir um insumo importado por um produto doméstico, seja por obrigações contratuais, seja porque o fornecedor doméstico simplesmente não existe. Ou seja, a desvalorização cambial pode se apresentar, no curto prazo, como um elemento de custo para as empresas.

No longo prazo, o problema contratual se resolve, mas o surgimento de redes de fornecedores domésticos depende de novas empresas, empresários, expertise, tecnologia, que nem sempre estão disponíveis. Nesse contexto, se um longo período de apreciação pode quebrar cadeias produtivas e desindustrializar, a desvalorização cambial não necessariamente remonta essas cadeias e reconstrói o caminho da industrialização. Nesse ponto, é preciso ter claro que uma estratégia de diversificação da estrutura produtiva depende da articulação da política cambial com outras políticas macro, de crédito e com política industrial.

Nesse contexto, o trabalho de Gadelha et al. (2018) aponta a aparente pouca sensibilidade do déficit comercial da saúde à taxa de câmbio e mostra um “progressivo crescimento das importações do CEIS nas últimas décadas, independentemente da oscilação da taxa de câmbio real” (Gadelha et al., 2018, p. 2122). Trata-se de um comércio externo no qual o fator preço tem seu impacto diluído por fatores estruturais, como a dependência tecnológica.¹⁵

14 Segundo o estudo, a volatilidade da moeda brasileira perde apenas para Ucrânia, Moçambique, Congo, Turquia e Malawi. O indicador utilizado é a média do módulo das variações mensais.

15 “Mesmo em períodos de desvalorização cambial, como no final dos anos 1990, a deterioração da balança comercial perdurou em todos os anos abordados, independentemente do câmbio e dos preços relativos, mostrando o componente estrutural deste indicador. Mais do que dependência econômica e financeira, o país tem uma dependência de conhecimento e de tecnologias não superável por movimentos conjunturais de preços” (Gadelha, Braga, 2016, p. S8).

Já os serviços de saúde, públicos e privados, não sofrem concorrência estrangeira por serem produtos não comercializáveis, mas sofrem importantes impactos de custos com a flutuação cambial. Uma desvalorização cambial impacta diretamente no custo dos insumos usados na produção de saúde, especialmente produtos farmacêuticos e de indústrias diversas, como discutido na seção 2. O setor privado tende a repassar para o custo do produto final esse aumento de custos, no entanto, o caso do setor público é particular: a desvalorização da taxa de câmbio é um elemento de vulnerabilidade do SUS, uma vez que o orçamento estabelecido em reais tem seu poder de compra reduzido nesses momentos. Segundo Gadelha (2006):

Qualquer movimento na taxa cambial pode levar a uma explosão do gasto em saúde com as importações. Sob uma determinada conjuntura, a desvalorização do câmbio, ao menos num primeiro momento, antes de gerar seus efeitos na redução das aquisições externas e no aumento das exportações, pode levar a uma pressão nos gastos de saúde (encarecimento em reais das importações) incompatível com as disponibilidades orçamentárias (GADELHA, 2006, p. 18).

Para exemplificar os impactos da taxa de câmbio, apresentamos dois estudos de caso que estão detalhados nos Anexos 1 e 2. O primeiro caso é o da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobrás), empresa pública, vinculada ao Ministério da Saúde que tem como função social garantir aos pacientes do SUS o fornecimento de medicamentos hemoderivados ou produzidos por biotecnologia. O balanço da empresa é extremamente impactado pela variação cambial, de um lado, pela importação de hemoderivados e, de outro lado, pela exportação de plasma. Em seu Balanço de 2018, a empresa traz a informação de que o resultado financeiro líquido em 2018 foi impactado pela variação cambial que gerou um resultado negativo de R\$ 84,6 milhões. O Relatório de 2019 também traz um resultado negativo de R\$ 81 milhões, e a Carta de Governança Corporativa de 2020 indica que o resultado financeiro seguirá negativo, ainda muito impactado pela variação cambial. Como visto na seção 2, as áreas de medicamentos e farmacêuticos são extremamente dependentes de importações, e a vulnerabilidade cambial da Hemobrás reflete essa dependência, a volatilidade cambial brasileira e a ausência de mecanismos de proteção cambial para essa empresa pública.

O segundo caso é referente às importações realizadas pelo Ministério da Saúde. Esse estudo ilustra a falta de transparência e a dificuldade de obter dados de importação do ministério, mesmo que por meio de diversos pedidos via Lei de acesso à informação. A única secretaria do ministério que atendeu a nossa solicitação – a Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica e Medicamentos Estratégicos do Departamento de Assistência Farmacêutica – apresentou dados que indicam uma variação grande no custo dos medicamentos de ano a ano, provavelmente associada à variação cambial.

Portanto, momentos de desvalorização cambial podem gerar aumento de custos para o CEIS e redução do poder de compra do próprio gasto público em saúde, cujo orçamento é impactado, em especial, pela importação de medicamentos e equipamentos médicos, que é extremamente sensível à taxa de câmbio, como mostra Cesário et al. (2017). Além disso, a taxa de câmbio interfere no cálculo de rentabilidade de empresas internacionalizadas que tem o dólar como referência, a volatilidade cambial é, nesse sentido, um componente adicional de risco para a decisão de investimento.

Nesse contexto, a estabilidade macroeconômica – entendida não somente como estabilidade de preços, mas também das taxas de retorno da economia (juros e lucros) e da taxa de câmbio – molda os espaços das decisões microeconômicas e pode contribuir para o desenvolvimento do CEIS. Políticas monetária e cambial podem amenizar, reduzir custos e favorecer o investimento produtivo no CEIS, assim como podem prover melhores perspectivas para o gasto público em saúde. Por outro lado, a instabilidade macroeconômica é inibidora do desenvolvimento do CEIS.

Mas há também a articulação inversa que vai do CEIS para o ambiente macroeconômico. O desenvolvimento do CEIS e o crescimento das demandas do SUS tendem a pressionar o balanço de pagamentos uma vez que dependem de importações de insumos, medicamentos, tecnologia etc. Saldos negativos nas contas externas, por sua vez, tendem a aumentar a dependência de capitais externos e reduzir o espaço de autonomia da política macroeconômica, em especial da política monetária. Nesse contexto, conforme discutido por Coutinho (2005), uma política industrial e tecnológica que reduza a dependência de produtos estrangeiros e aumente as exportações pode contribuir para um ambiente macroeconômico benigno.

3.1.2 Tarefas da política macro para o desenvolvimento

Conforme argumentam Rossi, Welle e Gonçalves (2020), nos últimos vinte anos, o Brasil apresentou uma das taxas de juros nominais mais altas do sistema internacional, uma das taxas de câmbio mais voláteis em relação ao dólar e sujeita a intensos ciclos de valorização e desvalorização e um regime fiscal de metas de resultado primário pró-cíclico e que não garante a sustentabilidade da dívida pública, uma vez que as demais “pernas” do tripé, política monetária e cambial, têm alto custo fiscal.

Depois de vinte anos de sua adoção, pode-se dizer que o tripé macroeconômico fracassou. Esse fracasso não é observado no controle inflacionário no qual o tripé logrou conduzir a estabilização monetária, objetivo central da política econômica dos anos 1980 e 1990. O fracasso do tripé está na sua incapacidade de criar um ambiente macroeconômico adequado para o desenvolvimento econômico.

Nesse contexto, uma política macroeconômica adequada para o desenvolvimento do CEIS passa primeiramente pela superação do tripé macro e da visão estreita que delimita a política macro aos objetivos de estabilização de preços e ao equilíbrio fiscal. Além disso, a política macro deve assumir duas tarefas fundamentais (1) criar um ambiente macroeconômico favorável ao investimento produtivo e (2) assumir uma orientação anticíclica para amenizar flutuações macroeconômicas de renda e emprego e seus impactos sobre a garantia de direitos humanos, incluso o direito à saúde (Rossi, 2014).

No que se refere à primeira tarefa, tem-se como pressuposto básico aquilo que foi discutido há pouco: o ambiente macro condiciona a decisão dos agentes no plano micro e cria condições mais ou menos favoráveis ao investimento produtivo. O objetivo é prover estabilidade macroeconômica, entendida não somente como estabilidade de preços, mas também das taxas de retorno da economia (juros e lucros) e da taxa de câmbio. A busca por uma taxa de juros baixa e por uma taxa de câmbio competitiva deve ser o objetivo adicional e voltado para permitir o desenvolvimento do financiamento de longo prazo e os ganhos de competitividade do setor produtivo. Além disso, esse ambiente macroeconômico deve igualmente favorecer a alocação da riqueza no investimento em ativos instrumentais em detrimento de ativos de alta liquidez.

