

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Terceirização da prestação de serviços de saúde no SUS: o caso das análises clínicas”

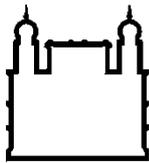
por

Maria Angelica Borges dos Santos

Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Sonia Regina Lambert Passos

Rio de Janeiro, fevereiro de 2012.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Esta tese, intitulada

“Terceirização da prestação de serviços de saúde no SUS: o caso das análises clínicas”

apresentada por

Maria Angelica Borges dos Santos

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi

Prof. Dr. Carlos Augusto Ferreira de Andrade

Prof.^a Dr.^a Claudia Garcia Serpa Osorio de Castro

Prof.^a Dr.^a Marina Ferreira de Noronha

Prof.^a Dr.^a Sonia Regina Lambert Passos – Orientadora

Tese defendida e aprovada em 28 de fevereiro de 2012.

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

S237 Santos, Maria Angelica Borges dos
Terceirização da prestação de serviços de saúde no SUS: o caso
das análises clínicas. / Maria Angelica Borges dos Santos. --
2012.
144 f. : tab.

Orientador: Passos, Sonia Regina Lambert
Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

1. Patologia Clínica. 2. Serviços Terceirizados. 3. Serviços
Contratados. 4. Avaliação de Serviços de Saúde. 5. Indicadores
de Serviços. 6. Tomada de Decisões Gerenciais. 7. Sistemas de
Informação-utilização. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.1

“Aprendi que incerteza é uma coisa ótima.”

Jacob Palis Jr.

Agradecimentos

À minha orientadora Dra. Sonia Regina Lambert Passos, essencial em seu apoio constante, ensinamentos preciosos e orientação cuidadosa.

A meu pai, Aloysio, pelo espírito público, esforço e busca de excelência, valores transmitidos ao longo da vida e nos quais busco pautar minha prática acadêmica e profissional.

A minha mãe, Maria das Dores, pelas lições cotidianas de otimismo, perseverança e fé, sem os quais a vida perde todo o sentido.

Aos meus irmãos - Ricardo, Fabio, Claudio e Letícia - que, com seu carinho fraterno e incondicional, me ajudam a achar que o mundo tem solução e que as diferenças fazem parte dela.

Aos meus sobrinhos e afilhados - Pedro, Kauê, Vitor, Marcelo, Vitoria, Caroline, Mariane, Iana, Cecília, Beatriz, Clara e Eduardo - razão para insistir em querer esse mundo melhor.

Aos amigos da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – em especial Maurício Magalhães, Tereza Carneiro, Roselee Pozzan, Lucia Junqueira, Maria Luisa Toscano - e demais do CETEC e ATS, que estiveram comigo em tantas lutas em defesa do SUS na vida real por todos esses anos.

À equipe do IBGE, em especial meus coautores - Ricardo Montes de Moraes e Klívia Brayner Oliveira- e a Roberto Olinto Ramos e Maria Isabel Mendes.

Aos colegas do doutorado, pelos vários choppes, papos e apoio em momentos fáceis ou difíceis e pela sensação de estar de novo na Faculdade, o que é sempre bom.

Aos membros da banca de qualificação, Professor Dr. Carlos Andrade e Professora Dra. Marina Noronha, pelas observações pertinentes, que muito contribuíram para o resultado final desta tese.

Aos professores e colegas da ENSP e do NUTEC, em especial Professor Fernando Telles, Professor Adolpho Chorny, Marcia Garcia e Maria Infante.

Ao Projeto ENSP-013-LIV-10-2-10 pelo apoio financeiro para edição dos bancos de dados da Pesquisa da Assistência Médico-Sanitária e a Jurema Mota, pela paciência e dedicação no trabalho de edição.

Aos amigos do Grupo Contas de Saúde – em especial Luciana Servo e Rebeca Palis.

RESUMO

Terceirização (ou “contratação”) é a delegação a terceiros da prestação de serviços que uma organização poderia ou deveria produzir. As recentes terceirizações de laboratórios de análises clínicas no Sistema Único de Saúde são intervenções que conjugam a mudança do paradigma tecnoeconômico da especialidade com inovações na área de serviços de saúde, relacionadas à adoção de novos modelos de gestão inspirados na agenda da Reforma do Estado pelo do Sistema Único de Saúde. Esta tese tem como objetivo geral avaliar a difusão e aspectos estruturais das terceirizações em análises clínicas e propor indicadores para tomada de decisão e seu acompanhamento no SUS. Na introdução são apresentados sucintamente: bases teóricas e evidências existentes sobre efeitos da terceirização; bases históricas e normativas para a contratação de prestadores privados no SUS; origens das análises clínicas e efeitos da revolução de seu paradigma tecnoeconômico ao final do século XX sobre as indústrias de diagnóstico *in vitro* e serviços laboratoriais; composição do mercado brasileiro de medicina diagnóstica e exames laboratoriais; e história das terceirizações dos laboratórios de análises clínicas no Sistema Único de Saúde. Os três artigos avaliam as terceirizações das análises clínicas no SUS segundo três perspectivas: (1) uma perspectiva macro, de contextualização da terceirização de serviços públicos de saúde como uma inovação desenvolvida no âmbito da globalização econômica e internacionalização do comércio de serviços de saúde e suas implicações potenciais para o SUS; (2) uma dimensão meso, que descreve estrutura e padrões de terceirizações dos serviços de análises clínicas no Brasil a partir dos censos nacionais de estabelecimentos de saúde (AMS/IBGE) de 2002, 2005 e 2009 pelo IBGE e (3) uma perspectiva micro, compreendendo uma avaliação para tomada de decisão de terceirização de rede pública de laboratórios de análises clínicas em um grande município, que inclui indicadores de desempenho, com destaque para índices de volume e preço. As principais conclusões dos estudos são: as terceirizações de serviços públicos de saúde integram um movimento de expansão de mercados a partir da quebra dos monopólios de prestação de serviços públicos pelo Estado e, no Brasil, podem gerar contradições com o arcabouço institucional do SUS. As terceirizações para análises clínicas em estabelecimentos públicos têm aumentado e o SUS depende crescentemente de prestadores privados. As terceirizações coincidem com a proliferação de postos de coleta públicos em estabelecimentos simplificados (Programa de Saúde da Família), redução do número de laboratórios públicos comparativamente a privados e menor investimento em equipamento e contratação de recursos humanos desde 2005. Os laboratórios privados no Brasil cresceram mais que os públicos entre 2002 e 2009 e aumentou a oferta de subespecialidades de exames mais complexas, além de concentrar em estabelecimentos exclusivamente dedicados a procedimentos diagnósticos, afastados dos locais de atendimento clínico. Isso pode facilitar uma dissociação entre a clínica e o diagnóstico, contribuindo para transformar exames laboratoriais em “*commodities*”.

Ainda estamos em uma fase muito inicial da construção de evidências sobre efeitos das terceirizações de serviços públicos para prestadores privados. A maioria das decisões sobre terceirização permanece sendo tomada de forma *ad hoc*, sem embasamento técnico em processos de avaliação.

Descritores: *patologia clínica; serviços terceirizados; serviços contratados; avaliação de serviços de saúde; indicadores de serviços; tomada de decisões gerenciais; sistemas de informação/ utilização.*

ABSTRACT

Outsourcing (or “contracting”) means delegating to a third party the production of services that one’s own organization could be or is in charge of providing. Recent outsourcing of pathology services in Brazilian health system (SUS) are the joint product of a technoeconomic paradigm change in pathology services and the introduction of innovative State-reform based approaches to management in SUS. This thesis aims to describe the diffusion and structural aspects of outsourcing of clinical pathology services and elaborate indicators to support decision-making and monitoring in outsourced activities in SUS. An introduction presents the context and relevance of the theme and the investigative approaches selected. Brief discussions are included on: theoretical basis for and existing literature evidences on contracting; contracting history and regulation in SUS; the origins of clinical pathology and effects of late 20th century technoeconomic paradigm revolution on in vitro diagnosis and laboratory test industries; Brazilian medical diagnosis and lab test market composition; and recent history of public health system clinical pathology outsourcing to private providers in SUS. The three papers included in the thesis evaluate outsourcing according to three perspectives: (1) a macro range approach, contextualizing public service outsourcing as a management innovation inserted in processes of economic globalization and health service internationalization and discussing potential implications for SUS; (2) a middle range approach, where, based on three nation- wide health care facilities censuses (AMS/IBGE) for the years 2002, 2005, 2009, structural aspects of the Brazilian pathology service configuration and outsourcing patterns are described; and (3) a micro-range approach, consisting of an evaluation for decision making of a public clinical laboratory network in a large Brazilian municipality, including performance a volume indices. Main conclusions of the studies performed are: public services outsourcing in health care can be considered as part of the global expansion of health care industry and health service internationalization where public monopolies in the area are broken down. They generate potential conflicts with the Brazilian public health system legal framework. Clinical pathology outsourcing in Brazil are probably favored by the proliferation of collecting sites for laboratory tests in the Brazilian Family Health Program (*Programa de Saúde da Família*), pressing the demand side, and low investment in public comparatively to private laboratories since 2005, in the supply side. Private labs in Brazil evidence significant growth between 2002 and 2009 and increasingly focus on offering high priced tests and tend to be located in facilities dedicated to diagnosis. This could contribute to an increasing dissociation between diagnosis and clinical activities.

Evidence on contracting of private providers for public health service delivery is far from settled. Most decisions on contracting are *ad hoc* and not clearly supported by evaluation processes.

Keywords: *pathology, clinical; outsourced services; contract services; health service evaluation; indicators of health services; decision makings; information systems/utilization.*

Abreviaturas

AFIP- Associação de Incentivo a Pesquisa em Psicobiologia

AMS - Pesquisa da Assistência Médico-Sanitária

ANS- Agência Nacional de Saúde Suplementar

ATS - Avaliação tecnológica em Saúde

BOVESPA- Bolsa de Valores do Estado de São Paulo

CEAC- Centro Estadual de Análises Clínicas

CER -*Closer Economic Relations Trade Agreement*

DASA- Diagnósticos da América S.A.

DATASUS- Departamento de Informática do SUS

DOTS – *Directly Observed Treatment Strategy* , inglês para estratégia de tratamento sob supervisão direta

EPOC- *Effective Practice and Organization of Care*, inglês para Práticas e Organização Efetivos do Cuidado

FUNDEP- Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa

FIRJAN- Federação das Indústrias do Rio de Janeiro

GATS- *General Agreement on Trade of Services*

GATT- *General Agreement on Trades and Tariffs*

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDE - investimento direto estrangeiro

INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

IPCA- Índice de preço ao consumidor amplo

IVD- Indústria de diagnóstico *in vitro*

MS- Ministério da Saúde

NAFTA- *North American Free Trade Agreement*

NHS- *National Health System*

NPM- *New Public Management*

OMC -Organização Mundial do Comércio

OMS - Organização Mundial de Saúde

OSS - Organizações Sociais de Saúde

PAS - Plano de Assistência à Saúde

PNAD- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

POF - Pesquisa de Orçamentos Familiares

Pro-CADE- Procuradoria- Geral do Conselho de Desenvolvimento Econômico

SADT- Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico

SENAI- Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial

SESDEC -Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro

SESI- Serviço Social da Indústria

SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais

SIH – Sistema de Informações Hospitalares

SIOPS- Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde

SPDM- Sociedade para o Progresso da Medicina

SUS- Sistema Único de Saúde

TI - Tecnologia da Informação

TRIPS - Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights

UNCTAD- *United Nations Conference on Trade and Development*

WHA- *World Health Assembly*, inglês para Assembleia Mundial de Saúde

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1. Dinâmica da mudança de paradigma tecnoeconomico em análises clínicas..18

ARTIGO 2

Tabela 1	Características de estabelecimentos que somente coletam exames, Brasil, 2001 e 2009	84
Tabela 2	Características de estabelecimentos de saúde que possuem laboratório de análises clínicas, Brasil, 2002, 2005 e 2009	84
Tabela 3	Subespecialidades e modo de produção em laboratórios por esfera administrativa e financiador, Brasil, 2002, 2005 e 2009	85
Tabela 4	Pontos de oferta e terceirização segundo complexidade de subespecialidades, esfera administrativa e financiador, Brasil 2002, 2005 e 2009.	85

ARTIGO 3

Tabela 1	Produção anual de testes por especialidades e variação percentual acumulada no triênio	102
Tabela 2	Participação das especialidades (%) no total de despesas com insumos – valores correntes anuais	102
Tabela 3	Indicadores de desempenho para rede de laboratórios clínicos.....	103
Tabela 4	Sinopse analítica dos indicadores de desempenho Econômico-financeiros	104

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO

1.1. Terceirização em serviços públicos de saúde.....	1
1.1.1 Terceirização de serviços de saúde no SUS.....	6
1.1.2 Bases teóricas das terceirizações em serviços públicos.....	11
1.1.3 Relevância do estudo das terceirizações na saúde.....	15
1.2. O caso das análises clínicas na saúde	17
1.2.1 Mercado internacional de diagnóstico <i>in vitro</i> e prestação de serviços laboratoriais.....	21
1.2.2 O mercado brasileiro de medicina diagnóstica.....	24
1.2.3 Terceirização das Análises Clínicas no SUS	29
1.3. Avaliação Tecnológica e de Serviços	36
1.3.1. Evidências sobre terceirização em serviços de saúde e laboratórios públicos	38
1.3.2 Uso de Bases de Dados Secundárias em ATS	41
1.3.3 Avaliação de terceirizações em análises clínicas no SUS - o percurso de investigação	43

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral.....	47
2.2 Objetivos específicos.....	47

3. MÉTODOS, RESULTADOS e DISCUSSÃO.....

48

1º ARTIGO: Comércio internacional de serviços e complexo industrial da saúde: implicações para os sistemas nacionais de saúde.....	49
--	----

2º ARTIGO: Estudo seccional da estrutura e terceirização de laboratórios de análises clínicas no Brasil. 2002, 2005 e 2009	71
--	----

3º ARTIGO: Indicadores de desempenho e decisão sobre terceirização em rede pública de laboratórios	86
--	----

4. CONCLUSÕES.....	105
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	107

ANEXOS

Anexo 1. Parecer Aprovação CEP.....	118
Anexo 2 Questionário Ambulatorial Hospitalar da Pesquisa da Assistência Médico-Sanitária 2009	119

1. INTRODUÇÃO

1.1 Terceirização em serviços públicos de saúde

As mudanças tecnológicas, políticas e sociais das décadas de 1970 e 1980 alteraram profundamente o ambiente de operações das empresas, imprimindo diretrizes de reorganização competitiva que popularizaram conceitos como focalização, *offshoring*, modularização e subcontratação ou terceirização [1]. Terceirizar significa “transferir para terceiros” e é uma tradução livre da palavra inglesa *outsourcing*, um neologismo criado a partir da expressão original em inglês “*outside resource using*” (uso de recursos externos) [2].

Na literatura empresarial, a terceirização é tratada como a “criação de valor” para uma organização pela incorporação de produtos ou serviços que ela mesma poderia produzir, mas cuja produção é delegada a um terceiro. O diferencial do conceito de terceirização é que – utilizada a estrutura já existente e realizados os investimentos necessários – existiria a opção de produzir internamente o produto ou serviço. Se esse não for o caso, não fica caracterizada a terceirização [3].

Assim, na perspectiva de se tornarem mais competitivas e eficientes, as organizações adotariam a terceirização para poderem se concentrar nas áreas em que são mais competentes e delegar outras áreas a quem possa ter mais *expertise*, segundo uma lógica smithiana de especialização econômica [4]. Concentrar-se em um número restrito de atividades centrais pode reduzir custos e complexidade da operação, uma medida considerada especialmente benéfica em organizações mais maduras, que perdem agilidade em função de suas estruturas mais rígidas e hierárquicas [5].

A opção pela terceirização é apresentada como uma decisão estratégica das organizações, em que seriam consideradas as vantagens de custo, de operação e de qualidade e/ou as oportunidades de ampliação da oferta e da cobertura geradas pela opção por contratar (“comprar”) no lugar de prestar diretamente o serviço (“fazer”). Embora muito frequentemente tomadas de forma *ad hoc*, as decisões sobre terceirização são reconhecidamente complexas. A rigor, devem ser precedidas de análises detalhadas de custos e benefícios, incluindo avaliação de riscos legais, tecnológicos e econômicos [4].

Por sua vez, a terceirização de atividades tradicionalmente desenvolvidas pelo setor público para o setor privado pode ser interpretada como um processo de adoção tardia, pela administração pública, de desenhos e modelos de gestão inicialmente implantados no setor privado [6, 7]. A adoção dessa prática foi legitimada no decorrer dos últimos trinta anos, pela disseminação, em um ambiente já globalizado, dos princípios do *New Public Management* [8].

Hood [8] remonta as origens *do New Public Management* (NPM) a um conjunto de teorias derivado da administração científica [9], representadas por ondas sucessivas de aplicação de “gerencialismo” com tinturas empresariais para melhorar o desempenho do setor público. O *New Public Management* parece estar ligado a quatro megatendências na administração pública nas últimas décadas do século XX: a tentativa de reverter o crescimento das máquinas públicas; a tendência à privatização, com ênfase no papel secundário da prestação direta de serviços pelo governo; a intensificação do uso de tecnologia da informação; e uma agenda mais internacionalizada, com foco nas questões gerais da administração pública e cooperação intergovernamental [8].

À luz de teorias sobre a evolução do capitalismo, tanto a reestruturação das empresas privadas quanto as megatendências do setor público descritas por Hood [8] podem ser interpretadas como reflexos de uma inflexão na dinâmica produtiva capitalista.

O capitalismo tem um desenvolvimento cíclico – inicialmente identificado nos ciclos longos de Kondratieff [10]. Autores neoschumpeterianos [11] vinculam a dinâmica cíclica capitalista às revoluções tecnológicas, desencadeadas por inovações radicais ativamente promovidas por empreendedores [12]. As revoluções tecnológicas repercutem em toda a organização da produção econômica e, conseqüentemente, sobre as bases sócio-políticas de sustentação dessa produção. A mais recente reorganização do capitalismo foi a transição, no último quarto do século XX, do paradigma tecnoeconômico¹ da era do petróleo e da produção em massa para a Revolução da microeletrônica e da informática [13].

Para os neoschumpeterianos [11], cada novo sistema tecnológico tende a modificar não apenas o espaço de seu negócio, mas os próprios contextos social, organizacional, institucional e cultural, estabelecendo um consenso sobre as novas melhores práticas. Nessa perspectiva, o NPM poderia ser considerado o consenso sobre melhores práticas no que tange à atuação da administração pública.

Na perspectiva neomarxista de Jessop [14], que analisa de forma central a dimensão do trabalho nas transformações do capitalismo, teria ocorrido uma transição do modo de produção fordista para o pós-fordismo de organização do trabalho e do consumo. As repercussões dessa mudança sobre o sistema sócio-técnico incluíram, de forma importante, a redefinição do papel dos Estados nacionais [14]. Parte do poder dos Estados nacionais foi transferida para organismos internacionais, parte descentralizada para níveis regionais ou

¹ Um paradigma tecnoeconômico é “o conjunto de práticas mais bem sucedidas e lucrativas em termos de insumos, métodos e tecnologias e de estruturas organizacionais, modelos e estratégias de negócios.” (Perez, 2010)

locais e uma terceira assumida por redes emergentes de poder que não passam pelos Estados centrais e ligam regiões e localidades em várias sociedades [14].

Assim, também as teorias sobre a evolução do capitalismo de bases marxistas [14] permitem admitir que o NPM configure a base doutrinária para a reconfiguração do Estado face à reorganização contemporânea do capitalismo mundial.

Na prática, as forças de reorganização produtiva atuaram no sentido de esmaecer as tradicionais barreiras entre as atividades do setor público e do privado [8]. A disseminação dos princípios do *New Public Management* como formulações aplicáveis a qualquer contexto e politicamente neutras [8] foi ativamente patrocinada pelos movimentos de Reforma do Estado e por organismos internacionais, como o Banco Mundial. Estes questionavam, desde a década de 1980, o tamanho do Estado e sua competência para prestar serviços à população, apontando as “falhas de provisão do Estado” [15].

Na apropriação das ideias do *New Public Management* [8,16,17], eram ressaltados os méritos da gestão empresarial, defendendo-se a substituição da ineficiência da burocracia hierárquica pública na prestação de serviços à população pela suposta maior eficiência dos princípios de mercado que pautam a gestão empresarial [7].

As formulações originais do *New Public Management* preconizavam o fortalecimento da capacidade de gestão e prestação de serviços pela prática da contratualização estatal com organizações públicas (“*contracting in*”). Em uma etapa posterior, evoluiu-se para a contratação de prestadores privados pelo Estado em competição com prestadores públicos (“*contracting out*”) [18] e, mais recentemente, para uma preferência explícita pela contratação de prestadores privados e parcerias com empresas [19]. Segundo o NPM, a contratação de prestadores privados concorre para concentrar o foco do governo na mensuração dos resultados, aumentando a autonomia gerencial e a eficiência e efetividade dos serviços mediante a competição e beneficiando-se, para esse fim, da *expertise* do setor privado [20].

A visão positiva da atuação do setor privado em áreas sociais previamente dominadas pelo governo foi reforçada com a divulgação, pela Organização das Nações Unidas (ONU), do relatório da Comissão Brundtland “*Our Common Future*” [21]. No relatório, Gro Brundtland – que foi Diretora Geral da Organização Mundial de Saúde (OMS) entre 1998 e 2003 - destacava a interdependência global na perspectiva da sustentabilidade ambiental e a necessidade de parceria entre governos e indústrias, produtores e consumidores em prol do futuro mundial [22].

Em 1997, o Secretário-Geral das Nações Unidas Kofi Annan declarou que o relacionamento entre as Nações Unidas e a comunidade de empresários tinha especial importância. Dessa forma, as parcerias público-privadas, em seus vários formatos, ganharam

muita legitimidade na comunidade internacional e passaram a ser apresentadas como a abordagem mais inovadora na política para o novo milênio [22]. A expressão mais recente dessa parceria são as Metas de Desenvolvimento do Milênio, uma inédita e bilionária iniciativa global pela redução da pobreza e da mortalidade e pelo avanço mundial da educação, liderada pela Organização das Nações Unidas e Fundação Bill e Melinda Gates.

O debate sobre terceirizações, contratações ou parcerias com o setor privado e organizações não governamentais pelo setor público para prestação de serviços de saúde ganhou visibilidade com a Resolução WHA 56.25, da 56ª Assembleia Mundial de Saúde, realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em maio de 2003 [23]. Essa Resolução endossava o potencial de terceirizações ou da contratação de organizações privadas pelo governo (“*contracting out*”) como opção para fortalecer o desempenho dos sistemas de saúde.

A terceirização de serviços públicos de saúde é definida como a prestação de serviços de escopos clínicos ou preventivos em nome do governo por prestadores não estatais, sendo, em geral, regulada por um documento contratual que especifica tipo e quantidade do serviço e validade do acordo [20]. A OMS reconhecia, entretanto, que existem vários formatos possíveis de terceirização e que essa era uma alternativa que, mal implementada, poderia causar mais danos do que benefícios aos sistemas de saúde [24].

A Resolução WHA 56.25 previa também “o compartilhamento de experiências sobre arranjos contratuais envolvendo setores público e privado e organizações não governamentais na prestação de serviços de saúde” [23] (OMS, 2003). Como desdobramento, o número de novembro de 2006 do *WHO Bulletin* foi dedicado ao tema, enfatizando a necessidade de se preservar uma visão crítica sobre a terceirização de serviços públicos de saúde para prestadores privados, principalmente em países de baixa e média renda [25].

O Brasil acompanhou, tardiamente, o discurso e os esforços de implementação de sua versão particular do *New Public Management* capitaneados, em meados da década de 1990, por Luis Carlos Bresser Pereira [26]. Em consonância com a proposta de concentração das organizações em competências centrais, defendida na literatura empresarial, um dos focos doutrinários da Reforma Bresser era a separação das funções “típicas” de Estado de funções “não típicas” de Estado. Nessa nova conceituação, são definidas como funções típicas apenas as ligadas à diplomacia, às finanças públicas, à área jurídica e à carreira de gestores governamentais, podendo as demais não ser diretamente desenvolvidas por órgãos estatais e delegadas a terceiros [27].

Um segundo foco doutrinário era a requalificação da divisão público-privada. Com base nas teorias que disputam a natureza das motivações “públicas” dos agentes públicos, o estatal deixa de ser equiparado a público. Assim, cria-se a brecha para a criação de um terceiro

setor - o “público não estatal” [26]. Esse terceiro setor conforma-se como um conjunto de entes jurídicos de direito privado vinculado à produção de serviços de interesse do Estado, que inclui organizações sociais (OS), serviço social autônomo, organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIP), consórcios públicos de direito privado e fundações de apoio.

Segundo as classificações mais recentes de Pollit e Bouckaert[28] , a reforma Bresser poderia ser considerada um misto de NPM e reforma neweuberiana. Dela destacam-se o êxito da difusão de modelos alternativos de gestão, mais fortemente representados pelas Organizações Sociais (OS)² e a reestruturação das carreiras públicas, com destaque a criação de carreiras de atividades “típicas de Estado” [27].

Reformada a burocracia, o momento atual parece ser de trazer os empresários para o centro da gestão pública. A criação, em 2011, da Câmara de Gestão, Desempenho e Competitividade, presidida pelo empresário Jorge Gerdau Johannpeter e composta por quatro empresários e quatro ministros de Estado - em um modelo inédito de cooperação, segundo a ministra da Casa Civil – assinala mais uma tentativa de impregnar a administração pública do *modus operandis* empresarial³.

Em que pese a onda de hibridização dos setores público e privado [29], historicamente há uma distinção entre eles, o primeiro institucionalmente representado pelo governo e o último pelas empresas e instituições sem fins de lucro [30]. As principais diferenças incluem: os distintos objetivos – o do Estado, em princípio, de redistribuição das riquezas e, nas empresas, o de acumulação; os escopos de atuação – onde a ação é necessária, de um lado, e rentável, do outro; e os resultados esperados - o maior bem coletivo, de um lado, e o melhor desempenho individual, do outro. Essas diferenças fundamentam as distintas estruturas organizacionais e transformam a definição de uma agenda comum em um enorme desafio [31].

Mas, face à legitimação crescente do discurso [32, 33] que sustenta a participação direta e indireta de empresas na administração pública e na prestação de serviços públicos de saúde, o horizonte que se estabelece para os próximos anos parece ser de ampliação das interfaces da saúde pública com empresas e o mercado de prestadores de serviços de saúde. Em termos práticos e políticos, as reformas dos setores públicos já estabeleceram uma nova realidade de fato, cuja reversão parece improvável [28] e cujas direções e resultados permanecem incertos.

Em se consolidando essa tendência, gestores e pesquisadores da saúde pública precisarão ampliar suas competências para compreender e utilizar criticamente teorias

² Em junho de 2011, 14 Estados e 71 municípios já haviam regulamentado a Lei Federal das Organizações Sociais.

³ Mano, Cristiane. O homem e a máquina- EXAME, 30/11/2011, Edição 1005, ano 45, n.23. p. 48-56

econômicas e conceitos financeiros, acompanhar os movimentos empresariais na saúde e desenvolver, cada vez mais, habilidades na área de avaliação de tecnologias e serviços. Não se trata de endossar os princípios do NPM e exaltar as virtudes do mercado, mas conhecer sua dinâmica com vistas a estabelecer as melhores opções para a administração pública.

Na ampliação das competências para lidar com o mercado, precisaremos avançar nos conceitos sobre interfaces entre saúde e economia. Para além de perceber que o mercado de prestadores de serviços de saúde privados se constituiu a partir de ações do Estado [34,35] e que o setor de saúde pode ser um segmento estratégico no desenvolvimento econômico [36], passará a fundamental acompanhar, sob vários prismas, os movimentos do mercado [37] – trazendo as empresas [38] e a dinâmica atual do capitalismo [39, 40, 41] para o centro das explicações sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Com isso, estaríamos em alguma medida, atualizando o trabalho desenvolvido, nas décadas de 1970 e 1980, pelo Programa de Estudos Socioeconômicos em Saúde [42].

É previsível também a necessidade de incorporar crescentemente fontes de informações não indexadas - como revistas especializadas em economia e relatórios de indústrias da saúde que, para fins de análise de conjuntura, são as mais atualizadas.

No fortalecimento da capacidade de avaliação, além de sofisticar ferramentas e abordagens metodológicas, é preciso recuperar a perspectiva da avaliação tecnológica em saúde como “uma forma de pesquisa de políticas que examina as consequências sociais (sociais, econômicas, éticas e legais) a curto e longo prazo da aplicação de uma tecnologia” [43]. Ampliar o uso de bases de informações existentes para tentar acompanhar uma realidade ainda sem registros definidos nos sistemas de informações oficiais será também medida essencial. São essas as perspectivas que buscamos incorporar nos estudos que compõem esta tese.

1.1.1 Terceirização de serviços de saúde no SUS

A relação entre a saúde pública e prestadores privados no Brasil não é nova. A estruturação das políticas de saúde no país, desde sua gênese, esteve vinculada a projetos desenvolvimentistas, que envolveram, sob desenhos diversos, o atendimento a interesses de trabalhadores e empresários, com destaque para um empresariado emergente na saúde a partir da década de 1950 [44, 35]. Hanson & Berman [45] indicam que o Brasil apresentava, ao final da década de 1980, um dos maiores setores hospitalares privados do mundo, com uma média de 2,5 leitos privados por mil habitantes, comparado a 0,5 leitos por mil habitantes nos mais de 50 países de média e baixa renda estudados.

As relações do setor público com o setor privado, base para a prestação de serviços à época do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), foram preservadas no Sistema Único de Saúde (SUS). A participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde é prevista na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde – a Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990[46].

A contratação de prestadores privados no SUS é admitida como forma de ampliar a oferta de serviços. Pode ter como objetivos: (a) aumentar o acesso a serviços já oferecidos por prestadores públicos, caracterizando um uso de prestadores privados de serviços em caráter de suplementação da oferta; (b) expandir o portfólio de serviços, ao oferecer algo que o SUS ainda não tem competência, estrutura ou uma escala de demanda que justifique a realização pelas unidades próprias, caracterizando um padrão de complementação da oferta do SUS.

Tradicionalmente, o setor público adquiria de prestadores privados uma parte significativa dos serviços de saúde ofertados à população mediante convênios. Os convênios podem ser celebrados com instituições públicas, filantrópicas ou sem fins de lucro, estas últimas dedicadas prioritariamente ao atendimento de pacientes do sistema público. Presume-se, no instrumento jurídico convênio, que exista coincidência de vontades e objetivos entre os conveniados que, na busca de atender ao objetivo comum, conveniam reunir seus esforços e competências [47].

Entretanto, a literatura vem questionando em que medida a finalidade não lucrativa altera o comportamento das organizações no mercado [48, 49]. Ainda que baseada em convênios e em instituições sem fins de lucro há, na relação com prestadores privados à época do INAMPS [50] e no SUS, evidências de comportamentos que poderiam ser considerados oportunistas tanto do ente público quanto dos entes privados.

Até o início da década 1980, vivemos uma era de oportunismo privado - faturas abertas e crescimento das despesas públicas a níveis insustentáveis [34, 42]. Depois dessa época, com a instituição das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) e o sistema de pagamento por procedimento, verifica-se um achatamento das Tabelas de remuneração do INAMPS e, posteriormente, do SUS, em níveis desiguais segundo o nível de complexidade do procedimento [51]. Talvez seja possível considerar que o contexto passa a ser de oportunismo público em alguns segmentos da atenção.

Embora tenha partido das tradicionais relações convenciais admitidas pela Lei 8.080 para suplementar ou complementar a oferta pública, desde meados da década de 1990 o SUS vem incorporando também a terceirização de serviços de saúde na perspectiva de compra de

serviços ao setor privado com bases contratuais e em caráter de substituição à prestação de serviços pela rede própria.

Como em outras áreas da economia, essa vertente da terceirização iniciou-se pelas atividades-meio, não consideradas “competências centrais” ou “atividades típicas” da prestação de serviços de saúde, como serviços de limpeza, alimentação, segurança e transporte. A experiência de terceirização de atividades-meio em hospitais públicos foi descrita em estudo pioneiro de Luísa Pessoa [52], que enfocou a contratação de serviços de suporte médico-hospitalar nas áreas de fornecimento e preparo de alimentos, lavagem de roupas, manutenção de instalações e equipamentos físicos, limpeza e vigilância e concluiu que a terceirização vinha ocorrendo nos hospitais estudados com pouco balizamento técnico e gerencial. Não obstante a evidente importância do tema e a relevância das conclusões não se seguiram a esse estudo outros da mesma natureza.

Nas áreas-fim, as novas bases de relacionamento do SUS com parceiros públicos diferenciados - como os hospitais universitários públicos, hospitais filantrópicos e Santas Casas - inauguram, em meados da década de 1990, a era das contratualizações [53], em um movimento que pode ser equiparado ao “*contracting in*”. Os relacionamentos entre os vários atores do SUS, inclusive órgãos públicos como Secretarias de Saúde, passam paulatinamente a ser estruturados com base em contratos de metas, pactos de gestão ou instrumentos de acordo semelhantes, em que se estabelecem metas a serem cumpridas com contrapartidas financeiras a título de repasse ou incentivos.

As formas de terceirização para prestadores privados a partir de então progressivamente incorporadas ao serviço público incluem desde a contratação de cooperativas de profissionais até a terceirização parcial ou integral da operação e gestão de serviços, programas e unidades públicas de saúde [54], caracterizando processos de substituição da prestação pública de serviços.

A compra de serviços ao setor privado cada vez mais ocorre com bases contratuais e, na prática, despe-se do caráter meramente complementar ou suplementar. Endossando o discurso da maior eficiência do prestador privado, o gestor público muitas vezes abre mão da prerrogativa de operar em uma área de atenção e desativa segmentos assistenciais já estruturados em favor da contratação de prestadores privados. Dessa forma, a estrutura e o funcionalismo públicos já constituídos para fins de prestação dos serviços são preteridos em prol da contratação de serviços privados, eventualmente com cessão de instalações físicas do poder público.

Em São Paulo, a terceirização envolveu, desde 2000, novos modelos de gestão e operação de hospitais no modelo Organizações Sociais de Saúde (OSS) e de serviços

ambulatoriais no modelo Plano de Assistência à Saúde (PAS) [54] e, a partir de 2005, também laboratórios de análises clínicas no Estado e várias Prefeituras. No Rio de Janeiro, o Estado terceirizou os laboratórios de análises clínicas em 2006 e a Prefeitura lançou, em 2009, um edital para a contratação de organizações sociais para gerir a Atenção Básica.

Mais recentemente passaram também a ser celebrados contratos de compra de serviços com empresas formalmente constituídas, não enquadradas em novos modelos de gestão. Do ponto de vista jurídico, esses movimentos terceirizam a prestação de segmentos da atenção a prestadores privados e caracterizam a existência de relações que já não são meramente conveniais, mas relações contratuais com prestadores de serviços de saúde privados, em que a convergência de objetivos deixa de ser o cerne da relação.

Pode-se supor que, com a criação dessas novas formas institucionais sob as quais o governo atua na economia e no desenvolvimento social, o SUS dá fôlego e uma cara nova a suas combalidas relações com as instituições filantrópicas e sem finalidades lucrativas. Como na década de 1970-80 [44], porém sob novas bases, a prestação de serviços pelas OSS nas áreas hospitalar, de atenção básica e diagnóstica resgata ou a cria uma hoste de prestadores privados que orbitam em torno do SUS, atraídos pelas condições de financiamento e as baixas exigências de imobilização de capital⁴ embutidas nos termos dos contratos de gestão. Por essa via, voltam a ser potencialmente vantajosos para o prestador privado segmentos “negligenciados” da Tabela SUS representados pelos procedimentos de baixa e média complexidade.

As terceirizações via OSS e outros novos modelos de gestão ocorrem concomitantemente ao amadurecimento dos arranjos federativos que estruturam o SUS. Entre as Normas Operacionais Básicas (NOB) [55,56,57] da década de 1990 [58], e o Pacto pela Saúde, de 2006 [59], os municípios ultrapassam as condicionalidades para habilitação à gestão do sistema de saúde e transferências financeiras pela União, os Estados recuperam seu papel pelas diretrizes de regionalização pela Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde (NOAS) [60] e fica decretada a superação da gestão tutelada das esferas subnacionais pelo governo federal. O Pacto pela Saúde [61] consagra o conceito de gestão compartilhada e solidária do SUS, com destaque para a responsabilização sanitária, o comando único e o financiamento solidário, cujas bases já haviam sido definidas pela Emenda Constitucional 29.

⁴ O modelo mais frequente de contrato de gestão com Organizações Sociais de Saúde compreende a cessão de ativos públicos – consistindo em geral de unidades de saúde recém-inauguradas e equipadas- para administração e prestação de serviços de saúde pelas OSS. Assim, a imobilização de ativos cabe ao setor público, diminuindo barreiras de entrada e riscos dos prestadores.

Implícita na premissa de financiamento solidário pelas três esferas de governo está a desconstrução de um “senso comum” histórico de que a Tabela de Procedimentos do SUS constitui um limite de valor para pagamento a prestadores privados. Pelo reforço à tese do financiamento solidário, a Tabela SUS passa a ser reconhecida como uma contrapartida federal ou referência para o pagamento a prestadores que atuam sob comando único das esferas subnacionais. Na mesma data da divulgação do Pacto pela Saúde, é emitida a Portaria nº 358/GM [62], que institui diretrizes para a contratação de serviços assistenciais no âmbito do Sistema Único de Saúde. A Portaria reitera que “para efeito da remuneração dos serviços contratados deverão ter como *referência* [grifo meu] a Tabela de Procedimentos SUS.” Essa redação frouxa flexibiliza as bases financeiras para contratos de gestão com Organizações Sociais de Saúde por estados e municípios, viabilizando pagamentos superiores a valores da Tabela SUS.

