

BRASIL, USA AND MEXICO: THREE FEDERALIST NATIONS WITH
LIMITED ASSURANCES FOR HEALTH COVERAGE AND VERY MIXED
SYSTEMS FOR FINANCING AND DELIVERY OF CARE

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – UNICAMP
NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS – NEPP
2005

NILSON DO ROSÁRIO COSTA¹
GABRIEL FERRATO DOS SANTOS²
PEDRO LUIZ BARROS SILVA³
DAVID WARNER⁴

**CADERNO DE
PESQUISA
Nº 60**



1 FIOCRUZ e U.F.Fluminense.

2 IE/UNICAMP.

3 IE e NEPP/UNICAMP.

4 LBJ School of Public Affairs/U.Texas.

INTRODUÇÃO

Este artigo examina as principais características dos sistemas de saúde dos USA, México e Brasil, explorando as relações do setor público e do setor privado no financiamento e oferta de serviços. Parte, inicialmente, da descrição setorial estabelecendo um diagnóstico sintético da situação atual de cada país. Discute, ainda, como as características de estruturação desses sistemas determinam a natureza do acesso, limites à capacidade de atendimento, especialmente da população de baixa renda e desigualdades na oferta de serviços que são de difícil superação.

Este trabalho faz parte do projeto Consórcio Bilateral em Ciências Sociais e Políticas Públicas, programa organizado pela CAPES do Brasil e pela FIPSE americana. Envolve a UNICAMP, a FGV-SP e a UFPe do lado brasileiro e a Universidade do Texas e a UCLA em Los Angeles pelo lado americano. É um dos primeiros resultados de um trabalho conjunto de analisar políticas públicas da área social comparando o desenho e o resultado da implementação de setores estratégicos para o desenvolvimento sustentado desses dois países. O caso mexicano foi apresentado por ser um interessante contraponto, enquanto desenho de um sistema nacional fortemente gerador de desigualdades e em processo de transformação para um desenho onde se melhorem as condições de equidade.

1. EEUU

A história do sistema de saúde dos EEUU e seu financiamento foi descrita por muitos autores de muitas perspectivas diferentes. Para este artigo, achamos que seria educativo revisar como esta história se desenvolveu—geralmente a partir de iniciativas locais e privadamente financiadas—e como lutou para permanecer um sistema não governamental e não universal, ainda que constantemente necessite escorar as instituições privadas do setor com verbas públicas, subsídios e regulamentações, à medida que a amplitude e profundidade da cobertura privada se deterioram.

O desenvolvimento de um sistema nacional foi restringido por muitos anos pela interpretação da Constituição de que as funções não expressamente atribuídas ao governo federal eram reservadas aos estados. Durante a década de 30, foi desenvolvido o sistema

Blue Cross / Blue Shield de empresas de seguro saúde estaduais ou municipais, que consistia em um seguro saúde geralmente originado na comunidade, com estrutura mista ou sem fins lucrativos, dentro de cada região exclusiva do país. Tipicamente, esses planos da Blue Cross tinham convênios com os hospitais participantes, e quaisquer perdas poderiam ser recuperadas através de reajustes de tarifas ou algum outro tipo de sistema de indenização. Com o crescimento da cobertura de seguro de empresas durante a 2a. guerra mundial, e em parte porque os salários eram fixos, mas os benefícios não, as seguradoras privadas com fins lucrativos entraram no mercado e a avaliação com base na experiência se tornou predominante. Além disso, logo após a guerra, a Lei de McCarran-Ferguson de 1945 acabou por reservar o direito de regulamentação dos seguros aos estados, a menos que o Congresso expressamente atribuísse um direito ou iniciativa por lei.⁵ Assim, em meados da década de 40, foi definido um sistema que era amplamente baseado em uma cobertura corporativa regulamentada a nível estadual.

À medida que a avaliação com base na experiência foi substituindo a avaliação com base na comunidade, ficou cada vez mais difícil para idosos e pessoas com necessidades especiais conseguirem cobertura, pois estes se depararam com dificuldades crescentes em relação a sua capacidade de pagar a assistência médica necessária e acabaram tornando-se uma fonte de ansiedade e ônus para seus parentes, e também para os governos locais e estaduais. Como consequência, em 1965, foram fundados os sistemas Medicare e Medicaid. O Medicare é um sistema federal de cobertura hospitalar (financiado por um adicional do imposto de Previdência Social pago por todos os trabalhadores e empregadores) e assistência médica e domiciliar (financiada através do pagamento de prêmios e impostos) para os idosos. O Medicaid é um sistema em que o governo federal atrela contribuições estaduais a um determinado plano estadual, desenvolvido de acordo com as diretrizes federais de cobertura mínima, pacote de benefícios, questões administrativas e de escolha, e plano de assistência médica para a população de baixa renda – crianças e suas famílias, pessoas com necessidades especiais e idosos. Até 2005, estes programas cresceram a ponto de oferecer cobertura para a maioria dos idosos e grande parte da população de baixa renda. Ambos os programas têm deficiências importantes em relação à cobertura e elegibilidade, e também são vistos como

5 Na verdade, a Lei afirma que “quando o seguro não for regulamentado por lei estadual” poderão ser aplicadas várias leis federais antitruste. Patricia M. Danzon, “The McCarran-Ferguson Act Anticompetitive or Procompetitive?” Regulation, Spring 1992, pp. 38-47.

potencialmente insustentáveis em sua configuração atual devido aos vultosos custos que apresentam para o futuro.

Em 2004, o fundo de seguro hospitalar do Medicare cobria 41,5 milhões de americanos idosos ou com necessidades especiais. Também a receita de prêmios e impostos gerais é utilizada para financiar a Parte B do Medicare e será utilizada para financiar a Parte D do sistema para Cobertura de Medicamentos, que está sendo implantada em 2006. Em 2004, os gastos do Medicare atingiram \$309 bilhões. Devido à tendência de um aumento demográfico e de custos médicos maiores que o aumento de preços e salários em geral, estima-se que “embora os custos anuais do Medicare correspondam atualmente a 2,6% do PIB, estes devam atingir quase 14% do PIB em 2079.⁶ Este número não inclui as despesas dos idosos com desembolso direto e seguro privado. É extremamente improvável que a nação poderá suportar este nível de gastos com assistência médica para a população acima dos 65 anos.

O mesmo se aplica ao Medicaid. Com o tempo, cada estado estabeleceu um sistema Medicaid que atende suas necessidades de acordo com o tipo de repasse recebido do governo federal, os níveis de ausência de seguro privado no estado e outras variáveis. Em 2005, o Medicaid forneceu “serviços de saúde e assistência de longo prazo a 53 milhões de pessoas de baixa renda, incluindo grávidas, crianças, pessoas com necessidades especiais e idosos... e estima-se que tenha gasto um total de \$329 bilhões em recursos estaduais e federais combinados em 2005.⁷” Pelo fato de o Medicaid impor verbas tão altas para governos estaduais e federais, existe um esforço conjunto para se restringir seus custos. O governo federal tenta restringir esquemas imaginativos dos estados para receber e utilizar recursos federais e os estados tentam conseguir maior flexibilidade na maneira como utilizam os recursos, tentando fazer com que o governo federal assuma maior responsabilidade fiscal pela assistência de longo prazo através de créditos diretos ou créditos de imposto para seguro de longo prazo e procurando uma maior autoridade para administrar os programas de medicamentos e serviços para populações opcionais cobertas, da forma que lhes parecer mais apropriada.

Em 1972, o programa Medicare foi estendido às pessoas com necessidades especiais que haviam recebido uma Auxílio Invalidez da Previdência Social por dois anos nos últimos cinco

6 Status of the Social Security and Medicare Programs, A SUMMARY of the 2005 ANNUAL REPORTS, Social Security and Medicare Boards of Trustees, <http://www.ssa.gov/OACT/TRSUM/treasury.html>, acessado em 12/07/05

7 National Governors Association, Medicaid Reform: A Preliminary Report,” 15 de junho de 2005, do site NGA.

anos e para aqueles que sofriam de insuficiência renal terminal. No mesmo ano, o programa de Renda Suplementar de Previdência (SSI) foi estatizado, dando início aos pagamentos federais à população de baixa renda, pessoas com necessidades especiais e idosos, automaticamente qualificando-os para o Medicaid naqueles estados que tinham o programa. Nos 33 anos seguintes, o governo federal obrigou os estados a oferecerem assistência médica a todas as crianças de famílias abaixo da linha de pobreza. Com o desenvolvimento do programa de seguro de saúde público para crianças (SCHIP) em 1997, o governo federal melhorou o repasse disponibilizado aos estados e a maioria deles estendeu a cobertura pública às crianças de famílias com renda inferior a 200% de pobreza.