Já a segunda tarefa parte do pressuposto que as flutuações cíclicas da renda e do emprego são endógenas ao sistema de produção capitalista e que essas têm impactos importantes sobre a saúde da população. Nesse contexto, o regime macroeconômico deve ter a flexibilidade e os incen-

tivos suficientes para permitir uma atuação anticíclica da política macro, assim como administrar choques externos decorrentes de crises internacionais. As diretrizes do regime devem orientar a política macro para a sustentação do emprego e do crescimento econômico. A política fiscal, importante instrumento anticíclico será discutida na próxima seção.

Por fim, um ambiente macroeconômico positivo e estável também favorece o planejamento de longo prazo e a discussão do desenvolvimento econômico, ao contrário da instabilidade macro, que concentra esforços em agendas de estabilização que são inerentemente de curto prazo, deixando para segundo plano as transformações estruturais necessárias.

3.2 Ciclo econômicos, política fiscal e o CEIS

3.2.1 Ciclos, crises econômicas e a demanda por saúde

O ciclo econômico corresponde a um período da economia nacional e/ou global caracterizado por uma fase de expansão e outra de desaceleração da atividade econômica. Na expansão, a atividade econômica é marcada pelo crescimento e caracterizado pelo aumento da demanda e da produção, assim como da oferta de crédito. Já as fases de desaceleração são caracterizadas pela redução do ritmo de crescimento da demanda, crédito e produção e por vezes por quedas nas mesmas variáveis, o que caracteriza uma crise ou recessão econômica. As etapas do ciclo se repetem, sucessivamente e sem prazos definidos (Knopp, 2010).

Seguindo o nosso esquema analítico, a política macroeconômica pode afetar tanto a demanda quanto a oferta de bens e serviços finais de saúde. Os momentos do ciclo econômico e especialmente das crises econômicas estão associados com alterações no grau e na composição da demanda por saúde. Está bem documentado na literatura que as crises têm relação com um aumento da demanda por saúde devido a seus efeitos na saúde dos indivíduos.

A situação de saúde mental das populações é fortemente afetada devido ao estresse gerado por essas situações nas pessoas. Após 2008, o aumento do desemprego em decorrência da crise em países de alta renda foi associado à elevação da prevalência de depressão e ansiedade, especialmente entre os que perderam o emprego (Karanikolos et al., 2016).

O aumento das taxas de suicídio, a redução na autoavaliação do estado de saúde, o aumento de

doenças crônicas não transmissíveis e de algumas doenças infectocontagiosas, o aumento da dificuldade de ter acesso aos serviços de saúde e do consumo de bebidas alcólicas são outras consequências desses cenários que agravaram o quadro de saúde da população (Mucci et al., 2016).

Ainda, Dom et al. (2016), em avaliação dos dados de indicadores de saúde por subgrupos populacionais, observaram que as pessoas em maior situação de vulnerabilidade social tendem a ser mais negativamente afetadas do que a população geral em tempos de crise econômica, sendo que o destaque está para os indicadores de suicídios e de uso excessivo de bebidas alcoólicas.

Com relação ao indicador de mortalidade, Stuckler et al. (2009) estudam 26 países europeus a respeito do efeito de eventos financeiros e verificam que 1% de aumento no desemprego provoca a elevação de 0,79% nos casos de suicídio de menores de 65 anos. Um aumento de mais de 3% no desemprego teve um efeito maior sobre suicídios em idades menores que 65 anos e mortes por abuso de álcool.

Devido à deterioração das condições sociais – em especial à piora no mercado de trabalho, encolhimento da renda e aumento das desigualdades – as crises econômicas afetam os determinantes sociais da saúde, uma vez que esses são conceituados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população que estão relacionadas com sua situação de saúde. A Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde amplia o conceito ao trazer que os determinantes sociais da saúde são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (Buss, Pellegrini Filho, 2007).

Para além da mudança de grau na demanda por saúde, os ciclos econômicos também impactam a composição dessa demanda entre demanda pública e privada. Nos momentos de crescimento econômico ocorre aumento da renda, redução do desemprego, geralmente acompanhado do aumento da formalização. Esse aumento da renda amplia o acesso aos planos de saúde e aos serviços privados em geral, e o aumento do emprego formal também tende a fazer aumentar as adesões aos planos de saúde, uma vez que esses fazem parte dos benefícios de muitas categorias de empregados, como mostra Abramge (2020), e os planos coletivos vinculados ao trabalho correspondem a 80% do total dos planos de saúde.

Já nos momentos de crise econômica, a tendência é de redução da demanda por saúde privada.

Segundo Abramge (2020), entre de junho de 2015 a junho de 2020, momento de profunda crise econômica, ocorreu no Brasil uma redução de 50,1 milhões para 46,7 milhões de usuários de planos de saúde.

As oscilações na demanda por saúde privada, para além dos impactos óbvios na oferta de saúde privada, também impactam na demanda por saúde pública. Nos momentos de crise, a redução da demanda por saúde privada sobrecarrega o setor público de novos usuários, para além do aumento de demanda decorrente dos efeitos das crises na saúde, ocorre também a piora dos determinantes de saúde associados às condições sociais e de trabalho.

Quando as crises são combinadas com políticas de austeridade fiscal tem-se uma situação de aumento da demanda por saúde pública e contração da oferta, como discutiremos na próxima seção. Dessa forma, ocorre uma transferência de cuidados do Estado para as famílias, devido à redução do orçamento para algumas políticas públicas, como saúde, creches, asilos.

Nas famílias essa responsabilidade do cuidado é transferida para um dos seus membros, geralmente uma mulher. No Brasil, segundo dados da PNAD Contínua 2018, as mulheres gastam em média 21,3 horas por semana com atividades de cuidados de pessoas e/ou afazeres domésticos, enquanto os homens gastam 10,9. Ou seja, a sobrecarga da transferência de cuidados da esfera pública para a privada recai, principalmente, nas mulheres, com impactos sobre as desigualdades de gênero (Guidolin, 2019).

3.2.2 Ciclos, crises econômicas e a oferta de saúde pública

Se a demanda por saúde pública é pró-cíclica, a política pública adequada seria o financiamento anticíclico da oferta de saúde pública para atender as necessidades da saúde ao longo do ciclo, sem prejuízo para a qualidade dos serviços. No entanto, os casos apontados pela literatura internacional mostram que, em geral, a oferta de saúde pública, ou o financiamento da prestação de serviços públicos, é pró-cíclica. Essa subseção traz alguns exemplos de países do mundo onde isso ocorre enquanto a seguinte se dedica a discutir especificamente o caso brasileiro.

Numa perspectiva de comparação internacional, Li-Lin Liang e Tussing (2019) mostram que um desvio de 1% da tendência do PIB está positivamente correlacionado com um desvio de 0,61% da

tendência dos gastos em saúde, a partir da análise de 135 países em desenvolvimento de 1995 a 2014. Além disso, os países nos quais os gastos com saúde são mais pró-cíclicos parecem ter expectativa de vida mais curta e taxas de mortalidade de adultos mais altas (Li-Lin Liang, Tussing, 2019).

Na avaliação dos efeitos da crise financeira de 2008 nos países europeus, Keegan et al. (2013) mostram que, no momento mais agudo da crise, ocorreu uma resposta anticíclica inicial nos gastos com saúde em todos os países. Entretanto, os anos seguintes foram marcados com uma política pró-cíclica de austeridade fiscal, com cortes orçamentários inclusive para saúde pública, prejudicando os sistemas de saúde e a saúde da população.

Bramucci et al. (2020) ilustram os cortes de gastos em saúde na Itália nos anos 2010 e apontam para os prejuízos dessa política que impactou na capacidade do país de responder à pandemia de Covid-19. Segundo o autor, a pandemia soou como um alerta global que não pode passar despercebido aos governos diante das escolhas de política fiscal que pretendem adotar de agora em diante. Desde 2008, também ocorreram cortes no orçamento para saúde pública da Espanha, exclusão de cobertura, aumento do copagamento e redução das despesas com pessoal, reduzindo o acesso da população aos serviços de saúde (Karanikolos et al., 2016).