A Portaria nº 358/GM de 22 de fevereiro de 2006 [62] revoga as Portarias anteriores, de 1993 e 1994, sobre o tema e institui as diretrizes para a contratação de serviços assistenciais no âmbito do Sistema Único de Saúde. Em sua fundamentação, cita explicitamente a Lei nº 9.637, de 18 de maio de 1998, que institui as Organizações Sociais, e o Decreto nº 2.536, de 6 de abril de 1998, que uniformiza os critérios para concessão do Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos, indicando o foco da regulamentação nesses dois tipos de prestador.

É essa Portaria que institui o termo contratação de serviços, acompanhando o termo inglês “*contracting*”, para todo e qualquer acordo entre o Poder Público e o Setor privado. A Portaria sistematiza os instrumentos a utilizar na contratação. São eles o convênio, para parcerias com empresas filantrópicas ou sem fins lucrativos; o contrato de gestão com organizações sociais - quando o objeto do contrato for a transferência da gestão de um órgão público; e contrato administrativo com empresas privadas com finalidades lucrativas ou quando o objeto for a contratação de serviços prestados pelas Organizações Sociais. Ou seja, ainda que a relação com as OSS seja de parcerias, todas elas são regidas por algum tipo de contrato.

No mesmo ano, a Portaria nº 358/GM é substituída pela Portaria nº 3.277 de 22 de dezembro de 2006 [63], cujo objetivo era “disciplinar a participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde”. Na fundamentação, a referência às OSS e instituições filantrópicas é substituída pela referência ao Pacto pela Saúde 2006 [61] e às Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e Gestão [64].

A Portaria 3.277/2006 [63] simplifica os instrumentos que formalizam a participação privada, dividindo-os em: “convênio, quando houver interesse comum em firmar parceria em

prol da prestação de serviços/promoção da saúde à população; e contrato administrativo, quando o objeto do contrato for a mera compra de serviços”.

Se no convênio existem vontades e objetivos comuns, os contratos administrativos são celebrados quando o objeto do contrato é a “mera” compra de serviços [63]. Em termos jurídicos, os contratos reconhecem dois ou mais sujeitos em posições contrapostas e com interesses diversos. De um lado, o contratante deseja o objeto do acordo, como, por exemplo, a realização de exames laboratoriais. De outro, o contratado deseja a contraprestação, ou seja, o recebimento do pagamento pelos serviços [47]. Ainda assim, muitas vezes é difícil definir em que situações aplicam-se um ou outro termo.

A Portaria reitera, no seu artigo 1º, que “quando utilizada toda a capacidade instalada dos serviços públicos de saúde e comprovada a necessidade de complementar sua rede, o gestor poderá complementar a oferta com serviços privados de assistência à saúde”.

A Portaria MS nº 1.034, de 5 de maio de 2010 [65] revoga e reedita as anteriores, reforçando que o gestor estadual ou municipal poderá complementar a oferta com serviços privados de saúde e explicitando as condições em que isso pode ocorrer – desde que comprovada a necessidade de complementação dos serviços públicos de saúde e haja a impossibilidade de ampliação dos serviços públicos de saúde.

1.1.2 Bases teóricas das terceirizações em serviços públicos

Ainda que não exista uma teoria geral para fundamentá-la [66], a terceirização de serviços públicos segue prescrições do *New Public Management* [8] e, portanto, são bases teóricas desse último- as proposições gerencialistas vinculadas à administração científica e o neoinstitucionalismo econômico - que lhe dão sustentação.

Na saúde, os arcabouços teóricos utilizados para discutir as terceirizações [8, 67, 68] sustentam-se principalmente sobre o último conjunto de teorias explicativas, representado pelo neoinstitucionalismo econômico. Essas teorias reúnem, de um lado, explicações sobre porquê a prestação pública de serviços de saúde não funciona, baseadas nas teorias que estudam a escolha pública e, de outro, em teorias sobre porquê e que cuidados ter para a terceirização funcionar, baseadas fortemente na abordagem dos custos de transação e principal-agente. Mais recentemente, vem sendo introduzidas também teorias que discutem os efeitos da cooperação, confiança e ajustamento mútuo nas relações contratuais [69].

As teorias da escolha pública têm em James Buchanan sua maior referência e surgiram na década de 1950 como contestação à então dominante economia do *Welfare*. Este grupo de teorias - cujos expoentes são Kenneth Arrow, Duncan Black, Mancur Olson, Gordon Tullock, Anthony Brown e o próprio Buchanan - poderia ser considerado uma contrapartida à análise

das falhas do mercado, usada para justificar a intervenção corretiva do Estado sobre o mercado na economia keynesiana [70].

Estados funcionam mediante processos decisórios coletivos que engendram escolhas públicas (*public choices*). A partir de pressupostos da teoria econômica neoclássica, as teorias da escolha pública constituem um programa de pesquisa voltado para explorar o ambiente institucional – regras e constrangimentos - em que se dão essas escolhas. Pretendem, no dizer de Buchanan, retratar a “política sem romance”, mediante a análise da dinâmica de atuação e interação dos atores políticos.

Para as teorias da escolha pública, as decisões políticas são tomadas por indivíduos instrumentalmente racionais, que visam, em essência, atingir os próprios objetivos e não promover o bem comum. Os atores do processo político compreendem governantes, cidadãos, grupos de interesse, sistemas eleitorais e partidos políticos [70].

Como os governantes têm horizontes temporais limitados e sua permanência no poder depende do voto dos cidadãos, a maximização de votos é seu principal objetivo nas democracias representativas. Suas escolhas serão uma decorrência desse objetivo.

Os cidadãos podem participar no processo político pelo voto e pela atuação em grupos de interesse. Como a probabilidade de o voto de um cidadão ser decisivo é praticamente nula, o ato de votar pode ser considerado, em si mesmo, irracional. Tem custos –como o de obtenção de informação e mobilização, por exemplo- que tendem a ser muito superiores ao benefício esperado do voto. Neste sentido, embora os eleitores votem, permanecem, em sua maioria, indiferentes, o que limita a competitividade do mercado político [71].

Além do voto, o cidadão pode participar nas escolhas públicas por meio da atuação em grupos de interesse. Se, por um lado, a existência de interesses comuns não gera necessariamente a criação de grupos de interesse, por outro, grupos cujos interesses geram ganhos sociais menores conseguem frequentemente uma influência desproporcional a sua representatividade. Olson [72] faz uma distinção entre dois tipos de grupos - os de interesse público (que visam bens coletivos para seus membros e a sociedade como um todo) e as “coligações distributivas” (*rentseeking*), que apenas buscam “rendimentos” (*rents*) para os seus membros. Quanto mais estável no tempo for uma sociedade, mais se criam grupos redistributivos [73].

Uma conclusão central das teorias da escolha pública é que mudar as pessoas que exercem cargos públicos praticamente não produz alterações no processo político. Assim, existe uma situação crônica de ineficiência, busca de rendas por membros do governo e grupos de interesse e falta de capacidade dos governos para dar resposta aos desejos dos cidadãos.

Na visão do *New Public Management*, a introdução de mecanismo de mercado para gerar os incentivos apropriados poderia reduzir a influência de políticos e funcionários públicos na condução dos serviços públicos e corrigiria as falhas de Estado. O pressuposto dessa proposta é de que é mais fácil atingir os objetivos políticos e sociais da prestação de serviços quando são firmados contratos explícitos e transparentes entre um agente e um principal, a exemplo do que ocorre no mercado. Os contratos são um instrumento central nessa estratégia, daí o uso frequente da palavra inglesa “*contracting*”, “*sub-contracting*” ou “*contracting-out*” na referência a terceirizações [75,76].

A dinâmica das relações contratuais e as vantagens e desvantagens de diferentes arranjos de prestação de serviços são abordadas pelas teorias do neoinstitucionalismo econômico, a partir da teoria principal-agente e da teoria dos custos de transação.

A teoria principal-agente assume novamente a premissa econômica de mercados compostos por entes independentes e auto-interessados. O agente (contratado) presta os serviços contratados no lugar do principal (contratante) e recebe, em troca, uma contraprestação mutuamente acordada. Em geral, o principal é dependente do empenho e da *expertise* do agente, mas carece de condições para monitorar seu desempenho [67]. Para garantir serviços de qualidade, os contratos idealmente precisam ser desenhados de forma a alinhar incentivos, distribuir estrategicamente os riscos e recompensar a cooperação [66].

As trocas não ocorrem sem custos. Os custos de monitoramento, mensuração e garantia do cumprimento do contrato em um mercado onde os produtos são de difícil especificação, como é o caso de serviços de saúde, podem ser substanciais [79]. A teoria dos custos de transação enfatiza também as limitações dos contratos - sempre incompletos, uma vez que nem todas as situações futuras são previsíveis - e o oportunismo de ambos, principal e agente [78].

O agente busca minimizar os custos de produção e maximizar os benefícios vinculados ao contrato. O principal tenta maximizar os próprios benefícios, às vezes à custa de inviabilizar o relacionamento com o agente [67]. O grau de oportunismo varia conforme o país [78] e depende do ambiente institucional [79, 80].

Vining e Globerman [81] diferenciam custos de transação de custos do oportunismo, ainda que admitam ser difícil distingui-los na prática. Os custos de transação incluem os custos de elaboração, mudança e acompanhamento dos contratos. Os custos do oportunismo incluem os dos movimentos mais auto-interessados.

Além da criação de incentivos que favoreçam a cooperação, as dificuldades de elaborar contratos advêm de fatores relacionados às características do mercado de ofertantes e dos produtos contratados. Os mercados são caracterizados por sua contestabilidade e os

produtos são caracterizados por sua mensurabilidade - quanto menos mensuráveis as características do produto desejado, mais difícil especificá-los em contratos [76].

As apostas mais autênticas no mercado como promotor de serviços eficientes propõem a correção de rumo de mercados não competitivos ou disfuncionais [76], o que pode implicar a indução da criação de novas empresas para equilibrá-los. Mercados com vários ofertantes são considerados de “alta contestabilidade” e favorecem a concorrência. Quanto maiores a necessidade de investimentos e a especificidade dos ativos – instalações e equipamentos exclusivos da atividade, maiores as barreiras à entrada de novas empresas [81]. Quanto maiores as barreiras de entrada, menor a contestabilidade.

Reduzir os investimentos necessários para a entrada no mercado atrai novos prestadores e, em princípio, aumenta a contestabilidade do mercado. Esta seria uma fundamentação econômica para ficarem a cargo do Estado os investimentos em ativos fixos e específicos - instalações e equipamentos de saúde - nos contratos de gestão com as Organizações Sociais de Saúde (OSS).

A teoria de Williamson [77] examina também as fronteiras das firmas e as condições em que vale a pena organizar a produção de forma hierárquica e burocrática (“introjetar a atividade” mediante a integração vertical da atividade) ao invés de depender de interações com o mercado. A integração vertical das organizações surge como resposta aos problemas gerados pela natureza dos mercados e produtos desejados e pela percepção de custos de transação elevados – expresso na incongruência de objetivos entre principal (contratante) e agente (contratado) [82].

Além dos custos de transação, os custos da terceirização podem incluir um aumento de custos sociais relacionados à equidade, provocado pela seleção de pacientes menos onerosos pelo contratado [83]. A escolha dos segmentos de atuação mais vantajosos e a pressão pela expansão do consumo são inerentes à atuação de prestadores de mercado. A prestação de serviços com bases sociais precisa justamente garantir o atendimento a segmentos menos vantajosos e assegurar-se de que eventuais aumentos de utilização dos serviços tenham como base a necessidade da população atendida e não unicamente o desejo de consumidores independentes.

Harland et al [4] analisam as implicações da terceirização além do nível das organizações individualmente e suas repercussões para o setor e o país. Quando a terceirização é adotada como estratégia dominante em um setor, como o da saúde, os efeitos podem ser muito mais amplos do que o de movimentos isolados de terceirização por parte de algumas organizações.

Harland et al [4] consideram que há mais riscos implícitos na terceirização pelo setor público do que pelo privado. O primeiro risco é a “privatização sorrateira”, em que, à medida que as organizações vão sendo terceirizadas de forma independente, há redução do controle governamental. O segundo é a criação de organizações poderosas que podem acumular vários contratos, ganhando poder de mercado no setor. E o terceiro é a piora dos padrões de emprego, com redução da consistência do treinamento e redução das habilidades e conhecimento viabilizados pelo poder público.

O maior desafio das terceirizações é o desenvolvimento de novas competências e processos de tomada de decisões, inclusive nas decisões sobre quais atividades terceirizar e quais manter na organização [4]. Decisões radicais de terceirização comportam um risco adicional e importante - uma vez perdida a competência organizacional para executar os serviços, é difícil recompô-la. Dependendo da configuração de mercado, o contratante pode ser alvo do fenômeno do “*hold-up*” – ficar, ainda que o desempenho seja subótimo, refém do prestador, por ausência de alternativa.

1.1.3 A relevância do estudo das terceirizações na saúde

Que condições transformam a terceirização de serviços públicos de saúde para o setor privado em países emergentes em um problema especial, diferenciado da discussão da terceirização de serviços em geral ou em organizações de saúde privadas ou, possivelmente, nos países desenvolvidos?

A terceirização de serviços públicos tem como base doutrinária o *New Public Management* (NPM). Entretanto, os próprios teóricos do *New Public Management* apontam, há algum tempo, as restrições a sua aplicabilidade em países em desenvolvimento. Em seu texto seminal, “A Public Management for All Seasons?” (1991) [8], Christopher Hood descreve os motivos do ceticismo. Segundo o autor, as prescrições do NPM removem mecanismos instituídos tradicionais de garantia de honestidade e neutralidade para o exercício da administração pública e pressupõe implicitamente uma cultura de lisura. Assim, “será interessante acompanhar... os efeitos da difusão de *clones do NPM* ... em contextos com pouco capital de base de cultura pública” (p.16).

Pollit e Bouckaert [28] advertem para a adesão de gestores públicos ao NPM motivada por benefícios simbólicos e de legitimidade política - “parecer que está fazendo algo” ao criticar os serviços públicos e exaltar a gestão empresarial, instaurando “uma aparência de dinamismo com baixo custo imediato (p.6).” Outros autores compartilham essas apreensões e, como tendência geral, o misto de desconfiança e entusiasmo em torno das ideias do NPM das

décadas de 1980 e 1990 foi sucedido, ao menos na academia, por uma postura mais ponderada [84].

A literatura econômica que aborda especificamente terceirizações e contratos propõem algumas questões adicionais:

(a) *Necessidade de desenvolver competências distintas das necessárias à prestação direta do serviço nos processos de terceirização* [6]. Qualquer terceirização, independentemente de seu desenho, pressupõe uma estrutura para gerenciar e acompanhar contratos. Essas competências estão muitas vezes pouco amadurecidos nos governos de países em desenvolvimento [76]. Broomberg [85] destaca que, nesses países, inexistem a maioria das condições necessárias à implementação de reformas de mercado e os custos dessas reformas, em especial os impactos sobre a equidade, tendem a criar problemas substanciais.

(b) *As especificidades da dinâmica de mercado dos bens e serviços de saúde e as dificuldades de quantificar sua demanda e especificá-los*. No que tange às condições que regem o consumo, bens e serviços de saúde não se comportam como um mercado regular, pelo seu elevado grau de incerteza [86]. Se na maioria dos setores, são os consumidores que tomam a decisão sobre o quê comprar e pagam pelo que consomem, na saúde, há a interveniência de médicos e terceiros pagadores (seguros públicos e privados).

Pelo fato de não poder ser tratado segundo uma lógica de consumo regular - que pressupõe um consumidor perfeitamente informado que pode optar ou não por consumir - cria-se um mercado pleno de distorções de competição e incentivo. Nele, pagadores querem conter custos, consumidores são insensíveis aos custos e tem pouco poder de negociação e incentivos a prestadores de serviços tendem a aumentar os custos [87].

A incerteza e imperfeição dos mercados torna ainda mais difícil especificar produtos e elaborar e acompanhar contratos, mais ainda os destinados a atendimento a populações pequenas, onde as estimativas de incidência de eventos de doença tendem a ser mais complexas [67].

(c) *O problema do oportunismo nos contratos* [78]. Para Williamson, analisar situações propícias ao oportunismo é fundamental, pois “apenas uma análise franca e serena dos riscos do oportunismo irá nos permitir reduzir esse risco” [78]. Em se tratando de contratos para bens e serviços de saúde de difícil mensuração, como os da saúde, os riscos aumentam.

Alguns autores [88] acrescentam as dificuldades consideráveis em garantir posturas éticas das organizações quando muitas funções são simultaneamente terceirizadas em um ambiente de controle regulatório insuficiente ou pouco efetivo. Estudos internacionais indicam que as maiores oportunidades de corrupção na economia situam-se nas interfaces público-privadas, destacando que “incentivos para a oferta de propinas ocorrem toda a vez que agentes

do governo possuem poder econômico sobre uma empresa privada ou indivíduo” [89]. Essas interfaces não necessariamente diminuem, mas podem se intensificar em situações de terceirização de serviços.

(d) *Os custos de perda da coordenação no sistema de saúde*. Poderíamos acrescentar aos custos de transação e do oportunismo os custos da perda de coordenação [90] advindos da transição de um modelo de coordenação hierárquica burocrática da administração pública para um modelo mais flexível, descentralizado e fragmentado. A fragmentação dos sistemas de saúde, juntamente com o envelhecimento das populações e a incorporação tecnológica, é considerada um dos principais determinantes do aumento dos custos dos serviços de saúde [91].

(e) *As incertezas sobre as novas configurações do mercado de serviços de saúde* [85] e sua crescente mercantilização e financeirização [92]. Se a base dos efeitos virtuosos do mercado é a competição, como proceder em um cenário de crescente associação entre Estado e mercado, em que a prestação de serviços tende a ter uma base crescentemente oligopólica, corporativa e, em muitos casos, internacionalizada [14]?

Todos esses argumentos reforçam a necessidade de avaliar as terceirizações, tanto no acompanhamento de sua difusão quanto na definição sobre as circunstâncias em que se justifica adotá-las.

1.2 O caso das análises clínicas na saúde

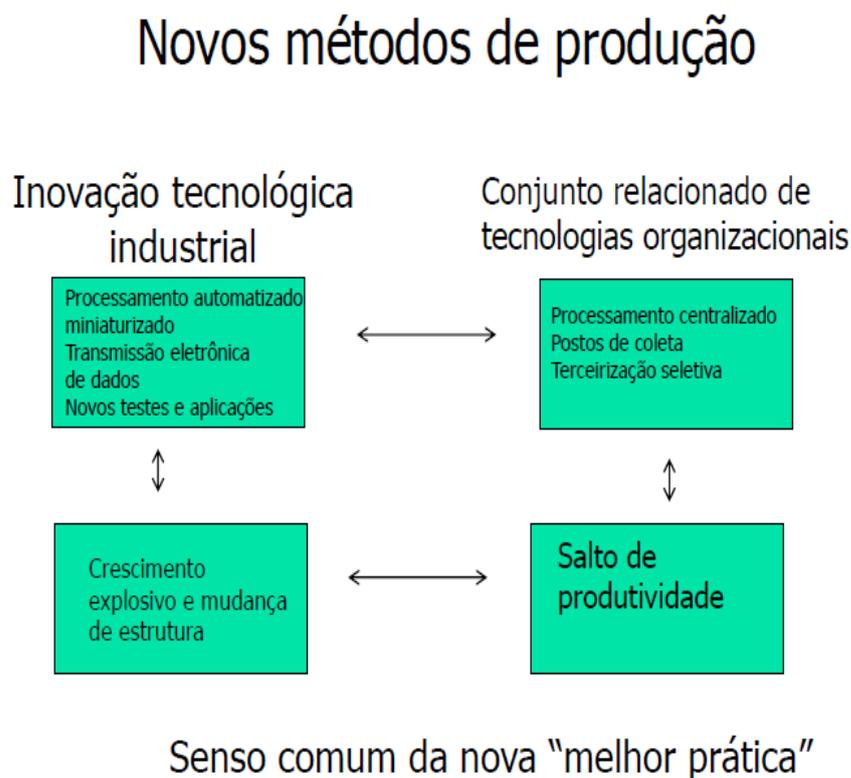
A assimilação das análises clínicas como especialidade da área médica tem uma longa e tortuosa trajetória. A introdução dos primeiros métodos químicos ao diagnóstico de doenças humanas data do final do século XIX e foi cercada de controvérsias práticas e filosóficas, que disputavam sua aplicabilidade aos cuidados de saúde [93].

Ao contrário de outras especialidades médicas, a patologia nasceu nos serviços de saúde, voltada para a solução de problemas concretos do diagnóstico dos pacientes [94]. A prática de realizar necropsias e análises de líquidos biológicos e micróbios como parte da estratégia para resolver problemas clínicos disseminou-se da França para o Velho e o Novo Continente [95]. No decorrer do século XX, as análises clínicas consolidaram-se como um componente básico da semiologia. As clássicas sessões anatomopatológicas de grandes hospitais de ensino reforçavam o vínculo entre o laboratório e a prática da medicina. A partir dessas bases, os resultados de testes laboratoriais hoje integram a maior parte dos processos de decisão clínicos – de atividades de prevenção ao monitoramento terapêutico [96].

Originalmente executadas de forma quase artesanal, há 50 anos as análises clínicas eram dominadas por laboratórios hospitalares e constituíam uma parcela irrisória do faturamento dos serviços de saúde. Com o crescimento da incorporação tecnológica a essa área, os laboratórios começaram a se configurar como centros de lucro para os hospitais, constituindo subsídios cruzados a atividades economicamente deficitárias. Como os custos de cada exame individualmente são pequenos, mal eram percebidos no conjunto dos custos hospitalares. À medida que aumentava o faturamento, diminuía o custo dos exames, com a melhor organização dos laboratórios e introdução da automação [97].

A mudança do perfil tecnológico da prestação de serviços de análises clínicas sustenta-se sobre uma história de 40 anos de desenvolvimento do processamento automatizado e miniaturizado dos exames laboratoriais [98], que transformou radicalmente nas análises clínicas nas últimas duas décadas. Essas mudanças configuram-se como a expressão setorial da quinta revolução tecnológica, representada pela microeletrônica, informática e telecomunicações [13], que nortearam as mudanças observadas no setor (Figura 1).

Figura 1: Dinâmica da mudança de paradigma tecno-econômico em análises clínicas



Fonte: Adaptado de Perez, Carlota. Technological revolution and financial capital, 2002

Uma vez surgidas as condições para sua difusão, o segmento dos laboratórios clínicos assimilou as inovações com avidez. Em menos de dez anos, o padrão de pequenos laboratórios familiares migrou para outro, de mega-unidades diagnósticas ou laboratórios de referência, que processam enormes quantidades de amostras terceirizadas a partir de postos de coleta e outros laboratórios de todos os portes [99].

Friedman [100] sistematizou os elementos que tiveram, ao final do século XX, impactos importantes sobre a organização dos laboratórios clínicos, viabilizando a difusão das inovações: globalização da economia, com interação dos mercados de capitais mundiais; reestruturação das companhias mediante padronização, simplificação e maior foco na missão; foco nas habilidades e processo centrais, com ênfase na terceirização de processos e procedimentos não centrais para organizações externas; crescente dependência em tecnologia da informação; e um crescimento exponencial do *e-business* e processos conduzidos via internet.

A otimização dos processos laboratoriais para ganho em escala tornou-se possível com a introdução da automação, resultado dos avanços tecnológicos que levaram ao desenvolvimento de instrumentos laboratoriais baseados na robótica e com interfaces informatizadas [101]. Os efeitos da automação analítica foram revolucionários. Um estudo de 2003 realizado em um hospital isolado mostra que a produtividade com a automação, medida pela quantidade de resultados de testes anuais por empregado, aumentou quase 10 vezes, enquanto o preço por teste a valores constantes caiu em um quinto em pouco mais de 30 anos [102].

A automação elevou a produtividade, reduziu custos, mas exigia grandes investimentos para sua viabilização. Na visão schumpeteriana, as mudanças de paradigma tecnológico somente podem ser viabilizadas pelo investimento de banqueiros e outras instituições financeiras com baixa aversão a risco em inovações com lucros econômicos inicialmente incertos [11]⁵. Assim, a associação com o capital financeiro foi teoricamente essencial para a ocorrência dessas mudanças.

A maior sofisticação tecnológica passou a exigir permanentemente investimentos elevados por parte dos laboratórios. Uma estratégia para viabilizar economicamente os laboratórios foram os processos de fusões e aquisições. As redes assim formadas concentram o processamento de amostras em laboratórios centrais ou “core,” descentralizando a coleta.

⁵ Carlota Perez (2010) lembra que Alois Schumpeter (1982) define capitalismo como “o tipo de regime econômico baseado na propriedade privada, onde inovações são viabilizadas com dinheiro emprestado.”

Além disso, exames mais complexos, raros e de custo elevado (os chamados exames esotéricos) passaram a ser terceirizados para laboratórios de apoio ou referência, aumentando os intercâmbios entre laboratórios [99]. Consolidaram-se, assim, exigências de padronização de processos e de especialização que transformaram totalmente o setor.

Na dinâmica atual da padronização do trabalho, as análises clínicas podem ser representadas por três macroprocessos [101]: coleta de material biológico (fase pre-analítica); realização dos exames (fase analítica); e disponibilização dos resultados (fase pós-analítica), cada vez mais rápida e acessível em função da tecnologia da informação.

Um laboratório de análises clínicas atualmente pode: somente coletar exames e enviá-los para serem processados em outro local; coletar e processar todos os exames no próprio estabelecimento; coletar os e processar uma parcela deles, terceirizando algumas subespecialidades; e, finalmente, pode somente processar exames e não coletá-los. Para cada subespecialidade, os padrões de processamento e terceirização podem diferir substancialmente. As exigências técnicas de qualificação de pessoal e sofisticação de instrumental variam, recomendando opções por terceirizar ou não.

A escala de processamento para justificar o investimento inicial transforma as terceirizações em parte do ferramental tecnológico. Terceirizar em análises clínicas, portanto, talvez possa ser caracterizado como mais do que uma decisão estratégica da organização. A terceirização representa uma das dimensões organizacionais da mudança de paradigma tecnocômico setorial.

Além de adotarem a terceirização de uma parcela de seus exames para outros laboratórios, os laboratórios de análises clínicas foram um das primeiras das chamadas atividades-fim na saúde a serem inteiramente terceirizadas em hospitais e serviços de saúde em geral [103]. Outrora dominantes, os laboratórios hospitalares passam a ser administrados por terceiros. A atribuição às análises clínicas do *status* de “exames complementares” pode ter favorecido sua terceirização em hospitais nos Estados Unidos e na Europa [104]. Ficava implícito, de forma sub-reptícia, no termo “complementar”, um papel secundário no desfecho para o paciente e a possibilidade de os testes de análises clínicas serem comercializados como “*commodities*” [105].

Se o argumento da complementariedade pode ter sido o mote para facilitar as terceirizações desses serviços nas organizações de saúde, o que se observa com a consolidação dessa tendência é o crescimento da área de exames diagnósticos e do protagonismo dos exames de análises clínicas nas decisões médicas. Crescentemente, os exames complementares substituem mais do que complementam a tradicional semiologia médica.

1.2.1 Mercado internacional de diagnóstico *in vitro* e prestação de serviços laboratoriais

Uma vez identificadas como fontes potenciais de lucros advindos da aplicação de princípios industriais e de reengenharia [106], as análises clínicas transformaram-se, na prática, em empresas de prestação de serviços laboratoriais estruturadas em torno de fabricantes de reagentes e seus equipamentos, a chamada indústria de diagnóstico *in vitro* (IVD).

Pautada na inovação e no capital financeiro, a indústria de exames complementares comporta-se como uma indústria extremamente dinâmica, com intensa ocupação de sucessivos nichos de mercado. No nível mais básico, as redes criadas dentro dos novos paradigmas comporiam sistemas integrados de laboratórios hospitalares, laboratórios de referência, um sistema informatizado laboratorial com um portal para interação remota com clientes, um fabricante de produtos diagnósticos *in vitro* (IVD) e um fabricante de produtos de biotecnologia [100].

Empresas de IVD são habitualmente divisões da indústria farmacêutica. Em 2009, as empresas líderes do segmento eram Roche (20% do mercado), Abbott (12%), Siemens (11%), Johnson & Johnson (9%) e Beckman Coulter (7%). O portfólio de produtos da indústria de IVD – que faturou US\$ 42 bilhões em 2009 e projeta US\$ 53 bilhões para 2014 - é subdividido em diagnóstico profissional tradicional (exames hematológicos, bioquímicos, microbiológicos e imunológicos), monitoramento do diabetes, diagnósticos moleculares e diagnóstico tecidual para marcadores tumorais. Os segmentos onde mais crescem os faturamentos são os dois últimos [107].

Já surgem parcerias entre empresas de IVD e farmacêuticas para prospecção de novos mercados de biologia molecular na área de câncer, doenças infecciosas e cardiologia. As apostas são parcerias diagnóstico-terapêuticas (*companion partnerships*), para desenvolver testes específicos para acompanhar efeitos de medicamentos usados no tratamento ou na prevenção de doenças oncológicas.

Outra área onde há avanços relevantes são os exames *point of care*, ainda pouco difundidos no Brasil relativamente a outros países [107]. Os exames *point of care* configuram um nicho de mercado oposto ao formato de concentração do processamento de múltiplas amostras em um único local. Utilizam equipamentos baseados em técnicas miniaturizadas, capazes de fornecer resultados à beira do leito. A lógica é semelhante à que propiciou a expansão do mercado de diagnóstico em diabetes, onde o exame é realizado pelo próprio paciente.

Surge, também, a partir do financiamento de iniciativas vinculadas às Metas do Milênio, um mercado potencial de um quarto de trilhão de dólares nos próximos cinco anos,

compreendendo testes rápidos para malária, tuberculose e outras doenças negligenciadas para uso em países em desenvolvimento.

A próxima fronteira do diagnóstico *in vitro* parece ser o diagnóstico personalizado, que define perfis prospectivos de morbidade individual. Esse é um segmento que ainda luta por transpor barreiras tecnológicas e regulatórias. Mas uma das máximas favoritas da indústria de IVD atualmente é a frase de Hipócrates (460-370 A.C): “É mais importante saber quem pode ter uma doença do que qual doença alguém tem [107]”.

Assim, uma característica marcante da indústria de IVD é o ritmo de inovação tecnológica, seja em automação e velocidade de realização de testes e transmissão de resultados, seja em número de testes e tecnologias de reagentes [107]. Não por acaso, as políticas de controle de custos da saúde na Europa cada vez mais se concentram em insumos e equipamentos médicos (*medical devices*), segmento onde as indústrias de IVD ocupam a segunda posição [108].

Nos últimos 15 anos, corporações oligopólicas passaram também a dominar a realização de exames laboratoriais. *Quest Diagnostic e Laboratory Corporation of America* concentram-se no mercado dos Estados Unidos, *Lab Co* na Europa e, na Austrália, *Sonic Healthcare, Primary Health Care e Healthscope*. Todas essas empresas estruturam-se a partir de processos de verticalização e concentração regional e são empresas de capital aberto, com presença no mercado acionário. As duas americanas associam divisões de prestação de serviços de análises clínicas a áreas de desenvolvimento e distribuição de produtos inovadores da indústria de diagnóstico *in vitro*.

A *Quest Diagnostic* é a líder mundial em serviços laboratoriais. Foi fundada em 1967 e, com a aquisição do *SmithKline Beecham Clinical Laboratories* (SBCL), em 1999, transformou-se no principal laboratório dos Estados Unidos. Atualmente compreende várias divisões para realizar exames laboratoriais: a *Quest Diagnostics*, para os exames gerais, e o *Quest Diagnostics Nichols Institute*, para os chamados testes esotéricos (de baixa demanda e altíssima complexidade) realizados como referência para vários países do mundo; para testes de anatomia patológica, o *AmeriPath* e, para a dermatopatologia, o *Dermpath Diagnostic*; e segmentos específicos para testes laboratoriais especializados para neurologia (*Athena Diagnostics*) e cardiologia (*Berkley Heartlab*).

Na área de desenvolvimento e distribuição de reagentes imunológicos, a *Quest* tem: *Hemocue*, para fornecimento de testes *point of care*; *Insure*, para testes de detecção de câncer intestinal; *Celera*, na área de medicina personalizada em Cardiologia; e, a *Focus Diagnostics Inc*, fabricante e distribuidora de reagentes imunológicos moleculares, inclusive testes rápidos comercializados desde 2009.

A *Quest* possui hoje presença internacional, com escritórios no Brasil, Irlanda, Índia, México, Porto Rico e Reino Unido. No Brasil, o escritório de São Paulo situa-se nas adjacências do Instituto de Pesquisa do Hospital Israelita Albert Einstein e trabalha em parceria com os centros de especialidades de oncologia, cardiologia e transplante de órgãos para introduzir com o Einstein novos testes diagnósticos no Brasil⁶.

Segunda maior empresa mundial de análises clínicas, a *Laboratory Corporation of America*, nasceu de uma fusão entre a *Roche Biomedical Laboratories* e o *National Health Laboratories*, em 1995. Nos últimos dez anos tem expandido a capacidade instalada para realizar testes de especialidades e esotéricos, além de adquirir companhias líderes em genômica. Atua nas áreas de anatomia patológica (*Dianom*), medicina personalizada e apoio à realização de ensaios clínicos para companhias farmacêuticas e de biotecnologia (*Tandem Laboratories*).⁷

A *LabCo*, que domina o mercado europeu, surgiu na França em 2004. Em três anos, expandiu suas operações para Itália, Alemanha França Espanha Portugal e Bélgica. Em 2010, entrou no mercado público do sistema de saúde inglês em parceria com a Sodexa, compondo uma experiência pioneira de terceirização para empresas privadas de exames de laboratório no *National Health System* inglês.

Na Austrália, *Sonic Healthcare*, *Primary Health Care* e *Healthscope*, todas empresas com ações na Bolsa de Valores e responsáveis por 90% dos exames laboratoriais do *Medicare* australiano, dominam o mercado [109]. A Austrália foi um dos primeiros países a terceirizar o fornecimento de exames de análises clínicas do setor público. Em 2010, o crescimento anual persistente acima de 5% anuais dos gastos com exames levaram o governo australiano a rever seus pagamentos às empresas, com repercussões sobre o valor das ações dessas empresas na Bolsa de Valores. Para garantir a sustentabilidade do setor, estão sendo propostas novas formas de remuneração e uma revisão de indicadores de desempenho, mediante os quais “a indústria de laboratórios clínicos passará a ter que fornecer evidências claras e convincentes sobre seus custos”⁸.

Diante das interfaces dos laboratórios de análises clínicas com a indústria de reagentes e equipamentos diagnósticos e com o mercado financeiro, os laboratórios de análises clínicas

⁶ Página eletrônica da *Quest Diagnostics* - www.quest.com.

⁷ Página eletrônica da *LabCorp* - <https://www.labcorp.com/wps/portal/>

⁸ Brant, K. Australia's Government Launches Review of Clinical Laboratory Testing Fees. Dark Daily. [Australia's Government Launches Review of Clinical Laboratory Testing Fees | Dark Daily](http://www.darkdaily.com/australias-government-launches-review-of-clinical-laboratory-testing-fees-204#ixzz1iQXPEbrY)
<http://www.darkdaily.com/australias-government-launches-review-of-clinical-laboratory-testing-fees-204#ixzz1iQXPEbrY>. Acesso em 23/12/2011

foram considerados, ao final da década de 1990 e início deste século, os precursores dos novos formatos de empresariamento da medicina americana [97].

Necia France (2002) [110] sugere que a patologia clínica tenham sido um piloto do controle dos serviços públicos de saúde pelo mercado na Nova Zelândia. Pela natureza e pelo menor reconhecimento destes como uma atividade sua terceirização na área pública tende a se dar de forma insidiosa.

Autores e patologistas de vários países discutem, há pelo menos vinte anos, o impacto dessas mudanças na especialidade [105, 111]. Ressaltam a tendência à comoditização [104] – termo usado como sinônimo da banalização do uso de testes diagnósticos - e “desmedicalização” [111] das análises clínicas. O termo desmedicalização teria dois significados, ambos consequência do afastamento da área de diagnóstico da tutela direta dos profissionais de saúde. De um lado, denota um afastamento progressivo das análises clínicas de princípios da prática médica que valorizam a semiologia e recomendam o uso econômico, racional e hierarquizado de procedimentos de investigação. De outro, indica que as decisões sobre os rumos de setor ganham paulatinamente um caráter estritamente empresarial, pautado na decisão de administradores ligados ao mercado financeiro e sem vinculação profissional com a área de saúde [111].

A exemplo do que se verificou para a provisão do tratamento no pós-guerra, paulatinamente dominada pela indústria farmacêutica, o perfil crescentemente industrial da prestação de serviços diagnósticos extrai da tutela dos médicos e profissionais de saúde mais uma dimensão do cuidado à saúde.

Com o recorte crescentemente corporativo da medicina diagnóstica, o segmento de prestação de serviços de medicina laboratorial aparentemente caminha para assumir um perfil muito próximo ao da indústria farmacêutica, com tendência à internacionalização e forte aposta no *marketing* junto aos médicos para indução do consumo.