Financiamento do Seguro Saúde

Em dólares americanos

EEUU	1993 ¹	1994 ⁴	1995 ⁴	1996 ⁴	1997 ¹	1998 ³	1999 ¹	2000 ²	2001 ¹	2002 ¹	2003 ¹
Gastos nacionais com saúde	888,1	947,7	993,3	1,039,4	1.093,1	1.149,8	1.222,2	1.310,0	1.426,4	1.559,0	1.678,9
Fundos públicos	390,4	423,0	456,0	480,4	503,2	520,9	550,3	591,3	654,6	718,0	765,7
Gastos federais	274,4	301,1	326,1	347,3	360,0	367,7	386,2	415,0	463,8	508,6	541,7
<i>Medicare</i>	148,3	166,9	185,3	199,4	209,4	209,5	213,0	224,4	248,8	267,7	283,1
<i>Medicaid</i>	76,8	81,5	86,4	92,3	94,8	99,6	108,4	117,7	131,8	148,4	158,7
<i>Outros no nível federal</i>	49,3	52,8	54,5	55,7	55,8	58,6	64,7	73,1	83,2	92,4	99,8
Nível estadual & local	116	121,8	129,8	133,1	143,3	153,3	164,1	176,2	190,8	209,4	224,0
<i>Medicaid</i>	44,8	53,1	59,8	61,8	64,7	71,8	78,4	84,7	91,9	102,4	109,9
<i>Outros - Nível estadual & local</i>	71,1	68,7	70,1	71,3	78,6	81,5	85,7	91,4	99,0	107,1	114,1
Privado Recursos	497,7	524,7	537,3	559,0	598,8	628,8	671,9	718,7	771,8	841,0	913,2
<i>Pagamentos ao consumidor</i>	445,0	483,5	494,6	513,0	522,8	557,7	598,5	643,7	698,8	763,7	831,1
<i>Desembolso direto</i>	146,9	168,2	170,5	178,1	162,0	174,5	184,7	194,7	202,0	214,2	230,5
<i>Seguro privado de saúde</i>	298,1	315,3	324,0	334,9	360,7	383,2	413,7	449,0	496,6	549,5	600,6
<i>Outros Recursos privados</i>	52,7	41,2	42,7	46,1	67,0	71,1	73,4	75,0	73,1	77,4	82,1

1. Cynthia Smith, Cathy Cowan, Art Sensenig, Adam Catlin and the Health Accounts Team, "Health Spending Growth Slows in 2003," *Health Affairs*, January-February 2005, Exhibit 3, "National Health Expenditure (NHE) Amounts and Average Annual Growth by Source of Funds, Selected Calendar Years 1970-2003, p. 188.
2. Katherine Levitt, Cynthia Smith, Cathy Cowan, Helen Lazerby, Art Sensenig, and Aaron Catlin, "Trends in U.S. Health Care Spending, 2001" *Health Affairs* January-February 2003, Data from Exhibit 6, National Health Expenditures (NHE), Amounts and Annual Percentage Growth, by Source of Funds, Selected Calendar Years, 1970-2001.
3. Katherine Levitt, Cynthia Smith, Cathy Cowan, Helen Lazerby, and Anne Martin, "Inflation Spurs Health Spending in 2000," *Health Affairs*, Vol. 21, No.1, pp. 172-181 Data for 1998 from Exhibit 4 "National Health Expenditures (NHE), Amounts and Average Annual Percentage Growth by Source of Funds, Selected Calendar Years 1970-2000.
4. Katherine Levitt, Cathy Cowan, Helen Lazerby, Arthur Sensing, Patricia McDonald, Jen Stiller, Anne Martin, and the Health Accounts Team, "Health Spending in 1998: Signals of Change," *Health Affairs*, Volume 19, No. 1, Jan-Feb 2000, Data from Exhibit 6, National Health Expenditures by Source of Funds, Amounts and Average Annual Growth, Selected Calendar Years 1970-1998, pp. 124-132.

Apesar da expansão cobertura pública, alega-se que o custo crescente do seguro saúde, o número cada vez maior de trabalhadores não sindicalizados e com baixos salários e o aumento do número de imigrantes sem documentação podem ser a razão para os números da população sem seguro permanecer alto – e na verdade, aumentar, nos últimos 10 anos. Em 1994, o número de pessoas sem seguro era estimado em 36,5 milhões. Embora esse número nunca tenha diminuído neste ínterim, o ano de 2003 já registrava 44,7 milhões.⁸ A medida que o seguro se tornava mais caro e representava uma parte cada vez maior dos benefícios oferecidos aos trabalhadores, as empresas nos anos 90 voltaram-se ao sistema de *'managed care'* como um método de racionalização de custos e redução de escolha. Com a rejeição deste sistema por parte do governo e da população, as empresas passaram a reduzir cada vez mais a cobertura de dependentes, aumentar co-pagamentos e franquias e limitar o número de médicos e medicamentos na rede. Também houve a tentativa de muitas empresas terceirizarem os serviços de menor remuneração a empresas que não fornecem seguro saúde. Os trabalhadores com maiores salários geralmente preferem receber seu benefício de saúde do empregador em vez de um salário mais alto, pois tais benefícios geralmente não estão sujeitos ao imposto de renda e são debitados em folha do salário bruto. Os trabalhadores com baixos salários geralmente não podem se dar ao luxo de dispensar parte de sua renda e, de qualquer modo, já estão em uma escala de pagamento onde estão isentos de impostos. Assim, à medida em que salários mais benefícios são iguais à produtividade, faz sentido econômico para os empregadores transferirem serviços com salários mais baixos para terceiros. De qualquer forma, mesmo que um funcionário de baixo salário trabalhe para um empregador que forneça seguro saúde, o custo de cobertura para seus familiares pode ser ainda problemático.

De modo geral as grandes empresas tendem a fornecer seguro saúde, ao passo que é menos provável que empresas pequenas o façam. Várias iniciativas estaduais e federais foram lançadas para aumentar a cobertura dos seguros de saúde. Tais iniciativas incluíram a permissão para o desenvolvimento de “contas flexíveis”, onde funcionários podem eleger uma quantia de seu salário bruto para ser gasta em despesas relacionadas à saúde durante o ano benefício. Despesas elegíveis incluem o pagamento de prêmios de seguro saúde de

8 Paul Frontsin, “Sources of Health Insurance and Characteristics of the Uninsured: Analysis of the March 2004 Current Population Survey,” EBRI Issue Brief No. 276, Washington DC, December 2004, Figure 1, Non elderly Americans with Selected Sources of Health Insurance.p.5. Deve-se notar que estes números representam as pessoas não seguradas no ano anterior quando perguntadas em março do ano seguinte. Parece haver um consenso que o número de pessoas nesta situação possa ser ligeiramente menor que estes números, mas o número de pessoas que não têm seguro em um dado momento do ano é muito maior do que o número de pessoas que têm seguro, embora limitado.

funcionários e seus dependentes que o empregador não cobre, pequenas despesas como co-pagamentos, franquias, medicamentos e equipamentos que não são cobertos pelo pacote de benefícios do plano. Antigamente, se um funcionário não gastasse todos os recursos alocados a suas contas flexíveis durante um ano do plano, ele perderia esses recursos. Atualmente, há uma tentativa para deixar que esses recursos permaneçam nas contas por um período mais longo—consistente com uma tentativa que conta com o apoio do Congresso e governo de se passar para uma abordagem de conta poupança saúde com créditos fiscais.

Outras iniciativas no nível estadual para ampliar a cobertura incluem:

1. Regulamentação de taxas por estados para apólices de pequenos grupos e individuais,
2. Desenvolvimento de programas de assistência a prêmio para funcionários ou dependentes através do SCHIP e Medicaid, que reembolsam aos funcionários elegíveis os prêmios pagos para cobertura privada, que substitui parcialmente a cobertura do SCHIP ou Medicaid;
3. Permissão para aquelas famílias que não se qualificam para adquirir cobertura SCHIP pelo preço total para seus filhos;
4. Estabelecimento de grupos de resseguro para subsidiar parcialmente a cobertura de seguro de pequenos grupos ou melhorar o acesso individual a cobertura,
5. Aprovação de leis que permitam a venda de apólices de benefícios limitados que excluam alguns benefícios obrigatórios nos estados,
6. Implantação de pacotes de benefícios reduzidos para a expansão das populações do Medicaid ou SCHIP segundo as exceções do HIFA (Responsabilidade e Flexibilidade em Seguro Saúde),
7. Permissão de arranjos de compra de seguro em grupo ou “consórcios” de pequenos empregadores,
8. Estabelecimento de grupos de alto risco operados pelo estado para as pessoas cujas doenças pré-existent e custos médicos impossibilitem ou tornem caro demais a aquisição de cobertura no mercado privado,

9. Estabelecimento de abonos ou isenções fiscais estaduais para que certos empregadores forneçam seguro saúde.⁹

A legislação federal que teve impacto sobre a natureza da cobertura de seguro saúde privado e limitou a supervisão do estado inclui a Lei de Americanos com Deficiências de 1990 (ADA), a Lei de Segurança de Renda para Funcionários Aposentados de 1974 (ERISA), e a Lei Acesso e Portabilidade de Seguro Saúde de 1996 (HIPAA). A ERISA possibilitou que a aposentadoria de empregadores e planos de seguro saúde auto-administrados de empregadores não fossem regulados pelos departamentos estaduais de seguro, mas pela Secretaria do Trabalho dos EEUU. A maioria das grandes empresas dos EEUU na verdade desenvolveu planos auto-financiados para que deixassem de estar sujeitas às regulamentações estaduais quanto a mínimo de benefícios, reservas e níveis de descontos que poderiam exigir de seus prestadores. A ADA exige que não haja discriminação contra as pessoas com deficiências em termos de emprego ou cobertura no plano de saúde de um empregador. E a HIPAA contém várias estipulações relativas a seguro saúde, inclusive a exigência de que fornecedores de apólices a pequenos grupos (2-50 funcionários) em um estado devem oferecer apólices para todos os pequenos empregadores com um limite no quanto o prêmio pode variar a partir de um valor base devido a certos motivos médicos. Outras exigências incluem a obrigação de continuidade de cobertura quando alguém que tem cobertura de um empregador muda para outro emprego que também oferece seguro, e a exigência de que o seguro deve ser fornecido segundo um acordo de emissão garantida ou da formação de um grupo de alto risco para pessoas que deixaram de ser elegíveis para a cobertura grupal—que é a escolha que a maioria dos estados fez.