Na Inglaterra ocorreu redução do papel do setor público na gestão do sistema de saúde nacional e abertura do sistema para a participação de prestadores privados. A avaliação de impacto dessas medidas constatou que elas tornaram o sistema mais complexo e fragmentado na gestão, regulação e contratualização, com piora do acesso e da qualidade dos serviços de saúde, com elevação do tempo de espera e maior insatisfação dos usuários (Giovannella, 2016).

Farag et al. (2012), em estudo com dados em painel de 173 países no período de 1995-2006 sobre a relação entre a renda *per capita* e os gastos *per capita* com saúde, verificam que a assistência à saúde possui uma elasticidade-renda que a qualifica como um bem de necessidade. O estudo mostra ainda que os gastos com saúde são menos responsivos a mudanças na renda em países de baixa renda e mais responsivos em países de renda média, com países de alta renda situando-se no meio.

3.2.3 O financiamento procíclico da saúde no Brasil

O trabalho de Rossi e David (2021), produto desse mesmo projeto de pesquisa, mostra as caracte-

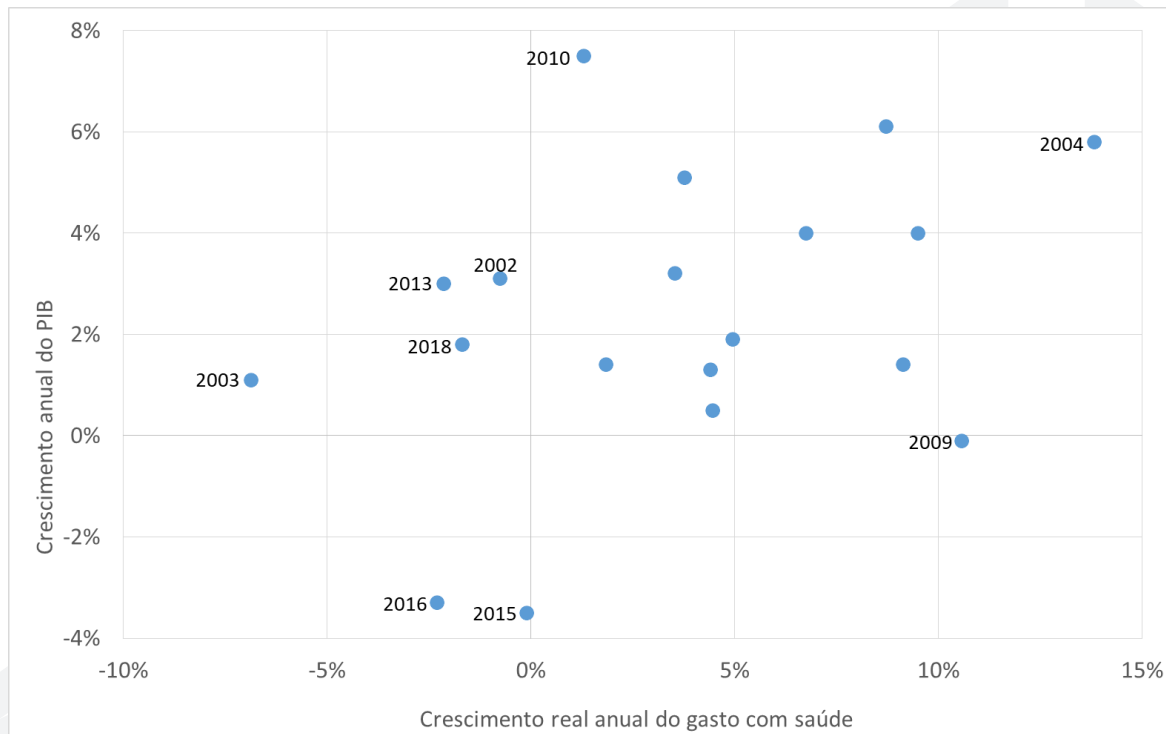
rísticas de diferentes regras para o piso do financiamento da saúde no Brasil. Desde 2000, o país teve três regras diferentes para o caso dos gastos da União. A primeira regra (LC 141/2012) estabelece a correção do piso conforme o PIB nominal do ano anterior; a segunda regra, EC 86/2015, vincula o piso da União ao mínimo de 15% da receita corrente líquida (RCL); e, por fim, a EC95, que desvincula da RCL anual e estabelece como piso a despesa de 2017 reajustada pela inflação. Ou seja, congela o piso da saúde em termos reais no patamar de 2017 (Rossi, Dweck, 2016).

Dessas três regras, a única que não é pró-cíclica é a EC95, apesar de ser a pior das três e contribuir para a redução do financiamento da saúde ao longo do tempo em termos *per capita*. A mesma regra tampouco é anticíclica, mas acíclica, pois independe do ciclo, o que não vale para gastos em saúde que estiverem acima do piso e/ou fora dele.

As demais regras são sensíveis ao ciclo; a vinculação à variação do PIB e à receita atrela o financiamento da saúde aos momentos de crescimento e de desaceleração. ALC 141/2012 é um pouco menos pró-cíclica, pois o PIB usualmente varia menos do que a receita ao longo do ciclo, além disso, a regra é vinculada ao PIB do ano anterior. Já a EC 86/2015 mostra uma maior sensibilidade ao ciclo como apresentado em Rossi e David (2021), já que as receitas crescem mais no momento de *boom*, dados os efeitos que a redução do desemprego e a formalização têm sobre a arrecadação, e nos momentos de crise tende a cair mais do que o PIB pelos motivos inversos. Além disso, a vinculação à receita sujeita o financiamento da saúde às políticas tributárias com objetivos outros, por exemplo, políticas de desoneração para estimular o crescimento em momentos de crise tendem a desfinanciar a saúde.

A experiência brasileira recente também mostra cortes de gastos com saúde em momentos de crise. A Figura 8 apresenta a relação entre o crescimento econômico anual e a variação anual do gasto com saúde do governo federal. Verifica-se a redução do gasto com saúde em momentos de queda do PIB, como em 2015 e 2016, e em momentos de crescimento anual do PIB inseridos em contextos de crise e desemprego, como em 2002, 2003 e 2018. A maioria dos pontos da figura estão no quadrante de cima à direita, que aponta uma correlação positiva na qual os anos de crescimento econômico são também de crescimento (usualmente maior) do gasto com saúde. O ano de 2009 é uma exceção e caracteriza uma atuação anticíclica no financiamento à saúde, quando o crescimento é praticamente nulo e o gasto com saúde sobe 10% em relação ao ano anterior.

Figura 8: Crescimento econômico e variação do financiamento federal à saúde no Brasil (2000 e 2019)



Fonte: IBGE e SigaBrasil. Elaboração própria.

Nesse contexto, é preciso repensar os mecanismos de financiamento da saúde pública para que o gasto com saúde pública seja parte de uma política anticíclica. Isso se justifica por dois motivos discutidos nesta pesquisa, o potencial dinâmico do CEIS e a garantia do direito à saúde.

Conforme discutido na seção 2, o CEIS tem um alto poder de encadeamento que pode ser puxado pelo poder de compra do SUS. Os estudos que calculam multiplicadores fiscais de gastos sociais corroboram essa ideia. Abrahão, Mostafa e Herculano (2011) mostram que, para cada R\$ 1,00 investido com gasto em saúde, ocorre um aumento do PIB de R\$ 1,70. Orair, Siqueira e Gobetti (2016) mostram que multiplicadores fiscais associados aos investimentos, benefícios sociais e despesas com pessoal durante as recessões são significativos e maiores do que a unidade (1,68, 1,51 e 1,33, respectivamente). No plano internacional, a partir de dados de 25 países europeus, Estados Unidos e Japão, Stuckler e Basu (2013) verificam que os gastos com educação e saúde têm multiplicadores fiscais superiores a três.

O aumento do gasto em saúde nos momentos de crise não se justifica apenas por seus efeitos dinâmicos, mas também por uma lógica de justiça social e respeito aos direitos humanos. Como tratado anteriormente, o ciclo econômico impacta diretamente na saúde das pessoas e também na composição entre demanda por saúde pública e privada. Nos momentos de crise econômica ocorre a piora na saúde das pessoas e a migração da saúde privada para saúde pública. Nesses momentos são necessários mais gastos públicos com saúde, e não menos. Caso contrário a prestação dos serviços públicos pode ficar comprometida, assim como a garantia do direito à saúde.