1.2.2 O mercado brasileiro de medicina diagnóstica e análises clínicas

A difusão dos padrões de inovação internacionais da indústria de IVD para o Brasil foi muito rápida. A atratividade crescente do mercado brasileiro para a indústria de IVD e prestadores de exames laboratoriais é reiteradamente ressaltada pela mídia especializada. As expectativas são de que o mercado brasileiro atinja o sétimo posto no *ranking* mundial até 2014 [112].

Em 2000, estimativas da consultoria Booz Allen & Hamilton indicavam que as análises clínicas movimentavam valores próximos a 4 bilhões de reais [113]. Dados da ANS,

publicados no Valor Setorial⁹ informam que essa atividade movimentou 6,5% do mercado de serviços de saúde em 2010, ultrapassando os 8 bilhões de reais. Atualmente, um total de 5200 empresas de diagnóstico laboratorial atua no mercado brasileiro. Os líderes são o DASA e Fleury, que, em volume de exames de exames respondiam, em 2011, por mais de um quinto da produção nacional.

O primeiro passo para as mudanças que viriam na década seguinte no Brasil foi a criação, na década de 1990, de laboratórios para processamento centralizado de grandes volumes de amostras clínicas [114]. Tratava-se de uma ampliação do conceito de analisadores múltiplos da década de 80, em que o processamento de exames passava a ser alçado a uma escala industrial, com o modelo de “gigalaboratórios” já existente na Alemanha e nos Estados Unidos [105].

O primeiro desses laboratórios foi implantado em Alphaville, em 1996, pelos laboratórios Delboni Auriemo. Em julho de 1999, após a saída de um dos irmãos sócios, que discordou do direcionamento estratégico da empresa, os sócios remanescentes cederam 49% de seu negócio ao fundo de participações Patrimônio *Equity Funds*, associada a *Chase Capital Partners*, *GE Capital* e *Latin American Health Care Fund*. Essa capitalização visava viabilizar fusões e aquisições no mercado de análises clínicas, para garantir escala. Somente grandes volumes de processamento permitiam otimizar o uso e recuperar os investimentos realizados em aparelhos de última geração, que tinham um ciclo de vida curto.¹⁰

A associação entre grandes grupos de investimento financeiros e laboratórios foi inicialmente encarada com ressalvas pela Sociedade Brasileira de Patologia Clínica (SBPC). O presidente da SBPC declarou que via essa tendência com preocupação, pois entendia “que essas instituições visam prioritariamente o lucro, enquanto as entidades de saúde têm o lucro como uma consequência do trabalho prestado. Acho que isso pode representar alguma incompatibilidade em algum momento.”¹¹

O movimento de fusão dos laboratórios brasileiros iniciou-se, em outubro de 1999, pela aquisição de 11 unidades da rede Lavoisier, de São Paulo, com consequente criação do Laboratório Diagnósticos das Américas [114]. Com isso o Delboni Auriemo transformou-se, em número de unidades, na maior empresa de diagnósticos médicos da América Latina e na segunda maior rede de análises clínicas do Brasil em faturamento, com 118 milhões de reais anuais. Contava, à época, com 30 unidades na grande São Paulo e processava 40.000 exames

⁹ Cirne, Rita. Medicina Diagnóstica. Foco é ampliar a base de atuação. Valor Setorial. Hospitais, equipamentos e serviços médicos. Novembro de 2011, p.47-50.

¹⁰ Herzog, Ana Luisa. Terapia Intensiva: o laboratório Delboni Auriemo se junta a um sócio capitalista para resolver uma questão crítica na área de saúde: o ganho de escala. Exame, 26 de julho de 2000. p. 132-133

¹¹ Seidl, Antonio Carlos. Entidade teme poder de grupo financeiro. O Estado de São Paulo. 6 de setembro de 1999.

diários. Os laboratórios do Johns Hopkins, nos Estados Unidos, já tinham então uma capacidade de processamento dez vezes maior¹².

Os sócios do fundo de participações Patrimônio declaravam “não ter pressa em sair de São Paulo”, pois “a cidade tem 10 milhões de pessoas e só atendemos 1,5 milhões”. Essa era a estratégia da empresa, que se consolidaria em menos de uma década¹³.

Nesse mesmo ano, o principal concorrente era o laboratório Fleury, que oferecia 1900 tipos de exames, tinha um faturamento maior (159 milhões de reais anuais), mas contava com apenas 11 unidades de atendimento na grande São Paulo e 2000 clientes /dia. Fundado em 1926, o laboratório era reconhecido pela excelência do atendimento, vinculando-se ao conceito de prestação de “serviços de medicina diagnóstica”, mais do que o de um laboratório para realização de “exames de análises clínicas” [105]. Inicialmente não pretendia aumentar a escala, mantendo o discurso do superintendente à época, Ewaldo Russo, de “não queremos massificar nossos serviços”¹⁴.

Em setembro do mesmo ano, o Laboratório Sérgio Franco, o maior do Rio, com um faturamento de R\$ 40 milhões em 1999, adquiriu a rede Riolab, com uma carteira de 100 mil exames mensais. Simultaneamente, Bronstein e Lamina anunciavam a expansão de suas redes através de franquias e possíveis aquisições. Também no Rio, o grupo Labs, com faturamento em 2000 de US\$ 30 milhões, constituía as bases para a criação da rede de hospitais D’Or – Barra D’Or, inaugurado em 1998 e, em 2002, o Copa D’Or¹⁵.

Em 2001, o superintendente dos Laboratórios Elkis e Furlanetto previa: “Vão existir grandes conglomerados, que tomarão conta do mercado. Os pequenos vão desaparecer.” Na mesma reportagem, a diretor operacional da Diagnósticos da América opinava que a associação com os grandes era a saída para os pequenos situados em grandes centros urbanos. Por outro lado, ponderava que, dada a dimensão territorial e falta de recursos de grande parte do território nacional, era previsível que também sobrevivessem pequenos laboratórios em localidades mais remotas e menos prósperas.¹⁶

Em 2002, o grupo Sérgio Franco foi adquirido pela Amil. Iniciava-se assim, a partir dos laboratórios de análises clínicas, a constituição no Brasil de empresas multinegócios na área de saúde - conglomerados de negócios incluindo planos de saúde, hospitais, centros de diagnósticos e, mais recentemente, atividades em outros setores econômicos. Esse era um fenômeno já registrado nos Estados Unidos desde a década anterior [115].

¹² De Chiara, Márcia. 1999. Delboni Auriemo compra Lavoisier e é o maior da AL. O Estado de São Paulo. p. 13

¹³ Herzog, Ana Luisa, 2000. Ibid.

¹⁴ Herzog, Ana Luisa, 2000. Ibid.

¹⁵ Caride, Daniela. Grupo Labs mantém a qualidade. O Estado de São Paulo, fevereiro de 2001.

¹⁶ Knapp, Lauro. A modernização dos laboratórios. O Estado de São Paulo. Fevereiro de 2001

Em um dos poucos artigos nacionais abordando o tema em revistas da comunidade de patologistas clínicos, um grupo de Londrina [116] discutia as inovações no setor, prevendo que “diante do contexto atual e das difíceis perspectivas futuras, os laboratórios de pequeno e médio portes devem assumir uma gestão moderna voltada ao mercado”. A estratégia inicial adotada pelos pequenos e médios laboratórios foi tentar o associativismo. Em 1999, formava-se a Redelab, uma cooperativa nacional de pequenos e médios laboratórios¹⁷ e posteriormente a All Lab, com uma rede de coleta de 450 postos e 32 mil exames diários¹⁸.

Em 2004, o Diagnósticos da América S.A. (DASA) realizou a primeira IPO (*initial public offer* - primeira oferta pública de ações) de uma empresa de diagnóstico na América Latina, abrindo seu capital na Bolsa de Valores do Estado de São Paulo (BOVESPA).

A partir da percepção de que, no mercado brasileiro de análises clínicas, é o paciente que escolhe o laboratório, os grandes grupos optaram pela preservação das marcas, dirigindo-as a nichos específicos. O mercado é segmentado em *premium* executivo, *premium* e standard, representados por marcas distintas, heranças de laboratórios adquiridos já com marca consolidadas nos vários segmentos.

Em 2008, faziam parte da carteira DASA 16 marcas reconhecidas de laboratórios brasileiros tradicionais em dez estados: Delboni Auriemo e Lavoisier (São Paulo- SP), Lamina e Bronstein (Rio de Janeiro e Niterói- RJ), Curitiba Santa Casa e Frischmann Aisengart (Curitiba- PR), Laboratório Alvaro (Cascavel e Foz do Iguaçu- PR), Exame e Pasteur (Brasília/DF), Medlabor (Brasília-DF, Palmas-TO e Valparaíso-GO) Image Memorial (Salvador- BA), LabPasteur (Fortaleza- CE), Club DA (Rio de Janeiro e São Paulo), Lamina (Florianópolis-SC), Cientificalab (SP/RJ e MG) e Atalaia (Goiania-GO).

Atualmente, os Laboratórios Diagnósticos da América S.A. são a maior empresa de medicina diagnóstica da América Latina e figuram entre as cinco maiores no segmento no mundo. Na prestação de serviços diagnósticos, a empresa divide-se nas seguintes linhas principais de produtos: serviços laboratoriais ambulatoriais, serviços para pacientes internados em hospitais e serviços de apoio a laboratórios, além de uma quarta linha - ainda específica do DASA entre os três maiores laboratórios brasileiros - a de prestação de serviços ao setor público. O DASA dispõe também de uma linha de exames oferecidos a preços populares (Laboratório Popular) para pacientes que não têm planos de saúde, presente em 124 unidades das marcas Lavoisier, Bronstein, Pasteur e Frischman¹⁹.

O último grande movimento de mercado do DASA foi a fusão com a Amil. O acordo foi fechado em agosto de 2010, mediante a cessão ao DASA dos ativos da MD1 Diagnósticos,

¹⁷ Revista Newslab. Lab-rede: de um projeto à realidade. Revista Newslab, ed.43, dez. 2000/jan 2001. P.24

¹⁸ Oiticica, Daniel. Saída para os pequenos. O Estado de São Paulo. Fevereiro de 2001

¹⁹ DASA. Resultado do 2º trimestre de 2010. Press-release disponível no site da Comissão de Valores Mobiliários.

que englobava o antigo laboratório Sergio Franco e outros adquiridos pela Amil²⁰. A partir daí o DASA ficaria também responsável exclusivo pela prestação de serviços diagnósticos a hospitais da Amil. Ao final de 2010, o DASA passou a contar entre seus acionistas com o grupo Blackstone, um dos maiores fundos de participações (*private equity*) dos Estados Unidos.

Em julho de 2011, em uma decisão inédita na área de saúde, a Procuradoria- Geral do Conselho de Desenvolvimento Econômico (Pro-CADE), responsável pela análise das condições de concorrência no mercado, determinou que a MD1 Diagnósticos, controlada por Edson Bueno, da Amil, mantivesse as operações separadas das do DASA. O entendimento era que DASA e Amil teriam o mesmo controlador e que a fusão entre DASA e MD1 ameaçaria a concorrência²¹.

O ato de concentração que examina a incorporação da MD1 pelo DASA²² mostra que, em 1999, houve aquisição por empresa ligada à AMIL, de 10% da MEDISE, que detem o direito de uso da marca D´Or. Assim, ficam definidas relações societárias entre os grupos AMIL/Medial, DASA e D´Or, em um movimento de concentração envolvendo a atividade de laboratórios clínicos.

Segundo colocado no mercado brasileiro atualmente, os Laboratórios Fleury consolidaram uma marca de “Medicina Diagnóstica” com forte interação com a classe médica. Inicialmente resistiram à associação com empresas de investimentos, mas acabaram cedendo ao serem ultrapassados pelo DASA, em 2007.

Desde então, o Fleury associou-se ao grupo Pactual e a Bradesco Seguros e, em 2009, realizou sua *IPO* no mercado acionário. Em 2010, adquiriu a Labs Cardiolab Exames Complementares S.A., da rede D´Or, e passou a ter 83 unidades de atendimento, incluindo as de exames de imagem e análises clínicas, no Rio de Janeiro. Com isso, acompanhou a “concorrente” Amil/DASA e passou também a integrar um conglomerado multinegócios [115]. Em julho de 2011, visando atingir as ascendentes classes B e C, inaugurou a marca a+ a partir da fusão de algumas marcas mais antigas²³.

Recentemente, descontinuou a linha de gerenciamento de exames para apoio a ensaios clínicos²⁴ e ingressou no nicho da inovação, como financiador de projetos,²⁵ buscando patentes

²⁰ Costa, Ana Clara. Controlador da Amil será o maior acionista do DASA. EXAME.com. 30/08/2010, 20:48. Acesso em 2 de dezembro de 2010.

²¹ Salim, Marcelo. DASA cai forte na Bolsa com medo de fracasso em fusão- ProCade estaria preocupada com um possível controle indireto da empresa pela AMIL. Exame.com, 28/7/2011.

²² Ministério da Fazenda. Ato de concentração nº 08012.010038/2010-43. Parecer nº06145/2012/RJ de 5 de março de 2012

²³ Cirne, Rita. 2011. *ibid*.

²⁴ Fleury S.A. Resultado do 2º trimestre de 2010. *Press-release* disponível no site da Comissão de Valores Mobiliários.

da área de tecnologias e reagentes diagnósticos. Com isso, o Fleury mantém sua diferenciação em relação ao DASA, ao sair na frente em busca de uma base de sustentação no desenvolvimento de reagentes.

O Laboratório Hermes Pardini, terceiro maior do país neste momento, foi pioneiro ao introduzir no país, em 1997, o modelo de laboratório de apoio a outros laboratórios, passando a concentrar-se nessa atividade. Localizado em Minas Gerais e com 5.000 clientes em todos os estados, o Pardini é líder no segmento de diagnóstico terceirizado. Em março de 2011, contratou a assessoria financeira da *BR Partners* para decidir os próximos passos de sua estratégia de crescimento e avaliar as opções de expansão e as propostas de aquisição recebidas.²⁶ Em 23 novembro de 2011, foi noticiada a possível compra de 30% do capital do laboratório mineiro pela gestora de recursos Gávea Investimentos, do ex-presidente do Banco Central, Armínio Fraga²⁷. Confirmada essa operação, o Laboratório Hermes Pardini provavelmente se juntará aos dois outros líderes de mercado na trajetória de abertura de capital e de aquisições.

1.2.3 Terceirização das análises clínicas no SUS

Ao longo da consolidação do SUS ficaram marcadas as dificuldades relacionadas ao chamado “gargalo” da média complexidade [117, 118]. Em um documento de 2004, o Ministério da Saúde reiterava que “o *apoio diagnóstico e a referência para atenção especializada ainda foram insuficientes para garantir a resolubilidade e a continuidade da atenção às populações assistidas pelo Programa Saúde da Família*” [119].

Havia reconhecidamente problemas no SUS ligados a rapidez, acessibilidade e confiabilidade dos resultados de exames laboratoriais, justamente as áreas alvo de maior investimento pelas empresas líderes de mercado. As análises clínicas constituíam um segmento onde tecnologias novas e comprovadamente mais custo-efetivas, fossem elas assistenciais ou gerenciais, seriam bem-vindas.

A contratação de serviços de análises clínicas a terceiros pelo INAMPS e, posteriormente, pelo SUS não é novidade. Entretanto, até o final do século XX, tendia a ocorrer mediante convênio com pequenos laboratórios familiares ou laboratórios hospitalares em Santas Casas. Seki et al [116] referem que, após grandes desgastes para tentar melhorar a

²⁵ Soares, Jane. Fleury ocupa espaços na pesquisa e em testes moleculares. Valor online 10/10/2011, 0:00 horas [internet]. Acesso em 13 de outubro de 2011.

²⁶ Aragão, Mariana. Rede de Laboratórios Hermes Pardini contrata assessor financeiro. Exame.com. 13/05/2011.

²⁷ Rezende, Lígia. Gávea pode entrar no controle do Hermes Pardini. Jornal do Comércio, 23 de novembro de 2011.

tabela de honorários do SUS, ocorreu uma ruptura dos laboratórios clínicos em regime de gestão familiar com o sistema público. A intensa automação dos processos analíticos e os ganhos de escala no processamento - quase concomitantes a esse impasse - mudaram o cenário, reduzindo o preço dos exames. Assim, laboratórios familiares tradicionais passaram a ter dificuldades para competir no mercado.

O novo cenário de prestação de serviços de análises clínicas no SUS, portanto, emergiu a partir de uma conjunção de inovações. De um lado, inovações de processos e produtos, com a automação da realização e introdução de novos testes, que revolucionaram o perfil das empresas de análises clínicas. De outro, inovação nas formas de relacionamento do SUS com prestadores privados - que assumem os formatos de contratualização, contratos de compra de serviço ou contratos de gestão.

O padrão de compra de serviços viabiliza a presença do prestador terceirizado no estabelecimento governamental sob gestão pública, a exemplo do que já ocorria em estabelecimentos hospitalares privados. Os contratos de gestão com Organizações Sociais de Saúde, que caracterizam a prestação de serviços sob gestão privada, criam uma nova modalidade de prestador “privado SUS”.

As novas empresas prestadoras de serviços de análises clínicas ao SUS surgem justamente a partir de 2001, após a criação das Organizações Sociais de Saúde em São Paulo. Em 2008, somavam quatro empresas - Diagnósticos da América S.A, por meio da bandeira Cientificalab, AFIP (Associação Fundo de Incentivo à Pesquisa), Bio Fast FZ Ltda e Bioclin, vinculada à Organização Social de Saúde Sociedade para o Progresso da Medicina (SPDM) [120].

A Cientificalab Produtos Laboratoriais e Sistemas Ltda, com sede em Barueri, foi fundada em julho de 2001. Inicialmente, atuava apenas como distribuidora exclusiva da Roche Diagnóstica, fornecendo reagentes e equipamentos a órgãos públicos da Grande São Paulo. Em 2003, tornou-se também uma empresa prestadora de serviços de análises clínicas e patológicas a clientes do setor público e a instituições e fundações que apoiavam o atendimento ao SUS. Em 2007, o laboratório foi adquirido pelo DASA e, atualmente, representa essa empresa na atuação no setor público. A Cientificalab, portanto, constituiu-se a partir de um movimento de verticalização, com agregação de serviços laboratoriais à distribuição de produtos para diagnóstico *in vitro*.

O grupo Biofast foi fundado em 2002, com foco de atuação na área de apoio a outros laboratórios, prestação de serviços ao setor público e às classes C e D – tendo sido saudado

pela imprensa como as “Casas Bahia da Saúde.”²⁸ Atualmente presta serviços ao Governo de Estado de São Paulo e prefeituras paulistas (Taubaté, Natividade da Serra, Osasco, Ilha Bela, Paulínea, Praia Grande, Bauru, Guarulhos), além da Prefeitura de Porto Seguro (BA) e Santa Juliana (MG). Presta também serviços à OSS Sociedade Assistencial Bandeirante, FUNDEP (BH), FIRJAN/SESI/SENAI (RJ) e alguns hospitais e laboratórios dispersos pelo Brasil.

Tende a participar predominantemente de licitações em São Paulo, sendo eventualmente inabilitado, ora por não estar em conformidade com a Lei Orgânica da Saúde, ora por possuir sociedade com a companhia internacional Riverup Investment S/A²⁹. Pelo artigo 199, inciso 3 da Constituição federal, “é vedada a participação direta ou indireta de empresa ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no país” e essa tem sido a base para a contestação da entrada dessas empresas em licitações públicas.

Em 2009, o grupo Biofast inaugurou um segmento destinado ao consumidor de baixa renda, intitulado Vapt Vupt. Esses laboratórios oferecem exames sem a necessidade de guias, autorizações de planos ou horário marcado, a preços pelo menos 50% mais baratos que os praticados no mercado.³⁰ Alinham-se, portanto, abertamente a uma perspectiva de “comoditização” de exames laboratoriais.

A Associação Fundo de Incentivo à Pesquisa (AFIP) - que atua predominantemente no mercado público - figurava, juntamente com o DASA, entre as cinco maiores empresas prestadoras de serviços de diagnósticos laboratoriais do país em 2008 [121]. A AFIP é uma entidade privada sem fins lucrativos, reconhecida de utilidade pública, fundada em agosto de 1971. Ao ser fundada, seu objetivo era dar suporte às atividades de pesquisa do Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina. Em 2001, obteve o Certificado de Entidade Beneficiária de Assistência Social concedido pelo Conselho Nacional de Assistência Social.

A partir da percepção das oportunidades de mercado que começavam a surgir na área pública, a AFIP firmou, em 2003, um convênio com a Secretaria Municipal de Saúde de Santos (Processo nº 8.427/ 2003-81) para prestar serviços ambulatoriais e /ou de apoio diagnóstico laboratorial ou outras atividades correlatas. Para alinhar-se a essa nova inserção, na Ata da Assembleia Geral extraordinária da AFIP de 01 de abril de 2004 ao objetivo inicial da Sociedade foi acrescentado o item V ao artigo 2: “ prestar serviços ambulatoriais e/ou laboratoriais a terceiros, inclusive ao Estado, municípios, autarquias e empresas mistas e

²⁸ Vaz, Tatiana. Casas Bahia da Saúde. Isto É Dinheiro. Edição 605. 13 de maio de 2009.

²⁹ Rocha, Rafael. Dias fecha contrato de R\$ 3,7 milhões sem licitação. Estação Notícia. 15/06/2010. Disponível em <http://www.estacaonoticia.com.br/site/noticia.php?id=3448> . Acesso em 9 de dezembro de 2011.

³⁰ Vaz, Tatiana. 2009, *ibid*.

públicas, a fim de satisfazer o objetivo social de atendimento da saúde pública”. Atualmente a AFIP possui megaunidades de processamento de exames para o SUS em Santos, Cuiabá, Campo Grande e Jundiaí, realizando 70.000 exames/ dia.

Assim, a história recente das terceirizações de laboratórios clínicos no SUS iniciou-se no entorno da capital paulista, pela atuação das empresas Biofast, Cientificalab e AFIP. O processo consolidou-se com a criação dos Centros Estaduais de Análises Clínicas (CEAC), em 2006, após o Governo do Estado de São Paulo ter fechado laboratórios, como do Tucuruvi e de Santo Amaro, na capital³¹.

Com os três CEAC - Norte, Leste e Sul - viabilizou-se a expansão das atividades de OSS que atuavam na área hospitalar e da atenção básica para a área de diagnóstico. Apesar de criadas como unidades novas, os CEAC eram instalados em laboratórios já existentes, alguns deles reformados. Em 2006, a Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo investiu R\$ 600 mil reais no complexo do Mandacari, e inaugurou o Centro de Análises Clínicas Norte (CEAC-Norte). Este era o maior laboratório público do país à época e passou a processar materiais coletados nas Unidades de Saúde da região.³²

Coube à Sociedade Assistencial Bandeirante a administração do CEAC Zona Norte,³³ responsável pelos exames de 26 hospitais públicos, administrados por Organizações Sociais de Saúde ou pela administração direta. O quantitativo anual previsto era de três milhões de exames/ano em 2007. Como a Sociedade Assistencial Bandeirantes não possuía laboratório próprio, os serviços eram “quarteirizados” (delegação a outros prestador de um processo já terceirizado) para o CientíficaLab, que, em 2007, foi adquirida pelo DASA.³⁴ Ao final de 2007, a CientíficaLab estava presente em três estados, atendendo a mais de 30 cidades brasileiras. Entre 2007 e 2010, seu faturamento junto ao setor público passou de quase R\$ 50 milhões anuais de 2007 para R\$ 186 milhões em 2010³⁵. Em março de 2007, a gestão do Centro Estadual de Análises Clínicas da Zona Leste (CEAC- Zona Leste) foi transferida para a Organização Social Sociedade para o Progresso da Medicina (SPDM), ligada à Unifesp, uma das 300 maiores empresas do país em 2010.³⁶ Nesse mesmo ano, o CEAC Sul passou a ser gerenciada pela OSS Organização Santamarense de Educação e Cultura.

A disseminação da prática de terceirização da realização de exames laboratoriais e de imagem por gestores públicos tem ocorrido paulatinamente em todo o país. Atualmente, várias

³¹ Jornal Sindsaude-SP ano XV, n.106, p.3

³² Diário do Grande ABC. Maior laboratório público do Brasil é inaugurado em São Paulo. 22/5/2006.

³³ Diário Oficial do Estado de São Paulo (DOSP) de 22/05/2010.

³⁴ Jornal Sindsaude- SP ano XV,n.106, p.3

³⁵ Página corporativa da Diagnósticos da América S.A.

³⁶ Exame, Edição 995, Maiores e Melhores 2011, p. 314.

prefeituras paulistas, Distrito Federal, Cuiabá, Natal, Belém e o Estado do Rio de Janeiro, entre outros, já terceirizaram seus laboratórios.

No Estado do Rio de Janeiro, a terceirização dos laboratórios ocorreu entre os anos de 2006 e 2007, tendo a Cientificalab/DASA como empresa prestadora de serviços nas áreas de análises clínicas e de exames de imagem. Inicialmente, os contratos da Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SESDEC) contemplavam a apenas a terceirização do processamento dos exames. As últimas licitações da SESDEC, datadas de outubro de 2011, incluem serviços de coleta de sangue e materiais biológicos em Unidades de Saúde operadas pelo Corpo de Bombeiros, com o mesmo desenho de lotes correspondentes a varias áreas geográficas de São Paulo. Assim, inicia-se a terceirização de um mais processo na cadeia produtiva das análises clínicas.

Apesar dos avanços nas terceirizações, essa não tem sido uma trajetória simples, sendo marcada por embates políticos, contestações e denúncias, que ganham maior visibilidade quando ocorrerem em municípios de maior porte.

A terceirização dos laboratórios dos hospitais paulistas foi ativamente combatida pelo Sindicato de Trabalhadores de Saúde do Estado de São Paulo, que entregaram à Procuradoria Geral um dossiê denunciando irregularidades. A Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa emitiu parecer contrário à terceirização em abril de 2008. O Secretário de Saúde à época, Luiz Roberto Barradas Barata, defendeu a terceirização alegando redução dos custos dos exames.

A terceirização dos laboratórios do Distrito Federal, em 2007, também foi alvo de questionamento pelo Ministério Público. A partir de reclamações recebidas dos Conselhos Regionais de Saúde, servidores e parlamentares, o Ministério Público do Distrito Federal e dos Territórios lavrou o Termo de Recomendação nº 001/2007, versando sobre a contratação de instituições privadas de saúde na área de laboratório e outras.

O Termo de Recomendação rebate as justificativas para a terceirização fornecidas pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). A SES/DF alegava que o país encontra-se em “estado de calamidade na prestação de serviços de saúde”, que a Constituição estabelece que “a iniciativa privada pode participar de forma complementar da prestação de serviços ao SUS” e que a terceirização seria justificada face “à dificuldade que os governantes encontram para repor pessoal, diante das restrições às contratações impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal”.

No documento, o Ministério Público não considerou que a SES/DF tivesse esclarecido a necessidade de terceirização, “indicando tratar-se de decisão governamental já tomada, mas não construída ou debatida, em especial com os Conselhos de Saúde”. Citou também a

necessidade de fundamentar a decisão com base em demonstrativos econômico-financeiros até porque, entre as justificativas da proposta citava-se que “os custos seriam inferiores ao eventual investimento da esfera pública” (Ministério Público da União, 2007). Na opinião do MP do DF, decisões de terceirizar “só devem ser adotadas em caráter excepcionalíssimo e de maneira paralela a projeto de reestruturação da rede³⁷.”

Em agosto de 2009, no Maranhão, a terceirização dos laboratórios de São Luís também foi discutida em audiência pública a partir de denúncias do Conselho Regional de Farmácia. Foi destacado no debate o caráter complementar da prestação privada prevista no SUS, questionando-se a possibilidade de as terceirizações serem efetuadas via quarteirizações por Organizações Sociais de Saúde que já estavam administrando unidades de saúde na cidade³⁸. Ao final da Audiência, reclamantes e representantes não chegaram a acordo e o promotor de justiça reafirmou que a medida era ilegal, tendo voltado a questioná-la no ano seguinte³⁹.

Na Bahia, a 5ª Promotoria de Justiça da Cidadania da Comarca de Salvador e 12ª Promotoria de Justiça de Assistência da Comarca de Salvador emitiu, em maio de 2011, a Recomendação nº 006/11, que determinava à Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, a “imediate suspensão da contratação da empresa vencedora do processo licitatório para esclarecimento de pontos controversos, inclusive motivos de índole técnica e econômica que motivaram a terceirização” dos serviços de laboratórios clínicos⁴⁰.

Em Santa Catarina, o Ministério Público recomendou em junho de 2011 a anulação do contrato entre a Prefeitura de Florianópolis e o DASA a partir da movimentação conjunta de laboratórios catarinenses e do Conselho Regional de Farmácia. A alegação judicial seria sustentada na participação de pelo menos 45% de capital estrangeiro no DASA, o que seria um impedimento para sua atuação em postos de saúde do SUS⁴¹.

As intervenções do Ministério Público têm sido pautadas pela cobrança de informações mais claras sobre objetivos da terceirização, estatísticas e descritivas que a fundamentem e explicações sobre a maneira pela qual a terceirização atingirá os objetivos. Ressaltam, também, o arcabouço institucional do SUS e o descumprimento de várias

³⁷ Vergara, Cátia; Pereira, Claudia FO. Improbidade e corrupção: como podem atuar conjuntamente o Ministério Público Estadual e o Ministério Público de Contas- Trabalho apresentado no I Congresso de Patrimônio Público e Social, São Paulo, 2010, 8p.

³⁸ Freitas, Rodrigo. Audiência Pública discute terceirização dos laboratórios do Estado. 13 de agosto de 2009. *site* do MP do Estado do Maranhão. CCOM-MPMA. Acesso em 24 de dezembro de 2011.

³⁹ Gomes, Johelton. Desativação de laboratórios é questionada pelo Ministério Público. 19 de março de 2010. *Site* do MP do Estado do Maranhão. CCOM-MPMA. Acesso em 24 de dezembro de 2011.

⁴⁰ Ministério Público do Estado da Bahia. 5ª Promotoria de Justiça da Cidadania da Comarca de Salvador/BA e 12ª Promotoria de Justiça de Assistência da Comarca de Salvador/BA. Recomendação nº 006/11. 1 de abril de 2011

⁴¹ Koike, Beth. Grupo de laboratórios tenta barrar DASA. Valor Econômico, 14/6/2011.

disposições ali contidas - ausência de aprovação e de acatamento de indicativos dos Conselhos de Saúde, contratação do setor privado quando existe capacidade instalada pública para a realização do serviço e presença de capital estrangeiro na estrutura de capital das contratadas.

Com tantos contratamentos para a efetivação das terceirizações, em 2011, a Cientificalab, líder no segmento, acumulou expressivas quedas no faturamento, sendo esperado que as estratégias de busca de novos clientes tornem-se ainda mais agressivas. Também não está descartada a possibilidade de outras empresas líderes que até o momento não consideraram a entrada no mercado público façam essa opção.

Como é próprio da lógica da prestação de serviços privada, a estratégia de expansão das líderes de mercado para o setor público não segue a lógica da necessidade de saúde, em que seria priorizada a expansão da oferta onde ela é mais precária. O foco da expansão são naturalmente cidades e estados com laboratórios com estrutura e clientela consolidadas, nas regiões do país com maior capacidade financeira. Muitas vezes são Estados e municípios que dispõem de laboratórios próprios e executam ou já são referência para executar grandes volumes de testes.

O objetivo além da expansão do número de unidades e as regiões geográficas atendidas é expandir o cardápio de testes. Com isso, faz-se necessário retomar o tema da racionalidade da solicitação de testes laboratoriais - bastante discutido na literatura médica e laboratorial no início da década de 80, quando foram lançados analisadores automáticos que executavam vários testes em uma única amostra, sem esforço ou gasto de recursos adicional expressivo [97]. Uma revisão sobre solicitação inadequada de testes laboratoriais de van Walraven e Naylor (1998) [122] indicou que entre 4,5% e 95% dos testes podem ser solicitados de forma inapropriada. A utilização perfeitamente adequada pode não ser possível, pois poucos testes têm sensibilidades e especificidades de 100%.

Mesmo para autores atuais [123], os avanços na capacidade de processamento dos testes diagnósticos superaram em muito o êxito dos patologistas para garantir a utilização racional e interpretação correta dos testes. Assim, enquanto a produtividade dos testes na qualidade de *commodities* cresce, o valor dos testes na “cadeia produtiva” da saúde cai [123]. A possibilidade de solicitação inadequada e excessiva de exames aumenta em função das solicitações serem feitas, cada vez mais, por funcionários de distintas Organizações Sociais, em um sistema de saúde público crescentemente fragmentado por terceirizações.

Uma ampliação do conhecimento sobre conceitos de tomada de decisão médica, como as características de desempenho dos testes, poderia melhorar a utilização [124]. Entretanto, pode ser necessário um longo período de educação individualizada e continuada, com *feedback* periódico para romper esse padrão e obter reduções relevantes na solicitação [125].

A crescente fragmentação do sistema de saúde pelos novos modelos de gestão dificulta o processo.

O declínio da patologia clínica como especialidade da medicina [105] e, especialmente na saúde pública, agrava ainda mais esse quadro, ao suprimir o profissional que efetua a ponte entre a clínica e indicações, interpretações e o estabelecimento dos melhores caminhos para uso dos testes diagnósticos. Causa apreensão nesse cenário a criação de um programa de Residência Médica em patologia clínica e medicina laboratorial credenciado pelo Ministério de Educação e Cultura e patrocinado pelo DASA, em parceria com a Universidade Nacional de Brasília.⁴²

Se não forem realizados esforços efetivos de avaliação tecnológica precedendo a incorporação de novos testes, de definição de *guidelines* para o uso desses testes e de avaliações de serviços e desempenho dos laboratórios, provavelmente em algum momento, como na Austrália, a expansão do consumo aumentará a pressão dos custos sobre o sistema de saúde e criará impasses de difícil solução.

1.3 Avaliação de tecnologias e serviços em saúde

O objetivo da avaliação tecnológica em saúde (ATS) é subsidiar a tomada de decisão por profissionais de saúde, gestores e formuladores de políticas em relação à conveniência e oportunidade de incorporar tecnologias. Parte do princípio que toda a incorporação tecnológica para lidar com problemas específicos pode ser objeto, *ex-ante* ou *ex-post*, de uma avaliação que permita decidir sobre a conveniência técnico-operacional e econômica de sua incorporação, inclusive em relação às alternativas tecnológicas já disponíveis [126].

A avaliação em saúde originou-se de uma preocupação com os resultados da prática médica e dos serviços de saúde. O primeiro trabalho dessa natureza foi conduzido por Codman, em 1916 e incluía a proposta de padronizar as avaliações do estado de saúde dos pacientes para tentar conhecer os resultados finais das intervenções médicas em hospitais. O estudo foi expandido pelo Colégio Americano de Cirurgiões para abranger os serviços hospitalares, e estabeleceu, com a fundação do *Hospital Standardization Program*, as bases para os Programas de Acreditação Hospitalar [127].

Donabedian [128] definiu uma abordagem para estudos da qualidade da atenção médica baseada na avaliação de estrutura, processos e resultados. Na estrutura estariam

⁴² Universidade Nacional de Brasília. Edital de Convocação. Edital 01 de Processo Seletivo para Residência Médica 2012 na área de patologia clínica e medicina laboratorial, disponível em <http://www.laboratorioexame.com.br/downloads/arquivo/edital-de-residencia-medica-2012-dasa.pdf>. Acesso em 12 de janeiro de 2012

incluídas as características dos recursos empregados, inclusive organização administrativa, características das instalações e profissionais. Processos incluiriam os procedimentos adotados nos estabelecimentos como normas de operação e os resultados avaliam o estado de saúde da população como decorrência da interação ou ausência de interação com serviços de saúde.

A avaliação tecnológica em saúde (ATS) ganhou destaque a partir do aumento dos custos dos sistemas de saúde e a identificação das novas tecnologias como um dos mais importantes determinantes dessa tendência [129]. Com seu advento, assume-se a importância de monitorar resultados e impactos de um conjunto mais amplo de tecnologias aplicadas aos cuidados de saúde.

Passam a ser considerados explicitamente objetos da ATS não apenas os efeitos das intervenções médicas sobre a saúde individual do paciente, mas os impactos de qualquer tecnologia de cuidado em saúde sobre o conjunto da população. A avaliação passa a abranger o desempenho de programas e sistemas de saúde e incorpora desfechos próprios dessa área, acrescentado à dimensão qualidade, as dimensões acesso, eficiência e equidade [130].

Segundo o *NHS Health Technology Assessment Programme*, tecnologia pode ser definida como o uso da ciência para desenvolver novos produtos e métodos de produção e disponibilização de bens e serviços. Assim, tecnologias incluem: a) drogas e reagentes diagnósticos; b) materiais e equipamentos, inclusive órteses e próteses; c) procedimentos clínicos e cirúrgicos; d) profissões em saúde; e) programas de rastreamento; e f) tecnologias difusas, como intervenções educacionais, tecnologias de informação e modos de organização e gestão dos cuidados de saúde.

Inicialmente aplicada à avaliação de equipamentos e medicamentos, cada vez mais a ATS é aplicada a outros tipos de tecnologias em saúde. A terceirização de serviços de saúde pode, na definição de tecnologia assumida pelo *National Health Service (NHS)*, ser considerada uma “tecnologia difusa”. O termo atual para descrever esse tipo de tecnologia é “intervenção complexa” [131].