Outra complicação foi a erosão da cobertura de seguro saúde para aposentados do setor privado. Apesar de historicamente pelo menos as grandes empresas geralmente fornecerem benefícios de saúde para aposentados que se qualificam a pensão, isto começou a mudar quando o Conselho de Padrões Contábeis Financeiros começou a exigir, a partir de 1993, que a maioria das empresas passasse a ter que contabilizar os benefícios de saúde relativos aos aposentados futuros e não apenas contabilizar as despesas quando os recursos fossem gastos no futuro. De acordo com uma pesquisa do Fundo de Educação e

9 David C. Warner, Lauren R. Jahnke e Kristie Kimbell, *An Analysis of Reform Options Developed by Other States*, Elaborado para a University of Texas System Task Force on Access to Health Care in Texas, disponível no site do Center for Health and Social Policy at the LBJ School of Public Affairs, University of Texas, Austin. <http://www.utexas.edu/lbj/research/chasp/index.php>

Pesquisa da Fundação Kaiser a proporção de empresas com 200 ou mais trabalhadores que forneciam benefícios de saúde a aposentados caiu 45% de 1988 a 1993, e apesar de tal cobertura continuar no mesmo nível que em 1993¹⁰, anúncios recentes da GM, Ford e outras significam que haverá um declínio muito maior no futuro.

Essas reduções não são muito visíveis, pois a justiça descobriu que os benefícios de aposentados na maioria dos casos não podem ser suspensos após a aposentadoria, apesar de as empresas terem aumentado os co-pagamentos e franquias para aposentados e funcionários e eliminado tais benefícios para novos aposentados. Funcionários federais, estaduais e municipais geralmente usufruem de cobertura de seguro saúde na aposentadoria, porém uma decisão recente do Conselho de Padrões de Contabilidade do Governo exigirá que os órgãos públicos comecem a prestar contas dos benefícios de saúde dos futuros aposentados de modo semelhante ao exigido das empresas privadas a partir de 2006. Assim, acredita-se que vários governos decidirão eliminar tais benefícios dos futuros aposentados—apesar de que, devido ao processo político, o mais provável é que em várias jurisdições os funcionários com muitos anos de serviço conseguirão manter sua cobertura.

Esta erosão da cobertura na aposentadoria atingiu de modo especialmente duro os trabalhadores de renda alta e média—principalmente aqueles que planejam aposentar-se antes de atingir a elegibilidade ao Medicare aos 65 anos. O governo Clinton propôs que essas pessoas poderiam pagar pelo Medicare, pois para elas era freqüentemente difícil ou impossível adquirir cobertura individual. O governo Bush propôs e aprovou uma proposta cobrir Medicamentos prescritos para beneficiários do Medicare (Parte D). Isso dá cobertura para várias pessoas que não teriam acesso a isso—exceto talvez através do Medicaid—torna as abrangentes apólices do Medigap mais acessíveis, e talvez tenha removido, no curto prazo, a pressão competitiva sobre a indústria farmacêutica exercida pelas encomendas por correio do Canadá e pelos planos Medicaid estaduais para negociar ou forçar preços significativamente mais baixos.

Devido à dificuldade de se obter um sistema nacional de direitos através do Congresso, houve uma iniciativa significativa no final dos anos 90 para estimular os estados a desenvolverem sistemas nos quais a cobertura pudesse ser ampliada. A variação entre os estados é considerável. A Tabela 2 mostra as diferenças em alguns estados dos EEUU. O

10 Kaiser Family Foundation and Health Research and Education Trust, Employer Health Benefits, 2004 Annual Survey, Anex 11.1 "Percentage of all Large Firms (200 or more workers) Offering Retiree Health Benefits, 1988-2004, p. 131 Observe que esta é uma das empresas que oferecem seguro de saúde a seus funcionários.

Texas possui o mais baixo número de segurados, enquanto que Minnesota possui um dos mais altos. Alguns dos fatores que afetam o número de pessoas com seguro saúde são a proporção da força de trabalho sindicalizada ou empregada em grandes empresas, renda per capita, generosidade do programa Medicaid estadual, proporção de idosos no estado e proporção de imigrantes recentes e sem documentação.

Tabela 1. Características de Alguns Estados e dos EEUU, 2003

	População	Renda domiciliar média	Porcentagem sem seguro	Porcentagem no Medicaid/SCHIP	Porcentagem no Medicare	Porcentagem segurada por empregador	Porcentagem de seguro individual
Texas	21.660.190	\$40.934	25	13	9	48	4
Arkansas	2.661.490	\$33.259	17	17	15	46	5
Colorado	4.441.080	\$50.224	17	11	9	58	6
Florida	16.637.520	\$38.572	18	12	16	48	6
Maine	1.272.010	\$37.619	11	18	15	51	5
Minnesota	5.060.020	\$54.480	8	10	10	65	6
EEUU	287.368.410	\$43.527	16	13	12	54	5

Fonte: Kaiser Family Foundation, *State Health Facts*, disponível no <http://www.statehealthfacts.org>, acessado em 1 de abril de 2005. (Sua fonte para dados sobre seguro foram os Levantamentos Populacionais de março de 2003 e 2004, realizados pelo Escritório do Censo dos EEUU e baseiam-se em dados auto-referidos.)

Notas: a renda domiciliar média é a média anual de 2001-2003. A soma das categorias de seguro pode não ser exatamente 100% devido a arredondamentos, porém sua intenção é representar todos os tipos de seguro. A categoria Medicaid/SCHIP também inclui militares, veteranos e outros tipos de seguro público, assim como pessoas elegíveis tanto ao Medicaid como ao Medicare. A categoria Medicare representa as pessoas apenas com Medicare, assim como as pessoas com Medicare mais seguro privado.

As iniciativas estaduais, entretanto, parecem ter tido seu ponto alto em 2001. A queda do mercado de ações após o estouro da bolha e a rápida ascensão dos custos do Medicaid significou que a cobertura de fato declinou. E o fato de que apenas 16% da população não possuía cobertura no ano anterior não significa que muitos não deixaram de ter seguro em algum ponto do ano anterior ou que sua cobertura cobria de modo adequado problemas médicos graves.

Uma questão relacionada ao custo do seguro saúde é a taxa de falências de pessoas físicas resultante da inadimplência de contas médicas. “Um estudo das falências por motivos médicos, publicada por pesquisadores de Harvard em 2005 com dados de 2001, calculava que metade dos quase 1,5 milhões de falências de pessoas físicas registradas nos EEUU em 2001 referia-se a doenças e contas médicas não pagas. Descobriu-se que cerca de 75% dos falidos possuíam seguro saúde na época da falência (apesar de algumas coberturas serem inadequadas e algumas pessoas posteriormente as perderem). Além disso, como este estudo aponta, a maioria das pessoas que vieram à falência tinham casa própria e eram consideradas classe média por sua ocupação e escolaridade. Contas médicas causam dificuldades ou levam ruína financeira várias outras pessoas além daquelas que formalmente declaram falência, pois as pessoas mais pobres não precisam se declarar falidas se não possuem bens para proteger de credores.”¹¹

2. MÉXICO

No México, o arranjo é bem diferente. Há duas grandes entidades públicas de seguridade social (*Instituto Mexicano del Seguro Social*) (IMSS) que foi criado em 1943 para a maioria dos funcionários do setor privado formal e o *Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado* (ISSSTE) que foi criado em 1960 para funcionários do governo federal. Os funcionários, aposentados e dependentes cobertos (que chegam a quase metade da população)¹² possuem o direito de utilizar clínicas locais e então são encaminhados a hospitais e serviços mais especializados dentro do sistema ao qual tem direito segundo a necessidade. Não há um pacote definido de benefícios, porém a assistência é em princípio disponível ascendentemente, apesar vários dos serviços mais especializados estarem localizados nas grandes cidades, especialmente na Cidade do México. Os médicos, enfermeiros e outros são funcionários assalariados contratados em regime de período integral ou meio-período. O custo dos dois sistemas de seguridade social

11 David C. Warner, Lauren Jahnke, and Kristie Kimbell, “An Analysis of Reform Options Developed by Other States,” preparada pela University of Texas System Task Force on Access to Health Care in Texas, June 2005, p. 36. O estudo citado é de David U. Himmelstein, Elizabeth Warren, Deborah Thorne e Steffie Woolhandler, “Illness and Injury As Contributors to Bankruptcy,” *Health Affairs*, Web Exclusive, February 2005, disponível em <http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/hlthaff.w5.63v1>

12 Um estudo do banco Mundial estimou que cerca de 45% tinham seguro saúde no México e 55% não tinham. Esta estimativa é inferior aos números do governo. Vide World Bank 2004b, *Universal Health Insurance in Mexico: In Search of Alternatives*,” Human and Social Development Group, Latin America and the Caribbean Region, Mexico, Colombia Country Management, December 2003. Achei esta fonte no livro da OECD

e o sistema de saúde pública oferecidos para os que não são cobertos por nenhum desses dois sistemas chega a 2.8% do PIB.