Portanto, esse estudo aponta para a necessidade de se pensar o gasto com saúde pública como um dos pilares de uma política fiscal anticíclica. O ordenamento jurídico da Constituição Federal brasileira que aponta a saúde como um direito de todos e dever do Estado não pode valer apenas em determinados momentos do ciclo.

Considerações finais

A pandemia mostrou que é possível resignificar a saúde como um elemento de coesão social que dá sentido e direcionamento à organização da sociedade e mostrou sua importância como um direito universal. Nesse contexto, este trabalho buscou articular saúde, desenvolvimento e macroeconomia e, para isso, propôs um esquema analítico que articula as dimensões da demanda, oferta, encadeamentos produtivos, vazamentos por meio de importações, renda, emprego e tecnologia.

Esse esquema analítico ressalta o papel da demanda por saúde, entendida como a dimensão do direito e das necessidades sociais, como o possível motor de um projeto de desenvolvimento em que a saúde tenha centralidade. Destaca-se que a saúde é um setor que movimenta uma parte importante da economia brasileira e cuja demanda final por bens e serviços é em torno de 10% do PIB, ou 9,46% do PIB em 2017, desconsiderando a subnotificação.

Além disso, destaca-se o potencial dinâmico do CEIS e sua capacidade de gerar emprego, renda e tecnologia, mas ao mesmo tempo aponta-se para o desafio de reduzir os vazamentos externos para permitir a sustentação do próprio processo de desenvolvimento.

A análise também mostra como a política macroeconômica pode ser desestabilizadora do CEIS e do próprio projeto de desenvolvimento. Variáveis macro, como câmbio e juros, interferem no con-

junto do esquema analítico e têm impactos distintos na demanda por saúde pública e privada e na oferta pública e privada. Nesse contexto, as políticas macroeconômicas devem ser pensadas em conjunto com as políticas sanitárias e o projeto de desenvolvimento. Além disso, o regime macroeconômico deve assumir as tarefas de criar um ambiente macroeconômico favorável ao investimento produtivo e de orientar a política fiscal para uma atuação anticíclica para amenizar flutuações macroeconômicas de renda e emprego e garantir o direito à saúde.

Por fim, propõe-se que não apenas a política fiscal deva ser anticíclica, mas o gasto com saúde pública seja um pilar dessa política anticíclica. Isso se justifica em dois planos, no plano da garantia do direito, dada a forma como a saúde é impactada pelo ciclo e, em especial, pelas crises econômicas, e no potencial dinâmico do gasto com saúde que, dadas as suas articulações produtivas e efeitos multiplicadores, contribui para a recuperação econômica. Para isso será necessário repensar as regras fiscais, o piso mínimo destinado à saúde e o conjunto da lógica da política fiscal: nos momentos de crise econômica são necessários mais gastos públicos com saúde, e não menos.

Portanto, o CEIS pode ser beneficiado por uma política macro que dê estabilidade para variáveis chave e amenize o impacto dos ciclos econômicos na economia brasileira, articulado com uma política fiscal, que sirva como instrumento de expansão da demanda pública em saúde, e com políticas industriais e tecnológicas. Essa articulação virtuosa pode (1) reduzir a vulnerabilidade do sistema diante de crises sanitárias, como a atual, mas também amenizar efeitos de crises econômicas sobre a saúde da população e sobre a prestação dos serviços públicos, já que a desvalorização cambial aumenta o custo de importação de medicamentos, equipamentos e outros bens fundamentais; (2) reduzir o déficit comercial e a dependência externa; (3) aumentar os efeitos dinâmicos do gasto público com saúde na estrutura produtiva, no emprego e no crescimento doméstico; e, por fim, (4) dar sustentação a um padrão de desenvolvimento no qual a infraestrutura social tenha centralidade.

Referências

- ABRAHÃO, J.; MOSTAFA, J.; HERCULANO, P. Gastos com a política social: alavanca para o crescimento com distribuição de renda. *Comunicados do Ipea*, n. 75 Brasília, 2011.
- ABRAMGE. Associação Brasileira de Planos de Saúde. *Cenário Saúde*, n. 2, 2000. Disponível em: <http://abramge.com.br/portal/files/cenario-saude/cenario_da_saude_ed17.pdf>. Acessado em 07/12/2021.
- BIELSCHOWSKY, R. O desenvolvimentismo: do pós-guerra até meados dos anos 1960. In: Bielschowsky, Ricardo et al.. *O desenvolvimento econômico brasileiro e a Caixa*. Rio de Janeiro: Centro Internacional Celso Furtado de Políticas para o Desenvolvimento/Caixa Econômica Federal, 2011.
- BIELSCHOWSKY, R. Estratégia de desenvolvimento e as três frentes de expansão no Brasil: um desenho conceitual. *Economia e Sociedade*, Campinas, v. 21, núm. esp., p. 729-747, dez. 2012.
- BRAMUCCI, A. et al. *Decades of Tight Fiscal Policy Have Left the Health Care System in Italy Ill-Prepared to Fight the COVID-19 Outbreak*. 2020. Disponível em: <<https://www.intereconomics.eu/contents/year/2020/number/3/article/decades-of-tight-fiscal-policy-have-left-the-health-care-system-in-italy-ill-prepared-to-fight-the-covid-19-outbreak.html>>. Acessado em 07/12/2021.
- BRASIL. *Conta satélite de saúde 2007-2009*. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.
- BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 17, n. 1, p. 77-93, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>>. Acessado em 07/12/2021.
- CESÁRIO, B. et al. Vulnerabilidade do SUS em relação à variação cambial: análise da dinâmica de importações de medicamentos e equipamentos de saúde entre 1996 e 2014. *Saúde debate*, v. 41, n. 113, Rio de Janeiro, abr./jun. 2017.
- COSTA, L. S.; BAHIA, L.; BRAGA, P.S. Saúde e desenvolvimento: um diálogo com o pensamento de Celso Furtado. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 22, n.7, p. 2119-2127, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017227.02682017>>. Acessado em 07/12/2021.
- COUTINHO L. G. Regimes macroeconômicos e estratégias de negócios: uma política industrial alternativa para o Brasil no século XXI. In: Lastres, H. M. M. et al. (Org.) *Conhecimento, sistemas de inovação e desenvolvimento*. Rio de Janeiro: UFRJ/Contraponto, 2005.

- DOM G. et. al. The Impact of the 2008 Economic Crisis on Substance Use Patterns in the Countries of the European Union. *International Journal of Environmental Research and Public Health* , 2016.
- FARAG, M. et al. The income elasticity of health care spending in developing and developed countries. *International Journal of Health Care Finance and Economics.*, v. 12, n. 2, p. 145-162, 2012. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22419347/>>. Acessado em 07/12/2021.
- FURTADO, C. *O mito do desenvolvimento econômico*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.
- GADELHA, C. Desenvolvimento complexo industrial da saúde e política industrial. *Revista Saúde Pública*, n. 40, p. 11-23, 2006.
- GADELHA, C.; TEMPORÃO, J.G. Desenvolvimento, inovação e saúde: a perspectiva teórica e política do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p.1891-1902, 2018.
- GADELHA, C. et al. Transformações e assimetrias tecnológicas globais: estratégia de desenvolvimento e desafios estruturais para o Sistema Único de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 23, n. 7, Rio de Janeiro, jul. 2018.
- GADELHA, C.; BRAGA, P. Saúde e inovação: dinâmica econômica e estado de bem-estar social no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 32, supl. 2), nov 2016.
- GIOVANELLA, L. “Austeridade” no Serviço Nacional de Saúde inglês: fragmentação e mercantilização: exemplos para não seguir. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 32, n. 7, e00092716, 2016.
- GUIDOLIN, A.P. Crise austeridade e o financiamento da saúde no Brasil (monografia) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2019. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=001127156&opt=1>>. Acessado em 07/12/2021.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contas Satélite de saúde: Brasil 2010-2017, *Contas Nacionais*, n. 71, Rio de Janeiro: IBGE, 2019.
- KARANIKOLOS, M. et al. Effects of the Global Financial Crisis on Health in High-Income OECD Countries: a Narrative Review. *International Journal of Health Services*, v. 46, n. 2, p. 208-240, 2016.
- KEEGAN, C. et. al. Measuring recession severity and its impact on healthcare expenditure. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 2013. Disponível em: <<https://www>.

researchgate.net/profile/Stephen-Thomas-32/publication/235649309_Measuring_recession_severity_and_its_impact_on_healthcare_expenditure/links/0deec51837d3c90229000000/Measuring-recession-severity-and-its-impact-on-healthcare-expenditure.pdf> Acessado em 07/12/2021.