Intervenções complexas são intervenções compostas de “diversos segmentos que se interconectam” e sujeitas a grande variabilidade, dependentes de seu contexto de aplicação. Portanto, caracterizam-se por: um grande número de componentes em interação; exigência de grande quantidade de mudanças potencialmente complexas de comportamento aos que implantam ou que são alvo da intervenção; envolvimento de vários níveis organizacionais; grande quantidade e variabilidade de desfechos possíveis; e considerável grau de flexibilidade e margem de ajuste possível para sua aplicação. Intervenções complexas impõem problemas específicos à sua avaliação, relacionados a sua natureza altamente dependente de fatores locais e à complexidade das cadeias causais que vinculam a intervenção e seus desfechos [130,131] .

1.3.1 Evidências sobre as terceirizações em serviços de saúde e laboratórios públicos

Uma ferramenta básica da avaliação tecnológica em saúde e nos processos de tomada de decisão política é a produção evidências a partir de estudos bem estruturados, que possam ser consolidados em revisões da literatura para produzir evidências e recomendações [132].

Entretanto, ainda que a literatura sobre terceirização de serviços públicos de saúde seja extensa, é baixo o grau de evidências acerca dos efeitos. A sistematização da literatura sobre terceirização de serviços públicos de saúde permitiria dividi-la em: (a) relatos de casos isolados, que discutem experiências com diversos desenhos e objetivos, empreendidas em distintos países, contextos técnicopolíticos e níveis de atenção - a rigor não comparáveis entre si; e (b) tentativas de sistematização dessas experiências, que configurariam estudos de revisão da literatura para gerar evidências.

As tentativas de efetuar avaliações das terceirizações de serviços públicos de saúde seguem apontando dificuldades [133,134]. Nas seleções de estudos para revisões sistemáticas há limitações de validade interna, pois os estudos publicados frequentemente trazem pouca informação sobre desenho e tamanho amostral. Muitas vezes inexistem também informações sobre contexto e termos do contrato. Os estudos tendem a ser longitudinais sem randomização ou dados de linha de base, ou transversais, prejudicando a validade externa [68].

Várias investigações vêm propondo abordagens complementares à síntese de evidências em intervenções complexas [133] buscando compor alternativas, extensões ou suplementar revisões tradicionais no estilo Cochrane. Em geral são abordagens qualitativas e centradas na teoria, que usam metodologias mistas. Essas abordagens incluem síntese narrativas [135], revisões realistas [136] e mapeamento metanarrativo [137,138].

As sínteses narrativas são compostas de sumários narrativos dos resultados dos estudos, que podem complementar revisões sistemáticas ou ser apresentadas de forma isolada [135]. As revisões realistas preocupam-se com explicitar e testar os pressupostos teóricos que sustentam a aplicação da intervenção (como funciona? em que contexto funciona? para quem funciona?) [136]. O mapeamento metanarrativo busca sistematizar as retóricas e arcabouços discursivos utilizados pelas vários autores que pesquisam o tema, tentando esclarecer o significado e diferentes formas de compreensão dos termos chaves da pesquisa sobre um determinado tema na literatura [137,138].

Ainda assim, a recomendação de realização de revisões sistemáticas com estudos que atendam a critérios rígidos de qualidade permanece [139]. Há pelo menos cinco revisões sobre terceirização de serviços públicos de saúde na literatura. A primeira foi o estudo de Mills e Broomberg [83] em países africanos, onde foram abordados, principalmente, serviços hospitalares e não clínicos. Os resultados mistos na comparação entre prestadores públicos e

privados para os desfechos escolhidos - qualidade e custo dos serviços - levaram os autores a concluir que ainda era cedo para colher evidências sobre os efeitos de longo prazo das terceirizações.

Um segundo estudo foi realizado por England [140] reunindo várias experiências e detendo-se na análise de dois estudos que tinham como desfecho primário a equidade do acesso, especificamente a capacidade de serviços terceirizados aumentarem o acesso de populações menos privilegiadas. Novamente o estudo foi inconclusivo pela baixa qualidade da evidência.

A revisão de Loevinsohn e Harding [141], do Banco Mundial, avaliou dez estudos de casos de terceirização da atenção básica em países em desenvolvimento, com um desenho do tipo antes e depois. Os autores concluíram que a terceirização era muito efetiva, os avanços eram rápidos e que se justificava a expansão das terceirizações na atenção básica. Essa avaliação, publicado na Lancet, foi questionado em seu rigor metodológico e em suas conclusões [142] e suas análises foram posteriormente revistas.

Uma quarta revisão foi conduzida por Liu et al [68] e abordou os efeitos da terceirização da atenção básica e seus impactos sobre quatro dimensões dos sistemas de saúde- acesso, equidade, qualidade e eficiência. Seleccionados 16 artigos e relatórios técnicos de experiências em Bangladesh, Bolívia, Camboja, Costa Rica, Croácia, Madagascar, Romênia e África do Sul, a revisão sugeriu que em muitos casos a terceirização aumentou o acesso aos serviços, mas os resultados sobre as demais dimensões em geral eram desconhecidos.

Ao apresentarem a proposta de arcabouço para avaliar terceirizações em serviços públicos, Liu et al [68, 130] alertaram para a necessidade de analisar de forma ampla os resultados e impactos das terceirizações, transcendendo a avaliação dos objetivos explicitados em cada contrato. A justificativa para considerar um arcabouço ampliado é que muitas vezes a terceirização melhora o desempenho no segmento terceirizado ou em uma das dimensões do sistema de saúde às custas de reduções no desempenho dos demais.

A revisão mais recente sobre o tema foi produzida no âmbito do Grupo EPOC (*Effective Practice and Organization of Care*), da Fundação Cochrane [20]. Incluiu experiências de três tipos de estudo controlados para qualidade pelos critérios recomendados pelo Grupo - ensaio clínico randomizado (Camboja), estudo controlado antes e depois (Bolívia) e séries temporais (Paquistão). Foram avaliados dois desfechos primários: acesso aos serviços, aferido por padrões de utilização; e gastos com os serviços por desembolso direto do paciente ou da família. Como desfechos secundários foram avaliados equidade do acesso – definida como maior acesso e redução nas lacunas de cobertura para grupos menos

privilegiados; e desfechos de saúde, entendidos como alterações no estado nutricional, taxas de mortalidade ou morbidade.

Após ampla revisão da literatura, apenas os três estudos citados foram considerados metodologicamente consistentes para inclusão. Isso reduziu a força das evidências de que a terceirização aumenta o acesso e a utilização de serviços de saúde. Nas conclusões, as autoras reiteraram que são débeis as evidências da efetividade e eficiência das terceirizações de serviços públicos de saúde, apontando a necessidade de se conduzir avaliações mais rigorosas. Reconhecendo que a variabilidade do desenho das intervenções dificulta comparações das experiências de terceirização, destacaram a necessidade de se conduzir avaliações de processo e compreender e estudar melhor as diferenças entre terceirizar serviços e utilizar o mesmo montante de recursos para fortalecer a prestação pública [20].

Na avaliação específica da terceirização de laboratórios públicos, há ainda menos evidências. Embora a terceirização de laboratórios públicos não seja rara, foram identificados apenas dois grupos de autores na literatura indexada que abordam explicitamente esse tema - um artigo com recomendações para pautar decisões sobre terceirização de Avery [143] e a experiência neozelandesa descrita na tese de doutoramento de Necia France e trabalhos dela derivados [110,144,145].

Avery [143] argumenta que as análises clínicas constituem, na saúde pública, um elo fundamental da cadeia de vigilância de doenças transmissíveis e não transmissíveis. Assim, é previsível a necessidade de cuidados adicionais na terceirização.

O trabalho de Necia France na Nova Zelândia [144] utilizou informações obtidas em diversas bases de dados para monitorar indicadores de desempenho de laboratórios neozelandeses após sua terceirização para o setor privado. Esses indicadores incluíram quantidade e *mix* de testes realizados, anormalidades detectadas, padrões de referenciamento e indicadores de desempenho financeiro e de qualidade. A autora concluiu que a terceirização dos laboratórios neozelandeses não aumentou a eficiência e exacerbou deficiências já existentes nos serviços [144].

Em outro estudo, France et al [110] utilizaram metodologia qualitativa, com revisão de notícias de jornais, documentos oficiais, solicitações de informações e entrevistas e aplicaram a metodologia construtivista descrita por Guba & Lincoln (1989). Concluíram que, nas terceirizações dos laboratórios neozelandeses, os custos de transação – relacionados ao monitoramento dos contratos – podiam ser elevados, ocorria perda de arranjos de cooperação técnica e logística previamente estabelecidos pelos laboratórios públicos, os ganhos de escala esperados podiam não ocorrer em função da volatilidade de mercado e que a necessidade de

lucratividade distorcia a atuação dos laboratórios contratados. O foco em custos favorecia a geração de menos postos de trabalho e a contratação de trabalhadores menos qualificados.

1.3.2 Uso de Bases de Dados Secundárias em ATS

Pesquisas baseiam-se em dados primários (coleta específica para o projeto) ou secundários (dados previamente coletados). Bases secundárias podem apresentar algumas vantagens: custo menor, maior rapidez, gratuidade, disponibilidade em meio eletrônico, uso de amostras maiores com representatividade nacional, possibilidade de importação para formato de *softwares* estatísticos, periodicidade de coleta que permite análise de séries temporais; e resposta a lacunas de pesquisa, especialmente quando se desenvolve familiaridade com a base de dados. Entretanto, há também desvantagens, como ausência de controle sobre o instrumento e dificuldades para assimilar corretamente definições e conceitos da pesquisa original [146, 147].

Raftery et al [148] exploraram o potencial de bases de dados de rotina para uso em ATS no Reino Unido e concluíram que elas eram pouco utilizadas. Definiram dois grandes grupos de bases de dados. Bases de dados do Grupo 1 são as que simultaneamente identificam tecnologias em saúde, estados de saúde e dados demográficos populacionais, sendo adequadas para analisar as três dimensões da avaliação em ATS propostas por eles – difusão, efetividade e equidade da tecnologia. As bases de dados do grupo 2 identificam as tecnologias, mas não os estados de saúde e outras variáveis populacionais e, portanto, prestam-se apenas à avaliação da difusão da tecnologia. Os autores omitem de sua sistematização de bases de dados potencialmente úteis na ATS aquelas que fornecem dados para aprofundar a avaliação da equidade, como informações sobre quantidade de procedimentos - para tecnologias em que se aplica essa análise, como é o caso de exames diagnósticos - e sobre despesas das famílias e dos governos com a tecnologia.

Bases de dados secundárias compreendem pesquisas domiciliares, por estabelecimentos ou empresas; registros administrativos; outras fontes de informação obtidas de empresas, organizações não governamentais, como relatórios e balanços; além de pesquisas acadêmicas e de mercado [149]. No Brasil, a maioria dos bancos de dados secundários utilizadas nas pesquisas em saúde é produzida por três instituições – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Ministério da Saúde (bases gerenciadas pelo DATASUS) e, mais recentemente, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com dados referentes a planos e seguros de saúde.

Várias delas podem ser aplicadas à avaliação tecnológica e de serviços em saúde, mas permanecem pouco usadas. Para explorar as dimensões da equidade nas perspectivas de

acesso e despesas das famílias podem ser usados registros administrativos do Ministério da Saúde, onde o registro de informações é contínuo, e pesquisas do IBGE, que são repetidas periodicamente e permitem observar mudanças nas variáveis analisadas, ainda que recomendem cuidados metodológicos em seu uso.

Entre as bases do Ministério da Saúde que podem ser utilizadas para esse fim, as mais importantes são o Sistema de Informações Ambulatoriais e Hospitalares (SIA/DATASUS e SIH/DATASUS) e o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS/DATASUS). Entre as do IBGE, destacam-se as informações sobre despesas das famílias com produtos de saúde, obtidas na Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF/IBGE).

No Sistema de Informações Ambulatoriais e Hospitalares (SIA/DATASUS e SIH/DATASUS) são registrados produção e faturamento de procedimentos realizados pelos serviços de saúde vinculados ao SUS, por município e local de residência do paciente. Há informações detalhadas para mais de 3500 procedimentos de saúde, inclusive, para fins da investigação do tema desta tese, um subgrupo de procedimentos em patologia clínica.

No SIOPS/DATASUS são registradas despesas de Estados e municípios com serviços e ações de saúde nos moldes exigidos no plano de contas da Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda, inclusive segundo itens de despesa. Despesas com materiais de laboratórios são um dos itens potencialmente úteis para explorar gastos dos governos com análises clínicas.

Para despesas das famílias, pode ser usada a Pesquisa de Orçamentos Familiares do IBGE (POF/IBGE). No quarto questionário dos cinco que integram a POF/IBGE são pesquisadas despesas individuais com vários produtos consumidos nos domicílios, inclusive com medicamentos e produtos farmacêuticos (Bloco 29) e serviços de saúde (bloco 42). Essas informações permitem conhecer gastos por desembolso direto com itens como exames laboratoriais.

Outras bases de dados potencialmente úteis se enquadrariam na classificação proposta por Raftery et al [148]. Entre as bases de dados do grupo 1 poderia ser incluída a Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar (PNAD/IBGE). Na PNAD/IBGE, a unidade de observação básica são os indivíduos, avaliados em seu domicílio, e há suplementos periódicos contemplando a saúde, que identificam simultaneamente tecnologias em saúde, estados de saúde e dados demográficos populacionais.

A base de dados da Pesquisa da Assistência Médico-Sanitária (AMS/IBGE) - uma base nacional típica do grupo 2 de Raftery et al [148] - é um outro exemplo das que podem contribuir para o avanços na ATS. A AMS/IBGE é uma pesquisa censitária conduzida por entrevista, que há pouco mais de 30 anos pesquisa os estabelecimentos de saúde do Brasil e

sua estrutura. Até início da década de 1990, era realizada anualmente, porém desde então apresenta periodicidade menos regular, sendo realizada a cada três ou quatro anos.

A pesquisa é realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e, em suas últimas quatro versões, foi financiada pelo Ministério da Saúde. Seus pontos fortes incluem os fatos de possuir série histórica, com variáveis estáveis, manual com definições operacionais e de procedimentos e preenchimento por entrevistador do IBGE. Entretanto, a identificação por CNPJ é protegida por sigilo.

A pesquisa da AMS é coletada em três modelos de questionário: questionário ambulatorial-hospitalar, questionário simplificado e questionário de apoio à diagnose e terapia (IBGE, 2009). Os blocos comuns aos três questionários obedecem à mesma numeração do questionário ambulatorial/hospitalar (IBGE 2009) (Anexo 3).

A AMS compreende 25 blocos: a) Blocos 1 a 3, de identificação do estabelecimento (localidade; tipo de estabelecimento (único, terceirizado ou com terceirização); número total de terceirizações; terceirização SADT; esfera administrativa (pública ou privada com ou sem fins lucrativos); condições de funcionamento (em atividade total, parcial ou não); tipo de atendimento; ano de início de funcionamento; natureza jurídica; prestação de serviços para plano próprio, particular ou de terceiros; atendimento ao SUS; realiza exames; coleta exames; gerência de risco; modalidade financiadora (SUS, particular, convênios), número de operadoras; coleta seletiva de resíduos e atividades de ensino e pesquisa; b) Blocos 5 a 11, sobre características estruturais gerais do estabelecimento em condições de uso-informatização; médico 24 horas, banco de sangue, pronto-atendimento/urgência; número de atendimentos de emergências, consultas ambulatoriais, internações hospitalares e em Unidade de Terapia Intensiva; partos e cirurgias segundo o financiamento pelo SUS, convênios ou particular; salas de cirurgia, leitos de CTI; Quantitativo total de recursos humanos segundo o vínculo empregatício (próprio ou intermediado e grau de instrução; c) Bloco 12 sobre serviços de apoio à diagnose e terapia; d) Blocos 13 a 16, com quantitativo de recursos humanos segundo grau de instrução e vínculo empregatício; e) Blocos 17 a 24, referente a equipamentos de terapia e diagnose por imagem; métodos óticos, gráficos, por radiação; de uso geral e para manutenção da vida segundo as condições de uso, a disponibilidade ao SUS e o tempo de fabricação em anos; f) Bloco 25 – informações complementares sobre autonomia financeira.

1.3.3 Avaliação de terceirizações em análises clínicas no SUS - o percurso de investigação

Avaliação tecnológica em saúde pode ser considerada “um processo multidisciplinar de análise de políticas que examina as implicações médicas, econômicas, sociais e éticas do valor incremental, difusão e uso da tecnologia na atenção à saúde” [126], que visa descrever

os impactos das tecnologias de forma abrangente [150,151]. As consequências de longo prazo da adoção de uma tecnologia dificilmente poderão ser aquilatadas sem um olhar ampliado sobre o contexto em que se desenvolveu e os interesses que sustentam a sua promoção.

A percepção de que a difusão de tecnologias historicamente não ocorre a partir de decisões racionais criou, por um lado, as bases para os movimentos de medicina e políticas baseadas em evidências [131], reforçando o papel da ATS. Por outro, aguçou o interesse em modelos de difusão e normalização das tecnologias, estabelecendo interfaces interdisciplinares [152, 153].

As terceirizações em serviços públicos de saúde são discutidas, principalmente, à luz das formulações teóricas da Reforma de Estado, que constituem sua retórica narrativa dominante [138]. Inserir a discussão das terceirizações de serviços públicos de saúde no contexto atual de internacionalização de serviços de saúde e das inovações que vem transformando os mercados em saúde pode contribuir para expandir os horizontes analíticos e antecipar impactos dessas mudanças sobre o arcabouço institucional do SUS. Essa constitui a proposta do primeiro estudo.

O segundo estudo deriva da previsível necessidade de avaliar a difusão das terceirizações no Brasil e, futuramente, associações entre as terceirizações e mudanças nos padrões de acesso e gastos diretos com exames laboratoriais verificados na última década. Esse tipo de estudo pressupõe dispor de informações advindas de múltiplas fontes, muitas vezes bases de dados secundários [154].

A um primeiro olhar, a mudança do paradigma tecnoeconômico [13] das análises clínicas da última década aumentou o acesso a exames. No SUS, a produção informada por 3942 municípios de procedimentos em análises clínicas no Sistema de Informações Ambulatoriais do DATASUS para o ano 2000 foi de 246,5 milhões de procedimentos. Em 2010, mais de 543 milhões de testes laboratoriais foram produzidos pelo SUS em 4129 municípios. No que tange às despesas das famílias com exames, uma análise preliminar de dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF/IBGE) de 2002-3 mostra gastos familiares por desembolso direto com exames laboratoriais de pouco menos de R\$ 700 milhões de reais, em valores correntes. A edição de 2008-9 da mesma pesquisa mostra uma queda dessas despesas, em valores correntes, para pouco mais de R\$ 400 milhões. Simultaneamente, os preços dos exames baixaram comparativamente a outros itens de consumo. Entre julho de 2006 e novembro de 2011, o índice de preços ao consumidor amplo (IPCA) foi de 31,6%, enquanto o índice de preços específico para exames de laboratório no mesmo período foi de 11,9%.

Concomitantemente à intensificação das terceirizações dos laboratórios de análises clínicas públicos no Brasil – entendida como maior uso de prestadores privados por pacientes do SUS e de terceirizações de algumas subespecialidades de exames nos próprios laboratórios públicos - a produção em análises clínicas no SUS dobrou. Houve também queda das despesas das famílias com exames, que ficaram mais baratos. Na última década, aumentou a adesão a planos de saúde, uma outra via de acesso a exames diagnósticos. Esses fatores, em conjunto, explicam a expansão do mercado de exames de análises e a concomitante redução das despesas diretas da população com exames de laboratório.

Para avaliar a contribuição das terceirizações das análises clínicas no SUS para esse cenário, é preciso descrever de modo sistemático a organização das análises clínicas no período e suas mudanças. Ou seja, é preciso mapear a difusão das terceirizações, etapa essencial na avaliação de tecnologias já implantadas. A base de dados da Pesquisa da Assistência Médico-Sanitária (AMS/IBGE) foi a base usada para este fim no segundo estudo desta tese.

Ainda assim, nos encontramos em uma fase muito inicial da avaliação das terceirizações em análises clínicas no SUS. Na ausência de evidências sobre os efeitos positivos ou negativos das terceirizações e, até mesmo, de definições claras sobre o que seria sucesso ou insucesso das terceirizações na maior parte da literatura [20], as opções de terceirizar permanecem fundamentalmente opções políticas [155], reforçadas ou não pelo grau de legitimidade conferida às decisões no contexto institucional.

Nesse cenário, outra estratégia é avaliar decisões de terceirização previamente a sua implantação onde ela é proposta, conforme têm indicado pareceres do Ministério Público sobre a matéria. Isso implica criar arcabouços e indicadores para avaliar desempenho de serviços, objetivo do terceiro estudo. Propor indicadores para dimensionar processos e resultados de serviços públicos é um dos desafios na avaliação de desempenho dos serviços e contribui para melhorar a capacidade de contratar [155,157].

Os estudos realizados no escopo desta tese, portanto, justificam-se pela ausência na literatura nacional de trabalhos de revisão sobre terceirização em serviços de saúde e pelo fato de a tomada de decisões gerenciais sobre terceirização na área de análises clínicas no SUS poder beneficiar-se (1) de uma revisão - a partir de marcos teóricos econômicos que analisem a evolução do capitalismo - das dinâmicas de inovação e internacionalização dos mercados em saúde que coincidem com a disseminação das experiências de terceirização de serviços públicos de saúde (2) da avaliação da evolução da estrutura e das terceirizações em laboratórios de análises clínicas brasileiros a partir de um censo de estabelecimentos de saúde de âmbito nacional com três edições na década e (3) da elaboração, a partir de bases de dados

rotineiramente disponíveis aos gestores, de indicadores de desempenho para tomada de decisão e acompanhamento dos processos de terceirização.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

- Descrever a difusão e estrutura das terceirizações em análises clínicas no SUS e propor indicadores para tomada de decisão e acompanhamento.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever os mecanismos de inovação na área de saúde no contexto da globalização como base para avaliar a difusão das terceirizações de serviços de análises no SUS.
- Descrever as características estruturais e das terceirizações em análises clínicas em estabelecimentos de saúde públicos e privados brasileiros que prestam serviços ao SUS ou a planos de saúde entre 2002 e 2009.
- Elaborar e avaliar indicadores de desempenho para a tomada de decisão sobre terceirização para rede pública municipal de laboratórios de análises clínicas.

3. MÉTODOS, RESULTADOS E DISCUSSÃO

As seções de método, resultados e discussão desta tese são apresentadas sob a forma de três artigos, desenhados para contemplar cada um dos objetivos específicos e previamente aprovados pelo Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP nº 0196.0.031.000-10.

1º artigo – publicado nos *Cadernos de Saúde Pública* julho 2010

COMÉRCIO INTERNACIONAL DE SERVIÇOS E COMPLEXO INDUSTRIAL DA SAÚDE: IMPLICAÇÕES PARA OS SISTEMAS NACIONAIS DE SAÚDE

2º. Artigo- versão preliminar, formatada para tradução e submissão à *BMC Health Services Research*

ESTUDO SECCIONAL SERIADO DA ESTRUTURA E TERCEIRIZAÇÃO DE LABORATÓRIOS DE ANÁLISES CLÍNICAS NO BRASIL. 2002, 2005 E 2009

3º artigo- publicado na *Revista de Saúde Pública* em março de 2012

INDICADORES DE DESEMPENHO E DECISÃO SOBRE TERCEIRIZAÇÃO EM REDE PÚBLICA DE LABORATÓRIOS

**Comércio internacional de serviços e
complexo industrial da saúde: implicações
para os sistemas nacionais de saúde**

SANTOS, Maria Angelica Borges dos and PASSOS, Sonia Regina Lambert. Comércio internacional de serviços e complexo industrial da saúde: implicações para os sistemas nacionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2010, vol.26, n.8, pp. 1483-1493.

ABSTRACT

Health services have increasingly proven to be an innovative sector, gaining prominence in the medical industrial complex through expansion to public and international markets. International trade can foster economic development and redirect the resources and infrastructure available for healthcare in different countries in favorable or unfavorable directions. Wherever private providers play a significant role in government-funded healthcare, GATS commitments may restrict health policy options in subscribing countries. Systematic information on the impacts of electronic health services, medical tourism, health workers' migration, and foreign direct investment is needed on a case-by-case basis to build evidence for informed decision-making, so as to maximize opportunities and minimize risks of GATS commitments.

Commerce; Health Care Sector; Medical Economics

RESUMO

Os serviços de saúde evidenciam um padrão de inovação - na forma de expansão para mercados públicos e do comércio internacional - que os credencia a assumir um papel preponderante no complexo industrial da saúde. O comércio internacional e suas bases regulatórias, definidas no General Agreement on Trade in Services (GATS), têm o potencial de gerar desenvolvimento econômico, mas também de reordenar os recursos disponíveis para a saúde em âmbito nacional e global, em direções favoráveis ou não. Onde houver uma combinação de prestadores públicos e privados atuando na saúde pública, como no caso brasileiro, os termos do GATS admitem a interpretação de que a prestação pública recai no âmbito do GATS, criando-se restrições às opções políticas dos países para a saúde. São necessárias informações sistematizadas e específicas para cada país sobre serviços eletrônicos, movimento de pacientes e profissionais, e investimento direto estrangeiro em serviços de saúde para compor evidências que permitam decisões mais informadas sobre adesão ao GATS.

Comércio; Setor de Assistência à Saúde; Economia Médica

Comércio internacional de serviços e complexo industrial da saúde: implicações para os sistemas nacionais de saúde

Recomendações recentes da literatura internacional^{1,2,3} reforçam a necessidade de ampliar o conhecimento de profissionais de saúde sobre comércio e globalização, como tentativa de equilibrar os pesos desiguais das agendas da saúde e do comércio em arenas políticas nacionais e internacionais^{4,5}

A discussão sobre as relações entre saúde e comércio não é nova e ganhou projeção recentemente no Brasil com o papel destacado do país na negociação dos anti-retrovirais no âmbito do *Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights* (TRIPS)^{1,2}. O surgimento do *General Agreement on Trade in Services* (GATS)⁶, em 1995, integra a agenda de abertura das economias nacionais. Dois aspectos dessa agenda - o comércio internacional e a terceirização – dizem cada vez mais respeito aos serviços de saúde⁷.

As repercussões da agenda liberalizante são freqüentemente analisadas pela literatura em saúde coletiva na perspectiva de suas dimensões políticas.⁸ Entretanto, o debate sobre comércio internacional de serviços e outras formas de comercialização de serviços difundidas por essa agenda pode ser complementado por perspectivas analíticas vinculadas a recortes econômicos, como as apresentadas pela discussão do complexo industrial da saúde (CIS)^{9, 10}.

O CIS pode ser entendido como a forma particular de estruturação capitalista e expansão mercantil da atenção à saúde¹¹. Sobre o tema conformou-se uma linha de pesquisa que congrega diversos pesquisadores nacionais e um conjunto de teorias explicativas sobre os desenvolvimentos da indústria de saúde⁹⁻¹⁵.

Os estudos clássicos destacam o papel dos fabricantes de insumos e equipamentos como polo direcionador da estruturação do CIS¹⁴. Esse segmento, por sua grande capacidade de inovação⁹ e acumulação de capital¹⁵, vem, desde a década de 1950, impondo um padrão de crescente sofisticação tecnológica e necessidade de capitalização à atenção à saúde, que induziu a substituição do padrão liberal de “cuidado e assistência à saúde” por um padrão corporativo de “prestação de serviços de saúde”, baseado em empresas¹¹.

Entretanto, os serviços de saúde vêm demonstrando, nos últimos anos, um padrão de inovações, discutido na primeira parte deste trabalho, que os credencia a assumir um papel preponderante no CIS. Segundo as formulações originais, o mecanismo típico de criação de novos mercados para a saúde sustenta-se na legitimidade do prestador de serviços para definir novos parâmetros de consumo¹⁶, configurando-se o fenômeno da “medicalização”¹⁴ da sociedade. Soma-se agora a esse mecanismo a possibilidade de ampliar mercados pela

expansão da presença de serviços mercantis no setor público e pelo comércio internacional dos serviços de saúde.

A partir de uma revisão tradicional de literatura e considerações sobre o padrão de inovações do CIS, a ampliação de mercados de serviços de saúde e o comércio internacional de serviços de saúde, discutem-se os impactos potenciais da consolidação desse comércio sobre os sistemas de saúde dos países, abordando uma dimensão ainda pouco discutida em âmbito nacional sobre as contradições da agenda para saúde e desenvolvimento econômico¹⁷.

A dinâmica de inovação do complexo industrial da saúde

O Complexo Industrial da Saúde (CIS) é definido de forma variável pelos autores brasileiros que o estudam. Compreende, como núcleo comum reconhecido por todos os autores, atividades econômicas ligadas a setores secundários (fabricação de medicamentos, biofármacos, reagentes diagnósticos e insumos e equipamentos médico-hospitalares e odontológicos) e terciários (prestação de serviços de saúde)¹⁴. Pode, ainda, incluir a formação de recursos humanos para a saúde⁹, incorporar um complexo médico-financeiro e o Estado¹⁵, e mais recentemente, como proposta, abranger também um complexo médico-editorial difusor do conhecimento, todos eles com influência sobre o padrão de produção e consumo de atenção à saúde.

A dinâmica de inovação constitui o fator central para a análise das transformações capitalistas e, conseqüentemente, do CIS⁹. Inovar é criar valor pela exploração de alguma forma de mudança baseada em um novo conceito – seja tecnológico, de preços, na regulação ou na geopolítica - gerando novas demandas ou formas de explorar mercados existentes¹⁸. Assim, a estrutura do CIS e dos próprios sistemas de saúde é transformada pelas forças de inovação endógenas ao capitalismo, segundo um processo de “destruição criativa ou transformadora”, proposto por Schumpeter¹⁹.

A análise do padrão de inovação apresentado pelos dois principais segmentos do CIS (fabricantes de insumos e prestadores de serviços) nos últimos cinquenta anos e a relação que essas inovações estabelecem entre esses segmentos permitem-nos acompanhar a dinâmica de transformação do CIS e dos próprios sistemas de saúde.

Schumpeter¹⁹ estabelece cinco mecanismos para a geração de inovações:

- (a) Introdução de um novo produto, com os quais os consumidores não estejam familiarizados.
- (b) Introdução de um novo método de produção, baseado em uma descoberta cientificamente nova e que pode consistir em uma nova maneira de manejar comercialmente uma mercadoria.

- (c) Conquista de uma nova fonte de matérias primas.
- (d) Abertura de novos mercados.
- (e) Estabelecimento de uma forma nova de organização, como a criação de uma posição de monopólio ou a fragmentação de uma posição existente de monopólio.

Em função dos diferenciais de produtividade estabelecidos por Baumol²⁰ para os setores fabricantes de insumos e prestadores de serviços, pode-se inferir que os primeiros três mecanismos propostos por Schumpeter¹⁹ – centrados no produto - são responsáveis pelas inovações com maior impacto no CIS do segmento produtor de insumos, ao passo que os dois últimos - centrados no mercado - constituem a contribuição mais importante do segmento prestador de serviços.

Há algumas décadas atuando como polo impulsionador do CIS, os produtores de insumos médico-hospitalares incorporaram ciclos sucessivos de inovações baseadas em todos os mecanismos propostos por Schumpeter¹⁹, a começar pelo desenvolvimento de vacinas, medicamentos e instrumentos diagnósticos.

Com os novos produtos, essas indústrias beneficiaram-se, desde a década de 1950, de uma das mais altas taxas de retorno da economia¹⁵ e da expansão de mercados consumidores propiciada pela consolidação dos *Welfare States* e pelo avanço dos seguros privados. Consolidaram-se também como empreendimentos oligopólicos transnacionais, com tendência incessante a fusões e aquisições²¹.

Schumpeter²² destaca a importância dos monopólios como motor da inovação e da inovação como remodeladora dos monopólios. Assim, na prática, para se obter lucros é necessário algum tipo de restrição ou monopolização do mercado. Nessa lógica, o mercado seria uma arena em que produtores e vendedores procuram constantemente acabar com os monopólios uns dos outros e empresas altamente capitalizadas lutam para estabelecer mercados monopolistas com alto potencial de inovação²³.

Uma das expressões contemporâneas da consolidação dos monopólios nos segmentos industriais pode ser interpretada como um reconhecimento da ascensão dos serviços de saúde no CIS - a integração vertical entre produtores de insumos e prestadores de serviços, capitaneado por produtores de insumos para garantir os mercados para seus produtos. A *Fresenius Medical Care*, empresa alemã fornecedora de insumos e equipamentos para diálise, transfusão e nutrição enteral, é hoje a líder mundial em serviços de hemodiálise, inclusive no Brasil. No final de 2005, a *Fresenius ProServe* tornou-se a líder do mercado hospitalar alemão, ao adquirir hospitais do grupo Heliuss no processo de privatização dos hospitais públicos daquele país²⁴.

As estratégias de integração vertical vêm sendo estimuladas pela percepção de uma crise de inovação e da redução real ou projetada dos retornos sobre investimentos do segmento produtor de insumos. O crescimento da avaliação tecnológica para racionalizar custos pode diminuir os mercados consumidores de equipamentos e insumos. Além disso, começam a surgir inseguranças sobre a capacidade da indústria farmacêutica de atrair recursos para pesquisa e desenvolvimento (P&D) nos patamares atuais, motivadas pela produtividade decrescente da P&D neste segmento, pela redução da duração das patentes e pela pressão da opinião pública e dos países em desenvolvimento²⁵.

A última linha de inovações da indústria farmacêutica – que compreende métodos de produção baseados na genômica e na biotecnologia – apresenta resultados ainda decepcionantes. Não foram observados nem incrementos importantes na produtividade nem a geração de novos tipos de fármacos com impactos significativos sobre a saúde. As vendas de biofármacos representam pouco mais de 10% das vendas de fármacos mundiais, com três quartos delas concentradas em 15 classes terapêuticas de produtos²⁶.

A produtividade decrescente do P&D indica uma crise de inovação no setor fabricante de insumos mais importante do CIS. Segundo um relatório da Consultoria Bernstein citado pela revista *The Economist*²⁷, 24 novas drogas foram desenvolvidas com um gasto em P&D de US\$ 27 bilhões de dólares em 1998. Em 2006, a indústria gastou US\$ 64 bilhões de dólares para apenas 13 novas drogas aprovadas.

Nesse contexto, passa a ser fundamental acompanhar a dinâmica do setor prestador de serviços para entendermos as transformações contemporâneas do CIS¹⁰.

O complexo industrial da saúde e os serviços de saúde

A prestação de serviços de saúde vem se caracterizando por inovações baseadas em quase todos os mecanismos descritos por Schumpeter¹⁹, com destaque para aquelas que expandem mercados.

Os produtos inovadores – primeiro mecanismo de inovação de Schumpeter – atendem demandas criadas pela redefinição de saúde como bem-estar, ao invés de ausência de doença, e pelo aumento da expectativa de vida. Assim, o princípio estabelecido como fundamento da economia da saúde¹⁶ – o de que a “demanda por serviços médicos não é uniforme e nem previsível (exceto pela prevenção), pois os serviços médicos só trazem satisfação nos casos de afastamento da situação normal representada pela doença” – já não se sustenta integralmente.

Além do crescimento de produtos ligados à prevenção – dos *screenings* laboratoriais a *check-ups*, oferecidos de formas cada vez mais inovadoras e sofisticadas²⁸ – foram desenvolvidas várias linhas de produtos que atendem à demanda por bem-estar. Estas incluem

produtos que melhoram a imagem corporal – cirurgias plásticas, odontologia estética, cirurgia bariátrica – ou vinculadas à medicina reprodutiva e de gênero - como técnicas de fertilização *in vitro* e cirurgias de mudança de sexo²⁹. Além disso, variantes regionais, como a medicina chinesa e a medicina tradicional, surgem como alternativas para cuidado à saúde.

Esses novos serviços assumem uma lógica de mercado regular, ligados mais ao desejo dos consumidores do que às necessidades tradicionais de saúde impulsionadas pela doença, descritas por Arrow¹⁶. Com isso, criam-se demandas previsivelmente correlacionadas com níveis de renda da população.

O segundo mecanismo de inovação proposto por Scumpeter¹⁹ são novos métodos de produção, representado, às vezes, por maneiras criativas de conduzir a comercialização. Os exemplos incluem lojas para ofertar *check-ups* rápidos em *shopping centers*³⁰, a telemedicina e a telecirurgia - que viabilizam a emissão de laudos de exames e a realização de consultas e procedimentos cirúrgicos à distância - além de propostas inovadoras de segmentação de produtos - como hospitais especializados em serviços de saúde para idosos e doenças crônicas, segmentos tradicionalmente desprezados pelo mercado.

Os dois outros tipos de inovação – abertura de novos mercados e mudanças em situações de monopólio - seriam os de maior relevância para o dinamismo contemporâneo do segmento prestador de serviços do CIS.

O mecanismo típico de criação de novos mercados na saúde sustenta-se na legitimidade do médico para definir novos parâmetros de consumo¹⁶, constituindo o fenômeno da “medicalização” da sociedade¹⁴. A redefinição periódica de *guidelines* para doenças freqüentes, como a hipertensão e o diabete, pode ampliar consideravelmente o mercado de pessoas elegíveis para tratamento. Além disso, associações profissionais têm legitimidade para criar uma gama de novos diagnósticos, como exemplificado pela proliferação de subcategorias e gradações para os transtornos de ansiedade, tal como “fobia social”, antes considerada como timidez.