O IMSS mudou juntamente com as alterações nos direitos dos trabalhadores no que se refere às pensões em 1995. Além de criar contas individuais para todos os participantes do seguro social, essas reformas aumentaram substancialmente a proporção de contribuição do governo federal na cobertura de saúde do IMSS para cada participante. O governo federal atualmente paga 14,5% do salário mínimo por trabalhador, atualizado pela inflação e o empregador pagará 20,4% do salário mínimo em 2007 para a cobertura de saúde do IMSS. Além disso, a contribuição do empregado é dividida com o empregador, dependendo da renda do empregado. Em 2007, essa contribuição será de 1,1% para a contribuição do empregador e 0,4% para o empregado.¹³ Esse aumento na contribuição do governo federal reduziu a pressão feita por alguns empregadores no sentido de “privatizar” sua cobertura de seguro saúde, com o governo federal lhes passando a porção da contribuição do governo— uma opção que se tornou possível através das reformas de 1995, mas que não foi implementada. Para gerentes e trabalhadores que ganham acima de uma determinada renda, os empregadores podem oferecer seguro saúde privado, além da cobertura do IMSS. Um dos problemas em termos de custo e eficiência é o fato de o IMSS possuir pacotes de benefícios extremamente generosos em termos de férias e outras formas de tempo livre e benefícios de aposentadoria. As reformas desse sistema foram aprovadas recentemente pelo Congresso; mas sua implantação, especialmente em relação aos empregados existentes, ainda não foi posta em prática. Embora o IMSS tenha nominalmente operado com saldo credor em 2003, se incluirmos as obrigações com relação a pensões geradas para o ano, na realidade o sistema operou com um déficit de renda de 15%.¹⁴

Além disso, desde 1997 os indivíduos desempregados, autônomos ou trabalhando para entidades não participantes do sistema de Seguro Social podem contratar particularmente o IMSS para si mesmos e para suas famílias, embora alguns serviços estejam excluídos, tais como os relacionados à odontologia ou gravidez, e o atendimento para condições pré-existentes também esteja sujeito a períodos de carência.

O ISSSTE tem tido um financiamento baixo nos últimos anos e também nesse caso as obrigações não financiadas com pensão pública levariam o programa a um déficit profundo se contabilizadas corretamente. Além do IMSS e ISSSTE, existem outros planos

13 Tabela 1.4 “Public Sector Health Insurance Schemes and Other Programmes to Promote Access to Care”
OECD Reviews of Health Systems-Mexico, July 2005 p. 34

14 OECD Reviews of Health Systems-Mexico.

governamentais menores de assistência à saúde para os empregados da PEMEX, companhia de petróleo governamental, e forças armadas, por exemplo.

O Ministério da Saúde (Secretariat de Salud) é o provedor geral de assistência no México, geralmente através de programas descentralizados para o nível do estado e com serviços oferecidos pelos Estados. Além disso, o governo federal tem financiado um número limitado de clínicas em áreas rurais pobres e urbanas marginais sob diferentes denominações nos últimos trinta anos. O nome atual é IMSS Oportunidad. Em ambos os sistemas, as clínicas têm apresentado freqüentemente limitações em termos de recursos, e na disponibilidade de produtos farmacêuticos e de profissionais. Em 2004, o governo mexicano instituiu uma nova iniciativa de seguro voluntário projetado para oferecer um pacote básico de serviços de saúde de nível primário e secundário a indivíduos sem seguro, inclusive para produtos farmacêuticos. Denomina-se Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) ou Seguro Popular (SP). Esse programa já foi desenvolvido em vários estados e é financiado por contribuições do governo federal, dos estados, e dependendo da renda, através de prêmios pagos pelos participantes. Estima-se que o custo do pacote de seguro corresponda aproximadamente à porção federal da Quota Social do governo federal que equivale às atuais contribuições federais para participantes do IMSS ou 15% do salário mínimo, e uma porção solidária compartilhada pelo governo federal e estados, sendo o saldo coberto por prêmios individuais que variam de zero para indivíduos nos primeiros dois decis até valores substancialmente mais altos para aqueles nos decis mais elevados. Deixando de lado os dois decis mais baixos e mais altos, o prêmio médio para os demais decis corresponde a 1810 pesos anuais por família. O custo total do plano por família inscrita é estimado em mais de 7000 pesos novos anuais. As contribuições do governo federal estão condicionadas à adesão dos indivíduos ao plano e dependem do número de inscritos. Além disso, o governo federal exige que as clínicas e outros provedores seja acreditados ou possuam algum tipo de certificação. Espera-se que muitas clínicas atualmente operadas pelos governos estaduais com auxílio federal e as clínicas do IMSS Oportunidades se tornem provedores elegíveis.

Até o fim de dezembro, cerca de 1,5 milhões de indivíduos estavam inscritos no Salud Popular, embora esse não tivesse sido iniciado em vários estados nem no Distrito Federal. A grande maioria dos inscritos pertence provavelmente aos dois decis de menor renda que não precisam pagar prêmios para se inscrever. Esse plano está programado para ser desenvolvido até 2010, embora existam dúvidas importantes quanto à facilidade em se obter

financiamento ou que muitos indivíduos dos decis de renda mais altos optem pela adesão. Grande parte da implantação ocorrerá durante o mandato do próximo Presidente. O governo mexicano e alguns dos estados mexicanos da fronteira estão interessados em estimular trabalhadores imigrantes nos EEUU a se inscreverem e inscreverem suas famílias no Salud Popular, já que vários fundos enviados ao México são usados, pelo menos parcialmente, em serviços de saúde. No caso do estado fronteiro de Sonora, o estado está investindo em vários hospitais novos para atender ao número estimado de futuros inscritos no Salud Popular. Uma das questões sem resposta é se os Mexicanos de renda média que cresceram vendo as clínicas como unidades com falta de recursos e profissionais estarão dispostos a pagar prêmios para serem atendidos nessas clínicas.

O seguro saúde privado só cobre cerca de 3% da população. É mantido principalmente por altos executivos, bancários, várias destilarias e um número muito limitado de outras firmas que forneciam cobertura a seus funcionários antes do desenvolvimento do IMSS, além de indivíduos com alta renda. A forma primária de seguro privado é uma espécie de seguro médico abrangente, os Gastos Medicos Mayores, que consiste em apólices de indenização com pacotes de benefícios que cobrem os principais custos médicos, e que no caso de planos mais caros podem cobrir assistência nos EEUU. Segundo dados de 2003, 24 empresas privadas no México têm licença para oferecer os Gastos Medicos Mayores.¹⁵ Como forma de preparar a entrada das HMOs no estilo americano no mercado mexicano, o México também desenvolveu, em 1999, regras relativamente elaboradas para administrar os ISES, ou Instituições Especializadas de Saúde, que incluem tanto provedores de serviço quanto de seguro.¹⁶ Existem também entidades somente administrativas que gerenciam cobertura para bancos ou outros empregadores privados que fornecem cobertura a todos os seus empregados e arcam com o risco. Em algumas cidades, também existem os Gastos Medicos Menores em que um agente oferece assistência diagnóstica e ambulatorial, freqüentemente em número limitado de provedores, com limites relativamente baixos na assistência e benefícios.

Os valores surpreendentes para o México é que os gastos através de desembolso direto correspondem a 51% dos gastos totais para assistência à saúde.¹⁷ Isso corresponde principalmente a medicamentos e serviços no setor privado, já que os sistemas públicos têm

15 Asociación de Mexicana de Instituciones Sociales, Estadística AMIS, Analysis of Direct Premiums,"Mexico D.F., Mexico, Fourth Quarter, 2003 (Planilha Excel)

16 Asociación Mexicana de Instituciones Sociales, Online. Disponível em: <http://www.amis.com.mx>

17 OECD, Reviews of Health Systems-Mexico, Figure 1.1, "The Health Care System in Mexico, Main Flows, 2003. p. 22

pouco ou nenhum co-pagamento. Essa dependência de gastos com desembolso direto significa que para muitos problemas médicos isso pode implicar em também dificuldades financeiras graves. Mesmo muitos dos que têm cobertura do IMSS ou ISSSTE optam por desembolsos diretos em vez de depender das instituições e provedores governamentais.

A demanda por seguro privado parece estar aumentando em parte para pagar o rápido crescimento de hospitais privados de elite no país. O Grupo médico Angeles, por exemplo, comprou o Hospital Angeles del Pedragal da Humana em 1986. Recentemente, o Grupo Angeles tinha dezesseis hospitais localizados em cidades importantes e um prestes a ser aberto em Puebla.¹⁸

No longo prazo, o grupo planeja abrir serviços em várias grandes cidades no México. Também tem havido um outro movimento para estabelecer ou aprimorar serviços privados no México, incluindo hospitais novos em Hermasillo e Chihuahua e um joint venture entre o Christus Health, um grupo católico americano, e os donos dos hospitais Muguerza em Monterrey e Saltillo. Estima-se que o mercado para esses serviços seja constituído por indivíduos que atualmente buscam assistência nos estados, aposentados ou egressos ao México principalmente dos EEUU, e mais os indivíduos com cobertura de seguro privado.