KNOPP, T. A. *Recessions and Depressions: Understanding Business Cycle*. 2nd ed. California: Praeger, 2010.

KREIN, A. et al. (2020) Nova dinâmica do mercado de trabalho da saúde e os desafios para o CEIS e ocupações no novo mercado de trabalho no CEIS. *Relatório metodológico*, Fiocruz-Unicamp, 2020.

LASTRES, H.; CASSIOLATO, J. As contribuições de Celso Furtado sobre o papel da ciência, tecnologia e inovação ao desenvolvimento. *Cadernos do Desenvolvimento*, v. 15, n. 26, p. 277-298, Rio de Janeiro, jan.-jun. 2020.

LI-LIN LIANG, A.; TUSSING, DALE. The Cyclicalities of Government Health Expenditure and its Effects on Population Health. *Health Policy*, v. 123, n. 1, p. 96-103, 2019. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851018306420>>. Acessado em 07/12/2021.

MUCCI, N. et al.. The Correlation between Stress and Economic Crisis: a Systematic Review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, v. 12, p. 983-993, 2016.

MYRDAL G. Les Aspects économiques de la santé. *Revue Économique*, v. 3, n. 6, p. 785-804, 1952.

NASSIF, A. National Innovation System and Macroeconomic Policies: Brazil and India in Comparative Perspective. *Unctad Discussion Paper*, n. 184, maio 2007.

ORAIR, R.O.; SIQUEIRA, F.F.; GOBETTI, S.W. *Política fiscal e ciclo econômico: uma análise baseada em multiplicadores do gasto público*. Monografia premiada em 2º lugar. XXI Prêmio Tesouro Nacional, Brasília, 2016.

PASSONI, P. A. *Deindustrialization and Regressive Specialization in the Brazilian Economy between 2000 and 2014: a Critical Assessment Based on the Input-Output Analysis*. Tese (Doutorado em Economia da Indústria e da Tecnologia) – Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <<http://objdig.ufrj.br/43/teses/PatieeneAlvesPassoni.pdf>>. Acessado em 07/12/2021.

ROSSI, P. Regime macroeconômico e o projeto social desenvolvimentista In: Calixtre, A.; Biancarelli, A.; Cintra, M.A. (Org.). *Presente e futuro do desenvolvimento brasileiro*. Brasília: Ipea, 2014, p. 195-225.

ROSSI, P. *Taxa de câmbio e política cambial no Brasil: Teoria, institucionalidade, papel da arbitragem e da especulação*. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2016.

ROSSI, P. Impactos da austeridade fiscal no Brasil. Audiência Pública na Comissão de Direitos Humanos do Senado Federal Brasília: Senado Federal, 2017.

ROSSI, P; DWECK, E. Impactos do Novo Regime Fiscal na saúde e educação. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 32, n. 12, e00194316, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v32n12/1678-4464-csp-32-12-e00194316.pdf>>. Acessado em 07/12/2021.

ROSSI, P.; DAVID, G.C. Execução orçamentária na pandemia e o futuro do financiamento público da saúde, *Cadernos do Desenvolvimento*, v. 16, p. 267, 2021.

ROSSI, P.; WELLE, A.; GONCALVES, R. Regime macroeconômico e desenvolvimento: é necessário rever o tripé macro In: Fundação João Mangabeira (Org.). *Por uma economia política inclusiva, criativa e sustentável*. Brasília: Fundação João Mangabeira, v. 2, p. 43-69, 2020.

ROSSI, P. et al. Uma agenda econômica para todos. In: Dweck, E.; Rossi, P. Oliveira, A.L. *Economia pós-pandemia: desmontando os mitos da austeridade e construindo um novo paradigma econômico*. São Paulo: Autonomia Literária, 2020.

SANTOS, I.S.; VIEIRA, F.S. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 7, p.2303-2314, jul. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n7/2303-2314/>>. Acessado em 07/12/2021.

SILVEIRA et al. Os fluxos financeiros no financiamento e no gasto em saúde no Brasil. Textos para discussão, n. 43, *Saúde Amanhã*, Fiocruz, 2020.

STUCKLER, D. et al. The Public Health Effect of Economic Crises and Alternative Policy Responses in Europe: an Empirical Analysis. *Lancet*, v. 374, n. 9686, p. 315-323, 2009. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673609611247>>. Acessado em 07/12/2021.

STUCKLER, D.; BASU, S. *The Body Economic: Why Austerity Kills*. Nova York: Basic Books, 2013.

TEIXEIRA, A. Saúde e desenvolvimento: notas para uma agenda de debates. Texto para o X Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. 2012.

VIEIRA, F. Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas? *Nota técnica*, n. 26, Brasília: Ipea, 2016.

VIEIRA, F.; SANTOS, M.A. O setor farmacêutico no Brasil sob as lentes da conta-satélite de saúde. Texto para discussão, n. 2615 / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília/Rio de Janeiro: Ipea, 2020.

WHO. World Health Organization. Commission on Macroeconomics and Health & World Health Organization. (2001); *Macroeconomics and health: investing in health for economic development: executive summary / report of the Commission on Macroeconomics and Health*. World Health Organization. 2001. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42463>>. Acessado em 07/12/2021.

ANEXO 1 - Estudo de caso: Hemobrás e os efeitos da variação cambial

A Hemobrás é uma empresa pública, vinculada ao Ministério da Saúde, e tem como função social garantir aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) o fornecimento de medicamentos hemoderivados ou produzidos por biotecnologia. De acordo com seu site oficial, a empresa trabalha para reduzir a dependência externa do Brasil no setor de derivados do sangue e biofármacos, ampliando o acesso da população a medicamentos essenciais à vida de milhares de pessoas com hemofilia, além de pacientes de imunodeficiências genéticas, cirrose, câncer, Aids, queimaduras, entre outras doenças.

O resultado financeiro líquido em 2018 foi impactado, principalmente, pelas contas de variação cambial ativa de R\$ 103,1 milhões e pela variação cambial passiva de R\$ 187,7 milhões. Variação cambial ativa e passiva – quando há ganho e quando há perda decorrente das variações cambiais.¹⁶ Esse cenário gerou um resultado negativo decorrente da variação cambial de R\$ 84,6 milhões, o que demonstra o impacto da alta do câmbio no resultado financeiro do exercício.

O resultado operacional foi positivo em aproximadamente R\$ 89,2 milhões, antes do Resultado Financeiro e Tributos. Entretanto, a variação cambial do exercício foi uma das principais razões para o prejuízo líquido de R\$ 21 milhões.

De acordo com o Balanço, apesar de todo o esforço da administração da Hemobrás em contratar no mercado financeiro uma proteção cambial, dentre as possibilidades legais permitidas, nenhuma proposta que permitisse reduzir o impacto no resultado se mostrou viável. Ainda levaram ao conhecimento da Secretaria do Tesouro Nacional (STN) e da Secretaria de Coordenação e Governança das Empresas Estatais (Sest) as dificuldades em encontrar no mercado uma solução viável.

Já no Relato integrado 2019 da Hemobrás consta que a redução do endividamento externo é um dos principais objetivos da gestão financeira da Hemobrás e que, para isso, em 2018 foi construído o plano para liquidação do passivo com o principal fornecedor de medicamentos, formalizado por meio do segundo termo aditivo ao contrato de licença e transferência de tecnologia (CLTT) firmado

¹⁶ A Hemobrás adotou como moeda funcional o real, de acordo com as normas descritas no CPC 02 - Efeitos nas Mudanças nas Taxas de Câmbio e Conversão de Demonstrações Contábeis. Assim, as transações em moeda estrangeira, isto é, todas aquelas que não são realizadas na moeda funcional, são convertidas pela taxa de câmbio da data de cada transação.

entre a Hemobrás e a Baxter Healthcare SA, atual Takeda. Esse passivo deve sofrer uma nova redução com a previsão de pagamento em torno de USD 15,9 milhões.