Soma-se agora a esse mecanismo clássico a possibilidade de ampliar mercados pela expansão da presença de serviços mercantis no mercado público - uma inovação baseada na fragmentação de monopólios públicos nacionais para prestação de serviços de saúde - e pela internacionalização dos serviços de saúde, com criação de novas posições de monopólios privados internacionais.

A fragmentação das situações de monopólio público é capitaneada pelo estímulo a reformas setoriais, com crescente incorporação de prestadores mercantis e terceirização de atividades fim nos serviços públicos de saúde³¹. Esses prestadores passam a executar funções

tradicionalmente executadas pelo setor público, como o tratamento da tuberculose e a administração do *Directly Observed Treatment Short-Course* (DOTS)³².

As situações de monopólio privado são fortalecidas pela crescente liberalização dos fluxos de capitais para investimento e pela concentração corporativa. Em 2007, o grupo empresarial americano *United Health Group Incorporated* atuava em 40 países, contava com 560.000 médicos e 4.800 hospitais. Movimentava quase 100 bilhões de dólares (pouco menos do que o gasto total em saúde brasileiro), com lucros líquidos de 4,7 bilhões de dólares.

No Brasil, um exemplo recente de inovação em serviços de saúde com movimentos simultâneos de criação de monopólios privados e fragmentação de monopólios públicos são os laboratórios de análises clínicas. Até 1998, esses laboratórios compunham um mercado fragmentado com capital quase 100% nacional e empresas com perfil de gestão familiar. Nos últimos 12 anos passaram por um processo acelerado de fusões e aquisições, com uma integração horizontal e vertical comandado pelos fornecedores de *kits e equipamentos*. Os laboratórios menores foram adquiridos pelos grandes e ocorreram fusões dos laboratórios maiores, com apoio de fundos de capital de risco internacionais^{10,33}. A partir de 2003, o setor de análises clínicas consolidou-se como um dos primeiros alvos de grande escala da terceirização de atividades fim no Sistema Único de Saúde (SUS), com experiências já em curso no Rio de Janeiro, Distrito Federal e São Paulo.

As terceirizações de serviços públicos de saúde e o crescimento do comércio internacional de serviços compõem movimentos sinérgicos da dinâmica mais recente de inovação do complexo industrial da saúde.

Acordos de comércio internacional – da regulamentação do comércio de bens à internacionalização dos serviços

No Manifesto Comunista, Marx e Engels³⁴ já analisavam o comércio internacional e a tendência à internacionalização do capital, originada da necessidade de constante expansão dos mercados e do caráter cosmopolita da produção e do consumo. Com o desenvolvimento dos meios de transporte e comunicações, o conceito de competitividade passou a ser definido em âmbito internacional, mais do que local.

O sucesso da internacionalização corresponde à capacidade de controlar e participar de mercados internacionais³⁵. Com isso, é possível reduzir custos - ao aumentar a escala de produção, permitir acesso a mão de obra e materiais mais baratos e propiciar a instalação de filiais em outros países com possibilidade de pagar menos impostos - e, simultaneamente, ampliar o público consumidor, criando, assim, maiores possibilidades de lucros.

Economistas e negociadores na área de comércio reconhecem há muito que as barreiras ao livre comércio não se restringem a tarifas e cotas, mas estão representadas também pelos arcabouços regulatórios econômicos e setoriais nacionais³⁶. Desde 1948, com a implantação do *General Agreement on Tariffs and Trade* (GATT) a partir de um acordo original entre 23 países, existe um movimento no sentido da liberalização e implantação de um ordenamento supranacional do comércio mundial.

Um ordenamento supranacional amplia o acesso a mercados, pois, além de estabelecer padrões mínimos de qualidade obrigatórios que tornam o produto consumível em âmbito global, tende a sobrepor-se a restrições regulatórias nacionais. Na rodada de negociações do Uruguai, de 1994, o GATT foi transformado na Organização Mundial do Comércio (OMC), que conta com 153 países-membro³⁷ e cujo arcabouço normativo hoje regula 90% do comércio mundial³⁸.

O crescimento da importância do setor de serviços no comércio internacional acompanha o crescimento de sua participação nas economias nacionais - nos EUA, em torno de 80% da economia corresponde a serviços e, no Brasil, mais de 60% - e avanços nas tecnologias de comunicações e transportes. Ao final da década de 1980, antes do *General Agreement on Trade of Services* (GATS), acordos regionais, como *Closer Economic Relations Trade Agreement* (CER), o *North American Free Trade Agreement* (NAFTA) e arranjos no âmbito da União Europeia já ensaiavam a liberalização das transações internacionais para serviços³⁹.

Com a instituição do *General Agreement on Trade in Services* (GATS), em 1995, cria-se uma regulamentação multilateral legal para o comércio internacional de quase todos os tipos de serviço. O valor do comércio internacional de serviços cresceu em torno de 6% ao ano nas décadas de 1980 e 1990 e sua participação do comércio mundial variou de 15,5%, em 1980, para 18,9%, em 1999⁴⁰. Entre 1980 e 2004, o comércio mundial de serviços cresceu mais de 500% e, hoje, os serviços respondem por 20% do total de exportações mundiais ou mais de 3 trilhões de dólares³⁷.

A atratividade do mercado de serviços de saúde é fornecida por suas dimensões. Os gastos globais com saúde são da ordem de quatro trilhões de dólares e estima-se que o comércio internacional de serviços de saúde hoje movimente pouco mais de 1% desse valor. No Brasil, em 2007, os serviços de saúde mercantis faturaram 80 bilhões de reais e o setor público despendeu quase 60 bilhões de reais para produzir serviços de saúde⁴¹.

O GATS e os serviços de saúde

Nos moldes atuais do GATS, os serviços de saúde são divididos em quatro subsetores, que podem ser alvo de graus variáveis de compromisso de liberalização – serviços médicos e dentários; serviços hospitalares; serviços fornecidos por enfermagem, parteiras e outros profissionais; e outros serviços de saúde humana. Os subsetores que atraem mais adesões de compromisso por parte dos países membros da OMC são serviços médicos e dentários, seguidos dos hospitalares, ou seja, setores mais intensivos em capital e conhecimento⁴².

O escopo dos serviços reguláveis pelo GATS não se restringe a esses, com impactos direta e imediatamente perceptíveis sobre os serviços de saúde. Inclui também serviços financeiros de seguros de saúde e acidentes, serviços de educação, pesquisa e desenvolvimento em saúde, informática - todos com desdobramentos possíveis para a saúde- e a categoria genérica “serviços de distribuição” que coloca a distribuição de medicamentos e produtos e equipamentos médicos e terapêuticos sob o escopo potencial do GATS⁴³. Numa perspectiva ampliada de saúde pública, o GATS tem também impactos potenciais sobre outras questões ligadas à saúde, como distribuição de tabaco, qualidade da água e proteção ambiental².

A OMC classifica os serviços comercializáveis de acordo com seus “modos de produção”. Esses quatro modos de produção definem a presença territorial do prestador e do consumidor no momento do fornecimento do serviço e o tipo de movimentação dos fatores de produção (capital e trabalho) no processo de comercialização⁴².

No modo 1, o comércio transfronteira tradicional, consumidor e prestador podem residir em territórios diferentes e são os serviços que cruzam as fronteiras, fornecidos por correio, telefone ou internet. No caso da saúde, esse modo de produção inclui o envio de amostras biológicas para processamento em outros países e o fornecimento de consultas, laudos e cirurgias à distância – a telemedicina⁴⁴. A demanda global atual estimada por serviços de telemedicina é da ordem de 1,25 trilhões de dólares e pode aumentar com a expansão da infraestrutura de comunicações⁴⁵.

No modo 2, o consumidor desloca-se para o território do prestador, como é o caso de pessoas que procuram atendimento médico ou treinamento profissional em saúde em outros países, seja por falta de oferta em seus países ou em função de melhores condições de oferta fora deles. As novas linhas de serviços de saúde “não essenciais” – cujo consumo é mais previsível do que o de produtos tradicionais - são alvos preferenciais desse modo de comercialização. O volume total estimado de importações e exportações nessa modalidade de comercialização em 2003 era de US\$ 11,8 bilhões e, excluída a participação dos Estados Unidos, os países emergentes foram responsáveis por 40% desse movimento⁴⁶.

No modo 3, o investimento direto estrangeiro (IDE), há um deslocamento de capital, caracterizando presença comercial de uma filial ou subsidiária do prestador de serviços no território do consumidor. Está é provavelmente a modalidade mais significativa de comércio internacional de serviços na saúde^{42, 47}. O que constitui IDE pode variar de país a país e incluir percentual de propriedade em uma empresa (10% costuma ser o mínimo, mas o percentual pode ser definido em mais de metade da propriedade ou, até, em 100%), administração local ou estrangeira, natureza do investimento ou alguma combinação desses elementos.⁴⁷

Segundo a *United Nations Conference on Trade and Development* (UNCTAD), para o período 1996 a 2000, enquanto as exportações mundiais aumentaram 4,2% ao ano, os fluxos de IDE de todas as atividades econômicas cresceram 37% ao ano e, em 2001, atingiram um valor próximo dos 1,3 trilhões de dólares. O processo de internacionalização, no entanto, não foi homogêneo no que diz respeito à participação dos países. Estima-se que, entre 1995 e 2001, o estoque de IDE realizado pelos países desenvolvidos tenha sido oito vezes superior ao realizado no mesmo período pelos países em desenvolvimento^{47, 48}.

A percepção geral é a de que o deslocamento de capital tem viabilizado a formação de grandes oligopólios de prestação de serviços de saúde e bem estar integrados horizontal e verticalmente. A mídia econômica internacional traz informes recentes sobre movimentos de fusão e compra de grupos de prestadores registrados em vários países, grande parte deles com base em fundos de capital de risco⁴⁹.

O último modo de produção do comércio internacional é o modo 4, caracterizado pelo deslocamento temporário dos profissionais residentes em um país para exercer suas atividades profissionais em outro. Esse é o conhecido *brain drain*, fenômeno amplamente analisado no relatório de OMS de 2006⁵⁰. Mais de 30 países pequenos perdem um terço de seus formandos de nível superior para países mais desenvolvidos. A contrapartida é representada por remessas por imigrantes, uma fonte importante de financiamento interno para alguns países.

Existem países já com presença importante em todos os modos de comercialização, como a Índia, por exemplo. No Brasil, os modos de comércio internacional mais importantes são o 3 (IDE) e, em ascensão, o 2. No Brasil, estima-se que o “turismo médico” tenha movimentado cerca de US\$ 600 milhões em 2008, com 40 mil pacientes ao ano⁵¹ e os mais importantes grupos hospitalares brasileiros privados vem intensificando um movimento de fusões e investimentos nesse nicho de mercado⁵². Os compromissos no âmbito do GATS

Em 29 cláusulas, o GATS propõe obrigações gerais, a estrutura de compromissos específicos e instâncias para a resolução de disputas bem como formula as bases para a progressiva liberalização na área. Com a adesão a acordos internacionais, os países se comprometem a graus de abertura econômica progressivos⁵³.

Compromissos firmados no âmbito do GATS têm valor legal e um prazo de validade indefinido. Embora possam ser revistos três anos após o acordo inicial, caso algum país se julgue prejudicado, a quebra de compromissos pode implicar compensação financeira⁴⁷ ou render sanções comerciais.

Na primeira etapa de adesão ao GATS, os países comprometem-se a adotar sempre as “medidas” menos restritivas possíveis em relação ao comércio, assegurando-se de que “não excedam o necessário para garantir a qualidade do serviço”⁶. “Medidas” incluem, de forma indefinida, padrões técnicos, exigências de licenciamento, regulamentações, leis, subsídios e qualquer outro dispositivo que possa ser interpretado como obstáculo ao livre comércio. Em casos de disputa a OMC nomeia três membros para determinar se existe desacordo com os termos do GATS. Os membros são especialistas em comércio, mas não necessariamente do setor em pauta e nem na legislação do país em questão².

Como muitos países se opõem a ampliar o alcance do GATS para o setor de serviços, são realizadas rodadas de negociação entre os que subscrevem o acordo para firmarem compromissos de cobertura para cada subsetor de serviços e modo de produção, que podem incluir restrições, desde que claramente enunciadas.

Ao aderir a essa segunda etapa de adesão, o país compromete-se a garantir igualdade de condições (“tratamento nacional”) e o “acesso ao mercado” a prestadores estrangeiros de países que subscrevam o acordo no setor. “Acesso ao mercado” inclui o compromisso de não estabelecer limitações na quantidade de prestadores, valor de transações, pessoal empregado, percentuais de participação de capital estrangeiro e quantidade de operações de serviço.⁴³

A validade dessas regras para serviços de saúde é definida caso a caso no GATS. Na perspectiva do GATS, “serviços” abrangem todos os setores da economia, exceto aqueles “fornecidos no exercício da autoridade governamental”, ou seja, onde inexistam base comercial e de competição para oferta do serviço. Onde houver uma combinação de prestadores públicos e privados atuando na saúde pública, como no caso brasileiro, os termos do GATS admitem a interpretação de que a prestação pública recai no âmbito do GATS^{44, 47, 53}. Assim, persistem dúvidas sobre como o governo poderia firmar compromissos para a saúde mercantil sem prejudicar a capacidade para exercer “autoridade governamental” na saúde pública³⁹.

Uma vez assumido o compromisso com o GATS, todo o setor de saúde, inclusive o público, tende a ser aberto ao comércio e investimento internacional⁵⁴. Assim, não só pode haver participação de grupos privados estrangeiros nas terceirizações de serviços públicos de saúde, mas passam a valer as cláusulas de compromisso de “tratamento nacional” e “acesso a mercados”.

Estas regras afetam a governança doméstica tanto quanto o próprio comércio.⁴³ Instrumentos de planejamento de capacidade usados na saúde pública para regular capacidade instalada e a manutenção de prestadores exclusivamente públicos em qualquer área podem ser contestados como quebras da cláusula de “acesso a mercados”. Subsídios e isenções de impostos que excluam prestadores estrangeiros constituiriam quebras do compromisso com “tratamento nacional”.

Um agravante adicional seria que somente governos federais são considerados membros do GATS. Governos estaduais e municipais não são reconhecidos como membros, o que torna a representação de outras instâncias federativas nos moldes previstos no SUS inviável.²

As implicações do comércio internacional de serviços de saúde podem ser analisadas sob duas perspectivas: a de sua contribuição potencial para o desenvolvimento econômico e a inovação¹⁷ e para rearranjos nos padrões de alocação de recursos e infraestrutura de saúde entre países e prestadores de serviços públicos e privados; e na perspectiva das implicações da adesão ao GATS para a autonomia dos países de definir suas políticas de saúde.

Implicações do comércio internacional para o desenvolvimento econômico, recursos e infraestrutura em saúde

Na perspectiva do desenvolvimento econômico, o argumento a favor do livre comércio de serviços repousa na possibilidade de aumentar as exportações de serviços de saúde e contribuir para fortalecer a balança comercial da saúde, a geração de emprego e a capacidade de inovação pela maior absorção de tecnologia^{9, 43}.

O comércio internacional pode promover a criação de empregos e renda pelo setor de saúde no país em que se instala. Além disso, as remessas por imigrantes, que incluem profissionais de saúde, e configuram o modo de produção 4 do comércio internacional, são hoje componentes de sustentação importantes de algumas economias periféricas. Em 1999, 3% das pessoas moravam fora de seus países de nascimento e, e as remessas monetárias para os países de origem atingiam 300 bilhões de dólares³⁶.

A interação entre estruturas internacionalizadas e mais capitalizadas e o mercado local de serviços mercantis pode fomentar a competição, melhorando a qualidade de prestadores e aumentando o acesso a tecnologias. Em outros setores da economia, há evidências de efeitos positivos de investimentos estrangeiros no Brasil⁵⁵.

Entretanto, como a disponibilidade de recursos tecnológicos, humanos e financeiros para prestação de serviços de saúde é limitada, as inovações utilizam-se de recursos já

disponíveis na sociedade, combinando-os de outras maneiras e retirando-os de locais onde já eram empregados¹⁹.

O desvio de recursos locais para os novos mercados criados pelo comércio internacional poderia dependendo da direção do comércio, aumentar ou limitar o acesso de parte da população local. Na Índia e Tailândia a alocação de estruturas de produção de serviços de alta complexidade voltadas primordialmente para atendimento do mercado externo tem sido associado à redução de cobertura local.^{3,56}

Os acordos firmados por países em desenvolvimento para IDE (modo 3) permitem, segundo técnicos da OMS, “superar carências de capital humano, promover a eficiência e aumentar a incorporação de novas habilidades e insumos”. Entretanto, o IDE consolida a tendência ao surgimento de estruturas crescentemente oligopólicas e, com isso, modifica o poder de barganha dos compradores de serviços públicos ou privados, com impactos sobre a equidade⁴².

Outra faceta plausível do rearranjo de recursos seria a preservação da oferta pública apenas na medida em que os recursos que mobiliza não pudessem ser empregados de formas mais lucrativas nas fatias de mercados emergentes, com um movimento de *brain drain* (“drenagem de cérebros”) interno. Dependendo da estrutura do setor doméstico, poderíamos reforçar a tendência a sistemas de saúde duais, com o aprofundamento das diferenças de qualidade e acesso a serviços específicos entre segmentos populacionais dependentes dos sistemas públicos e privados^{57,58}.

Um desdobramento potencialmente perverso para a saúde global é o deslocamento de recursos humanos de saúde de regiões mais pobres para países ricos, caracterizados como o modo 4 de comércio internacional. Este fato é sublinhado pelas recentes preocupações com a disponibilidade e o padrão de migração de recursos humanos para a saúde. A tendência nos países periféricos tem sido um fluxo de saída permanente de pessoal de saúde, com perda do investimento em educação e treinamento dessas pessoas⁵⁰.

Outra causa bastante em pauta de inquietação é a crescente associação de empreendimentos corporativos de saúde com fundos de capital de risco internacionais¹⁰. Ainda que possamos estar aliviados pelo fato de não terem sido criados derivativos de mercado, obrigações de saúde colateralizadas e similares, essa hipótese não está de todo afastada, o que transferiria para o setor de saúde considerável vulnerabilidade diante das crises financeiras globalizadas⁵⁹.

O turismo médico (modo 2) e o IDE (modo 3) podem ser particularmente instrumentais para reforçar modelos de atenção em saúde baseados em alto consumo de

tecnologias caras. A lei de Say, segundo a qual oferta adicional gera demanda adicional parece ser sistematicamente válida na saúde⁷.

Uma vez que a configuração dos sistemas nacionais de saúde e as opções políticas dos países variam muito, é bem provável que os efeitos da intensificação do comércio de serviços também variem. São necessárias informações sistematizadas de cada país sobre os impactos de serviços eletrônicos, movimentação internacional de pacientes e profissionais e investimento direto estrangeiro em serviços de saúde para compor evidências que permitam decisões mais informadas sobre possíveis sinergias entre comércio e saúde no sentido de potencializar o desenvolvimento e a equidade³.

Acompanhar a evolução do comércio internacional de serviços, no entanto, não é tarefa fácil⁶⁰. Só recentemente, os governos dos países começam a se preocupar com fontes de informação que permitam mapear a dinâmica internacional desses investimentos e dados pertinentes para outros modos de produção de serviços de saúde contemplados pelo comércio internacional⁶⁰. Muitas vezes, sua distribuição e dimensão só podem ser apreendidas a partir de informes isolados, de caráter ilustrativo. Essa ausência de informação sistematizada dificulta as análises efetuadas pelos órgãos reguladores com função de equilibrar o poder de mercado de grandes empresas.

As questões fundamentais passariam a ser, então, que tipos de configuração de mercado geram inovações socialmente benéficas e quais são as mais perversas e como as estruturas de mercado interagem com a formulação de políticas para influenciar a alocação do gasto⁶¹.

Implicações da adesão ao GATS na autonomia para definir políticas de saúde

Os riscos impostos pelo GATS à autonomia regulatória e possibilidade de os países definirem autonomamente políticas pertinentes ao financiamento e à oferta de serviços de saúde⁴³ foram apontados não apenas para países em desenvolvimento, mas para os próprios países desenvolvidos.

Um grande número de autores expressa preocupações especiais quanto a países em desenvolvimento.^{54,61,62,63,64} A capacidade de regulação desses países costuma ser notadamente insuficiente⁶¹ e, em muitos casos, as empresas transnacionais investidoras podem ser economicamente bem maiores do que os países em que pretendem investir⁴⁷. Em muitos países, pode ser difícil resistir à pressão de firmas que buscam acesso a mercados de serviço estrangeiros, pois os negociadores de acordos para comercialização de serviços de saúde tendem a ter focos mais difusos do que o das firmas estrangeiras e carecer da informação necessária para garantir desfechos aceitáveis em termos de políticas sociais³⁹.

A literatura destaca preocupações com o comprometimento da autonomia dos serviços nacionais de saúde ingles⁵⁴ e canadense⁶⁵. Pollock & Price⁵⁴ argumentam que o GATS pode ameaçar a autonomia nacional sobre políticas de saúde e destacam a necessidade de criar padrões internacionais e práticas nacionais para proteger os serviços públicos dos efeitos adversos das forças de mercado.

Com a retomada do debate sobre a reforma do sistema de saúde dos Estados Unidos, autores americanos chamam a atenção para o efeito “tiro pela culatra”(ricochet) dos acordos comerciais firmados para facilitar a expansão global da medicina comercial americana. A adesão ao GATS impõe restrições à flexibilidade dos legisladores americanos e às opções disponíveis para a reforma da saúde, limitando-as a alternativas “orientadas para o mercado”, que não permitem excluir a iniciativa privada de nenhum segmento da atenção⁴³.

Situação análoga pode estar se configurando no caso brasileiro. Vem crescendo a presença mercantil e os contratos com prestadores de serviço privados - na forma de contratos de gestão para a rede básica e hospitalar e outros modelos de gestão terceirizados, além da delegação da distribuição de medicamentos a redes comerciais de distribuidores no Programa Farmácia Popular. Esses arranjos podem ser interpretados como situações de prestação de serviços públicos de saúde fora “do exercício da autoridade governamental” pelas regras do GATS.

Assim, na hipótese de acordos comerciais para serviços de saúde e serviços de distribuição em geral no escopo do GATS, políticas públicas futuras que envolvessem a prestação de serviços de saúde passariam a ser necessariamente políticas pró-mercado, sob pena de sanções por parte da OMC. No limite, perderíamos a opção de poder excluir prestadores privados nacionais ou internacionais da prestação de serviços pelo poder público, numa flagrante contradição com a legislação do SUS e com as evidências de aumento de custos associados a prestação privada⁶¹.

A convergência de interesses entre grupos estrangeiros e nacionais de prestadores de serviços de saúde com planos de internacionalização e a política comercial brasileira vigente de incentivo à exportação de serviços podem criar pressões internas no sentido de o Brasil assumir compromissos no âmbito do GATS para a prestação de serviços de saúde.

Entretanto como, mesmo para economistas⁶⁶, à dinâmica econômica sobrepõe-se padrões institucionais e práticas políticas, o desempenho do Brasil com o TRIPS nos autoriza a admitir outros desfechos.

Conclusão

Dependendo do país em questão, o comércio internacional pode contribuir para o desenvolvimento econômico e para desfechos favoráveis ou desfavoráveis na alocação e localização de recursos e infraestrutura em saúde. Entretanto, a adesão ao GATS pode restringir as opções políticas dos países para seus sistemas de saúde.

Os principais estudiosos da área recomendam não fechar acordos no âmbito do GATS até a consolidação de mais evidências, caso a caso, sobre os efeitos do comércio internacional para serviços de saúde³. Portanto, o tema merece estudos específicos e é recomendável criar indicadores para monitorar o crescimento do comércio internacional.

No Brasil, a reflexão sobre o tema e a participação nas decisões sobre política comercial e externa em áreas com impacto sobre saúde e os serviços de saúde precisam envolver uma gama de crescente de atores – profissionais de saúde, Conselhos de Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar e outras agências reguladoras, corporações profissionais e autoridades da saúde de todos os níveis federativos.

Referências

1. MacDonald R & Horton R. Trade and health: time for the health sector to get involved. *Lancet* 2009; 373 (9660): 273-274.
2. Shaffer ER, Waitzkin H, Breener J., Jasso-Aguillar R. Global Trade and Public Health. *Am J Publ Health* 2005; 95(1) 23-34.
3. Smith RD, Chanda R & Tangcharoensathien Y. Trade in health-related services. *Lancet* 2009; 373 (9661):593-601.
4. Fidler DP, Drager N & Lee K. Managing the pursuit of health and wealth: the key challenges. *Lancet* 2009; 373 (9660): 325-331.
5. Lee K Sridhar D Patel M. Bridging the divide: global governance of trade and health. *Lancet* 2009; 373(9661):416-422.
6. World Trade Organization. General Agreement on trade in services. Disponível em http://www.wto.org/english/docs_e/legal_e/26-gats.doc, acessado em 01/03/2010.
7. Waeger P. Trade in health services – an analytical framework. Kiel Institute for world economics – advanced studies programme 2005/2006. october 2008, 27p.
8. Almeida C. Equidade e Reforma setorial na América Latina: um debate necessário. *Cad. Saúde Pública*, 2002; 18: S23-S36.
9. Gadelha, C A G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Cien Saúde Colet* 2003; 8(2): 521-535.
10. Andreazzi, M F S & Kornis, G E M. Padrões de acumulação setorial: finanças e serviços nas transformações contemporâneas de saúde. *Cien Saúde Colet* 2008; 13 (5):1409-1420.
11. Morone J A. The Unruly Rise of Medical Capitalism The Hastings Center Report 1985; 15 (4): 28-31.
12. Relman, A S. The new medical-industrial complex. *New England Journal of Medicine* 1980; 303 (7): 963-967.
13. Geyman, J P. The Corporate Transformation of Medicine and Its Impact on Costs and Access to Care *JABFP* 2003; 16(5): 443-454.
14. Cordeiro, H. As empresas médicas: um estudo das transformações capitalistas da prática médica no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1984.175p.
15. Vianna, C.M. Estruturas do sistema de saúde: do complexo industrial ao complexo financeiro. *Physis: Rev. Saúde Coletiva* 2002; 12 (2): 375-390.
16. Arrow, K.J. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *Am Economic Rev* 1963; 53(5): 141-149.

17. Gadelha CAB Desenvolvimento e saúde: em busca de uma nova utopia. Saúde em Debate 2007; 29 (71): 3267-338.
18. The Economist (1999). A Survey of World Trade.
19. Schumpeter J A. Teoria do Desenvolvimento Econômico. São Paulo: Abril Cultural, 1982. 243p.
20. Baumol, WJ. Macroeconomics of unbalanced growth: the anatomy of urban crisis. Am Econ Rev 1969; 57(3): 415-426.
21. Agarwal S, Desai S, Holcomb M M & Oberoi A (2001) Unlocking the value in big pharma The Mc Kinsey Quartely. Number 2. 65-73.
22. Schumpeter J A. Capitalismo Socialismo e Democracia. Tradução de Sergio Góes de Paula. Rio de Janeiro: Zahar; 1985. 534p.
23. Costa A B. O desenvolvimento econômico na visão de Joseph Schumpeter. Cadernos IHU Idéias 2006; 47: 1 -22.
24. Bra, Fresenius Medical Care. Ano II número 7. Disponível em <http://www.fmc-ag.com.br/profissionais.html>. Acessado em 09.01.2008.
25. Unit B1 – Development of Industrial Policy General European Commission . European Industry: A Sectoral Overview Technical Update – 2006. [Internet]. Bélgica: Enterprise and Industry Directorate, 2001. Available from: http://ec.europa.eu/enterprise/enterprise_policy/industry/doc/sec_overview_update06.pdf.
26. Hopkins, M M., Martin, P A, Nightengale P, Kraft A & Mahdi S. The myth of the biotech revolution: An assessment of technological, clinical and organizational change. Research Policy, 2007; 36(4): 566-589.
27. The Economist. Beyond the pill Out 25 2007.
28. Costello, D. A Check-up for retail medicine. Health Aff 2008; 27 (5): 1299-1303.
29. Henderson J.C. Healthcare Tourism in Southeast Asia, Tourism Rev Int 2004; 7: 111-122.
30. Laws, M& Scott, M K. The Emergence of Retail-Based Clinics in the United States: Early Observations. Health Aff 2008; 27(5): 1293-1298.
31. Preker, S. Managing scarcity through strategic purchasing of health care in Spending wisely: buying health services for the poor (A.S Preker & John C. Langenbrunner, eds.). Washington D.C.: The World Bank, 2005.
32. Evans, P. Use of contracting in public health. Bull World Health Organ 2006; 84(11): 842.

33. Cavalcanti, R Globalização na área de saúde: os processos de aquisição e fusão dos laboratórios de análises clínicas e suas implicações. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2005.
34. Marx, K & Engels, F. Manifesto do partido comunista. São Paulo: Martin Claret, 2004. 144 p
35. Tachinardi, M HA Guerra das patentes. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1993. 265 p.
36. The Economist. A Survey on Geopolitics, 1999a.
37. World Trade Organization *International Trade Statistics 2008*. WTO Publications. WTO. Genebra. Disponível em http://www.wto.org/english/res_e/statis_e/its2008_e/its08_toc_e.htm
38. Bettcher DW; Yach D & Guidon GE. Global trade and health: key linkages and future challenges. *Bull World Health Organ* 2000; 78(4): 735-738.
39. Hoekman, B Liberalizing trade in services- a survey. World Bank Policy Research Working Paper 4030, October 2006.
40. Woodward, D, Drager N; Beaglehole R. and Lipson, D. Globalization, global public goods and health In: Drager, N. and Vieira, C., Editors, Trade in health services: global, regional and country perspectives. Washington DC: Pan American Health Organization, Program on Public Policy and Health, Division of Health and Human Development, 2002.
41. IBGE Conta-Satélite de Saúde: Brasil: 2005-2007. Rio de Janeiro: IBGE; 2009. 102 p
42. Adlung R & Carnaziga A. Health services under the General Agreement on Trade Services. *Bull World Health Organ* 2001; 79(4): 352-364.
43. Arnold PJ & Reeves TC. International trade and health policy: implications of the GATS for US healthcare reform. *J Bus Ethics* 2006; 63: 313-332.
44. Chandra R. Trade in health services. *Bull World Health Organ* 2002; 80 (2): 158-163.
45. Mutchnick Ian S, Stern David & Moyon Cheryl A. Trading services across borders: GATS, markets and caveats. *Health Aff* 2005; 24(2): 542-551.
46. Lautier Marc Export of health services from developing countries:The case of Tunisia. *Soc Sci Med* 2008; 67: 101-110.
47. Smith, R D. Foreign direct investment and trade in health services: A review of the literature. *Soc Sci Med* 2004; 59 (11): 2313–2323.
48. Corrêa, D & Lima, G T. O comportamento recente do investimento direto brasileiro no exterior em perspectiva. *Rev Econ Pol* 2008; 28 (2): 249-268.
49. El País (2008) El hospital privado ya es un producto de masas, por Amanda Marz, em 22 de maio de 2008.

50. World Health Organization. The World Health Report 2006 - working together for health. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2006 Feb 20 [cited 2008 Dec 23]. Available from: <http://www.who.int/whr/2006/en/>
51. Diário Comércio, Indústria & Serviços. Turismo de saúde terá giro de US\$ 600 milhões. [Internet]. São Paulo:DCI; 2008 Nov 28. Available from: <http://vpaper.dci.com.br/default.asp?ed=605>.
52. Valor Econômico Sírio –Libanês investe para atender mais estrangeiro. [internet] São Paulo 16 de julho de 2008. Available from <http://www.investimentos.sp.gov.br/noticias/lenoticia.php?id=3663&c=6&lang=1> Acesso em 1/03/2010.
53. Fidler D P; Correa C; Aginam O. Legal Review of the General Agreement on Trade in Services (GATS) from a Health Policy Perspective: Globalization, Trade and Health Working Papers Series. Geneva: World Health Organization, 2005.
54. Pollock, AM & Price D Rewriting the Regulations: How the World Trade Organisation Could Accelerate Privatisation in Health-Care Systems *Lancet* 2000; 356 (9246): 1995–2000.
55. Chudnovsky, D y López, A. Inversión extranjera directa y desarrollo: la experiencia del Mercosur. *Revista de la CEPAL* 2007; 92: 7-24.
56. Chinai, R & Goswami,R. Medical visas mark growth of Indian medical tourism. *Bull World Health Organ* 2007; 85(3): 164-165.
57. Santos, MAB & Gerschman S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil - arranjos institucionais, credores, pagadores e devedores. *Cien Saúde Colet* 2004; 9 (3): 795-806.
58. Pachanee, C & Wibulpolprasert, S. Incoherent policies on universal coverage of health insurance and promotion of international trade in health services in Thailand *Health Policy Plan* 2006; 21(4):310-318.
59. Dentzer, S. Medical Technology & Spending: The Next Market Bubble? *Health Aff* 2008; 27 (6): 1464-1465.
60. Holden, C. Investigating international health markets: problems and methodological issues. *Social Pol Soc* 2005; 4(4): 427–435.
61. Mackintosh M & Koivusalo M. Health systems and commercialisation. In search of good sense. In: Mackintosh M, Koivusalo M (eds) *Commercialisation of health care: Global and local dynamics and policy responses*. Palgrave, Basingstoke. 2005.
62. Walt, G. Globalization and international health. *Lancet* 1998; 351: 434-437.
63. Pollock AM & Price D. The public health implications of world trade negotiations on the general agreement on trade in services and public services. *Lancet* 2003; 362 (9389):1072-5.

64. Blouin, C. Trade policy and health: from conflicting interests to policy coherence. *Bull World Health Organ* 2007; 85:169-173.
65. Sanger M & Sinclair S. Putting Health First: Canadian Health Care Reform, Trade Treaties and Foreign Policy (Canadian Centre for Policy Alternatives for the Commission on the future of health care in Canada, Ottawa, 2002.
66. Stiglitz J E. *Globalization and its Discontents*. New York: Norton Press; 2002 288p.

2º Artigo (formatado para tradução e submissão à *BMC Health Services Research*)- versão preliminar sujeita a revisão. Não citar

Estudo seccional seriado da estrutura e terceirização de laboratórios de análises clínicas no Brasil. 2002, 2005, 2009.

Serial cross-sectional study on structure and outsourcing in clinical laboratories in Brazil. 2002, 2005, 2009.

Maria Angélica Borges dos Santos¹, Sonia Regina Lambert Passos², Klívia Brayner de Oliveira³.

- 1- NUTEC Escola Nacional de Saúde Pública / Fiocruz, Secretaria Municipal de Saúde - RJ – Coordenação Tecnologia em Saúde
- 2- Laboratório de Epidemiologia Clínica – Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas – Fiocruz
- 3- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Coordenação de Pesquisas e Indicadores Sociais

This study is part of Maria Angélica Borges dos Santos' PhD Thesis "*Contracting-out health services in the Brazilian Unified Health System: the case of clinical laboratories*". Programa de Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

Resumo

As análises clínicas tiveram recentes mudanças tecnológicas e de organização setorial, refletindo-se na oferta e terceirização de subespecialidades de exames, que não haviam sido analisadas no Brasil. **Objetivo:** Descrever a estrutura dos laboratórios públicos e privados e padrões de oferta e terceirização de exames ao sistema público (SUS). **Método:** Estudo seccional seriado usando censos nacionais de estabelecimentos de saúde (AMS/ IBGE) de 2002, 2005 e 2009. Analisadas frequências simples de variáveis de estrutura (tipo de atendimento, equipamentos e postos de trabalho) de postos de coleta e laboratórios públicos e privados; e pontos de oferta e terceirização de subespecialidades de exames nos laboratórios segundo financiamento público (SUS) ou de planos de saúde. **Resultados:** Em 2009, o Brasil tinha 24.191 postos de coleta e 4.917 laboratórios públicos, e 8.426 postos de coleta e 11.739 laboratórios privados. Os crescimentos em relação 2002 foram, respectivamente, de 31,3%, 27,6%, 119,4% e 64%. Postos de trabalho caíram 6% em laboratórios públicos e aumentaram 17,7% nos privados. Equipamentos laboratoriais variaram 10,8% (2002-5) e -5,4% (2005-8), nos laboratórios públicos e 19,7% e 20,6%, nos privados. Entre os laboratórios privados, 51,5%, em 2002, e 43,7%, em 2009, prestavam serviços ao SUS e 86% e 89,6% a planos de saúde nesses mesmos anos. O total de laboratórios que prestam serviços ao SUS cresceu 27,3% (públicos) e 39,1% (privados) e a planos 70,9%. A oferta de todas as subespecialidades, exceto biologia molecular, caiu nos laboratórios públicos. Em 2002, laboratórios privados tinham 9,5% mais oferta de subespecialidades de exames ao SUS do que os públicos; a diferença aumentou para 28,8% em 2009. O percentual de subespecialidades terceirizadas cresceu nos laboratórios públicos SUS (de 7,8% para 11,9%), mas pouco variou nos privados SUS (de 15,5% para 15,2%) e privados planos (de 17,3% para 17,7%). **Conclusão:** A quantidade de laboratórios que prestam serviços a planos privados cresceu mais do que os que prestam serviços ao SUS. Ainda assim, no SUS a participação de laboratórios privados cresce relativamente a públicos e as terceirizações vem aumentando mais do que em laboratórios privados. A queda nos equipamentos e postos de trabalho e o crescimento das terceirizações em laboratórios públicos reforçam o panorama de substituição prestadores públicos por prestadores privados no SUS.