Ainda mais do que nos Estados Unidos, existem diferenças importantes na renda e acesso a serviços em diferentes estados do México. Em 2000, nove dos 31 estados mexicanos tinham uma população de cerca de 28 milhões com PIB per capita de menos de US\$3000, enquanto que a Cidade do México com uma população de 8,8 milhões, tinha um PIB per capita de US\$13481 e cerca de 13,9 milhões de pessoas moravam em sete dos estados mais ricos com PIBs per capita maiores de US\$6900.¹⁹ Em 2002, mais de 7% dos domicílios em Zacatecas e Chiapas gastavam mais de 30% de sua renda disponível em assistência à saúde enquanto mais de cinco por cento da população em outros cinco estados faziam o mesmo.²⁰ O estudo OECD cita um estudo de 1999 que verificou que 17 milhões de pessoas no México moravam em vilarejos rurais sem unidades de saúde. Também citam estudos que demonstram que, em metade dos estados, 90% dos partos são assistidos por pessoal médico, enquanto os estados restantes têm uma média de menos de 60%. Outro estudo cita

18 Veja o site Angeles: <http://mediks.com> acessado em 25 de julho de 2005.

19 OECD, Reviews of Health Systems-Mexico, Table 1.1 "Basic Demographic and Social Indicators, Mexico 2000, p. 23

20 Ibid., Figure 2.1 "Share of Households with Catastrophic Health Expenditure and Social Insurance by State 2002. p. 68

ter verificado que 54% do equipamento médico mais avançado se encontrava na Cidade do México e que alguns estados não possuíam nenhum hospital nível 3.²¹

3. BRASIL

O formato atual do sistema de saúde brasileiro é o resultado direto das condições institucionais definidas pela Constituição Federal de 1988 (CF 1988) para a ação dos setores governamentais e mercado no financiamento e provisão de serviços.

Draibe (1989) sugeriu que a CF 1988 realizou uma ruptura com o sistema de proteção social construído ao longo do regime militar (1964-1985) pela ênfase dada à dimensão de “seguridade social” para o conjunto da política social. A dimensão da seguridade social estaria definida pela condição de financiamento por fundo público e pelo critério da universalidade para acesso aos benefícios.

No entanto, a singular articulação entre as esferas governamental e privada observada no arranjo institucional da política de saúde no pós 1988 sugere alguma cautela para o uso da noção de ruptura para a análise de políticas setoriais. A política de saúde é seguramente um dos casos em que a ruptura do modelo de proteção social foi realizada dentro de limitações importantes.

Não há dúvida de que a CF 1988 ampliou a abrangência cívica da atenção governamental de saúde pela adoção da noção que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Esse direito deveria ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que reduzissem o risco de doença e de outros agravos e assegurassem o “acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

O modelo organizacional dessa política universal e igualitária assumiria o formato de um Sistema Único de Saúde (SUS), organizado segundo as seguintes diretrizes:

- I *descentralização*, com direção única em cada esfera de governo;
- II *atendimento integral*, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e
- III *participação da comunidade*.

21 Ibid. p. 64

A CF 1988 definiu o financiamento do SUS mediante recursos do orçamento da seguridade social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. A idéia de um orçamento da seguridade social foi uma inovação importante trazido pelo novo arcabouço constitucional.

A Constituição Federal de 1988 atribuiria amplas competências para o SUS no controle e fiscalização de procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde; na produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; na execução das ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador e da formação de recursos humanos na área de saúde; na formulação da política e execução das ações de saneamento básico; no desenvolvimento científico e tecnológico; na fiscalização de alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; no controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos e na proteção do meio ambiente e trabalho

Apesar do amplo escopo da intervenção redistributiva, regulatória e de promoção à saúde na esfera governamental, a CF1988 não propôs um veto à ação do mercado no setor saúde. Pelo contrário, ratificou a relação entre o financiamento público e a prestação de serviços privada desenvolvida no país desde os anos 1970, ao declarar que a “assistência à saúde é livre à iniciativa privada”.

Os limites definidos pela para a atuação do setor privado refletiram a compreensão limitada da dinâmica do mercado da saúde no Brasil que se tinha à época, aceita implicitamente pelos constituintes. A CF 1988 afirma simplesmente que as instituições privadas poderão participar de “forma complementar” ao SUS, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio. Vedou a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos e a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País.

As regras constitucionais não captaram as grandes mudanças que ocorreram no setor privado de assistência à saúde nos anos 1980. Os constituintes supunham ser possível limitar o setor privado a funções “complementares” de prestadores de serviços dependentes financeiramente do setor público. Os constituintes não perceberam que a dinâmica estrutural do setor privado na saúde brasileira já apresentava, em fins dos anos 1980, uma faceta bem mais abrangente do que a dos prestadores de serviços que atuavam complementarmente como terceiros na provisão de serviços ao sistema previdenciário (Braga & Paula, 1981). A

dinâmica do mercado se alimentava do processo de acumulação, da estrutura da organização dos interesses coletivos e corporativos e das preferências dos cidadãos-consumidores por atenção à saúde diferenciada. Essa dinâmica favoreceu o desenvolvimento combinado da esfera privada na saúde vis-à-vis o setor governamental ao longo dos anos 1990 e 2000. A dinâmica estrutural do setor privado tem estado associada:

- (i) ao constrangimento no financiamento governamental decorrente da política de ajuste fiscal e que tem tido forte impacto na capacidade do setor público oferecer serviços em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde, afetando o princípio da integralidade. O ajuste fiscal também tem paralisado os investimentos no saneamento.
- (ii) à competição dentro do setor produtivo, sobretudo entre as empresas mais modernas, que as impele a incorporar a atenção médica hospitalar como um dos mais importantes *fringe benefits* aos seus quadros de modo a diferenciá-las no mercado e, até mesmo, torná-las mais competitivas, inclusive no recrutamento de recursos humanos; oferecer esse tipo de salário indireto contribui, adicionalmente, para aprimorar a imagem da empresa;
- (iii) ao crescimento da oferta de médicos acima do crescimento demográfico, gerando uma grande oferta desses profissionais nas áreas mais afluentes na busca por maiores rendas;
- (iv) aos custos crescentes dos serviços de saúde, sobretudo os de maior densidade tecnológica, fazendo com que seja cada vez mais reduzido o número de pessoas que possam utilizá-los habitualmente mediante pagamento direto ou pela oferta de serviços do sistema público de saúde, criando o mercado para os planos privados de assistência à saúde;
- (v) à insatisfação da classe média e dos trabalhadores do setor público com a qualidade dos serviços oferecidos pelo setor público, em especial nos aspectos mais valorizados pelos usuários tais como conforto, presteza e atendimento personalizado.

Faveret & Oliveira foram os que, primeiramente, chamaram a atenção para o fato de que embora o desenvolvimento do mercado fosse *funcional* ao processo de universalização, ao mesmo tempo enfraquecia o projeto do SUS ao retirar da esfera do setor governamental justamente os segmentos da população com maior capacidade de vocalização. Para os autores, o processo de diferenciação, autonomia financeira e lógica de expansão,

principalmente das empresas de planos privados de assistência à saúde, configuraria os dois espaços constitutivos do sistema de saúde brasileiro – público (governamental) e privado.

Esse processo conformaria uma experiência brasileira de universalização não inclusiva porque a afirmação do acesso como um direito social não teria tido como contrapartida a efetiva inclusão de todos os segmentos sociais como beneficiários no sistema público de saúde, mas apenas parcelada sociedade. O movimento de expansão universalizante impulsionado pela CF 1988 teria sido acompanhado de mecanismos de racionamento (queda da qualidade dos serviços, filas etc.) no setor governamental. O novo arranjo de financiamento da seguridade social teria falhado na oferta de novos serviços que pudessem responder às expectativas de qualidade e diferenciação de produto dos setores sociais brasileiros com maior poder de barganha econômica e política. Os setores sociais de classe média e do sindicalismo organizado resistiram às pressões de reestruturação do sistema de saúde de bases corporativas vigente até os anos 1980, passando a buscar cada vez mais os serviços do subsistema privado. A universalização teria sido ineficiente no caso brasileiro por não conseguir, por motivos diversos, abrigar sob sua responsabilidade a totalidade da população. A tese central dos autores, em fins dos anos 1980, é que o SUS tenderia estruturalmente para a focalização nos pobres, mesmo que para isso não ocorresse uma reformulação do quadro legal estabelecido de CF1988.

Esse diagnóstico sombrio para o futuro do SUS foi ratificado por Mendes, que identificou na dimensão da formação da agenda política, e menos na dimensão estrutural do mercado de saúde, a principal causa da falha do projeto de universalização. Mendes associa a um projeto conservador ou neoliberal a opção de privatização do sistema de saúde brasileiro. Ao projeto neoliberal estariam também associadas às estratégias de descentralização e focalização. Para o autor, a privatização do sistema de saúde brasileiro foi induzida, nos anos 1980, por mecanismos de subsídio estatal direto e indireto ao segmento privado de planos de saúde e prestação de serviços. A descentralização vinculou-se ao projeto neoliberal porque ocorreu em um contexto de diminuição do Estado em busca de um Estado mínimo. A focalização apareceria com clareza nas propostas de atenção primária seletiva em suas diferentes versões, especialmente nas medidas simplificadas e nas estratégias de ampliação de cobertura em áreas de pobres

“O fato de essas três opções básicas de políticas sociais marcarem as políticas sociais de saúde na década de 1980 justifica a denominação de projeto neoliberal à proposta conservadora que se hegemonizou, no Brasil, neste período” (Mendes, 1989; 51).