Relatam ainda que, no sentido de proteger o poder de compra da Hemobrás da variação cambial, a gestão continua avaliando, junto à Secretaria do Tesouro Nacional (STN), a possibilidade de aplicar parte de seus recursos em fundos cambiais, como ferramenta de proteção, visando reduzir o descasamento entre ativos e passivos e a manutenção de um perfil de endividamento adequado a prazos que não comprometam os investimentos necessários às atividades da Hemobrás.

De acordo com a Carta Anual de Política Pública e Governança Corporativa 2020 da Hemobrás, as informações referentes à variação cambial são de que, até maio de 2020, a Hemobrás já havia registrado perdas por variação cambial que poderão impactar os resultados da empresa no exercício 2020.

Esses dados dos documentos da Hemobrás também foram verificados pela Controladoria Geral da União no Relatório de Avaliação da Hemobrás 2014-2017, que identificou riscos e destacou o grande impacto das variações cambiais, uma vez que foram adquiridos insumos vinculados à moeda estrangeira, cujo saldo é expressivo.

O Quadro A1 mostra a variação cambial ativa e passiva da empresa. A variação cambial ativa corresponde essencialmente à atuação da Hemobrás na exportação de plasma fracionado entre 2015 e julho 2017. A empresa realizou exportação e importação de produtos e subprodutos do plasma, de 2015 a julho de 2017, quando teve sua atividade de exportação paralisada devido à perda do certificado de boas práticas da LFB, sua parceira internacional para essa atividade.

Foram importados os hemoderivados relativos aos TAF 10 e 11 e às compensações dos TAF 7, 8 e 9. TAF é a denominação dada ao fracionamento de cerca de 27 mil litros de plasma. Além do plasma, em 2017, foi efetivamente importado um total de 512.016.500 UI de Fator VIII recombinante, para tratamento de hemofilia.

A variação cambial ativa, decorrente dessa exportação, foi predominante nos anos de 2016 e 2017. Já o ano de 2015 foi muito afetado pela forte desvalorização da moeda brasileira de em torno de 50% em relação ao dólar o que aumenta o custo da importação de hemoderivados pela Hemobrás.

Quadro A1: Variação cambial ocorrida entre 2014-2017 na Hemobrás (valores correntes em reais)

	R\$			
VARIAÇÃO CAMBIAL	2017	2016	2015	2014
Variação Cambial Ativa	68.308.189	268.677.947	78.562.284	-
Variação Cambial Passiva	- 39.436.973	-132.111.654	-303.306.060	- 32.117.576
Resultado Líquido da Variação Cambial	28.871.216	136.566.293	-224.743.776	- 32.117.576
Variação ano a ano - Variação Cambial	- 107.695.077	361.310.069	-192.626.200	

Fonte: CGU.

ANEXO 2 - Estudo de caso: dados de importação do Ministério da Saúde

Em 12 de agosto de 2020, solicitamos informações referentes a compras em moeda estrangeira pelo Ministério da Saúde via Lei de Acesso à Informação, com a seguinte demanda:

Solicitamos informações referentes às compras públicas internacionais (importação) – seja diretamente pelo Ministério da Saúde, via OPAS, empresas privadas ou outros mecanismos – no período de 2010 a 2020, referente a medicamentos, insumos estratégicos, imunizantes, hemoderivados, equipamentos e correlatos. Em que conste código NCM e/ou CNAE, objeto adquirido, quantidade, valor na moeda original do contrato, valor em real ou câmbio considerado, componente (especializado, estratégico etc.). Também solicitamos o código e descrição das ações orçamentárias nas quais estão inseridas essas compras de importados pelo Ministério da Saúde.

Em 1 de setembro de 2020 houve pedido de prorrogação de prazo. A resposta chegou no dia 11 de setembro de 2020, com somente uma coordenação de um departamento concedendo informação. Diante desse fato, realizamos um recurso de 1ª instância com o seguinte conteúdo:

Agradeço à CGAFME/DAF pelo adequado fornecimento de informações. Entretanto, como a própria resposta pontua (“as aquisições de importados também são realizadas por outras Secretarias do Ministério da Saúde, as quais são gerenciadas pelas próprias Secretarias, e portanto, não possuímos informações referentes a essas compras”), as aquisições de importados (referente a medicamentos, insumos estratégicos, imunizantes, hemoderivados, equipamentos e correlatos) não são realizadas apenas pela Secretaria que respondeu. Sendo assim, solicito que esse pedido de acesso à informação seja enviado a todas as secretarias do MS que possam realizar esse tipo de importação, para que também forneçam os dados. Reforço também o pedido por informações de importações que sejam realizadas por outros mecanismos que não OPAS, como via setor privado.

A resposta ao recurso foi

O Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos indefere o recurso

uma vez que o departamento encaminhou a resposta a cidadã, conforme a mesma informa na justificativa do recurso. Considerando que o tempo de tramitação de um recurso é de apenas 5 dias, e na impossibilidade desta unidade proceder o direcionamento para as outras áreas deste Ministério, sugere-se, caso mantido o interesse, que seja procedida uma nova solicitação para complementação de resposta diretamente às outras áreas.

Seguimos então com a realização de um novo pedido de informações em 29 de setembro de 2020 direcionando nominalmente o pedido a todas as secretarias do ministério da saúde:

A/C de todas as Secretarias do MS - SVS, SESAI, SAS, SCTIE, SGTES, SGEP e respectivos departamentos responsáveis pela realização de compras públicas em moeda estrangeira de medicamentos em qualquer um dos componentes e correlatos Prezados, Solicito informações referentes às compras públicas internacionais (importação) – seja diretamente pelo Ministério da Saúde, via OPAS, empresas privadas ou outros mecanismos – no período de 2010 a 2020, referente a medicamentos, insumos estratégicos, imunizantes, hemoderivados, equipamentos e correlatos. Em que conste código NCM e/ou CNAE, objeto adquirido, quantidade, valor na moeda original do contrato, valor em real ou câmbio considerado, componente (especializado, estratégico etc.). Também solicito o código e descrição das ações orçamentárias nas quais estão inseridas essas compras de importados pelo Ministério da Saúde.

Para esse novo pedido também foi solicitada prorrogação de prazo em 19 de outubro de 2020. A resposta chegou no dia 3 de novembro de 2020, com o seguinte conteúdo:

Em razão da solicitação feita, de acesso à informação referente às compras públicas internacionais, segue abaixo o posicionamento das secretarias do Ministério da Saúde em relação ao objeto pedido.

A SAES (Secretaria de Atenção Especializada à Saúde) informa que o teor da demanda não a compete, não constando da informação solicitada.

A SGTES (Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde) informa que não

possui compras públicas internacionais referente a medicamentos, insumos estratégicos, imunizantes, hemoderivados, equipamentos e correlatos.

A SESAI (Secretaria Especial de Saúde Indígena) informa que é responsável desde o planejamento até a execução de todas as ações na atenção primária prestada aos povos indígenas. deste modo, as aquisições são restritas ao componente básico da relação nacional de medicamentos-RENAME, cujos itens são facilmente encontrados no mercado fornecedor brasileiro, não havendo, portanto, a necessidade de compras públicas em moeda estrangeira.

A SCTIE (Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos), em solicitação similar, de nº3783007/3723453, sobre o fornecimento de informações referentes às compras públicas internacionais (importação) no período de 2010 a 2020, referente a medicamentos, insumos estratégicos, imunizantes, hemoderivados, equipamentos e correlatos, informa que: Quanto ao solicitado, ao que compete a CGAFME/DAF, esta Coordenação informa os dados referentes aos Termos de Cooperação – TCs 84 e 86, que são os instrumentos vigentes que propiciam às aquisições por meio da OPAS. Além das compras OPAS, esta Coordenação também informa os dados referentes às compras de Hidroxocobalamina, cujas aquisições ocorreram diretamente com o único fabricante internacional. Segue anexo o documento 0016607151 contendo os dados solicitados. Ressalta-se que os TCs 84 e 86 contemplam às aquisições realizadas no período de 2015 a 2020, os quais temos acesso por meio do sistema de processo eletrônico. Referente aos anteriores (2010 a 2014), eles eram realizados por meio de processos físicos. Considerando que eles se encontram arquivados e que o acesso ao arquivo está restrito no momento em razão das medidas preventivas ao Coronavírus, informamos que esta CGAFME não possui os dados compilados para apresentá-los no momento. Referente a solicitação para o Ministério da Saúde apresentar o código NCM e/ou CNAE dos itens adquiridos, informa-se que a CGAFME não possui as informações. Destaca-se que os dados informados se referem a produtos adquiridos pelo Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica, e que foram pagos utilizando a ação orçamentária 4368. A exceção refere-se à aquisição do sachê de micronutrientes ocorrida por meio do TC86 no ano de 2018, cujo pagamento ocorreu por meio da ação orçamentária 20QH, do programa Alimentação e Nutrição. Por fim, informa-se

que as aquisições OPAS também são realizadas por outras Secretarias do Ministério da Saúde, as quais são gerenciadas pelas próprias Secretarias, e portanto, não possuímos informações referentes a essas compras.