Descritores: patologia clínica; serviços terceirizados; avaliação de serviços de saúde; acesso aos serviços de saúde.

Keywords: pathology, clinical; outsourced services; health service evaluation; health services accessibility.

Estudo seccional seriado da estrutura e terceirização de laboratórios de análises clínicas no Brasil. 2002, 2005, 2009.

As análises clínicas são um componente importante da assistência à saúde. Resultados de exames laboratoriais contribuem para 70% das decisões sobre internações, altas, diagnóstico, prognóstico e terapia e para até 7% dos custos da saúde pública (Pansini, 2002) [1]. No atendimento hospitalar, podem ser responsáveis por 6% dos custos de pacientes cirúrgicos e 9% dos custos para pacientes clínicos. [2](Young et al, 2000)

A especialidade foi transformada por substanciais inovações tecnológicas e organizacionais nos últimos vinte anos – uso intensivo de automação no processamento de exames e transmissão de resultados, com grandes aumentos da produtividade [3] (Blanckaert, 2010); implementação de modalidades inovadoras de organização empresarial para viabilizar a atualização tecnológica, inclusive associação com o capital financeiro [4] (France et al, 2002); constituição de empresas de medicina diagnóstica oligopólicas com capital aberto e ações nas Bolsas de Valores; além de crescente padronização dos processos de trabalho, com terceirizações seletivas de exames de algumas subespecialidades para os chamados laboratórios de apoio ou referência[5] (Veloso, 2004).

Nesse mesmo período, no Brasil, avanços no Sistema Único de Saúde (SUS), notadamente a expansão da Atenção Básica pela Estratégia de Saúde da Família [6] (Paim et al, 2011), e a crescente adesão da população a planos de saúde privados⁴³ acarretam uma ampliação da demanda por exames laboratoriais, com impactos na estrutura dos laboratórios Segundo o Sistema de Informações Ambulatoriais, entre 2000 e 2010 a quantidade de exames de análises clínicas financiadas pelo SUS mais do que dobrou ultrapassando meio bilhão de testes. Simultaneamente, um número cada vez maior de grandes municípios brasileiros passou a contratar prestadores privados para exercer essa atividade no lugar de laboratórios públicos.

Tradicionalmente, no SUS, as análises clínicas integram o chamado “gargalo da média complexidade,” onde há reconhecidas dificuldades de acesso [7] (Spedo et al, 2010). A terceirização de serviços de análises clínicas no SUS abrange tanto terceirizações seletivas de algumas subespecialidades, com envio de amostras para um prestador externo - caracterizando uma tendência à subespecialização dos laboratórios observada no segmento de laboratórios clínicos nos últimos 20 anos [5] - quanto contratação direta de laboratórios privados para atendimento a pacientes do SUS- caracterizando uma abdicação da atuação no segmento.

⁴³ Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informações da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2010.

Tradicionalmente, onde não havia prestadores públicos, o SUS celebrava convênios com laboratórios privados e encaminhava os pacientes para prestadores “privados SUS”, em geral pequenos laboratórios de base familiar (Seki et al, 2003)[8]. Um novo cenário de prestação de serviços de análises clínicas no SUS iniciou-se no século XXI, a partir da conjunção das inovações tecnológicas setoriais e de transformações nos modelos de gestão do sistema de saúde brasileiro. Assim, vários gestores de Estados e grandes municípios passaram a optar pela prestação de serviços de saúde via Organizações Sociais de Saúde ou pela compra direta de serviços laboratoriais a prestadores privados comerciais⁴⁴ (Brasil, 2006). Mediante a compra de serviços laboratoriais, aumenta a terceirização de exames de laboratórios públicos para grandes laboratórios privados, que podem atuar processando exames no interior dos estabelecimentos públicos ou apenas recolhendo as amostras biológicas para processamento em seus laboratórios de apoio.

Embora esse cenário indique grandes transformações na organização das análises clínicas no Brasil [9](Cavalcanti, 2005), não há estudos que dimensionem essas mudanças de forma sistematizada. Dados sobre a estrutura dos laboratórios e terceirização em análises clínicas foram coletados nas pesquisas de Assistência Médico-Sanitária (AMS/IBGE) realizadas em 2002, 2005 e 2009, mas não foram consolidados para essa finalidade.

O objetivo deste trabalho foi, a partir de dados das AMS do IBGE, comparar as estruturas (tipo de atendimento, equipamentos e recursos humanos) de estabelecimentos de saúde públicos e privados brasileiros que oferecem serviços de análises clínicas e os padrões de terceirização e oferta de subespecialidades segundo a prestação de serviços ao SUS ou a planos de saúde, dimensionando as mudanças de estrutura e pontos de oferta nas subespecialidades de exames no período.

Método

Estudo seccional dos estabelecimentos em atividade que somente coletam (postos de coleta) ou realizam exames (laboratórios) de análises clínicas e variáveis de estrutura a eles relacionadas identificadas nos Bancos de dados da Pesquisa da Assistência Médico-Sanitária (AMS/IBGE) dos anos 2002, 2005, 2009. A AMS/IBGE (IBGE, 2010) [10] é um censo nacional de estabelecimentos de saúde definidos como aqueles com mais de três profissionais de saúde.

⁴⁴ BRASIL, Portaria nº 358 de 22 de fevereiro de 2006. Institui diretrizes para contratação de serviços assistenciais no âmbito do Sistema Único de Saúde. D.O.U. Imprensa Nacional. Edição número 39 de 23/02/2006.

Três bancos de dados (2002, 2005 e 2009) da AMS foram editados no formato SPSS Win 17.0. Os estabelecimentos privados foram agrupados a partir da esfera administrativa com e sem fins de lucro. Estabelecimentos públicos foram definidos pela variável esfera administrativa reunindo-se federal, estadual e municipal. São incluídos como públicos exclusivamente estabelecimentos da administração direta, fundações de direito público e autarquias, sendo as Organizações Sociais de Saúde e novos modelos de gestão privada classificadas como estabelecimentos privados sem fins de lucro.

Para restringir os bancos de dados aos estabelecimentos que realizam exames de análises clínicas (com laboratório), a variável prestação dos serviços de análises clínicas foi recodificada como sim (1) a partir de computação de pelo menos um exame em qualquer modalidade de financiamento (SUS/particular/convênio), das subespecialidades do Bloco 12 - bacteriologia ou microbiologia; hematologia (2005 e 2009); biologia molecular (2005 e 2009); parasitologia; urina; imunologia; baciloscopia; bioquímica; informado no modo de produção 1 ou 2.

O modo de produção refere-se à forma de organização da produção das subespecialidades de análises clínicas no estabelecimento e incluem a oferta de serviço: 1) próprio no estabelecimento; 2) terceirizado/contratado no estabelecimento; 3) próprio fora do estabelecimento; e 4) terceirizado, contratado fora do estabelecimento. As instruções para preenchimento solicitavam a indicação do principal modo de produção, segundo uma hierarquia que prioriza a realização no próprio estabelecimento, seguida dos modos de produção na sequência acima.

Para os três anos pesquisados, analisou-se a estrutura de estabelecimentos que informaram somente coletar exames (postos de coleta) ou realizar exames de análises clínicas (com laboratório). Foram descritas as frequências absolutas pertinentes de equipamentos específicos (microscópio, centrífuga, contador de células, aparelho de gasometria e computador ligado à internet) em uso (excluídos aqueles com mais de 6 meses sem uso); os recursos humanos específicos para a especialidade (técnico e auxiliar de laboratório, patologista e bioquímico/farmacêutico) e o tipo de atendimento prestado: “Com internação” (instalações para permanência por mais de 24 horas) ou “Sem internação” (atendimento ambulatorial ou de emergência), “Simplificado” (*proxies* de unidades de Programa de Saúde da Família) ou “Serviços de apoio à diagnose e terapia” (SADT), segundo a esfera administrativa pública e privada. Para 2002, as definições de auxiliar e técnico de laboratório não diferiram segundo a escolaridade fundamental ou média e não foi informado quantitativo de patologistas. Não havia informação para estabelecimentos exclusivos “somente coleta” para o ano de 2005.

Posteriormente os laboratórios foram analisados segundo financiamento dos exames pelo SUS ou planos de saúde (modalidades de financiamento SUS e convênio), criando-se três categorias - laboratórios públicos que prestam serviços ao SUS (“público SUS”), laboratórios privados que prestam serviços ao SUS (“privado SUS”) e laboratórios privados com convênio com planos de saúde (“privado plano de saúde”). As classificações “privado SUS” e “privado plano de saúde” não são mutuamente excludentes, pois um mesmo laboratório pode prestar serviços ao SUS e a planos de saúde.

Foram consolidados, para as três categorias de laboratório, os pontos de oferta e de terceirização de subespecialidades, divididos em básicas (hematologia, bioquímica, urina, parasitológico e baciloscopia) e não básicas (microbiologia, imunologia, biologia molecular). Na análise das terceirizações, os pontos de oferta foram descritos segundo a realização de exames por laboratório próprio (modos de produção 1 e 3) e por laboratório de terceiros (modos de produção 2 e 4).

A análise consistiu em estatísticas descritivas simples de frequência (absoluta e relativa) das variáveis de interesse segundo o ano e esfera administrativa.

Resultados

Evolução da capacidade instalada pública e privada em análises clínicas

Em 2009, existiam no Brasil 24191 postos de coleta e 4917 laboratórios públicos, e 8426 postos de coleta e 11739 laboratórios privados. Os crescimentos em relação 2002 foram, respectivamente, de 31,3%, 27,6%, 119,4% e 64%. (Tabelas 1 e 2)

Assim, em 2002, 58,1% dos estabelecimentos de saúde públicos brasileiros tinham postos de coleta e/ou realizavam exames de análises clínicas, comparativamente a 40,7% dos privados (Tabelas 1 e 2). Em 2009, essa diferença diminuiu substancialmente (públicos, 54,6%,; privados,47,2%). Postos de coleta compreendem mais de 80% da capacidade instalada pública e laboratórios mais da metade da capacidade instalada privada em análises clínicas no país.

Estrutura de serviços públicos e privados para coleta de exames

Em 2002, os postos de coleta públicos situavam-se predominantemente em estabelecimentos sem internação (65,0%). Em 2009, predominavam em estabelecimentos simplificados públicos (57,9%) e estabelecimentos SADT privados (48,5%). Em 2002, menos de 5 % dos postos de coleta públicos tinham centrífuga e auxiliar ou técnico de laboratório, comparado a pouco menos de um quarto dos postos de coleta privados. Em 2009, os

percentuais foram inferiores a 10% para públicos e pouco menos da metade para os privados. Acesso a internet foi referido por 14,2% dos públicos e 58,7% dos privados em 2009 (tabela 1).

Entra Tabela 1

Estrutura de serviços com laboratórios que realizam exames

Um décimo dos estabelecimentos de saúde públicos e pouco mais de um quarto dos privados brasileiros tinham laboratórios de análises clínicas no período analisado.

Entra Tabela 2

Os laboratórios públicos corresponderam, em números absolutos, à metade dos privados. Entre 2002 e 2009, diminuiu a participação de laboratórios situados em estabelecimentos com internação, tanto públicos (41,4 % em 2002 e 35,9 % em 2009) quanto privados (28,0 % em 2002 e 17,3 % em 2009). Parece consolidar-se um padrão de concentração dos laboratórios de análises clínicas privados em estabelecimentos SADT (60,0% do total em 2002 e 72,8 % do total em 2009). Em estabelecimentos públicos, os laboratórios de análises clínicas predominam em estabelecimentos sem internação (51% em 2002 e 48,7%) (tabela 2).

Os postos de trabalho para análises clínicas decresceram em estabelecimentos públicos (mediana de 6%) comparativamente a um aumento de 17,7% nos privados. Entre 2005 e 2009, o aumento dos postos de trabalho nos laboratórios privados foi proporcionalmente menor para auxiliares de laboratório (7,6%) e maior para patologistas (71,7%) (tabela 2).

O parque de equipamentos laboratoriais analisado aumentou 10,8% entre 2002 e 2005 e decresceu 5,4% entre 2005 e 2009 nos laboratórios públicos, enquanto, nos privados, aumentou 19,7% e 20,6% nos mesmos períodos. A mediana de aumento foi de 35,1% nos estabelecimentos privados comparada a 9% nos públicos (tabela 2).

Presença de computadores com acesso a internet foi referida por 49,8% e 74,0% dos estabelecimentos públicos e por 73,5% e 80,5% dos privados, respectivamente, para os anos de 2005 e 2009 (tabela 2).

Entra Tabela 3

Oferta de subespecialidades e padrões de terceirização para o SUS e Planos

Entre 2002 e 2009, os laboratórios públicos que prestam serviços ao SUS cresceram 27,3%. Entre os laboratórios privados, cresceu em 39,1% a prestação de serviços ao SUS e em 70,9% a prestação de serviços a planos de saúde (tabela 3).

A oferta relativa de todas as subespecialidades, exceto biologia molecular, caiu nos laboratórios públicos do SUS. A subespecialidade com maior queda relativa foi a microbiologia (presente em 67,2% dos laboratórios em 2002 e em 58,3% em 2009). Os laboratórios privados que prestam serviços ao SUS mantiveram um perfil de oferta de subespecialidades básicas estável, acrescido de aumento relativo nas subespecialidades mais complexas (não básicas). Esse perfil comparativo indica crescimento na participação relativa de laboratórios privados no atendimento a pacientes do SUS em todas as subespecialidades. Os laboratórios privados que realizam exames para planos mantiveram seu perfil de oferta de subespecialidades entre 2002 e 2005, mas apresentaram queda média de 8% na oferta relativa de todas as subespecialidades entre 2005 e 2009, exceto em biologia molecular (aumento de 6,6%).

A subespecialidade com maior queda relativa entre 2002 e 2009, tanto em laboratórios privados que prestam serviços ao SUS ou a planos, foi a baciloscopia. A queda foi mais acentuada nos laboratórios que prestam serviços a planos (82,6% ofereciam a subespecialidade em 2002 e 67,5% em 2009). Biologia molecular foi a subespecialidade cuja oferta mais cresceu em todos os tipos de laboratório, sendo este crescimento maior nos laboratórios privados do que nos públicos.

Nas três categorias de laboratórios, há predomínio das terceirizações nas especialidades não básicas (microbiologia, imunologia, biologia molecular). Na biologia molecular, a terceirização é mais comum do que a realização dos exames no próprio laboratório nos laboratórios privados. A oferta dessa subespecialidade em laboratórios privados que prestam serviços a planos de saúde era o dobro dos laboratórios públicos e privados somados que prestam serviços ao SUS (tabela 3).

Entra Tabela 4

Os pontos de oferta privados de subespecialidade ao SUS cresceram comparativamente aos públicos. Em 2002, havia 9,5% mais pontos de oferta de subespecialidades de análises clínicas ao SUS em laboratórios privados do que nos públicos e essa diferença aumentou para 28,8% em 2009 (tabela 4).

Entretanto, o crescimento de pontos de oferta de subespecialidades ao SUS foi menor que a dos planos. Em 2002, a oferta de subespecialidades ao SUS superava a oferta disponível

aos planos de saúde (38099 SUS para 33999 planos). Ao contrário, em 2009, havia maior oferta de subespecialidades aos planos do que ao SUS (59963 para o SUS e 65526 para planos).

A terceirização de subespecialidades básicas e não básicas cresceu nos laboratórios públicos do SUS (7,8% para 11,9%), mas pouco variou nos laboratórios privados que prestam serviços ao SUS (15,5% para 15,2%) ou a planos de saúde privados (de 17,3% para 17,7%). Nos laboratórios privados, que prestam serviços a planos houve uma queda relativa na terceirização em especialidades básicas.

Discussão

O presente trabalho mostra a contribuição de uma base de dados nacional de estabelecimentos de saúde para analisar a estrutura das análises clínicas e suas mudanças ao longo de quase uma década. Os resultados indicam: expansão dos laboratórios privados com aumento de postos de coleta e da prestação de serviços ao SUS e a planos de saúde; menor investimento em laboratórios próprios e predomínio de postos de coleta no setor público; redução relativa dos laboratórios hospitalares e predomínio de laboratórios sediados em estabelecimentos SADT privados; e crescimento da terceirização em todas as subespecialidades nos laboratórios públicos e das de exames complexos nos laboratórios privados.

Ainda que, na literatura internacional, descrições da organização desse setor de análises clínicas não sejam raras [3, 11,12,13,14](Blanckaert, 2010;Conn & Snyder, 1997; Plebani, 1999; Oppolzer & Muller, 1999; Guidi & Lippi, 2006), somente um estudo prévio, restrito a uma região metropolitana do país, foi identificado na literatura indexada nacional (Antunes et al, 1985)[15].

A capilaridade do Programa de Saúde da Família parece ter favorecido a ampliação dos locais que somente coletam exames no SUS. Um inquérito sobre oferta de serviços de laboratórios nos EUA apontou 186.734 locais com coleta ou realização de exames, sendo 55,4% consultórios médicos [16] (Kricka et al, 1997). Este configura um padrão de organização da especialidade nesse país e em outros, como a Áustria (Oppolzer & Muller, 1999)[13], que pode estar sendo parcialmente replicado pela coleta de exames nos PSF no Brasil.

Ainda que seja obrigatório existirem centrífuga e profissional técnico ou auxiliar de laboratório em postos de coleta [17] (Brasil, 2003), menos de 10% dos postos de coleta públicos e pouco menos da metade dos privados atendiam esse requisito em 2009. Chama a atenção também o baixo crescimento de equipamentos e recursos humanos nos laboratórios

públicos comparativamente aos privados a partir de 2005, sugerindo uma possível desativação desses últimos.

Essa impressão é reforçada pela diminuição relativa da oferta de várias subespecialidades de exames em laboratórios públicos. Um estudo estimou em 12.000 o total de laboratórios no Brasil e considerou que 5.000 deles pouco se diferenciavam de postos de coleta (Mc Evoy, 2010)[18]. O presente estudo indicou que 20% dos laboratórios públicos e 5 a 10 % dos privados podem recair nessa situação, pois não ofertariam nem mesmo as subespecialidades de hematologia e bioquímica, que integram o conjunto das quatro mais básicas. Em 2009, quase 300 estabelecimentos públicos classificados como laboratórios processavam apenas exames de urina e parasitológico, que ainda tendem a ser realizados por técnicas não automatizadas.

A comparação entre oferta de subespecialidades a planos e ao SUS no período sugere que tenham aumentado as diferenças de acesso entre essas populações de pacientes, principalmente para exames mais complexos. Laboratórios privados que prestam serviços ao SUS cresceram menos do que os conveniados a planos e não modificaram seu perfil de oferta de subespecialidades.

Laboratórios privados que prestam serviços a planos cresceram pouco mais de 70% em sete anos. Especificamente entre 2005 e 2009, houve crescimento relativo da oferta de biologia molecular, com queda relativa da oferta de todas as demais especialidades e de terceirizações nas especialidades básicas. Isto pode indicar uma estratégia de diferenciação com investimento diferenciado em subespecialidades mais complexas e especialização em exames mais sofisticados. Esta suposição é sustentado por relatos do crescimento do chamado segmento *premium*, que movimenta R\$1,4 bilhões, realiza exclusivamente exames sofisticados e concentra pequenos laboratórios.⁴⁵

Ainda tenha havido uma redução relativa nos laboratórios privados que prestam serviços ao SUS, em termos absolutos houve crescimento de 39%. No mesmo período, houve queda de quase 20% no número absoluto de estabelecimentos hospitalares (com internação) privados prestadores de serviços ao SUS [10](IBGE, 2010). Comparativamente a outros segmentos de atenção, portanto, as análises clínicas parecem continuar a ser um segmento atrativo para prestadores privados do SUS.

A transição de laboratórios hospitalares para laboratórios fisicamente afastados da prática clínica, e a segmentação, em distintos estabelecimentos, das etapas de coleta e processamento de exames facilita a transformação dos exames de análises clínicas em

⁴⁵ Bruno de Oliveira. **Dasa busca classes A e B por fatia em mercado de R\$ 1,4 bi.** *Diário Comércio, Indústria e Serviços*. Edição 2438. 6 dez. 2011

“serviços biomédicos,” comercializados como “*commodities*.” (Langlois & Wallemacq, 2009; France et al, 2002)[4,19].

Esse panorama, juntamente com a tendência a queda relativa da oferta de subespecialidades como baciloscopia e microbiologia nos laboratórios, caracteriza um processo de substituição tecnológica [20] (Cutler & McLellan, 2001), que pode indicar ou criar as bases para uma subversão das regras de diagnóstico médico e predomínio de regras comerciais [4], inclusive com indução da priorização de exames mais sofisticados em detrimento dos básicos.

Uma limitação deste estudo decorre do fato de não serem ainda diretamente pesquisadas na AMS/IBGE tecnologias atuais de processamento de exames (automação ou semi-automação) nem existência de sistemas de informação para gerenciamento de processos laboratoriais e resultados à distância. Isto prejudica a avaliação da estrutura, pois os equipamentos de suporte analisados podem não refletir a qualidade de um parque tecnológico de análises clínicas.

Outra limitação está relacionada às definições de variáveis. A variável coleta de exames, por exemplo, não limita explicitamente o material biológico àqueles processados pela especialidade análises clínicas e podem ter sido incluídos entre os postos de coleta locais que colhem apenas os materiais de biópsia e citologia, processados pela anatomia patológica, superestimando-se esses estabelecimentos. Além disso, a informação sobre modo de produção permite apenas registrar um deles, priorizando-se a produção própria no estabelecimento. Assim, a magnitude das terceirizações pode estar sendo subestimada.

Conclusão

Os laboratórios que prestam serviços a planos privados cresceram mais do que os que prestam serviços ao SUS. Ainda assim, a participação de laboratórios privados no SUS superou o dos laboratórios públicos e vem aumentando. A queda nos equipamentos e postos de trabalho e o crescimento das terceirizações em laboratórios públicos reforçam o panorama de substituição prestadores públicos por prestadores privados no SUS.

Em que pese as limitações, este estudo relativamente simples fornece um panorama dos laboratórios clínicos no Brasil na década e apreciou, ainda que tangencialmente, aspectos de estrutura e acesso segundo modelo proposto por Liu et al (2007)[21], e pela Cochrane em revisão sobre terceirização em serviços de saúde [22] (Lagarde e Palmer, 2009).

Agradecimentos. Este trabalho contou com apoio do Programa de Apoio à Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública-Fundação Oswaldo Cruz (INOVAENSP), na edição dos bancos de dados das pesquisas da AMS. S.R.L.P. é bolsista JCNE da Fundação Carlos Chagas de Amparo à Pesquisa do Rio de Janeiro (FAPERJ)

Referências

1. Pansini, N **The national health system: future possibilities for the clinical laboratory.** *Clinica Chimica Acta* 2002; **319**: 101-105.
2. Young DS Sachois BS Jeffries LS. **Laboratory costs in the context of disease.** *Clin Chem* 2000, **46**: 967-75.
3. Blanckaert N. **Clinical pathology services: remapping our strategic itinerary.** *Clin Chem Lab Med* 2010; **48**: 919 -25.
4. France N, Smith JF, Lawrence S. **Pathology services as a pilot for market-led control of health services in New Zealand.** *Public Management Review* 2002; **4**:1-22.
5. Veloso GG. **Análise de terceirizações em serviços de apoio diagnóstico e terapêutico em São Paulo: aplicação de modelos de decisão.** Dissertação de mestrado. Fundação Getúlio Vargas, Departamento de Administração de Empresas, 2005.
6. Paim, Jairnilson; Travassos, Claudia; Almeida, Celia; Mackinco, James. **The Brazilian health system: history, advances, and challenges.** *Lancet*, 2011, **377** (9779): 178-179.
7. Spedo SM Pinto NRS Tanaka OU. **O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo.** *Physis* 2010; **20** (3): 953-972.
8. Seki M, Pereira Junior, PG, Seki MO et al. **A inovação de valores nos laboratórios clínicos.** *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial* 2003,**39**(3):211-214.
9. Cavalcanti R. *Globalização na área de saúde: os processos de aquisição e fusão dos laboratórios de análises clínicas no Brasil e suas implicações.* Rio de Janeiro. Qualitymark, 2005.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária 2009.* Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
11. Conn RB, Snyder JW. **Changes in the American health care system: crisis in the clinical laboratory.** *Clinica Chimica Acta* 1997, **267**: 33-49.

12. Plebani M. **The changing face of clinical laboratories.** *Clin Chem Lab Med* 1999; **37**:711– 7.
13. Oppolzer Elisabeth M & Muller Mathias M.. **Health care system and laboratory medicine in Austria: present status and future perspectives.** *Clinica Chimica Acta* 1999, **267**: 37-55.
14. Guidi GC, Lippi G. **Laboratory medicine in the 2000s: programmed death or rebirth?** *Clin Chem Lab Med* 2006, **44**(8): 913-917.
15. Antunes CMF, Chiari CA, Lucena BNC. **Laboratório de análises e patologia clínica em Belo Horizonte MG (Brasil). Classificação quanto ao atendimento e exames realizados.** *Rev. Saúde Publ* 1985, **19**:79-87.
16. Kricka LJ, Parsons D, Coolen RB. **Healthcare in the United States and the practice of laboratory medicine.** *Clinica Chimica Acta* 1997, **267**: 5-32.
17. Brasil. Ministério de Saúde. *Manual de apoio a gestores do SUS: organização da rede de laboratórios clínicos.* Brasília, Ministério da Saúde, 2003.
18. Mc Evoy C. **Assessing IVD markets of Brazil and Mexico.** *IVD Technology* 2010, **16**(7):10-16.
19. Langlois MR, Wallemacq P. **The future of hospital laboratories. Position statement of the Royal Belgian Society of Clinical chemistry (RBSCC).** *Clinical Chemical Laboratory Medicine*, 2009, **47**(10): 1195-1201.
20. Cutler DM, McClellan, M. **Is technological change in medicine worth it?** *Health Affairs* 2001, **20**(5):11-29.
21. Liu X, Hotchkiss DR, Bose S. **The impact of contracting-out in health system performance: a conceptual framework.** *Health Policy* 2007, **82**: 200-211.
22. Lagarde M, Palmer N. **The impact of contracting out on health outcomes and use of health services in low and middle-income countries.** *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009 Issue **4**, Art No CD008133, 2009.

Tabela 1: Características de estabelecimentos que somente coletam exames.

Brasil. 2002 e 2009				
	Públicos		Privados	
	2002	2009	2002	2009
Total	18428	24191	3841	8426
Tipo de atendimento				
Com internação	690	1125	1238	1716
Sem internação	11970	8791	1404	2472
SADT	45	270	1134	4085
Simplificado	5723	14005	65	153
Infra-estrutura				
Centrifuga	929	2032	1031	3739
Computador conectado a internet		3444		4950
RH				
Auxiliar/Tecnico de laboratorio	803	2598	1047	4166

Fonte: Microdados. Pesquisas da Assistência Médico-Sanitária/IBGE 2002 e 2009. Elaboração das autoras

Tabela 2: Características de estabelecimentos de saúde que possuem laboratório de análises clínicas. Brasil. 2002, 2005, 2009.

	Públicos			Privados		
	2002	2005	2009	2002	2005	2009
Total de estabelecimentos	38347	45089	52021	26996	31915	42049
Tipo de atendimento						
Com internação	2588	2727	2839	4809	4428	4036
Sem internação	35086	41260	47414	11342	14068	20487
SADT	673	1102	1768	10845	13419	17526
Estabelecimentos com laboratório	3854	4375	4917	7158	9253	11739
Tipo de atendimento						
Com internação	1600	1736	1777	2188	2022	2030
Sem internação	1964	2168	2392	713	911	1169
SADT	290	471	748	4257	6320	8540
Infra-estrutura						
Microscópio	3249	3552	3455	5861	6879	8249
Centrifuga	3010	3318	3207	5816	7245	9089
Contador de células	2367	2701	2619	4706	5698	7184
Espectrofotômetro	1588	1730	1359	3979	4701	5022
Equipamento de gasometria	270	309	342	716	708	888
Computador conectado a internet	-	2177	3664	-	6800	9447
Recursos humanos						
Patologista	-	298	296	-	724	1243
Farmacêutico/bioquímico	3395	3734	3705	5911	6908	8806
Auxiliar de laboratório	524	2621	2106	713	4522	4865
Técnico de laboratório	2576	2330	2354	4201	3462	4861

Fonte: Microdados das Pesquisas da Assistência Médico-Sanitária/IBGE. 2002, 2005, 2009. Elaboração das autoras

Tabela 3: Subespecialidades e modo de produção em laboratórios por esfera administrativa e financiador. Brasil. 2002, 2005, 2009.									
	Públicos SUS			Privados SUS			Privados Planos de Saúde		
	2002	2005	2009	2002	2005	2009	2002	2005	2009
Total de laboratórios	3755	4273	4805	3686	4451	5128	6156	7935	10521
Pontos de oferta das subespecialidades, segundo modo de produção									
Hematologia		3502	3843		4125	4868		7428	9128
Exames realizados por laboratório próprio	-	3185	3421	-	3665	4361	-	6493	8040
Exames realizados por terceiros	-	317	422	-	460	507	-	935	1088
Bioquímica	3353	3575	3938	3582	4245	4902	5966	7527	9096
Exames realizados por laboratório próprio	3138	3292	3538	3068	3732	4365	5032	6541	7972
Exames realizados por terceiros	215	283	400	514	513	537	934	986	1124
Urina	3520	3900	4202	3609	4298	4989	5999	7654	9266
Exames realizados por laboratório próprio	3341	3627	3812	3105	3792	4455	5073	6661	8149
Exames realizados por terceiros	179	273	390	504	506	534	926	993	1117
Parasitologia	3550	3882	4218	3573	4254	4965	5956	7593	9202
Exames realizados por laboratório próprio	3374	3610	3841	3082	3759	4425	5036	6611	8082
Exames realizados por terceiros	176	272	377	500	495	531	920	982	1120
Baciloscopia)	2785	3108	3322	2941	3159	3631	5085	5937	7099
Exames realizados por laboratório próprio	2498	2709	2809	2439	2629	2991	4111	4857	5704
Exames realizados por terceiros	287	399	513	502	521	640	974	1080	1395
Microbiologia	2523	2442	2803	3152	3641	4370	5556	6895	8564
Exames realizados por laboratório próprio	2202	2041	2266	2630	3057	3603	4493	5658	6932
Exames realizados por terceiros	321	401	537	522	584	767	1063	1237	1632
Imunologia	2463	2863	3108	3039	3737	4451	5437	7016	8584
Exames realizados por laboratório próprio	2219	2475	2643	2521	3157	3744	4378	5724	7023
Exames realizados por terceiros	244	388	465	518	580	707	1059	1292	1561
Biologia molecular		582	771		1051	1591		2926	4587
Exames realizados por laboratório próprio	-	322	426	-	457	666	-	1215	2014
Exames realizados por terceiros	-	260	345	-	594	925	-	1711	2563

Fonte: Microdados das Pesquisas da Assistência Médico-Sanitária/IBGE 2002, 2005, 2009. Elaboração das autoras

* Não há dados para hematologia e biologia molecular em 2002

Tabela 4: Pontos de oferta e terceirização segundo complexidade de subespecialidades, esfera administrativa e financiador									
	Brasil. 2002, 2005 e 2009								
	Públicos SUS			Privados SUS			Privados Planos de Saúde		
	2002*	2005	2009	2002*	2005	2009	2002*	2005	2009
Total de pontos com oferta terceirizada	1422	2593	3109	2610	4253	5148	5876	9216	11600
Total de pontos de oferta das subespecialidades	18194	23854	26205	19905	28501	33758	33999	52976	65526
% de terceirização	7,8	10,9	11,9	15,6	14,9	15,2	17,3	17,4	17,7
Subespecialidades básicas (1)									
Total de pontos com oferta terceirizada	857	1544	1722	1570	2495	2749	3754	4976	4864
Total de pontos de oferta das subespecialidades	13208	17967	19523	13714	20072	23346	23006	36139	43791
% de terceirização	6,5	8,6	8,8	11,4	12,4	11,8	16,3	13,8	11,1
Subespecialidades não básicas(2)									
Total de pontos com oferta terceirizada	565	1049	1347	1040	1758	2140	2122	4240	5756
Total de pontos de oferta das subespecialidades	4986	5887	6682	6191	8429	10412	10993	16837	21735
% de terceirização	11,3	17,8	20,2	16,8	20,9	20,6	19,3	25,2	26,5

Fonte: Microdados das Pesquisas da Assistência Médico-Sanitária/IBGE 2002, 2005, 2009. Elaboração das autoras

* Não há dados para hematologia e biologia molecular em 2002

(1) Inclui hematologia, bioquímica, urina, parasitológico e baciloscopia

(2) Inclui microbiologia, imunologia e biologia molecular.

Artigo 3

Indicadores de desempenho e decisão sobre terceirização em rede pública de laboratórios

Performance indicators and decision
making for outsourcing public health
laboratory services

SANTOS, Maria Angelica Borges dos; MORAES, Ricardo Montes de and PASSOS, Sonia Regina Lambert. **Performance indicators and decision making for outsourcing public health laboratory services**. *Rev. Saúde Pública* . 2012, vol.46, n.3, pp. 456-465.

This study is part of Maria Angélica Borges dos Santos' PhD Thesis "*Contracting-out health services in the Brazilian Unified Health System: the case of clinical laboratories*". Programa de Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

RESUMO

OBJETIVO: Elaborar indicadores de desempenho e terceirização em rede de laboratórios clínicos, baseados em sistemas de informações e registros administrativos públicos.

MÉTODOS: A rede tinha 33 laboratórios com equipamentos automatizados, mas sem informatização, 90 postos de coleta e 983 funcionários, no município de Rio de Janeiro, RJ. As informações de registros foram obtidas de registros administrativos do Sistema de Informações de Orçamentos Públicos para a Saúde e do Sistema de Informações Ambulatoriais e Hospitalares do Sistema Único de Saúde. Os indicadores (produção, produtividade, utilização e custos) foram elaborados com dados colhidos como rotina de 2006 a 2008. As variações da produção, custos e preços unitários dos testes no período foram analisadas por índices de Laspeyres e de Paasche, específicos para medir a atividade dos laboratórios, e pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

RESULTADOS: A produção foi de 10.359.111 testes em 2008 (aumento de 10,6% em relação a 2006) e a relação testes/funcionário cresceu 8,6%. As despesas com insumos, salários e prestador conveniado aumentaram, respectivamente 2,3%, 45,4% e 18,3%. Os testes laboratoriais por consulta e internação cresceram 10% e 20%. Os custos diretos totalizaram R\$ 63,2 milhões em 2008, com aumento de 22,2% em valores correntes no período. Os custos diretos deflacionados pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (9,5% para o período) mostram aumento do volume da produção de 11,6%. O índice de volume específico para a atividade, que considera as variações do mix de testes, mostrou aumento de 18,5% no preço unitário do teste e de 3,1% no volume da produção.

CONCLUSÕES: Os indicadores, em especial os índices específicos de volume e preços da atividade, constituem uma linha de base de desempenho potencial para acompanhar laboratórios próprios e terceirizados. Os indicadores de desempenho econômicos elaborados mostram a necessidade de informatização da rede, antecedendo a decisão de terceirização.

DESCRITORES: Indicadores de Serviços. Laboratórios, organização & administração. Automação Laboratorial. Serviços Terceirizados. Sistemas de Informação em Laboratório Clínico, utilização. Custos e Análise de Custo. Tomada de Decisões Gerenciais.

INTRODUÇÃO

A área de análises clínicas, como a de apoio diagnóstico em geral, vem ganhando destaque nos cuidados de saúde e como atividade econômica. Consulta às bases do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) mostra que procedimentos de diagnóstico em laboratórios clínicos foram responsáveis em 2009 por R\$ 1,8 bilhão em gastos federais pelo SUS, sendo pouco mais de R\$ 1,0 bilhão destinados a laboratórios públicos.

Em função da necessidade constante de investimento e atualização tecnológica, é preciso aprimorar a operação, comprovar qualidade e eficiência,⁹ reduzir custos e otimizar a produção para garantir lucratividade nas empresas e sustentabilidade no setor público.⁴ A escala de produção de testes^a é virtualmente um pré-requisito de viabilidade econômica. Assim, o panorama é de crescente competição e concentração empresarial,⁶ com pressão por terceirização desse segmento na área privada e, mais recentemente, no SUS.

A avaliação da produtividade, definições sobre orçamento e incorporação tecnológica,⁴ bem como decisões sobre terceirizar - manter ou não serviços próprios - demandam, cada vez mais, o uso de indicadores de desempenho.²¹ A ausência de informações sobre custos, volume e qualidade dos serviços compromete decisões gerenciais e dificulta o acompanhamento dos contratos, aumentando os custos de terceirizações.²

Entretanto, apesar do uso crescente de indicadores por laboratórios privados,^b poucos laboratórios no Brasil fazem uso regular de indicadores econômico-financeiros.¹⁵ Em laboratórios públicos, o monitoramento das atividades tende a resumir-se ao tradicional acompanhamento da quantidade de testes produzidos¹ e ao controle interno e avaliação externa com foco nos processos analíticos laboratoriais, que são mais bem assimilados pelos profissionais.