O que cabe reconhecer, no prognóstico dos autores, é que a implementação do projeto universalizante da CF 1988 foi fortemente condicionada por tendências estruturais endógenas ao sistema de saúde e por um contexto de formação de agenda para as intervenções públicas que afetaram profundamente a articulação entre as esferas governamental e privada no setor nos anos 1990. Três importantes resultados desse processo devem ser destacados:

- 1) a conformação de importante mercado de planos privados de assistência à saúde no qual está incluída 1/4 da população brasileira;
- 2) a persistente presença dos gastos por desembolso direto das populações pobres para itens relevantes de despesa de saúde;
- 3) a expressiva mudança na composição das despesas governamentais afetando a capacidade de oferta de serviços de maior complexidade pelo SUS.

3.1 A conformação do mercado de planos privados de assistência à saúde

O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil desenvolveu-se efetivamente em um contexto institucional de baixa regulação até fins da década de 1990, quando foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar em 1998. Os planos privados de assistência à saúde consolidaram-se graças também aos incentivos de natureza fiscal para os indivíduos e empresas possam adquiri-los. As despesas com assistência à saúde podem ser abatidas integralmente na declaração de imposto de renda de empresas e indivíduos. Esses incentivos favoreceram a ampliação crescente da clientela, presente em quase todas as cidades com mais de 100.000 habitantes.

A comercialização dos planos privados de assistência à saúde é feita por empresas com perfil organizacional altamente diversificado. São denominadas de medicina de grupo, empresas de autogestão (de empresa governamental ou empresa privada), seguradoras e cooperativas médicas, além das que operam no mercado de seguro odontológico.

Desde fins dos anos 1980 as empresas de planos privados de assistência à saúde e seguro saúde apresentaram um grande crescimento no Brasil. Em 2003, foi registrada a existência de 1522 empresas, sendo que a proporção das pequenas empresas com até 10 mil clientes era muito expressiva, representando 66% do total. Essas empresas detinham, por outro lado, apenas 9% da clientela no mercado (ANS, 2003).

Em relação ao perfil da clientela, a pesquisa IBGE/PNAD estimou para 1998 como sendo de 38,7 milhões, $\frac{1}{4}$ da população brasileira, o número de pessoas portadoras de planos de saúde, como mostra a Tabela 1.0.

Tabela 1

População residente, por cobertura de plano de saúde e classes de rendimento mensal familiar Brasil – 2003

Classes de rendimentos mensais familiares (salários mínimos).	População coberta por plano de saúde principal		
	Total	Titulares	Dependentes
Até 1	43 091 546	19 096 548	23 994 998
Mais de 1 a 2	655 867	210 157	445 710
Mais de 2 a 3	2 411 717	930 681	1 481 036
Mais de 3 a 5	4 019 264	1 678 718	2 340 546
Mais de 5 a 10	8 347 931	3 613 522	4 734 409
Mais de 10 a 20	12 008 860	5 528 786	6 480 074
Mais de 20	8 532 751	3 959 283	4 573 468
Sem rendimento (4)	5 369 543	2 426 943	2 942 600
Sem declaração	332 004	85 747	246 257
	1 413 609	662 711	750 898

Fonte: IBGE/PNAD-1999

O Brasil é, por conseguinte, um dos poucos países – se não for o único - onde a criação de um sistema público saúde de acesso universal e atenção integral coincidiu com a expansão do setor de planos privados de assistência à saúde, ainda que em ritmo diferenciado entre as Regiões Metropolitanas do país. (IBGE/PNAD, 1999)

O segmento de planos e seguros de saúde tem como clientela principal a população inserida do mercado formal de trabalho, isto é, com vínculo empregatício. O estudo IBGE/PNAD evidenciou que 70,5% dos consumidores de seguros e planos de saúde acessam os serviços de saúde mediante a intermediação de empresas empregadoras enquanto apenas 17,4% do total de segurados estabelecem vínculo individual com as operadoras (IBGE/PNAD, 1999).

Como mostra a Tabela 2, a vinculação aos planos de saúde privados no Brasil está fortemente associada ao perfil de renda. Os dados demonstram que 76% da população no estrato mais elevado de renda têm cobertura de planos de saúde, ao passo que a proporção de cobertura no grupo de menor renda é de apenas 2.5% Essa diferenciação e abrangência

do mercado de planos de saúde parecem ratificar os mais sombrios prognósticos para política pública universalista de saúde brasileira formalizada na CF 1988.

Tabela 2

População residentes por cobertura de plano de saúde e classe de rendimento mensal familiar

Classe de Renda Mensal Familiar em Salários Mínimos	Proporção (%) da Classe de Renda com Plano de Saúde
Até 1	2,5
> 1 a 2	5
> 2 até 3	9,5
> 3 a 5	19
> 5 a 10	35
> 10 a 20	58
> 20	76

Fonte: IBGE/PNAD, 1999.

3.2 O perfil de despesas com desembolso direto: impacto não esperado do SUS

Teria sido o projeto universalista totalmente ineficiente e derrotado pela dinâmica do mercado? Os dados da Tabela 3, da Pesquisa de Orçamento Familiar de 2002-2003 para as Regiões Metropolitanas brasileiras ajudam um pouco a esclarecer essa questão. Essa pesquisa mostra os resultados das políticas de saúde refletidos diretamente sobre o padrão de gasto das famílias com a assistência à saúde, em diversos estratos de renda. Revela que as mudanças impulsionadas pela CF 1988 tiveram um efeito importante no padrão de desembolso direto das famílias brasileiras com assistência à saúde das grandes cidades.

Tabela 3

Proporção da despesa mensal das famílias com medicamentos, planos de saúde e consultas médicas no total das despesas com saúde, por decil de renda
Brasil –área urbana 2002/2003

Decil de Renda Mensal Familiar	Medicamentos	Planos de Saúde	Consultas Médicas	Outras Despesas
Decil 1	0,73	0,09	0,05	0,13
Decil 2	0,67	0,06	0,06	0,21
Decil 3	0,60	0,14	0,06	0,20
Decil 4	0,55	0,17	0,06	0,22
Decil 5	0,50	0,21	0,07	0,22
Decil 6	0,45	0,25	0,05	0,24
Decil 7	0,39	0,29	0,06	0,25
Decil 8	0,35	0,27	0,05	0,26
Decil 9	0,30	0,41	0,05	0,24
Decil 10	0,23	0,37	0,04	0,36

Fonte: Pesquisa de Orçamento Familiar 2002-2003. IBGE. Rio de Janeiro. 2004.

Observa-se que o desembolso das famílias no decil de menor rendimento está concentrado nas despesas com medicamentos (73% do total das despesas). Não há dúvida que a proposta de universalização com integralidade era muito ineficiente em prover uma adequada gestão da oferta de medicamentos para o conjunto da população. Ela parecia ser bem sucedida na oferta de medicamentos para grupos de portadores de doenças de longa permanência, embora faltem avaliações independentes sobre a eficiência, qualidade e equidade dessas políticas.

Por outro lado, uma constatação importante observada Pesquisas de Orçamento Familiar de 2002-2003 é que as despesas com consultas médicas foram relativamente residuais nas despesas das famílias. Por outro lado, chama a atenção nos dados da POF 2002-2003 que as despesas dos grupos de maior renda são muito expressivas com os planos de saúde.

Os dados da POF 2002-2003 tornam evidente que as famílias de menor renda ainda assumem uma despesa muito elevada com desembolso direto para um dos itens fundamentais da assistência à saúde, como medicamentos. Para acessar a assistência à saúde, as famílias pobres brasileiras recorrem ao desembolso direto para aquisição de medicamentos. As despesas com planos de saúde e consultas médicas são residuais nos estratos mais pobres da população. Não há evidência que as falhas da oferta do SUS e das barreiras de acesso e da seleção risco praticada pelo mercado de planos de saúde estejam afetando o acesso da população a hospitais e assistência ambulatorial, como mostra a Tabela 4.0. As despesas assistência hospitalar e ambulatorial foram de residuais se comparadas ao comprometimento de renda com medicamentos observado nos três estratos de renda mais baixa da população brasileira no começo da década de 2000.