A SAPS (Secretaria de Atenção Primária à Saúde) informa QUE O 98º TERMO DE COOPERAÇÃO ASSINADO ENTRE A SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE/SAPS E A OPAS COM VIGÊNCIA ATÉ junho/2020 CONTEMPLA SOMENTE DESPESAS CORRENTES. CONSIDERANDO QUE A SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE/SAPS FOI CRIADA EM 2019 E AS DEMANDAS ORIUNDAS DO DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA/DAB ERAM VINCULADAS A SAS (ATUALMENTE SAES), NÃO TEMOS INFORMAÇÕES REFERENTES ÀS COMPRAS PÚBLICAS INTERNACIONAIS.

A SE por meio do DLOG (Secretaria Executiva/Departamento de Logística em Saúde) informa que: EM ATENDIMENTO AO SEU PEDIDO INFORMA-SE QUE DE ACORDO COM O ART. 6º DA PORTARIA Nº 1.583, DE 19 DE JULHO DE 2012, “QUE DISPÕE, NO ÂMBITO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E ENTIDADES A ELE VINCULADAS, SOBRE A EXECUÇÃO DA LEI Nº 12.527, DE 18 DE NOVEMBRO DE 2011, QUE VERSA SOBRE A LEI DE ACESSO À INFORMAÇÃO, E DO DECRETO Nº 7.724, DE 16 DE MAIO DE 20152, QUE A REGULAMENTA”, QUE FALA QUE NÃO SERÃO ATENDIDOS PEDIDOS DE ACESSO À INFORMAÇÃO: I - GENÉRICOS; II - DESPROPORCIONAIS OU DESARRAZADOS; OU III - QUE EXIJAM TRABALHOS ADICIONAIS DE ANÁLISE, INTERPRETAÇÃO OU CONSOLIDAÇÃO DE DADOS E INFORMAÇÕES, OU SERVIÇO DE PRODUÇÃO OU TRATAMENTO DE DADOS QUE NÃO SEJA DE COMPETÊNCIA DO ÓRGÃO OU ENTIDADE. PARÁGRAFO ÚNICO. NA HIPÓTESE DO INCISO III DO “CAPUT”, O MINISTÉRIO DA SAÚDE E AS ENTIDADES A ELE VINCULADAS DEVERÃO, CASO TENHAM CONHECIMENTO, INDICAR O LOCAL ONDE SE ENCONTRAM AS INFORMAÇÕES A PARTIR DAS QUAIS O REQUERENTE PODERÁ REALIZAR A INTERPRETAÇÃO, CONSOLIDAÇÃO OU TRATAMENTO DE DADOS. 3. ADEMAIS, INFORMA-SE QUE A RELAÇÃO DE TODAS AS EMPRESAS E RESPECTIVOS CNPJS QUE ESTABELEECERAM CONTRATO COM ESTE MINISTÉRIO DA SAÚDE ESTÃO DISPONÍVEIS NO LINK [HTTPS://ANTIGO.SAUDE.GOV.BR/ACESSO-A-INFORMACAO/LICITACOES-E-CONTRATOS](https://antigo.saude.gov.br/acesso-a-informacao/licitacoes-e-contratos) E SÃO PÚBLICOS PARA CONSULTA DE QUALQUER CIDADÃO.

A SVS por meio da CGPO (Secretaria de Vigilância em Saúde/ Coordenação-Geral de Planejamento e Orçamento da Secretaria de Vigilância em Saúde) informou que o detalhamento das aquisições é de responsabilidade das áreas técnicas. A CGPO possui apenas os valores globais e informações de orçamento e pagamento.

O Departamento de Logística/Secretaria Executiva era justamente o departamento com maior possibilidade de informação sobre compras em moeda estrangeira. Entretanto, ao invés de disponibilizar os dados de forma sistematizada, primando pelas boas práticas internacionais de transparência e participação social, além de dados abertos, opta por disponibilizar os dados de forma fechada, contrato por contrato, o que praticamente inviabiliza a pesquisa. O link informado não é referente a um sistema de informação ordenado e aberto. Além disso, em uma tentativa de grande esforço de abrir contrato por contrato para encontrar as informações, mais uma impossibilidade: com as mudanças de portais dos ministérios com o novo governo federal, os dados não estão mais disponíveis.



Assim, temos o cenário que nem no site nem via LAI o Ministério da Saúde como um todo, e com destaque o DLOG, não disponibiliza de forma sistemática e aberta os dados referentes à importação em moeda estrangeira, inviabilizando a avaliação de impacto de variação cambial nas importações do Ministério da Saúde. Esse tipo de análise é importante para estimar efeitos do for-

talecimento do Complexo Econômico-Industrial Nacional da Saúde, uma vez que o mesmo poderia diminuir a vulnerabilidade externa aos fluxos cambiais, aumentar a soberania nacional, além de manter no país o efeito multiplicador do gasto público.

Diante desse cenário, foi possível trabalhar apenas com os dados disponibilizados pela Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica e Medicamentos Estratégicos do Departamento de Assistência Farmacêutica. O quadro A2 foi disponibilizada em formato fechado, em arquivo .pdf, sendo necessário converter para um formato manuseável para análise.

Quadro A2: Quantidade de medicamentos importados pela CGAF/DAF, 2015 a 2019

Produto	Utilização	Quantidade				
		2015	2016	2017	2018	2019
Ácido paraminossalicílico, 4g	Tuberculose	151.200,00	120.000,00	120.000,00	0,00	0,00
Anfotericina b lipossomal	Micoses sistêmicas	96.000,00	220.000,00	0,00	79.750,00	90.000,00
Artemeter 20mg + Lumefantrine 120mg c/12 cpr	Malária	246.240,00	16.500,00	276.480,00	0,00	194.040,00
Artemeter 20mg + Lumefantrine 120mg c/18 cpr	Malária	396.360,00	17.220,00	427.680,00	0,00	303.480,00
Artemeter 20mg + Lumefantrine 120mg c/24 cpr	Malária	1.356.480,00	0,00	777.600,00	1.137.600,00	948.240,00
Artemeter 20mg + Lumefantrine 120mg c/6 cpr	Malária	69.120,00	13.500,00	81.000,00	90.540,00	2.730,00
Artesunato de sódio, 60mg, injetável	Malária	24.000,00	35.400,00	0,00	65.250,00	33.480,00
Benzilpenicilina benzatina	Sífilis	2.000.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Capreomicina 1g	Tuberculose	144.000,00	0,00	186.700,00	0,00	0,00
Clofazimina 100 mg	Tuberculose / Hanseníase	118.000,00	100.000,00	107.000,00	107.000,00	0,00
Cloranfenicol 125/5mL Susp. Oral	Febre maculosa	8.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Etionamida 250mg	Tuberculose	310.600,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pentamidina 300mg inj	Leishmaniose	6.000,00	6.000,00	4.000,00	5.000,00	12.000,00

Piridoxina 100 mg	Tuberculose	168.000,00	270.000,00	0,00	0,00	0,00
RH (150mg+75mg) - DFC 2 em 1	Tuberculose	60.038.496,00	0,00	64.088.640,00	37.183.776,00	57.099.168,00
Rifabutina 150mg	Tuberculose	282.600,00	0,00	200.000,00	129.800,00	64.800,00
Azitromicina 250mg	Coqueluche	0,00	290.000,00	0,00	0,00	0,00
Primaquina 15mg	Malária	0,00	3.800.000,00	0,00	6.199.200,00	1.799.000,00
Primaquina 5mg	Malária	0,00	700.000,00	920.000,00	1.350.000,00	0,00
RHZE (150mg + 75mg + 275mg + 400mg) - DFC 4 em 1	Tuberculose	0,00	24.000.480,00	0,00	0,00	0,00
Sachê de micro-nutrientes	Alimentação e nutrição	0,00	20.000.010,00	0,00	0,00	0,00
Linezolid 600mg	Tuberculose	0,00	0,00	18.000,00	0,00	0,00
Piridoxina 50mg	Tuberculose	0,00	0,00	0,00	578.000,00	693.900,00
Miltefosina 50mg	Leishmaniose	0,00	0,00	0,00	0,00	199.976,00
Pirazinamida 150mg	Tuberculose	0,00	0,00	0,00	0,00	380.000,00
Rifampicina 75 + Isoniazida 50mg + Pirazinamida 150mg dispersível	Tuberculose	0,00	0,00	0,00	0,00	340.956,00
Rifampicina 75 + Isoniazida 50mg dispersível	Tuberculose	0,00	0,00	0,00	0,00	682.080,00
Sachês de micronutrientes	Suplementação	0,00	0,00	0,00	40.000.020,00	0,00
Hidroxocobalamina cloridrato, 5 G, pó liófilo	Intoxicação por cianeto	1.615,00	0,00	0,00	1.000,00	0,00
TOTAL		65.418.726	49.591.126	67.209.117	86.928.954	62.845.869

Fonte: LAI.