A produção de informações para elaborar indicadores consome recursos organizacionais e é especialmente onerosa em laboratórios públicos, nos quais é frequente não existirem sistemas informatizados laboratoriais. Assim, é desejável desenvolver abordagens para confeccionar indicadores econômico-financeiros com

informações já existentes, sem necessidade de mudanças na forma de registro de informações praticada.¹⁴

Este trabalho descreve indicadores de desempenho^{5,19,21} elaborados para acompanhar as atividades de uma rede municipal não informatizada de laboratórios clínicos, que podem também ser úteis para analisar e monitorar propostas de terceirização. Os indicadores utilizam informações de registros administrativos municipais, do Sistema de Informações de Orçamentos Públicos para a Saúde (SIOPS), do SIA/SUS e do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

A disponibilidade de informações detalhadas sobre despesas com pessoal, insumos e serviços de terceiros (*inputs*) e sobre volume produzido - entendido como quantidade e *mix* de testes (*outputs*) - permite elaborar índices de preços e volume específicos para a atividade.²² Esses índices propiciam análises econômico-financeiras mais adequadas do que as tradicionalmente obtidas pela deflação dos custos por um índice de preços geral da economia.

Índices de volume e preços específicos são usados para acompanhar variações das atividades econômicas no Sistema de Contas Nacionais,²² contratos de terceirização de serviços de saúde na Nova Zelândia² e a produtividade do sistema de saúde inglês - que dispunha, em 2003-4, de índices específicos para 2.061 atividades de saúde.⁵ O *Bureau of Economic Analyses*, dos Estados Unidos, também estudou a implementação desse tipo de indicador.³

A utilização de indicadores para avaliar organizações de saúde públicas brasileiras é pequena e há crescente tendência à terceirização de laboratórios de análises clínicas do SUS, frequentemente desacompanhada de propostas de avaliação de desempenho, seja da rede pública, seja dos laboratórios terceirizados. Assim, o objetivo do presente estudo é elaborar indicadores de desempenho da rede de laboratórios, visando discutir a importância do uso de índices específicos, além das implicações da terceirização e de outras estratégias gerenciais.

MÉTODOS

Este estudo consiste em uma avaliação de serviço para gestão e decisão.¹⁶ A rede de laboratórios de análises clínicas avaliada é uma das maiores redes públicas

de laboratórios de análises clínicas do Brasil e a segunda maior produtora municipal de testes de patologia clínica. Compreende 33 laboratórios (21 hospitalares e 12 ambulatoriais) e 90 postos de coleta, responsáveis por metade da produção ambulatorial em patologia clínica do SUS no município, e realiza 170 tipos de testes laboratoriais em oito especialidades principais (hematologia, bioquímica, microbiologia, imunologia, hormônios, marcadores tumorais, urina, gasometria). A rede dispõe de equipamentos analíticos automatizados compatíveis com o porte de cada laboratório, mas não de um sistema informatizado laboratorial.

Foram elaborados para o período de 2006 a 2008: (a) indicadores de produção, que expressam características quantitativas e qualitativas dos produtos gerados (*outputs*); (b) indicadores de produtividade do trabalho, que expressam a eficiência da atividade laboral;²¹ (c) indicadores de utilização, que expressam tendências de consumo dos produtos; (d) indicadores de custos e preços, que captam a mobilização de recursos financeiros para viabilizar a atividade produtiva (*inputs*); e (e) índices compostos de volume e preços específicos para a atividade. A definição, forma de cálculo e origem dos dados são as seguintes:

Indicadores de produção

Testes produzidos - total. Quantidade total de testes em pacientes internados, de emergência e ambulatoriais. Os dados foram obtidos a partir de relatórios sobre quantidade de testes por tipo de teste, encaminhados pelos laboratórios integrantes da rede ao órgão central.

Testes produzidos - ambulatorial. Quantidade de "Procedimentos apresentados" para o grupo 11 (Patologia Clínica) no SIA/SUS pelas unidades municipais de saúde. Não são computadas perdas, testes para calibrações rotineiras dos equipamentos e repetições de testes.

Testes produzidos - hospitalar. É a diferença entre o total de testes produzidos e os testes ambulatoriais.

Indicadores de produtividade

Funcionários lotados em Análises Clínicas: total de funcionários de qualquer categoria funcional lotados nos laboratórios de análises clínicas. Informação obtida da Coordenação de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Teste por funcionário/ano: razão entre o total de testes e a quantidade de pessoal lotado na rede de laboratórios.

Teste/hora de trabalho paga: divisão do indicador teste por funcionário/ano pela média de horas de trabalho pagas anualmente por funcionário (1.644 horas/ano).

Indicadores de utilização

Relação testes/consulta: indica as tendências da demanda por testes laboratoriais nas consultas realizadas pelas unidades assistenciais solicitantes. Obtida pela divisão do "Total de procedimentos" (testes) apresentados do grupo 11 (Patologia Clínica) anualmente pelo total de consultas realizado pelas unidades municipais. As consultas foram obtidas a partir do total de procedimentos apresentados do Grupo 2 (Ações Médicas Básicas) somado a procedimentos selecionados de consulta (0701202 a 0703101) do Grupo 7 (Procedimentos Especializados de Profissionais Médicos e outros Profissionais de nível superior e médio) do SIA/SUS.

Relação testes/internação SUS: indica a utilização de testes durante internações. É obtida subtraindo-se, para cada ano analisado, a quantidade de Testes-ambulatorial da quantidade de Testes-total. O total anual de internações em unidades municipais foi obtido no SIH/SUS.

Indicadores de custo

Despesas com pessoal: remuneração e encargos com todos os funcionários lotados na rede de laboratórios de análises clínicas da SMS. Obtida pela razão entre a "Despesa liquidada" anual da "Administração direta-saúde" para a rubrica "Pessoal e encargos. Aplicação direta" do SIOPS e o total de pessoal da SMS, multiplicado pelo pessoal lotado em Análises Clínicas para os anos de referência (dados fornecidos pela Coordenadoria de Recursos Humanos da SMS). Consideram-se despesas liquidadas aquelas que se encontram no segundo estágio da execução orçamentária pública, em que foi reconhecida a prestação do serviço ou o fornecimento do bem.

Despesas com insumos: cessão de equipamento por comodato e *kits* para a realização de testes. Obtida como os "Valores liquidados" para "Materiais e produtos biológicos e laboratoriais", coletados no sistema de acompanhamento de gastos da Prefeitura para 2006, e, a partir de 2007, como "Despesas liquidadas" da "Administração direta-saúde" para "Material laboratorial", no SIOPS.

Despesa com prestador contratado: valor pago ao prestador conveniado para realizar testes não realizados na rede. Corresponde ao "Valor Pago" ao prestador, constante no SIA/SUS e coletado na página da Secretaria Estadual de Saúde.

Custo direto: soma dos indicadores de despesas com pessoal, despesas com insumos e despesas com prestador contratado.

Preço unitário do teste em valores correntes: custo direto dividido pelo total de testes. Não considera variações do *mix* de testes.

Valor SUS por teste: valor médio pago pelo SUS federal por teste efetuado. Divide-se o valor apresentado pela quantidade apresentada para o Grupo 11. Patologia Clínica do SIA/SUS (até 2007).

Índices compostos para a atividade

Índice de volume

As variações de volume permitem acompanhar o crescimento da produção levando em consideração as mudanças na quantidade e especialidade dos testes produzidos (*mix* de testes).

Os índices de volume foram calculados como índices de Laspeyres,²² a partir dos dados de produção desagregados pelas especialidades (Tabela 1) e da participação percentual de cada especialidade nos custos de produção (Tabela 2) para os anos estudados. Considerou-se que as despesas com pessoal e as despesas com serviços de terceiros (prestador contratado), que compõem as outras parcelas do custo direto total, tivessem uma distribuição entre especialidades idêntica à das despesas com insumos.⁵

O índice de Laspeyres é uma média aritmética ponderada, nesse caso pelas especialidades dos testes, que usa como pesos os preços (custos) de períodos

anteriores. A variação de volume (L_q) no ano t, portanto, mostra o crescimento do ano t-1 ao ano t e usa os preços (p) do ano t-1 como pesos.

$$L_q = \frac{\sum p_{t-1} q_t}{\sum p_{t-1} q_{t-1}}$$

Índice de preços

Os índices de preços captam as variações de preços (custos) não decorrentes da variação do volume. Foram calculados como índices de Paasche.^{5,22} O índice de preços (P_p) no ano t é calculado pela razão entre a variação de valor, que no caso deste estudo equivale aos custos, e a variação de volume.

$$P_p = \frac{\sum p_t q_t}{\sum p_{t-1} q_t}$$

As análises realizadas incluíram:

- (a) Variações da produtividade laboral e da participação dos três itens de despesa - pessoal, insumos e prestador conveniado - nos custos totais entre 2006 e 2008 (Tabela 3).
- (b) Custos da produção e preços unitários do teste com base em 2006 e variações acumuladas para o período de 2006 a 2008, deflacionadas pelo índice de preços ao consumidor amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE) e pelo índice de preço específico da atividade calculado no estudo (Tabela 4).

RESULTADOS

Entre 2006 e 2008, a quantidade de testes produzida aumentou 10,6%. As maiores variações na produção de testes ocorreram nas especialidades microbiologia, hematologia e marcadores tumorais, enquanto as menores ocorreram nas especialidades gasometria, imunologia e outros (Tabela 1).

Embora constituam, em média, um décimo da produção do período, os testes de imunologia corresponderam a mais de um terço das despesas com insumos. A bioquímica, com pouco menos de 60% dos testes (Tabela 1), foi

responsável por 14% a 16% do total das despesas com insumos (Tabela 2). Isso determina os distintos pesos dessas especialidades no volume (*mix*) de testes.

Entram Tabelas 1 e 2

A Tabela 3 mostra aumento no custo total da rede de análises clínicas em valores correntes de 22,2% entre 2006 e 2008. Apesar do aumento de 7,8% na quantidade de testes em 2007 comparativamente a 2006 (Tabela 3 e 4), observam-se quedas na produção para especialidades com maior peso em termos de custo (imunologia, hormônios, gasometria e marcadores tumorais) que se refletem na variação negativa (-2,3%) de volume (quantidade ponderada pela participação dos diferentes tipos de testes nos custos) nesse ano (Tabela 4).

Entram Tabelas 3 e 4

Os indicadores de utilização mostram, entre 2006 e 2007, aumento de 10% na demanda ambulatorial de testes por consulta e de pouco mais de 20% na quantidade de testes por internação. Em 2008, ocorreram alterações na codificação de procedimentos do Datasus que inviabilizaram comparações para esse ano. O custo unitário do teste em valores correntes ficou entre 41,4% (2006) e 33,8% (em 2007) acima do valor SUS para os anos estudados (Tabela 3).

Houve aumento na relação testes/funcionário por ano (produtividade) entre 2006 e 2007, seguido de queda em 2008. Ainda assim houve um aumento de 8,6% na produtividade do trabalho entre 2006 e 2008. A produtividade laboral anual máxima no período foi de 10.797 testes por funcionário, em 2007, e variou entre 5,8 e 6,6 testes por hora paga no período (Tabela 3).

As despesas com pessoal aumentaram sua participação nos custos da rede. Enquanto os insumos tiveram uma variação em valores correntes de 2,3%, as despesas com pessoal cresceram 45,4%. Em 2006, despesas com pessoal perfaziam 45,6% do custo direto total e, em 2008, 54,2% desse custo (Tabela 3).

A deflação dos custos da produção pelo IPCA para descontar o efeito da inflação assume a variação média de 9,5% nos preços ao consumidor para o período. Sua aplicação para analisar os custos do laboratório indicou aumento do volume da produção de 11,6% no período. Os índices especificamente calculados para medir a atividade da rede de laboratórios considerando a variação de preços e volume (*mix* de testes) efetivamente ocorrida mostram um aumento de 18,5% dos preços unitários dos testes e de 3,1% no volume da produção (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Este estudo mostrou a viabilidade de acompanhar uma rede pública de grande porte não informatizada de laboratórios com indicadores de desempenho. A utilização de informações de registros administrativos e SIOPS^{20,25} e de indicadores de preços e volume específicos para acompanhar atividades de saúde ainda é pouco comum no Brasil.

A quantidade de testes produzidos e a capacidade instalada da rede de laboratórios equiparam-se às de alguns grandes laboratórios privados nacionais, mas são oferecidos apenas 10% dos tipos de testes disponíveis no mercado. O custo direto correspondeu a 2,9% das despesas próprias com saúde do município registradas no SIOPS para 2008, percentual inferior aos gastos nessa área citados na literatura.⁷

O questionamento da produtividade e da eficiência do setor público tem sido argumento muito usado para ampliar as terceirizações.¹¹ A produtividade do trabalho de 5,8 a 6,6 testes por hora paga na rede de laboratórios avaliada é similar às produtividades apresentadas em estudos^{b,c} nacionais (5 a 14 testes por hora paga) e internacionais.^{8,17,23} A produtividade da rede municipal avaliada é ainda mais relevante quando se considera a inexistência de sistema informatizado laboratorial e a reconhecida influência da informatização e da automação sobre a produtividade.^{18,26}

A produtividade varia entre os setores laboratoriais de recepção, coleta e análises e, em função da automação dos processos analíticos, tende a ser cada vez maior nesse setor. Cussiol^b (2009) registrou, em um laboratório hospitalar privado, uma produtividade cerca de 3,5 vezes maior para o setor de análises do que para os

demais. A implantação de um sistema informatizado laboratorial dobrou a produtividade, que atingiu 11.845 testes/ano.

No trabalho de Valenstein et al²³ (2003), que acompanhou 255 laboratórios hospitalares e não hospitalares americanos, a produtividade variou entre 9,3 e 14,6 testes por hora paga. No estudo de Salas Garcia et al¹⁷ (2008), que consideraram exclusivamente o trabalho analítico, os testes por hora paga variaram de 18,8 a 34,8.

Além do grau de automação e informatização, a análise da produtividade laboral precisa considerar a complexidade e os regimes de funcionamento (urgência ou rotina), de abastecimento de insumos e de orçamento.²³ Especificamente no setor público, a produtividade laboral pode não medir o desempenho comparativamente à demanda não racionada²¹ se for limitada, por exemplo, pela disponibilidade de insumos.

A estabilidade das despesas com insumos frequentemente reflete restrições orçamentárias ou morosidade nos processo de aquisição, que atuam como fatores limitantes da produtividade. O ajuste adequado entre disponibilidade de insumos, força de trabalho e a capacidade instalada aumenta a eficiência. Organizações públicas costumam ter baixa flexibilidade para alterá-los e esse fato é ressaltado pelos proponentes da terceirização de serviços públicos.¹¹

O aumento das despesas com insumos em valores correntes (2,5%) foi inferior ao aumento de volume da produção (3,1%), sugerindo ganhos de eficiência no processo de aquisição. O aumento do custo direto do laboratório e do preço unitário do teste deveu-se principalmente às despesas com pessoal, cujos aumentos salariais foram atípicos e bem superiores às médias da economia para o período.

A detecção das influências de mudanças do volume da produção, em especial as variações do *mix* de testes, sobre os custos nos laboratórios é um desafio permanente.^{4,13} France et al⁷ (2003) propuseram acrescentar ao acompanhamento da quantidade de testes produzida o indicador "percentual de testes especializados". Entretanto, essa estratégia não fornece índices que viabilizem comparar variações do volume ao longo do tempo ou correlações com custos.

Uma das novidades deste trabalho é utilizar indicadores de volume e preços específicos que viabilizem comparações no tempo. Como a maioria das análises de

custos é realizada apenas a partir de informações sobre valores totais para períodos sucessivos, sem contar com informações desagregadas para volume da produção, análises de custos tradicionalmente recorrem à deflação dos custos totais por um índice geral de preços da economia - como o IPCA-IBGE ou o Índice Geral de Preços.

Entretanto, quando dispomos de informações detalhadas sobre preços de *inputs* e volume de produção (*outputs*) para uma atividade, é possível elaborar índices de preços e volume específicos, que devem ser preferidos porque levam em conta as mudanças do *mix* de produtos.⁵ Análises que utilizam indicadores de preços gerais da economia e indicadores específicos para a atividade podem levar a conclusões bastante distintas. Isso vem estimulando vários países a refinar indicadores de preços e volumes para contemplar especificamente um número crescente de atividades na saúde.⁵

A variação do preço unitário do teste medida a preços correntes ou usando o IPCA subestimou a elevação dos preços. A deflação pelo IPCA superestimou o aumento do volume de produção ao assumir um aumento de preços equivalente ao da economia e não captar a redução relativa da complexidade do *mix* de produtos no período.

Houve elevação das taxas de teste/consulta e teste/internação entre 2006 e 2007. Isso sugere, por um lado, maior capacidade de absorção da demanda pela rede de laboratórios e, por outro, crescimento da solicitação de testes. Indicadores de utilização de serviço, cujo impacto potencial sobre custos é ressaltado na literatura,²⁴ são importantes para planejar a oferta de testes e gerenciar a utilização de testes.¹² Crescem em importância nas terceirizações, onde o requisito de escala para garantir a viabilidade empresarial pode ser um poderoso incentivo para pressionar a ampliação da utilização.¹¹

Fatores adicionais a considerar nas decisões sobre terceirização nesse caso seriam: a significativa escala e o escopo reduzido de produção de testes, que favorecem uma operação eficiente e poderiam respaldar uma opção por investir na rede própria; o conhecimento já acumulado pela área técnica, que seria provavelmente perdido com a terceirização;¹¹ e o fato de existirem no setor quase

mil funcionários, que em sua maioria não poderiam ser deslocados de setor, sob pena de desvio de função.

As diferenças no *mix* de testes e as várias definições de custo e formas de calcular custos - que podem incluir ou não depreciação e custos indiretos - inviabilizam comparações dos resultados deste trabalho com os de outros estudos.^{8,9,10}

Os custos indiretos, que não foram incluídos na avaliação dessa rede de laboratórios, perfaziam, em 2010, em torno de 20% dos custos totais em um grande grupo empresarial atuando no país.⁵ Nos contratos de terceirização que vêm sendo adotados para análises clínicas pelo SUS, é frequente o prestador de serviços ocupar instalações públicas. Com isso, os custos indiretos permanecem sob responsabilidade do gestor público, o que reforça a opção pelo uso do custo direto assumida neste trabalho.

Limitações inerentes ao conjunto de indicadores propostos incluem não dispormos de uma série de dados longa o suficiente para analisar tendências e o fato de os indicadores analisados serem focados em atividades e aproveitamento de recursos.

Um sistema mais robusto de medição de desempenho incluiria indicadores que permitissem acompanhar a qualidade de processos pré-analíticos e pós-analíticos,¹⁹ além de outras medidas com impactos nos desfechos de saúde dos pacientes, como tempo de retorno de resultados, adequação das solicitações de testes²⁴ e satisfação da clientela.¹⁹ A discussão internacional sobre formas de medir volume e desempenho na saúde pública vem começando a incorporar ponderações para qualidade e desfecho a esses indicadores.^{5,21}

Em conclusão, o desempenho e a escala de produção atual da rede de laboratórios não recomendam uma decisão imediata pela terceirização. Ainda que tenha ocorrido um aumento de preços superior ao da economia na análise com índices de preços e volume específicos, esses aumentos foram fortemente baseados em aumentos salariais bem acima da média da economia - e não habituais no serviço público municipal. O custo unitário médio do exame permaneceu próximo a valores praticados no SUS, havendo motivos para supor que possam ser reduzidos com a informatização e outras medidas de racionalização gerencial.

Na eventualidade de terceirização, os indicadores fornecem uma linha de base sobre custo e desempenho que pode ser útil para formular e acompanhar o contrato. Seria relevante monitorar variações do *mix* de testes e a evolução dos custos usando índices de volume e preços semelhantes aos deste trabalho, principalmente em contratos com orçamentos globais, para otimizar os custos da administração pública.

Idealmente, deveriam ser estabelecidos programas de *benchmarking*⁸ para indicadores econômico-financeiros entre laboratórios públicos visando sedimentar uma cultura de avaliação de desempenho e custos na administração pública e viabilizar decisões gerenciais crescentemente baseadas em evidências.

REFERÊNCIAS

1. Antunes CMF, Chiari CA, Lucena BNC. Laboratórios de análises e patologia clínica em Belo Horizonte, MG (Brasil): classificação quanto ao atendimento e exames realizados. *Rev Saude Publica*. 1985;19(1):79-87. DOI:10.1590/S0034-89101985000100009
2. Ashton T, Cumming J, McLean J. Contracting for health services in a public health system: the New Zealand experience. *Health Policy*. 2004;69(1):21-31. DOI:10.1016/j.healthpol.2003.11.004
3. Aizcorbe A, Nestoriak N. Changing mix of medical care services: stylized facts and implications for price indexes. *J Health Econ*. 2011;30(3):568-74. DOI:10.1016/j.jhealeco.2011.04.002
4. Caballe Martin, I. La necesidad de asignar costes en el laboratorio clinico. *Quim Clin*. 2004;23(6):423-8.
5. Castelli A, Dawson D, Gravelle H, Jacobs R, Kind P, Loveridge P, et al. A new approach to measuring health system output and productivity. *Natl Inst Econ Rev*. 2007;200(1):105-17. DOI:10.1177/0027950107080395
6. Cavalcanti RLS. Globalização na área de saúde: os processos de aquisição e fusão dos laboratórios de análises clínicas e sua implantação. Rio de Janeiro: Qualitymark; 2005.

7. France NC, Francis GAJ, Laurence SR. The costs of New Zealand pathology. *Health Policy*. 2003;64(2):131-41.
8. France NC, Francis GAJ. Cross-laboratory benchmarking in pathology: scientific management or the art of compromise. *Benchmarking Int J*. 2005;12(6):523-38. DOI:10.1108/14635770510628663
9. Galloway M, Nadin L. Benchmarking and the laboratory. *J Clin Pathol*. 2001;54(8):590-7. DOI:10.1136/jcp.54.8.590
10. Grzybicki DM, Raab SS. Measuring health care performance: identification and standardization of laboratory quality indicators. *Am J Clin Pathol*. 2006;126(Suppl 1):S48-52. DOI:10.1309/A68D7YJB2LMLBPJJ
11. Jensen PH, Stonecash RE. Incentives and the efficiency of public sector-outsourcing contracts. *J Econ Surv*. 2005;19(5):767-87. DOI:10.1111/j.0950-0804.2005.00267.x
12. Kim JY, Dzik WH, Dighe AS, Lewandrovski KB. Utilization management in a large urban academic medical center: a ten year experience. *Am J Clin Pathol*. 2011;135(1):8-18. DOI:10.1309/AJCP4GS7KSBDBACF
13. Mayer M. Laboratory cost control and financial management software. *Clin Chim Acta*. 1998;270(1):55-64. DOI:10.1016/S0009-8981(97)00235-0
14. Luque CA, Cruz HN, Amaral CM, Bender S, Santos PM. O processo orçamentário e a apuração de custos de produtos e serviços no setor público no Brasil. *Rev Serv Publico*. 2008;59(3):309-31.
15. Mungol KCU, Ferraz MB. Sistema de informação como ferramenta de cálculo e gestão de custos em laboratórios de análises clínicas. *J Bras Patol Med Lab*. 2006;42(2):95-102. DOI:10.1590/S1676-24442006000200006
16. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev Saude Publica*. 2000;34(5):547-9. DOI:10.1590/S0034-89102000000500018
17. Salas Garcia A, Villaplana Perez C, Calderón Ruiz A, Gimeno Bosch C, Perez Jove J, Sevillano Herrada C, et al. Benchmarking and clinical quality management

indicators in three clinical laboratories. *Accred Qual Assur.* 2008;13(3):123-32.
DOI:10.1007/s00769-008-0365-y

18. Sarkozi L, Simson E, Ramanathan L. The effects of total laboratory automation on the management of a clinical chemistry laboratory: retrospective analysis of 36 years. *Clin Chim Acta.* 2003;329(1-2):89-94. DOI:10.1016/S0009-8981(03)00020-2

19. Shahangian S, Snyder SR. Laboratory medicine quality indicators. *Am J Clin Pathol.* 2009;131(3):418-31. DOI:10.1309/AJCPJF8JI4ZLDQUE

20. Silva KSB, Bezerra AFB, Souza IMC, Gonçalves RF. Conhecimento e uso do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) pelos gestores municipais, Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2010;26(2):373-82.
DOI:10.1590/S0102-311X2010000200016

21. Stevens PA, Stokes L, O'Mahony M. Metrics, targets and performance. *Natl Inst Econ Rev.* 2006;197(1):80-92. DOI:10.1177/0027950106070037

22. United Nations. System of National Accounts 2008. New York; 2009.

23. Valenstein PN, Wang E, O'Donohue T. Productivity of Veterans Health Administration Laboratories: a College of American Pathologists Laboratory Management Index Program (LMIP) study. *Arch Pathol Lab Med.* 2003;127(12):1557-64.

24. Van Walraven C, Naylor CD. Do we know what inappropriate laboratory utilization is? A systematic review of laboratory clinical audits. *JAMA.* 1998;280(6):550-8. DOI:10.1001/jama.280.6.550

25. Vidor AC, Fisher PD, Bordin R. Utilização dos sistemas de informação em saúde em municípios gaúchos de pequeno porte. *Rev Saude Publica.* 2011;45(1):24-30. DOI:10.1590/S0034-89102011000100003

26. Workman RD, Lewis MJ, Hill BT. Enhancing the financial performance of a health system laboratory network using an information system. *Am J Clin Pathol.* 2000;114(1):9-15. DOI:10.1309/UQRF-AVN9-5V0Y-DTNK

Tabela 1: Produção anual de testes por especialidade e variação percentual acumulada no triênio.

	2006	2007	2008	Acumulado (%)
Microbiologia	131.887	143.651	205.833	56,1
Hematologia	1.685.134	1.939.157	1.984.786	17,8
Marcadores tumorais	82.651	76.451	97.910	18,5
Bioquímica	5.253.137	5.926.389	6.070.633	15,6
Urinálise	468.062	491.468	448.837	- 4,1
Hormônios	298.767	259.039	282.449	- 5,5
Imunologia	1.137.377	934.974	998.975	-12,2
Gasometria	76.497	67.932	62.983	-17,7
Outros	233.460	256.481	183.404	-21,4
Total	9.366.972	10.095.542	10.335.810	10,3

Tabela 2: Participação das especialidades (%) no total de despesas com insumos – valores correntes anuais

	2006	2007	2008
Hematologia	2.933 (10,8%)	3.395 (12,5%)	3.473 (12,5 %)
Bioquímica	4.353 (16,0%)	3.802 (14,0%)	3.885 (14,0%)
Imunologia	10.747 (39,5%)	9.913 (36,5%)	10.589 (38,1%)
Hormônios	1.769 (6,5%)	1.222 (4,5%)	1.330 (4,8%)
Microbiologia	2.993 (11,0%)	3.802 (14,0%)	5.448 (19,6%)
Gasometria	680 (2,5%)	407 (1,5%)	377 (1,4%)
Marcadores tumorais	438 (1,6%)	407 (1,5%)	521 (1,9%)
Urinálise	272 (1,0%)	136 (0,5%)	126 (0,5%)
Outros e não classificados	3024 (11,1%)	4.070 (15,0%)	2.080 (7,5%)
Total	27.209	27.160	27.829

Tabela 3: Indicadores de desempenho para rede de laboratórios clínicos

	2006	2007	2008	Varição no período
Indicadores de produção (em unidades)				
Total de testes	9.366.972	10.095.542	10.359.111	10,6%
Testes em internações	1.404.012	1.663.939	NA	-
Testes ambulatoriais	7.962.960	8.431.603	NA	-
Indicadores de produtividade (em unidades)				
Funcionários lotados em Análises Clínicas	983	935	998	-
Testes / funcionário (produtividade)	9.529	10.797	10.379	-
Teste/hora paga	5,8	6,6	6,3	
Variação da produtividade laboral (%)		13,3	-4,1	8,6%
Indicadores de utilização (em unidades)				
Testes ambulatoriais /consulta SUS	1,1	1,2	NA	-
Testes: internação SUS	13,9	16,9	NA	-
Indicadores de custos (em mil R\$ correntes)				
Despesas com pessoal	23.590,00	26.650,00	34.308,00	45,4%
Despesas com insumos	27.209,00	27.160,00	27.829,00	2,3%
Despesas com prestador conveniado	955,00	1.158,00	1.130,00	18,3%
Custo direto	51.754,00	53.236,00	63.261,00	22,2%
Indicadores de preços unitários (em R\$ correntes)				
Preço unitário do teste	5,53	5,27	6,12	10,8%
Valor SUS por teste	3,91	3,94	NA	

NA = não analisado. Os dados do SIA/SUS e SIH/SUS para 2008 não foram utilizados, uma vez que houve mudanças nesse sistema de informação que dificultam a comparabilidade com anos anteriores.

Tabela 4: Sinopse analítica dos indicadores de desempenho econômico-financeiros

	2006	2007	2008	Varição acumulada (%)
Total da produção				
Quantidade de testes (unidades)	9.366.972	10.095.542	10.359.111	
Varição da quantidade (%)		7,8	2,6	10,6
Varição de volume (custo deflacionado pelo IPCA) (%)*		-0,7	12,5	11,6
Varição de volume (custo deflacionado pelo índice de preços específico da atividade) (%)**		-2,3	5,6	3,1
Valor da produção (custo) (em mil R\$)				
Em valores correntes	51.754,00	53.136,00	63.231,00	22,2
Corrigidos pelo IPCA (a preços de 2006)	51.754,00	51.365,60	57.785,67	11,6
Corrigida pelo índice de preços da atividade (a preços de 2006)	51.754,00	50.547,59	53.375,62	3,1
Preço unitário do teste (em R\$)				
Em valores correntes	5,53	5,26	6,12	10,8
Ajustado pelo volume estimado com o IPCA***	5,53	5,72	6,05	9,5
Ajustado pelo volume estimado pelo índice de preços da atividade	5,53	5,81	6,55	18,5

*Índice de Paasche

** Índice de Laspeyres

*** Preço unitário = Preço unitário 2006 * índice de valor / índice de volume

4. CONCLUSÕES

1. Uma leitura schumpeteriana das inovações nos serviços de saúde sugere que as atuais terceirizações em saúde integrem um movimento de expansão do comércio internacional de serviços de saúde sinérgico à quebra dos monopólios públicos. Estabelecidas por contratos, as terceirizações representam uma mudança do padrão convencional originalmente preconizado para a participação complementar de prestadores privados no SUS. Criam um precedente que pode caracterizar o SUS como atividade de mercado e, no escopo dos países signatários do GATS, garantir acesso a prestadores internacionais, em mais uma contradição com o arcabouço regulatório do SUS.
2. A estrutura de prestação pública em análises clínicas caracteriza-se pela proliferação de postos de coleta em estabelecimentos simplificados, a maioria sem estrutura adequada, intensificação das terceirizações e crescente dependência de prestadores privados para realização de exames. Poucos investimentos parecem estar sendo feitos em laboratórios públicos, notadamente a partir de 2005.
3. Em 2009, laboratórios privados que prestavam serviços a planos de saúde viabilizavam maior acesso às várias subespecialidades de exames, notadamente às mais complexas, do que o somatório de laboratórios públicos e privados que prestavam serviços ao SUS.
4. Os laboratórios privados cada vez mais se concentravam em estabelecimentos SADT (caracterizados como centros diagnósticos), diferenciados dos que prestam assistência clínica. Isso pode ampliar a dissociação entre clínica e exames laboratoriais, facilitando uma transição desses últimos para a condição de *commodities*.
5. Ainda são escassas as evidências sobre os efeitos das terceirizações, que permanecem uma opção baseada em preferências dos gestores.
6. A tomada de decisão e o acompanhamento dos processos de terceirização recomendam o uso de indicadores de desempenho, que informem sobre o cumprimento dos objetivos da organização ou da terceirização. Indicadores econômicos constituem um bom ponto de partida e comportam desafios especiais. Indicadores gerais de contabilização simples dos testes ou o uso de índices gerais da economia para corrigir valores de contratos podem gerar distorções, sendo recomendável implantar indicadores de volume, que correlacionam preços, quantidades e tipos de exames produzidos.

7. A dinâmica atual dos serviços de análises clínicas compreende movimentos simultâneos de “medicalização” da saúde – equivalendo a induções à crescente utilização de tecnologia nos cuidados de saúde - e de “desmedicalização” da medicina - entendida como sua crescente orientação empresarial. Confirmada essa tendência na saúde, profissionais da saúde pública precisarão estar cada vez mais aptos a utilizar conceitos econômico-financeiros, acompanhar movimentos empresariais e aprimorar habilidades em avaliação tecnológica e de serviços.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Fleury Afonso, Fleury Maria Tereza L. Multinacionais brasileiras: competências para a internacionalização. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2012.
- [2] Yang Dong-Hoon, Kim Seongcheol, Nam Changi, Min Ja-Won. Developing a decision model for business process outsourcing. *Comput Oper Res* 2007; 34: 3769-3778.
- [3] Costa Fábio, Macedo-Soares T. Diana L.V. A. *Outsourcing* estratégico: uma nova perspectiva. *Rev Admin Pública* 2003; 37(1): 99-131.
- [4] Tayles Mike, Drury Colin. Moving from make/buy decisions to strategic sourcing: the outsource decision process. *Long Range Plann* 2001; 34(5): 605-622.
- [5] Harland Christine, Knight Louise, Lamming Richard, Walker Helen. Outsourcing: assessing the risks and benefits for organizations, sectors and nations. *International J Oper Prod Manag* 2005; 25(2): 831-850.
- [6] Mathonnat Jacky. Contracting is not an end in itself. *B World Health Organ* 2006; 84(11): 912-913.
- [7] Preker Alexander S. Managing scarcity through strategic purchasing of health care *in* Spending wisely: buying health services for the poor (A.S Preker & John C. Langenbrunner, eds.). Washington D.C.: The World Bank, 2005.
- [8] Hood Christopher. A Public Management For All Seasons? *Public Admin* 1991; 69(1): 3–19.
- [9] Pollit Cristopher. *Managerialism and the public services: the Anglo-American Experience*. Oxford, Blackwell, 1990.
- [10] Kondratieff Nicoli , Stolper W F. The long waves in economic life. *Rev Econ Statistics* 1935; 17(6): 105-115.
- [11] Perez Carlota. *Technological revolutions and financial capital. The dynamics of bubbles and golden ages*. Cheltham, Edwin Elgar, 2002.
- [12] Schumpeter J Alois. *Teoria do Desenvolvimento Econômico*. São Paulo: Abril Cultural, 1982.
- [13] Perez Carlota. Technological revolutions and techno-economic paradigms. *Camb. J. Econ* 2010; 34(1): 185-202.
- [14] Jessop Bob. Towards a Schumpeterian workfare State? Preliminary remarks on post-fordist political economy. *Stud Pol Economy* 1993: 40:7-39.
- [15] Mills Anne. To contract or not contract? Issues for low and middle income countries. *Health Policy Plann* 1998; 13: 32-40.

- [16] Osborne David, Gaebler Ted. *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit Is Transforming the Public Sector*. Reading, MA: Addison-Wesley, 1992.
- [17] Pollit Christopher, Bouckaert Geert. *Public Management Reform: a comparative analysis*. Oxford, Oxford University Press, 2004.
- [18] Ferlie Ewan, Ashburner Lynn, Fitzgerald Louise, Pettigrew Andrew. *The New Public Management in Action*. Oxford: Oxford University Press, 1996.
- [19] Bovaird Tony. Public-private partnerships: from contested concepts to prevalent practice. *Int Rev Admin Sci* 2004; 70(2):199-215.
- [20] Lagarde Mylene, Palmer Natasha. The impact of contracting out on health outcomes and use of health services in low and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4, Art No CD008133, 2009
- [21] Nações Unidas. *Our Common Future*. Anexo a Report of the World Commission on Environment and Development: Nações Unidas, Genebra, março de 1987.
- [22] Richter Joanna. Public-private partnerships for health: a trend with no alternatives? *Development* 2004; 2: 43-48.
- [23] OMS, 2003 Resolução WHA 56.25, da 56ª Assembleia Mundial de Saúde, realizada pela OMS em maio de 2003
- [24] Evans Peter. Use of contracting in public health. *B World Health Organ*; 2006; 84(11): 842.
- [25] Siddiqi Sameen, Masud Tayyeb I, Sabri Belgacem. Contracting but not without caution: experience with outsourcing of health services in countries of the Eastern Mediterranean region. *B World Health Organ* 2006; 84(11): 910-911.
- [26] Bresser Pereira Luis Carlos. Um novo Estado para a América Latina. *Novos Estudos CEBRAP*. Março de 1998; 91-98.
- [27] Abrucio Fernando Luiz. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. *Rev Adm Pub* 2007; Edição Especial comemorativa: 67-86
- [28] Pollit Christopher, Bouckaert Geert. *Public Management Reform: a comparative analysis*. Oxford, Oxford University Press, 2011.
- [29] Saltman Richard B. Melting the public-private boundaries in European health systems. *Eur J Public Health* 2003; 13(1): 24-29.