Tabela 4

Despesa média mensal familiar em assistência à saúde
 Por tipo de despesa e classes de rendimento
 (r\$ de janeiro/2003)

Tipos de Despesa	Total	Classes de Rendimento (Salários Mínimos)									
		Até 2	> 2 a 3	> 3 a 5	> 5 a 6	> 6 a 8	> 8 a 10	> 10 a 15	> 15 a 20	> 20 a 30	> 30
Despesa total	1778,03	454,70	658,18	920,69	1215,33	1494,43	1914,35	2450,03	3270,20	4445,42	8721,91
Despesas correntes	1658,27	441,75	639,01	885,36	1158,41	1411,19	1808,31	2293,79	3077,37	4146,33	7752,50
Despesas de consumo	1465,31	430,16	614,42	843,53	1094,30	1311,48	1655,34	2055,77	2725,18	3516,33	6095,75
Assistência à saúde	95,14	18,54	30,65	45,59	59,94	77,38	106,69	132,35	180,03	262,88	489,94
Remédios	38,60	14,07	21,04	27,35	33,37	39,14	48,21	52,92	63,78	80,69	116,01
Plano/Seguro saúde	26,84	1,30	1,70	5,70	9,64	15,12	26,57	38,24	65,63	107,43	182,21
Consulta e tratamento dentário	9,59	0,55	1,76	3,23	3,66	7,31	11,73	15,84	18,16	28,55	59,56
Consulta médica	5,10	0,94	1,91	2,80	3,65	5,47	6,18	7,83	10,21	13,23	19,16
Tratamento ambulatorial	1,05	0,09	0,13	0,34	0,48	0,88	0,56	1,04	2,06	3,01	8,75
Serviços de cirurgia	4,22	0,04	0,28	0,88	1,24	1,43	2,22	2,23	3,04	7,48	56,91
Hospitalização	1,05	0,05	0,18	0,62	0,81	0,51	0,88	1,72	2,34	1,23	7,43
Exames diversos	2,88	0,62	1,42	1,85	2,81	3,36	3,57	3,98	5,04	7,91	7,85
Material de tratamento	4,94	0,61	1,67	2,29	3,85	3,43	5,15	7,47	8,13	12,63	28,47
Outras	0,86	0,29	0,56	0,53	0,44	0,74	1,62	1,07	1,63	0,73	3,60

Fonte: IBGE - POF 2002-2003.

3.3 O crescimento do gasto privado e da provisão pública de baixa complexidade

O comprometimento do gasto privado - com desembolso direto e com planos de saúde (pré-pagamento) - tornou-se determinante da dinâmica do financiamento à saúde no Brasil. Os dados da Tabela 5.0 mostram que o gasto privado superou o gasto público nos anos 1998-2002. Chama a atenção o fato de o gasto privado com desembolso direto permanecer, no período, proporcionalmente muito maior do que com planos de saúde. Isso indica que o financiamento da assistência à saúde vem assumindo um perfil extremamente regressivo, pois o gasto por desembolso direto expressa a falha dos mecanismos de asseguramento tanto pelo seguro privado (planos de saúde) como pela seguridade social (Sistema Único de Saúde) para as despesas catastróficas com saúde (WHO, 2002).

Tabela 5

Desenvolvimento das despesas públicas e privadas com saúde – Brasil – 1998-2002

Indicador	1998	1999	2000	2001	2002
Gasto Total em Saúde como % PIB	7.4	7.8	7.6	7.8	7.9
Gasto Governamental em Saúde como % do Gasto Total em Saúde	44.0	42.8	41.0	42.9	45.9
Gasto Privado em Saúde como % do Gasto Total em Saúde	56.0	57.2	59.0	57.1	54.1
Gasto por Desembolso Direto em Saúde como % do Gasto Privado em Saúde	66.90	67.10	64.90	64.10	64.20
Gasto com Planos de Saúde como % do Gasto Privado em Saúde	33.1	32.9	35.1	35.9	35.8
Gasto Per Capita total em dólares Internacionais	519	550	567	596	611
Gasto Per Capita Governamental total em dólares Internacionais	228	236	232	255	280

3.4 A mudança na composição das despesas governamentais afetando a capacidade de oferta de serviços de maior complexidade pelo SUS

As estratégias substitutivas redefiniram as despesas do governo federal com a função saúde no Brasil nas décadas de 1990 e 2000. Houve um expressivo crescimento da atenção básica ambulatorial em relação à atenção hospitalar e à atenção ambulatorial de média e alta complexidade

Os objetivos estratégicos desse processo substitutivo na oferta de atenção à saúde foram:

- a) melhorar as condições de acesso e utilização da atenção à saúde pelo incentivo à oferta de serviços ambulatoriais básicos, em detrimento da oferta de serviços hospitalares e de serviços especializados em apoio e diagnóstico;
- b) mudar o perfil das despesas pela introdução de práticas preventivas e de serviços substitutivos de menor custo;
- c) inserir a oferta de serviços no território pela responsabilização com os espaços e condições de vida da população;
- d) gerar um círculo virtuoso do gasto em saúde pela multiplicação de ações de prevenção e promoção à saúde.

Nesse contexto é que o Piso Assistencial Básico (PAB) criado por meio da Portaria GM/MS nº 1882, de 18/12/1997, e em vigor desde fevereiro de 1998, constitui a medida decisiva de incentivo à expansão da rede básica de serviços de saúde em bases essencialmente municipais.

A política de incentivo federal assegurou aos municípios, inicialmente, um valor per capita de R\$ 10,00, repassado pelo governo federal, destinado exclusivamente ao custeio de um elenco específico de procedimentos. A implementação do PAB trouxe como principal inovação a chamada transferência regular e automática de recursos, na qual o repasse federal é feito diretamente aos municípios.

A ampliação da atenção ambulatorial básica com a perspectiva redistributiva tem causado importantes mudanças na relação de gastos entre a atenção hospitalar e a atenção ambulatorial básica. Os dados da Tabela 6 mostram que em 1995 a proporção das despesas destinadas ao conjunto de atividades da atenção ambulatorial básica era 23,5% do total das despesas hospitalares do governo federal. Em 2002 o crescimento das despesas ambulatoriais básica chegou a 39,1%, com crescimento na participação proporcional expressivo.

Tabela 6

Relação entre despesas em assistência ambulatorial básica e gastos hospitalares ambulatoriais de média e alta complexidade - Brasil – 1995-2002

Ano	Relação proporcional entre a despesa com atenção básica e a despesa com a atenção hospitalar e ambulatorial
1995	23,5
1996	20,5
1997	25,4
1998	31,2
1999	32,7
2000	32,7
2001	34,1
2002	39,1

Fonte: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Ministério da Saúde. Brasília, 2002.

As despesas do setor saúde do governo central apresentaram, portanto, três tendências importantes entre 1995-2002.

- acelerada mudança na composição das despesas, com forte ênfase nas despesas com atenção básica e nos novos programas de ampliação de cobertura, como o Programa de Saúde da Família;
- queda proporcional nas despesas na atenção de maior complexidade (atenção secundária e terciária);
- mudança na composição a partir de uma estabilização nas despesas totais.

As mudanças no padrão de despesa do governo central, que é responsável por 2/3 das despesas governamentais do País, podem reforçar o padrão de racionamento da oferta SUS na área hospitalar e nos serviços de diagnóstico. A manutenção no perfil de despesas pode ampliar algumas das deficiências do SUS (baixa qualidade dos serviços, filas, lista de espera para cirurgias e acesso aos especialistas), consolidando a perspectiva da elevação das despesas privadas por desembolso direto em itens como hospitalização e consultas médicas. Essa possibilidade poder estar sendo consolidada também em razão do cenário de incerteza para as empresas de planos privados de assistência à saúde por força da ação reguladora do Estado brasileiro a partir da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

4. CONCLUSÕES

Em meados da década de 1990, Londoño & Frenk (1995) sugeriram uma tipologia para os sistemas nacionais de saúde que permitisse situar as dimensões organizacionais e os dilemas estruturais específicos para o caso latino-americano. O modelo é muito didático, ainda que apresente falhas empíricas importantes sobre os contextos nacionais – como o caso brasileiro e mexicano – e a proposição dos “pacotes essenciais” para ampliar o acesso dos estratos pobres à assistência à saúde seja inaceitável nas democracias maduras, assim como uma agenda sustentável para uma política de saúde. As restrições às funções do governo em fornecer bens públicos, implicadas na proposta de um “pacote essencial” é o principal revés da linha de pensamento dos autores, baseada no polêmico e politicamente desqualificado documento do Banco Mundial: *Investindo em Saúde*.

O diagnóstico dos autores, que efetivamente revela as contradições existentes nos sistemas nacionais de saúde da América Latina, gerou a agenda do *pluralismo estruturado*. Na perspectiva organizacional, a proposta busca um ponto médio entre os arranjos baseados no monopólio do setor público e os arranjos do setor privado atomizado. Define uma nova divisão de função para o governo, pela separação do financiamento e provisão. Amplia o papel de coordenação e financiamento dos governos centrais e extingue a função de prestação direta pela autonomização organizacional e terceirização da prestação dos serviços.

Na perspectiva da organização do acesso, a proposta do pluralismo estruturado define três grupos populacionais: a) o grupo em pobreza extrema; b) o grupo do setor informal vivendo em situação de pobreza; c) o grupo do setor formal.

Para o primeiro grupo, é definido um pacote de intervenções essenciais, diferenciado da idéia de pacote mínimo ou básico. Esse pacote é baseado nas intervenções consideradas como de melhor investimento em saúde a partir da análise de custo/efetividade. Esse pacote seria “o núcleo da universalidade – o conjunto de intervenções que toda pessoa, não importa a capacidade financeira ou a situação no mercado de trabalho, deve ter acesso. Esse novo tipo de universalidade, evita a falácia do universalismo clássico, que promete tudo para todos”.²²

²² Londoño & Frenk (1995), p. 30

Para o segundo grupo, pobres do mercado informal, os autores propõem a ampliação do seguro social por meio de um pacote de benefícios financiados por incentivo ao pré-pagamento e subsídio à demanda de acordo com a capacidade de renda domiciliar.