O Quadro A2 traz informações referentes à quantidade de medicamentos importados pela CGA-FME/DAF, via Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), para o Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (Cesaf), que se destina à garantia do acesso equitativo a medicamentos e insumos, para prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de doenças e agravos de perfil en-

dêmico, com importância epidemiológica, impacto socioeconômico ou que acometem populações vulneráveis, contemplados em programas estratégicos de saúde do SUS. Dessa forma, a garantia de acesso a esses medicamentos também é importante fator redutor de desigualdades. Esses medicamentos e insumos são financiados e adquiridos pelo Ministério da Saúde e distribuídos aos estados e Distrito Federal.

O Cesaf disponibiliza medicamentos para pessoas acometidas por tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de chagas, cólera, esquistossomose, filariose, meningite, oncocercose, peste, tracoma, micoses sistêmicas e outras doenças decorrentes e perpetuadoras da pobreza. São garantidos, ainda, medicamentos para influenza, HIV/Aids, doenças hematológicas, tabagismo e deficiências nutricionais, além de vacinas, soros e imunoglobulinas.

Quadro A3: Custo de medicamentos importados pela CGAF/DAF, 2015 a 2019*

Produto	Utilização	Custo (corrigido pela inflação)				
		2015	2016	2017	2018	2019
Ácido paraminossalicílico, 4g	Tuberculose	905.399,39	572.822,48	626.062,60	0,00	0,00
Anfotericina b lipossomal	Micoses sistêmicas	7.033.499,25	14.092.540,51	0,00	5.026.820,15	6.719.923,11
Artemeter 20mg + Lumefantrine 120mg c/12 cpr	Malária	52.951,01	34.518,96	55.396,51	0,00	32.173,88
Artemeter 20mg + Lumefantrine 120mg c/18 cpr	Malária	85.200,11	53.060,61	62.419,09	0,00	45.870,72
Artemeter 20mg + Lumefantrine 120mg c/24 cpr	Malária	287.199,72	0,00	110.586,23	171.153,92	128.993,05
Artemeter 20mg + Lumefantrine 120mg c/6 cpr	Malária	14.863,44	15.738,78	14.690,48	16.698,70	14.656,87
Artesunato de sódio, 60mg, injetável	Malária	188.204,73	257.810,55	0,00	529.049,91	344.344,98
Benzilpenicilina benzatina	Sífilis	1.172.738,73	0,00	0,00	0,00	0,00
Capreomicina 1g	Tuberculose	2.943.350,55	0,00	2.633.049,99	0,00	0,00
Clofazimina 100 mg	Tuberculose / Hanseníase	659.194,60	441.961,24	404.294,67	403.038,73	0,00

Cloranfenicol 125/5mL suspensão oral	Febre maculosa	38.934,39	0,00	0,00	0,00	0,00
Etionamida 250mg	Tuberculose	110.713,06	0,00	0,00	0,00	0,00
Pentamidina 300mg inj	Leishmaniose	191.592,74	177.383,16	112.500,37	139.854,70	459.923,83
Piridoxina 100 mg	Tuberculose	29.536,72	25.886,87	0,00	0,00	0,00
RH (150mg+75mg) - DFC 2 em 1	Tuberculose	8.102.179,73	0,00	7.404.253,88	3.951.588,63	10.422.140,48
Rifabutina 150mg	Tuberculose	519.727,34	0,00	618.382,92	405.029,19	263.584,93
Azitromicina 250mg	Coqueluche	0,00	233.724,53	0,00	0,00	0,00
Primaquina 15mg	Malária	0,00	305.117,94	0,00	586.108,06	204.798,02
Primaquina 5mg	Malária	0,00	30.602,83	38.429,61	53.932,23	0,00
RHZE (150mg + 75mg + 275mg + 400mg) - DFC 4 em 1	Tuberculose	0,00	6.208.752,85	0,00	0,00	0,00
Sachê de micronutrientes	Alimentação e nutrição	0,00	1.763.745,10	0,00	0,00	0,00
Linezolidina 600mg	Tuberculose	0,00	0,00	97.692,38	0,00	0,00
Piridoxina 50mg	Tuberculose	0,00	0,00	0,00	37.000,57	51.443,64
Miltefosina 50mg	Leishmaniose	0,00	0,00	0,00	0,00	2.558.222,78
Pirazinamida 150mg	Tuberculose	0,00	0,00	0,00	0,00	174.003,16
Rifampicina 75 + Isoniazida 50mg + Pirazinamida 150mg dispersível	Tuberculose	0,00	0,00	0,00	0,00	96.990,36
Rifampicina 75 + Isoniazida 50mg dispersível	Tuberculose	0,00	0,00	0,00	0,00	153.528,01
Sachês de micronutrientes	Suplementação	0,00	0,00	0,00	3.311.307,93	0,00
Hidroxocobalamina cloridrato, 5 G, pó líofi	Intoxicação por cianeto	3.536.999,42	0,00	0,00	2.460.131,26	0,00
TOTAL		25.874.299,95	24.215.682,44	12.179.775,73	17.093.731,98	21.672.616,82

Fonte: LAI. *Dados corrigidos pela inflação média anual com IPCA.

O Quadro A3 traz os dados referentes ao custo por medicamento importado pela CGAFME/DAF. Considerando os dados dos quadros A2 e A3, de quantidade e custo, o Quadro A4 traz a relação quantidade/custo. Apesar das lacunas, os dados mostram uma variação grande no custo, de ano a ano, para alguns medicamentos, que pode estar associada à variação cambial. No ano de 2019 ocorreu aumento dessa relação para alguns medicamentos, ano também de forte desvalorização da taxa de câmbio.

Quadro A4: Relação quantidade/custo de medicamentos importados pela CGAF/DAF, 2015 a 2019

Utilização	Custo/Quantidade				
	2015	2016	2017	2018	2019
Tuberculose	5,99	4,77	5,22		
Micoses sistêmicas	73,27	64,06		63,03	74,67
Malária	0,22	2,09	0,20		0,17
Malária	0,21	3,08	0,15		0,15
Malária	0,21		0,14	0,15	0,14
Malária	0,22	1,17	0,18	0,18	5,37
Malária	7,84	7,28		8,11	10,29
Sífilis	0,59				
Tuberculose	20,44		14,10		
Tuberculose / Hanseníase	5,59	4,42	3,78	3,77	
Febre maculosa	4,87				
Tuberculose	0,36				
Leishmaniose	31,93	29,56	28,13	27,97	38,33
Tuberculose	0,18	0,10			
Tuberculose	0,13		0,12	0,11	0,18
Tuberculose	1,84		3,09	3,12	4,07
Coqueluche		0,81			
Malária		0,08		0,09	0,11
Malária		0,04	0,04	0,04	
Tuberculose		0,26			
Alimentação e nutrição		0,09			
Tuberculose			5,43		
Tuberculose				0,06	0,07
Leishmaniose					12,79
Tuberculose					0,46
Tuberculose					0,28
Tuberculose					0,23
Suplementação				0,08	
Intoxicação por cianeto					
	2.168,87	2.133,81	2.077,57	2.124,72	2.166,30

Fonte: LAI.



FIOCRUZ

cee