Para o terceiro grupo, os autores sugerem a expansão de funções regulamentares para controlar investimentos tecnológicos através de análises de custo-efetividade, porém mantendo inalterado o seguro social corporativo estruturado. Esse grupo reflete bem a situação norte americana corrente.

A agenda proposta pelos autores não muda, em essência, a grande assimetria em termos de acesso aos recursos públicos que existem nos sistemas nacionais, o que afeta profundamente a dimensão de igualdade e favorece a classe média e os trabalhadores do mercado formal. Ela mantém o equilíbrio distributivo do arranjo institucional fragmentado, sem apontar nenhum perdedor na reforma do setor da saúde. Este parece ser o maior dilema das reformas do setor da saúde em países de economia secundária: a reprodução permanente da desigualdade o acesso à assistência entre as classes de renda. Também é parte da natureza, o alcance e os limites na experiência norte americana e as tentativas fracassadas de reforma recente (vide a experiência do governo Clinton)

As tipologias descritas pelos autores, classificando os modelos como *unificado* (em Cuba e Costa Rica), *fragmentado* (Brasil), *segmentado* (maioria dos países latino americanos) e *privado atomizado* (Argentina e Paraguai), descrevem diretamente as condições de distribuição de acesso as serviços de saúde.

No modelo público unificado, o Estado financia e fornece assistência médica diretamente através de um sistema único verticalmente integrado. Neste caso, os gastos públicos são dominantes e o impacto das despesas com saúde no orçamento familiar é principalmente residual.

No sistema privado atomizado, a função financiadora é realizada por desembolso direto (*out-of-pocket*), por inúmeras agências privadas de seguro, que reembolsam os prestadores sem que haja uma integração vertical entre essas duas funções. Essa modalidade de prestação seria típica de um mercado livre, com ausência de regulação, dispêndio predominantemente privado e pré-pagamento residual.

Os autores denominam o modelo corporativo das *obras sociales* da Argentina como privado atomizado em razão da segregação de diferentes grupos ocupacionais em fundos de doença não competitivos e exclusivos. O arranjo desse fundo compreende a

separação entre financiamento e prestação. As *obras sociales* fazem pagamentos a prestadores públicos e privados.

No modelo segmentado, a oferta se distribui pela estratificação da população em três grupos: os trabalhadores do mercado formal, os pobres e a classe média.

O sistema de saúde mexicano é um exemplo típico de um modelo de divisão, onde o peso dos arranjos do bem-estar social fortemente limita o papel dos planos de saúde e as condições de acesso para as camadas mais pobres de renda aos serviços de saúde.

O primeiro grupo compreende a população protegida pelos institutos de previdência social. Os pobres, sejam eles rurais ou urbanos, são os excluídos do seguro social por não terem emprego formal. A classe média é atendida pelo setor privado, financiado com freqüência pelo desembolso direto. Os autores chamam a atenção para o crescimento da cobertura de seguro de saúde para o segmento de classe média em países com o modelo segmentado de sistema de saúde.

No sistema fragmentado, os autores assinalam que o financiamento público tem sido combinado de modo crescente com a participação do setor privado na prestação de serviços. Essa separação de funções é obtida pela contratação de serviços mesmo na área de alta complexidade. Os autores situam o sistema de saúde brasileiro nessa categoria. O sistema de saúde brasileiro é bastante semelhante ao sistema de saúde americano, como já apontado por Faveret & Oliveira (1999), especialmente no que diz respeito ao peso do setor privado de plano de saúde quanto ao financiamento e organização de serviços.

A falha da tipologia dos autores, para o exemplo brasileiro, é terem desconsiderado a existência do setor empresarial dinâmico de planos e seguros de saúde que oferece cobertura na modalidade de pré-pagamento para 2/3 da população brasileira. Nas cidades do Rio de Janeiro e São Paulo, as duas maiores do Brasil, em 2005 os contratos com planos privados de assistência à saúde atingiram uma cobertura de 47% e 53% da população respectivamente (ANS, 2006). Não resta dúvida que novos estudos são necessários para mensurar o impacto desse complexo arranjo sobre as condições de equidade e qualidade do sistema de saúde brasileiro.

Igualmente, é necessário analisar o efeito que o mercado existente de planos de saúde, juntamente com a forte presença de verbas públicas, tem na capacidade direta dos grupos mais pobres em comprar serviços de saúde. Este é um ponto que merece um

estudo aprofundado em uma agenda futura de pesquisa voltada ao progresso da análise comparativa dos três casos, e que sirva para tirarmos lições e recomendações de políticas para governos nacionais e organizações multilaterais preocupadas com a equidade dos sistemas de saúde em países continentais, marcados por marcantes heterogeneidades sociais e econômicas.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. 2006. Caderno de Informação da Saúde Suplementar. Rio de Janeiro.

BRAGA J.C & PAULA, S.G., 1981. Industrialização e políticas de saúde no Brasil. In: *Saúde e Previdência: Estudos de Política Social* (J. C. de S. Braga & S.G. de Paula), pp. 41-85, São Paulo: Cebes/Hucitec.

COSTA, Nilson do R. e CASTRO, A J W de. 2004. O Regime Regulatório e a Estrutura do Mercado de Planos de Assistência à Saúde no Brasil In; *Regulação & Saúde*, Rio de Janeiro, ANS, pp. 49-64.

CUTLER, David M. e ZECKHAUSER, R J. 2000. The Anatomy of Health Insurance In: *Handbook of Health Economics*, Amsterdam, Elsevier, pp. 563-644.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 1999. Pesquisa Nacional de por Amostra de Domicílios – Suplemento Especial Saúde, Rio de Janeiro, IBGE.

LONDONO, JL & FRENK J. 1997 Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America In: *Health Policy* Jul 41(1): 1-36.

Patricia M. Danzon, “The McCarran-Ferguson Act Anticompetitive or Procompetitive?” *The Cato Review of Business and Government*, date? [I got it from Google]

Status of the Social Security and Medicare Programs, A SUMMARY of the 2005 ANNUAL REPORTS, Social Security and Medicare Boards of Trustees, <http://www.ssa.gov/OACT/TRSUM/treasury.html>, accessed 7/12/05.

National Governors Association, *Medicaid Reform: A Preliminary Report*, June 15, 2005. From the NGA website...

Paul Frontsin, “Sources of Health Insurance and Characteristics of the Uninsured: Analysis of the March 2004 Current Population Survey,” EBRI Issue Brief No. 276, Washington DC, December 2004.

David C. Warner, Lauren R. Jahnke and Kristie Kimbell, “An Analysis of Reform Options Developed by Other States,” Prepared for the University of Texas System Task Force on Access to Health Care in Texas, available at the web site of the Center for Health and Social Policy at the LBJ School of Public Affairs, University of Texas, Austin. <http://www.utexas.edu/lbj/research/chasp/index.php>

Kaiser Family Foundation and Health Research and Education Trust, Employer Health Benefits, 2004 Annual Survey, Exhibit 11.1 "Percentage of all Large Firms (200 or more workers) Offering Retiree Health Benefits, 1988-2004, p. 131 Note this is of firms that offer health insurance to their employees.

David C. Warner, Lauren Jahnke, and Kristie Kimbell, "An Analysis of Reform Options Developed by Other States," Prepared for the University of Texas System Task Force on Access to Health Care in Texas, June 2005, p. 36. The study cited is David U. Himmelstein, Elizabeth Warren, Deborah Thorne and Steffie Woolhandler, "Illness and Injury As Contributors to Bankruptcy," Health Affairs, Web Exclusive, February 2005, available at <http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/hlthaff.w5.63v1>

World Bank 2004b, "Universal Health Insurance in Mexico: In Search of Alternatives," Human and Social Development Group, Latin America and the Caribbean Region, Mexico, Colombia Country Management, December 2003. I got this source from the OECD book....

Table 1.4 "Public Sector Health Insurance Schemes and Other Programmes to Promote Access to Care" OECD Reviews of Health Systems-Mexico, July 2005 p. 34

Asociacion de Mexicana de Instituciones Sociales, Estadistica AMIS, "Analysis of Direct Premiums," Mexico D.F., Mexico, Fourth Quarter, 2003 (Excel Spreadsheet)

Asociacion Mexicana de Instituciones Sociales, Online. Available: <http://www.amis.com.mx>

OECD, Reviews of Health Systems-Mexico, Figure 1.1, "The Health Care System in Mexico, Main Flows, 2003. p. 22

The Angeles web site: <http://mediks.com> accessed July 25, 2005.

OECD, Reviews of Health Systems-Mexico, Table 1.1 "Basic Demographic and Social Indicators, Mexico 2000, p. 23.

Ibid., Figure 2.1 "Share of Households with Catastrophic Health Expenditure and Social Insurance by State 2002. p. 68.

Ibid. p. 64.

Idem, p. 30.

Faveret & Oliveira

Draibe 1989



UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

NEPP

NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Cidade Universitária "Zeferino Vaz"

Av. Albert Einstein, 1300

Campinas - SP - Brasil

CEP. 13083-852

TEL: (019) 3521-2495 / 3521-2496

FAX: (019) 3521-2140

Caixa Postal - 6166

E-mail: nucleo@nepp.unicamp.br

Homepage: www.nepp.unicamp.br