- [30] Boyne George. Public and private management: what's the difference? *J Manage Stud* 2002; 39(1): 97-122.
- [31] Gullick David. The public/private mix. *Lancet* 1982; 320(8306):1051.
- [32] Greenhalgh Trisha, Russell J. Reframing Evidence Synthesis as Rethorical Action in the Policy Drama. *Health Care Policy* 2006; 2: 35-42.
- [33] Schmidt Vivien A. Discursive Institutionalism: The explanatory power of ideas and discourse. *Annual Review Pol Sci.* 2008; 11:303–26.
- [34] Cordeiro Hésio. *As empresas médicas: um estudo das transformações capitalistas da prática médica no Brasil.* Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- [35] Gerschman Silvia, Santos Maria Angelica B. O SUS como desdobramentos das políticas de saúde do século XX. *Rev Bras Cien Sociais* 2006; 21(61):177-190.
- [36] Gadelha Carlos Augusto Grabois. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Cien Saúde Colet* 2003; 8(2):521-535.
- [37] Santos Maria Angelica B, Moraes Ricardo M, Holguin Tassia G, Palis Rebeca L. Participação das atividades de saúde na economia brasileira: informações da Conta de Saúde 2000-2007. *Rev Panam Salud Pública.* 2012; 31(2):153–60.
- [38] Hall Peter A, Soskice David W. An Introduction to Varieties of Capitalism. In: Peter A. Hall; David Soskice (eds.) *Varieties of Capitalism: The Institutional Foundations of Comparative Advantage.* Oxford: Oxford University Press, p. 1–70, 2001.
- [39] Andreazzi Maria de Fátima Siliansky de. *Teias e tramas: relações público-privadas no setor saúde brasileiro dos anos 90.* 2002. 350 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Instituto de Medicina Social.
- [40] Andreazzi Maria de Fatima S, Kornis George EM. Padrões de acumulação setorial: finanças e serviços nas transformações contemporâneas de saúde. *Cien Saúde Colet*, 2008; 13(5):1409-1420.
- [41] Vianna Cid Manso. *Estruturas do sistema de saúde: do complexo industrial ao complexo financeiro.* *Physis* 2002; 12(2): 375-390.
- [42] Braga, Jose Carlos SB, Paula Sergio G. *Saúde e previdência: Estudos de política social.* São Paulo, Editora Hucitec, 2006.
- [43] Banta H David, Luce Bryan R. *Health care technology and its assessment: an international perspective.* New York: Oxford University Press; 1993.

- [44] Santos Maria Angelica B, Gerschman Silvia. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil: arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. *Ciêns Saúde Col.* 2004; 9(8): 795-806.
- [45] Hanson Kara, Berman Peter. Private health care provision in developing countries: a preliminary analysis of levels and composition. Data for Decision Making Project. Harvard School of Public Health. Boston: Massachusetts. 1995.
- [46] Brasil. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Brasília, 1990.
- [47] Meirelles Hely Lopes. *Direito administrativo brasileiro*. 37ª edição. São Paulo, Malheiros, 2011.
- [48] Melnick Glenn, Keeler Emmet, Zwanziger Jack. Market power and hospital pricing: are non-profits different? *Health Affairs* 1999; 18(3):167-173.
- [49] Deber Raisa B. Delivering health care services: public, not-for-profit, or private? Discussion Paper nº.1. Commission on the Future of Health Care in Canada. 2002.
- [50] Medici Andre Cesar. O setor privado prestador de serviços de saúde no Brasil: dimensão, estrutura e funcionamento. Relatórios Técnicos nº. 02. Rio de Janeiro: ENCE/IBGE, 1990.
- [51] La Forgia Gerald, Coutelenc Bernardo. Hospital performance in Brazil: the search for excellence. Washington DC, The World Bank, 2008.
- [52] Pessoa Luiza. Terceirização nos hospitais públicos: mais um problema ou uma possível solução? [Dissertação de mestrado] Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública; 1996.
- [53] Lima Sheyla M L. Possibilidades e limites da contratualização para aprimoramento da gestão e da assistência em hospitais: o caso dos hospitais de ensino do Sistema Único de Saúde. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2009.
- [54] Ferreira Junior Walter Cintra. O gerenciamento de hospitais estaduais paulistas por meio de organizações sociais de saúde. *Rev Admin Pública* 2003; 37(2): 243-264.
- [55] Brasil. Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social. Resolução nº 258 de 7 de janeiro de 1991. Aprova a Norma Operacional Básica/SUS nº 01/1991, que trata da nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde –SUS– para 1991. Brasília: INAMPS, 1991.
- [56] Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 545 de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde através da Norma Operacional Básica 01/1993. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.
- [57] Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203 de 5 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica 01/1996, que redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

- [58] Levcovitz Eduardo, Lima Luciana Dias de, Machado Cristiani Vieira. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciêns saúde col* 2001; 6(2): 269-291.
- [59] Fadel Cristina Berger, Schneider Luciana; Moimaz Suzely Adas Saliba; Saliba Nemre Adas. Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. *Rev Adm Pública* 2009; 43(2): 445-456.
- [60] Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002, e regulamentação complementar. Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/02. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- [61] Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- [62] Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 358 de 22 de fevereiro de 2006. Institui diretrizes para contratação de serviços assistenciais no âmbito do Sistema Único de Saúde. D.O.U. Imprensa Nacional. Edição número 39 de 23/02/2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- [63] Brasil, Ministério da Saúde. Portaria n.º 3.277 de 22 de dezembro de 2006. Dispõe sobre a participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- [64] Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 699/GM, de 30 de março de 2006. Pactos pela Vida e Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- [65] Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS n.º 1.034, de 5 de maio de 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- [66] Jensen Paul H, Stonecash Robin E. Incentives and the Efficiency of Public Sector-Outsourcing Contracts. *J Econ Surv* 2005; 19(5):767-787.
- [67] Preker Alexander S, Harding April, Travis Phillida. “Make or buy” decisions in the production of health care goods: new insights from institutional economics and organizational theory. *B World Health Organ* 2000; 78(6): 779-790.
- [68] Liu Xingzhu, Hotchkiss David R, Bose Sujata. The impact of contracting-out in health system performance: a conceptual framework. *Health Policy* 2007; 82: 200-211.
- [69] Fernandez Sergio. Understanding contracting performance: an empirical analysis. *Admin Society* 2009; 41(1): 67-100.
- [70] Pereira Paulo Trigo. A teoria da escolha pública (*public choice*): uma abordagem neoliberal? *Análise Social* 1997 (2º); 22(141): 419-442.
- [71] Downs Anthony. *An economic theory of democracy*. New York. Harper, 1957.

- [72] Olson Mancur. The rise and decline of nations: economic growth, stagflation and social rigidities. New Haven, Yale University Press, 1982.
- [73] Krueger Anne. The political economy of rent-seeking society. *Am Econ Rev* 1974; 64: 291-303.
- [75] Perrot Jean. Is contracting a form of privatization? *B World Health Organ* 2006; 84(11): 910-911.
- [76] Tangcharoensathien Viroj. Contracting in Practice: a low- and middle-income perspective. *B World Health Organ* 2006; 84(11): 913.
- [77] Williamson Oliver E. The vertical integration of production: market failure considerations. *Am Econ Rev* 1971; 61(2): 112-123
- [78] Williamson Oliver E. Transaction costs economics: the governance of contractual relations. *J Law Econ* 1979; 22(2): 233-261.
- [79] North Douglass C. Institutions and a transaction-cost theory of exchange. In: *Perspectives on positive political economy*: Alt James E, Shepsle Kenneth A. Cambridge: Cambridge University Press, 1990. p. 182-194.
- [80] Santos Maria Angelica B. Ambiente institucional e interfaces organizacionais em hospitais públicos do SUS. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2005.
- [81] Vining Aidan R, Globerman Steven. Contracting-out health care services: a conceptual framework. *Health Policy* 1999; 46: 77-96.
- [82] Brown Trevor L, Potski Matthew. Transaction costs and institutional explanations for government service production decisions. *J Public Admin Res Theory* 2003; 13(4): 441-468.
- [83] Mills Anne, Broomberg Johnatan. Experiences of contracting health services: an overview of the literature. 1998. *Health Economics and Financing Programme Working Paper* 01/98. London School Hygiene and Tropical Medicine.
- [84]. Manning Nick. The legacy of New Public Management in developing countries. *Int Rev Admin Sci* 2001; 69: 297-312.
- [85] Broomberg Johnathan. Managing the health care market in developing countries: prospects and problems. *Health policy plann* 1994; 9: 237-251.
- [86] Arrow Kenneth J. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *Am Econ Rev* 1963; 53(5): 141-149.
- [87] Teisberg Elizabeth O, Porter Michael E, Brown, GB. Making competition in health care work. *Harvard Bus Rev* 1994; 72(4): 131-141.

- [88] Adams Guy B, Balfour Danny L. Market-based government and the decline of organizational ethics. *Admin Soc* 2010; 42 (6): 615-63.
- [89] Rose-Ackerman Susan. A economia política da corrupção in *A corrupção e a economia global* (Kimberley Ann Elliot, org). Brasília, Editora UNB, 2002.p.59-102.
- [90] Palmer Natasha, Strong Lesley, Walli Abdul, Sondorp Egbert. Contracting out health services in fragile states. *Brit Med J* 2006; 332:1005-1020.
- [91] Crivelli Luca, Filipini Massimo, Mosca Illaria. Federalism and regional health care expenditures: an empirical analysis for the Swiss cantons. *Health Econ* 2006; 15(5): 535-541.
- [92] Mackintosh Maureen, Koivusalo Meri. Health systems and commercialization. In search of good sense. In: Mackintosh M; Koivusalo M (ed.). *Commercialization of health care: global and local dynamics and policy responses*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2005.
- [93] Federspil Giovanni, Vettor Roberto. Clinical and laboratory logic. *Clin Chim Acta* 1999; 280: 25-34.
- [94] Conn Rex B. Clinical laboratories: profit centers, production industry and patient care source. *New Engl J Med* 1978; 298:422-442.
- [95] Burke M. Desmond. Laboratory medicine in the 21st century. *Am J Clin Path* 2000; 114: 841-846.
- [96] Guidi Giuseppe, Lippi Gian Cesare. Laboratory medicine in the 2000s: programmed death or rebirth? *Clin Chem Lab Med* v2006; 44:913-917.
- [97] Conn Rex B, Snyder Jack W. Changes in the American health care system: crisis in the clinical laboratory. *Clin Chim Acta* 1997; 67: 33-49.
- [98] Hoyssa Maria, Hyysalo Sampsa. The fog of innovation: innovativeness and deviance in developing new clinical testing equipment. *Res policy* 2009; 38(6): 984-993.
- [99] Rodrigues Leila CS. A construção das bases de um sistema de informação para laboratórios clínicos em vigilância sanitária municipal. [Monografia de Especialização] Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2011.
- [100] Friedman Bruce E. The Total Laboratory Solution: A New Laboratory E-Business Model Based on a Vertical Laboratory Meta-Network. *Clin Chem* 2001; 47(8):1526-1535.
- [101] Henry JB. org. *Clinical Diagnosis and Management by Laboratory Methods*. 20^o ed. United States of America: Saunders; 2001. Preface. p. XV – XVI.
- [102] Sarkozi Lazlo, Simso Elkin, Lashmi Ramanathan. The effects of automation on the management of a clinical laboratory. Restrospective analysis of 36 years. *Clin Chim Acta* 2003; 329: 89-94.

- [103] Veloso Germany G. Análise de terceirizações em serviços de apoio diagnóstico e terapêutico em São Paulo: aplicação de modelos de decisão. [Dissertação de Mestrado] São Paulo. Fundação Getúlio Vargas; 2005.
- [104]. Plebani Mario. Charting the course of medical laboratories in a changing environment. *Clin Chim Acta* 2000; 319: 87–100.
- [105] Langlois Michel R, Wallemacq Pierre. The future of hospital laboratories. Position statement of the Royal Belgian Society of Clinical chemistry (RBSCC). *Clin Chem Lab Med* 2009; 47(10): 1195-1201.
- [106] Kricka Larry A, Pawsons Dawn, Coolen Richard B. Healthcare in the United States and the practice of laboratory medicine. *Clin Chim Acta* 1999; 267: 5-32.
- [107] Pricewaterhouse Cooper. *Diagnostics 2011*. Second Edition, December 2011.
- [108] Capellaro Giulia, Fattore Giovanni, Torbica Aleksandra. Funding health technology in decentralized systems: a comparison between Italy and Spain. *Health policy* 2009; 92(2): 313-321
- [109] Pricewaterhouse Cooper International Review of pathology funding arrangements. March 2010.
- [110] France Necia C, Smith John FS, Lawrence S R. Pathology services as a pilot for the market-led control of health resources in New Zealand. *Public Manage Rev* 2002; 4(1): 23-43.
- [111] Henderson A Ralph. Lab review in countries. *Clin Chim Acta* 1997; 267:1-4.
- [112] Mc Evoy Carl, Farmer Michael. China, Brazil and India: crashing the gates of the top ten IVD markets. *IVD Technology*. September, 2008; 14: 27- 32.
- [113] Geoffrey Mauricio. Sistematização de projetos de fusão e aquisição de laboratórios médicos. [Monografia de Graduação] São Paulo. Escola Politécnica. Universidade de São Paulo; 2006.
- [114] Cavalcanti Rogério. Globalização na área de saúde: os processos de aquisição e fusão dos laboratórios de análises clínicas e suas implicações. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2005.
- [115] Inamdar S. Noorein. Examining the scope of multibusiness health care firms: implications for strategy and financial performance. *Health Serv Res* 1991; 42(4): 1691-1717.
- [116] Seki Mario, Pereira Junior Plínio G, Seki Marisa O et al. A inovação de valores nos laboratórios clínicos. *J Bras Patol Med Lab* 2003; 39 (3):211-214.
- [117] Escorel Sara, Giovanella Lígia, Mendonça Maria Helena M; Senna Monica CM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo de Atenção Básica para o Brasil. *Rev Panamericana Salud Publica* 2007; 21(2):164-176.

- [118] Spedo Sandra M, Pinto Nicanor RS, Tanaka Oswaldo U. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo. *Physis*, 2010; 20 (3): 953-972.
- [119] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção a Saúde. Avaliação Normativa do Programa de Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- [120] Brasil, Ministério da Fazenda. Parecer nº 06313/2008/RJ da Secretaria de Acompanhamento Econômico. Versão pública do Ato de Concentração nº 08012.010656/2007-98, que trata da aquisição pela Diagnósticos da América S.A. da totalidade do Capital social do Cientificalab Produtos Laboratoriais e Sistemas. Brasília, Ministério da Fazenda, 2008.
- [121] Mc Evoy Carl, Farmer Michael. China, Brazil and India: crashing the gates of the top ten IVD markets. *IVD Technology*. September, 2008; 14: 27- 32.
- [122] Van Walraven Carl, Naylor C David. Do we know what inappropriate laboratory utilization is? A systematic review of laboratory clinical audits [toward optimal laboratory use] *JAMA* 1998; 280: 550-558.
- [123] Blanckaert Norbert. Clinical pathology services: remapping our strategic itinerary. *Clin Chem Lab Med* 2010; 48(7): 919-925.
- [124] Catrou Paul G. Is that lab test necessary? *Am J Clin Pathol* 2006; 126: 335-336.
- [125] Kim JI Yeon, Dzig Walter H, Dighe Anand S, Lewandrowski Kent B. Utilization management in a large urban academic medical center. A 10-year experience. *Am J Clin Pathol* 2011; 135:108-118.
- [126] Busse Reinhardt, Orvain Jacques, Velasco Marcial et al. Best practice in undertaking and reporting health technology assessments. *Int J Health Technol Assessment* 2002; 18:361–422.
- [127] Reis Eduardo JFB, Santos Fausto P; Campos Francisco E et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde. *Cad Saúde Pública* 1990; 6(1): 50-61.
- [128] Donabedian Avedis. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA* 1988; 260(12): 1743-1748.
- [129] Stevens Andrew, Milne Ruairidh, Lillford Richard, Gabay John. Keeping pace with new Technologies: systems needed to identify and evaluate them. *Brit Med J* 1999; 319(7220): 1291.
- [130] Liu Xingzhu, Hotchkiss David R, Bose Sujata. The effectiveness of contracting-out primary health care services in developing countries: a review of the evidence. *Health Policy and Plann* 2008; 23: 1-13.

[131] Victora Cesar G, Habicht J-P, Bryce J. Evidence-based public health: moving beyond randomised trials. *Am J Public Health* 2004; 94(3): 400-5.

[131] Campbell Michelle, Fitzpatrick Ray, Haines Andrew, Kinmonth Ann Louise, Sandercock, Peter, Tyre, Peter. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *Brit Med J* 2000; 321 (7262): 694–696.

[132] Oxman Andrew D, Lavis John N, Fretheim Atle, Lewin Simon. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 17: Dealing with insufficient research evidence. *Health Res Policy Syst* 2009; (Suppl 1):S17 (16 December 2009)

[133] Sheppard Sasha, Lewin Simon, Strauss Sharon, Clarke Mike, Eccles Martin P, Fitzpatrick Ray, Wong Geoff, Sheikh Aziz. Can we systematically review complex intervention? *Plos Medicine* 2008; 6(8): e10000086.

[134] Lavis John N. How can we support the use of systematic reviews in policymaking? *PLOS Medicine* 2009; 6(11) e 1000141-.

[135] Rodgers Mark, Sowden Amanda, Petticrew Mark, Arai Lisa, Roberts Helen, Britten Nicky, Popay Jennie. Testing methodological guidance on conduct of narrative synthesis in systematic reviews. *Evaluation* 2009; 15(1): 49-74.

[136] Pawson Ray, Greenhalgh Trisha, Harvvey Gill, Walshe Kieran. Realist review – a new method of systematic review designed for complex policy interventions. *J Health Serv Res Policy* 2005; 10 (suppl 1): S 1:S 21.

[137] Greenhalgh Trisha. Meta-Narrative Mapping: A New Approach to the Systematic Review of Complex in Evidence in *Narrative Research in Health and Illness* (eds: Hurwitz Brian, Greenhalgh Trisha, Skultans Vieda) Oxford, Blackwell Publishing, 2004, p. 349-381.

[138] Greenhalgh Trisha, Robert Glenn, Macfarlane Fraser, Bate Paul, Kyriakidou Olympia, Peacock Richard. Storylines of research in diffusion of innovation: a meta-narrative approach to systematic review. *Soc Sci Med* 2005; 61(2): 417-430.

[139] Mills Anne, Gilson Lucy, Hanson Kara, Palmer Natasha, Lagarde Mylene. What do we mean by rigorous health-systems research? *Lancet* 2008; 327:1527-9.

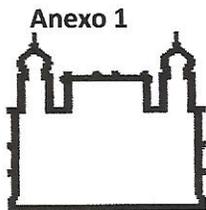
[140] England R. Experiences of contracting with the private sector: a selective review. Londres: DFID Health Systems Resouce Center, 2004.

[141] Loevinsohn Benjamin; Harding April. Buying results? Contracting for health service delivery in developing countries. *Lancet* 2005; 366: 676-681.

[142] Ridde Valéry. Building trust or building results? *Lancet* 2005; 366(9498):1692.

[143] Avery George. Outsourcing public health laboratory services: a blueprint for determining whether to privatize and how. *Public Admin Rev* 2000; 60(4):330-337.

- [144] France Necia C, Francis Graham AJ, Lawrence Stewart R. The costs of New Zealand pathology. *Health Policy* 2003; 64:131-141.
- [145] France Necia C, Francis Graham AJ. Cross-laboratory benchmarking in pathology: scientific management or the art of compromise. *Benchmarking Int J* 2005; 12(6):523-538.
- [146] Boslaugh Sarah. *Secondary data sources for public health: a practical guide*. Cambridge, Cambridge University Press, 2007.
- [147] Mota Eduardo, Almeida Marcia F, Viacava Francisco. O dado epidemiológico: estrutura, fontes, propriedades e instrumentos (In: *Epidemiologia & Saúde* (orgs. Filho, N A & Barreto ML) Grupo Editorial Nacional – Gen – p 699). cap 9: 85-94, 2011.
- [148] Raftery J, Roderick P, Stevens A. Potential use of routine databases in health technology assessment. *Health Technol Assessment* 2005; 9(20).
- [149] Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Prontuário de base de dados: informação sistematizada para as contas de saúde do Brasil*. (Ana C. Faveret,org). Brasília, IPEA, 2009.
- [150] Reuzel RPB, Van der Wilt JG. Health Technology Assessment and Evaluation: Back to Basics? *Evaluation* 2000; 6: 383-398.
- [151] Vendung Evert. Four waves of evaluation diffusion. *Evaluation* 2010; 16(3): 263-277.
- [152] Walt Gill, Shiffman Jeremy, Schneider Helen, Murray Susan F, Brugha Ruairi, Gilson Lucy. “Doing” health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges. *Health policy and plann* 2008; 23:308-317.
- [153] Trindade Evelinda. A incorporação de novas tecnologias nos serviços de saúde: o desafio da análise dos fatores em jogo. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(5):951-64.
- [154] Rannan-Eliya Ravi P, Lorenzoni Luca . *Guidelines for improving the comparability and availability of private health expenditures under the system of health accounts framework*. Paris: Organisation for Economic Co-Operation and Development; 2010.
- [155] Brown Trevor L, Potski Matthew, Van Slyke David M. Managing public service contracts: aligning values, institutions and markets. *Public Admin Rev* 2006; 66(3): 323-331.
- [156] Castelli Adriana, Dawson Diane, Gravele Hugo, Street Andrew . Improving the measurement of health system output growth. *Health Econ* 2007;.16:1091-1107.
- [157] Kettl Donald F. *Managing Indirect Government in The Tools of government: a guide to new governance*. (Lester M. Salomon ed) New York: Oxford University Press.2002, p. 490-510.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 14 de setembro de 2010.

Parecer N.º 185/10

CAAE: 0196.0.031.000-10

Título do projeto: “Terceirização da prestação de serviços de saúde no SUS: o caso das análises clínicas”

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Pesquisador Responsável: Maria Angelica Borges dos Santos

Orientadora: Sônia Regina Lambert Passos

Instituição onde se realizará: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP/Fiocruz

Tipo do projeto: Projeto de Tese de Doutorado em Saúde Pública – ENSP

Data de qualificação: 29 / 03 / 2010

Data de recebimento no CEP: 31 / 08 / 2010

Data de apreciação: 14 / 09 / 2010

O projeto de pesquisa “Terceirização da prestação de serviços de saúde no SUS: o caso das análises clínicas” coordenado por Maria Angelica Borges dos Santos será desenvolvido exclusivamente com dados de bases secundárias disponíveis para acesso público e foi, nestes termos, aprovado pelo CEP.

Prof. Angela Esher
Coordenadora Adjunta
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/ENSP
Mat.: 1355884



Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Diretoria de Pesquisas
Coordenação de População e Indicadores Sociais

ASSISTÊNCIA MÉDICO-SANITÁRIA 2009

QUESTIONÁRIO AMBULATORIAL/HOSPITALAR

BLOCO 01 - IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

01 - LOCALIZAÇÃO

UF	MUNICÍPIO	DISTRITO	SUBDISTRITO	SETOR CENSITÁRIO
<input type="text"/>				

02 - TIPO DE ESTABELECIMENTO

01. ÚNICO	<input type="text"/>
02. TERCEIRIZADO	<input type="text"/>
03. COM TERCEIRIZAÇÃO	<input type="text"/>
TOTAL DE TERCEIRIZAÇÕES	<input type="text"/>

03 - TIPO DE TERCEIRIZAÇÃO

<input type="checkbox"/>	01. AMBULATORIAL
<input type="checkbox"/>	02. EMERGÊNCIA
<input type="checkbox"/>	03. INTERNAÇÃO
<input type="checkbox"/>	04. SADT

04 - NÚMERO CADASTRAL

05 - NÚMERO DE ORDEM DOS TERCEIRIZADOS

 (Somente item 02 do quesito 02)

ETIQUETA

BLOCO 02 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PREENCHA SOMENTE AS INFORMAÇÕES DIFERENTES DA ETIQUETA

01. NOME

02. RAZÃO SOCIAL

03. LOGRADOURO

04. NÚMERO

05. COMPLEMENTO

06. BAIRRO

07. CEP

08. CNPJ

09. TELEFONE:

10. FAX

11. MUNICÍPIO

12. E-MAIL

13. PÁGINA NA WEB

BLOCO 03 - CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1. CONDIÇÃO DE FUNCIONAMENTO

01. EM ATIVIDADE	<input type="text"/>	ANO/INÍCIO/ATIVIDADE	<input type="text"/>
02. EM ATIVIDADE PARCIAL	<input type="text"/>		
03. DESATIVADO		ANO/INÍCIO/SITUAÇÃO ATUAL	<input type="text"/>
04. EXTINTO			

2. ESFERA ADMINISTRATIVA

01. PÚBLICO FEDERAL	
02. PÚBLICO ESTADUAL	
03. PÚBLICO MUNICIPAL	
04. PRIVADO COM FINS LUCRATIVOS	<input type="text"/>
05. PRIVADO SEM FINS LUCRATIVOS	<input type="text"/>

3. ATENDIMENTO

01. COM INTERNAÇÃO	
02. SEM INTERNAÇÃO	<input type="text"/>

4. NATUREZA JURÍDICA

01. ADM. DIRETA SAÚDE (MS, SES, SMS)	05 a. EMPRESA PÚBLICA	09. SINDICATO OU ASSOCIAÇÃO PROFISSIONAL	<input type="text"/>
02 a. ADM. DIRETA EDUCAÇÃO (MEC, SEE, SME)	05 b. EMPRESÁRIO INDIVIDUAL	10. OUTRAS ASSOCIAÇÕES	
02 b. ADM. DIRETA DE OUTROS ÓRGÃOS (M. MAR., M. EX, M. AER., ETC.)	05 c. SOCIEDADE (EXCLUSIVE ECON. MISTA)	12. SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO (SESI, SESC, ETC.)	
03. FUNDAÇÃO	06. ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE INTERESSE PÚBLICO	11. OUTRAS (Especifique)	<input type="text"/>
04. AUTARQUIA	07. SOCIEDADE DE ECONOMIA MISTA		
	08. COOPERATIVA		

5. CATEGORIA 01. GERAL 02. COM ESPECIALIDADES 03. ESPECIALIZADO <input type="checkbox"/>	6. TIPOS DE ESPECIALIDADES <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. FUNCIONAMENTO 1. TURNOS 01. UM TURNO 02. DOIS TURNOS 03. TRÊS TURNOS 04. 24 HORAS 05. INTERMITENTE <input type="checkbox"/> 2. FINAL DE SEMANA 10. SÁBADOS E DOMINGOS 20. SÁBADOS OU DOMINGOS 30. NÃO FUNCIONA REGULARMENTE NOS FINAIS DE SEMANA <input type="checkbox"/>														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
8. INSTALAÇÕES E SERVIÇOS <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 01. MÉDICO 24 horas</td> <td><input type="checkbox"/> 14. VIGILÂNCIA SANITÁRIA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 02. BANCO DE LEITE</td> <td><input type="checkbox"/> 15. IMUNIZAÇÃO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 03. BANCO DE SANGUE</td> <td><input type="checkbox"/> 16. ATENDIMENTO AMBULATORIAL</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 04. BANCO DE ÓRGÃOS E TECIDOS</td> <td><input type="checkbox"/> 18. PRÁTICAS TERAPÊUTICAS COMPLEMENTARES</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 05. EXAMES (REALIZAÇÃO)</td> <td><input type="checkbox"/> 19. PROFISSIONAL DE SAÚDE</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 06. EXAMES (SOMENTE COLETA)</td> <td><input type="checkbox"/> 20. PRONTO-ATENDIMENTO/URGÊNCIA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 08. TRANSPORTE DE PACIENTES</td> <td><input type="checkbox"/> 21. PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 09. SAÚDE MENTAL</td> <td><input type="checkbox"/> 22. COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10. HOSPITAL DIA</td> <td><input type="checkbox"/> 23. GERÊNCIA DE RISCO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 11. EMERGÊNCIA (RISCO DE VIDA)</td> <td><input type="checkbox"/> 24. CADEIRA DE RODAS PARA PACIENTES</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 12. MÉDICO INTERMITENTE</td> <td><input type="checkbox"/> 25. SANITÁRIO PARA PACIENTES</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 13. VISITA DOMICILIAR</td> <td></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> 01. MÉDICO 24 horas	<input type="checkbox"/> 14. VIGILÂNCIA SANITÁRIA	<input type="checkbox"/> 02. BANCO DE LEITE	<input type="checkbox"/> 15. IMUNIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> 03. BANCO DE SANGUE	<input type="checkbox"/> 16. ATENDIMENTO AMBULATORIAL	<input type="checkbox"/> 04. BANCO DE ÓRGÃOS E TECIDOS	<input type="checkbox"/> 18. PRÁTICAS TERAPÊUTICAS COMPLEMENTARES	<input type="checkbox"/> 05. EXAMES (REALIZAÇÃO)	<input type="checkbox"/> 19. PROFISSIONAL DE SAÚDE	<input type="checkbox"/> 06. EXAMES (SOMENTE COLETA)	<input type="checkbox"/> 20. PRONTO-ATENDIMENTO/URGÊNCIA	<input type="checkbox"/> 08. TRANSPORTE DE PACIENTES	<input type="checkbox"/> 21. PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	<input type="checkbox"/> 09. SAÚDE MENTAL	<input type="checkbox"/> 22. COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> 10. HOSPITAL DIA	<input type="checkbox"/> 23. GERÊNCIA DE RISCO	<input type="checkbox"/> 11. EMERGÊNCIA (RISCO DE VIDA)	<input type="checkbox"/> 24. CADEIRA DE RODAS PARA PACIENTES	<input type="checkbox"/> 12. MÉDICO INTERMITENTE	<input type="checkbox"/> 25. SANITÁRIO PARA PACIENTES	<input type="checkbox"/> 13. VISITA DOMICILIAR		9. PRESTA SERVIÇOS A: <input type="checkbox"/> 01. PLANO PRÓPRIO <input type="checkbox"/> 02. PLANO DE TERCEIROS NÚMERO DE OPERADORAS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 03. PARTICULAR <input type="checkbox"/> 04. SUS 10. GERENTE DO PLANO PRÓPRIO (Somente para o item 01 do quesito 9) <input type="checkbox"/> 01. O ESTABELECIMENTO <input type="checkbox"/> 02. A OPERADORA DO PLANO DE SAÚDE <input type="checkbox"/> 03. INSTITUIÇÃO FECHADA DE PREVIDÊNCIA OU AUTO-GESTÃO <input type="checkbox"/> 11. COLETA SELETIVA DE RESÍDUOS <input type="checkbox"/> 01. PERFUROCORTANTE <input type="checkbox"/> 03. REJEITOS RADIOATIVOS <input type="checkbox"/> 04. QUÍMICOS <input type="checkbox"/> 05. POTENCIALMENTE INFECTANTES <input type="checkbox"/> 06. NENHUMA
<input type="checkbox"/> 01. MÉDICO 24 horas	<input type="checkbox"/> 14. VIGILÂNCIA SANITÁRIA																									
<input type="checkbox"/> 02. BANCO DE LEITE	<input type="checkbox"/> 15. IMUNIZAÇÃO																									
<input type="checkbox"/> 03. BANCO DE SANGUE	<input type="checkbox"/> 16. ATENDIMENTO AMBULATORIAL																									
<input type="checkbox"/> 04. BANCO DE ÓRGÃOS E TECIDOS	<input type="checkbox"/> 18. PRÁTICAS TERAPÊUTICAS COMPLEMENTARES																									
<input type="checkbox"/> 05. EXAMES (REALIZAÇÃO)	<input type="checkbox"/> 19. PROFISSIONAL DE SAÚDE																									
<input type="checkbox"/> 06. EXAMES (SOMENTE COLETA)	<input type="checkbox"/> 20. PRONTO-ATENDIMENTO/URGÊNCIA																									
<input type="checkbox"/> 08. TRANSPORTE DE PACIENTES	<input type="checkbox"/> 21. PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA																									
<input type="checkbox"/> 09. SAÚDE MENTAL	<input type="checkbox"/> 22. COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR																									
<input type="checkbox"/> 10. HOSPITAL DIA	<input type="checkbox"/> 23. GERÊNCIA DE RISCO																									
<input type="checkbox"/> 11. EMERGÊNCIA (RISCO DE VIDA)	<input type="checkbox"/> 24. CADEIRA DE RODAS PARA PACIENTES																									
<input type="checkbox"/> 12. MÉDICO INTERMITENTE	<input type="checkbox"/> 25. SANITÁRIO PARA PACIENTES																									
<input type="checkbox"/> 13. VISITA DOMICILIAR																										

12. SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO: 01. PRONTUÁRIO ÚNICO 02. PRONTUÁRIO POR SERVIÇO/CLÍNICA 03. FICHA DE ATENDIMENTO 04. NENHUM <input type="checkbox"/>	14. TIPO DE PRÉDIO / VEÍCULO <input type="checkbox"/> 01. EDIFICAÇÃO ESPECÍFICA <input type="checkbox"/> 02. EDIFICAÇÃO ADAPTADA ÁREA CONSTRUÍDA (m ²) <input type="checkbox"/> (Somente para os itens 01 e 02) <input type="checkbox"/> 03. MÓVEL TERRESTRE <input type="checkbox"/> 04. MÓVEL AÉREA <input type="checkbox"/> 05. MÓVEL FLUVIAL	15. SERVIÇO DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS <input type="checkbox"/> 01. INDUSTRIALIZADOS (ALOPATIA) <input type="checkbox"/> 02. MANIPULADOS (ALOPATIA) <input type="checkbox"/> 03. HOMEOPÁTICOS <input type="checkbox"/> 04. FITOTERÁPICOS <input type="checkbox"/> 05. NENHUM
13. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA <input type="checkbox"/> 01. NOTIFICAÇÃO DE DOENÇAS <input type="checkbox"/> 02. INVESTIGAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS <input type="checkbox"/> 03. CONTROLE DE ZOOSES E VETORES <input type="checkbox"/> 04. NENHUMA		

16. ACESSIBILIDADE A PACIENTES PORTADORES DE DEFICIÊNCIAS FÍSICAS <input type="checkbox"/> 01. RAMPAS DE ACESSO AO INTERIOR <input type="checkbox"/> 02. INTERIOR ADEQUADO P/ LOCOMOÇÃO <input type="checkbox"/> 03. SANITÁRIO ADEQUADO P/ DEFICIENTE		
17. COMPUTADORES NO ESTABELECIMENTO <input type="checkbox"/> 01. EXISTÊNCIA DE COMPUTADOR(ES) <input type="checkbox"/> 01. SIM <input type="checkbox"/> 02. NÃO <input type="checkbox"/> 02. COMPUTADOR(ES) CONECTADO(S) À INTERNET <input type="checkbox"/> 01. SIM <input type="checkbox"/> 02. NÃO	18. ATIVIDADES DE ENSINO <input type="checkbox"/> 01. SIM <input type="checkbox"/> 02. NÃO 19. ATIVIDADES DE PESQUISA <input type="checkbox"/> 01. SIM <input type="checkbox"/> 02. NÃO	

BLOCO 04 - IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE MANTENEDORA EMPRESA OU ÓRGÃO QUE DETÉM A PROPRIEDADE E/OU MANTÉM O ESTABELECIMENTO				(Continua)
01. NOME <input type="text"/>				
02. RAZÃO SOCIAL <input type="text"/>				
03. LOGRADOURO <input type="text"/>				
04. NÚMERO <input type="text"/>	05. COMPLEMENTO <input type="text"/>	06. BAIRRO <input type="text"/>	07. CEP <input type="text"/>	
08. UF <input type="text"/>	09. MUNICÍPIO <input type="text"/>	10. DISTRITO <input type="text"/>	11. CNPJ <input type="text"/>	
12. TELEFONE: <input type="text"/>		13. FAX <input type="text"/>		

BLOCO 04 - IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE MANTENEDORA
EMPRESA OU ÓRGÃO QUE DETÉM A PROPRIEDADE E/OU MANTÉM O ESTABELECIMENTO

(Conclusão)

14. ESFERA ADMINISTRATIVA

01. PÚBLICO FEDERAL
02. PÚBLICO ESTADUAL
03. PÚBLICO MUNICIPAL

04. PRIVADO COM FINS LUCRATIVOS
05. PRIVADO SEM FINS LUCRATIVOS

--	--

ATENDIMENTO AMBULATORIAL

MODALIDADES FINANCIADORAS

01. PARTICULAR

02. SUS

03. PLANOS DE SAÚDE

BLOCO 05 - INSTALAÇÃO FÍSICA

SALAS E CONSULTÓRIOS EM CONDIÇÕES DE USO

SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL	01.	<input type="checkbox"/>	SALA DE REPOUSO/OBSERVAÇÃO.....	06.	<input type="checkbox"/>
SALA DE CURATIVO	02.	<input type="checkbox"/>	CONSULTÓRIO DE ENFERMAGEM.....	07.	<input type="checkbox"/>
SALA DE ENFERMAGEM	03.	<input type="checkbox"/>	CONSULTÓRIO MÉDICO	08.	<input type="checkbox"/>
SALA DE IMUNIZAÇÃO	04.	<input type="checkbox"/>	CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO	09.	<input type="checkbox"/>
SALA DE REIDRATAÇÃO ORAL OU NEBULIZAÇÃO	05.	<input type="checkbox"/>	OUTRAS SALAS E CONSULTÓRIOS	10.	<input type="checkbox"/>

BLOCO 06 - UTILIZAÇÃO DA CAPACIDADE INSTALADA

CONSULTÓRIOS POR ESPECIALIDADES	1	2	3	4			
	OFERTA DE CONSULTÓRIOS	DIAS NA SEMANA	TURNOS DE FUNCIONAMENTO	NÚMERO DE CONSULTAS REALIZADAS EM MARÇO DE 2009			
				PARTICULAR	SUS	PLANOS DE SAÚDE	TOTAL
ESPECIALIDADES MÉDICAS BÁSICAS	01	01	01	01	02	03	04
CLÍNICA MÉDICA	02	02	02	05	06	07	08
CIRURGIA	03	03	03	09	10	11	12
GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA	04	04	04	13	14	15	16
PEDIATRIA	05	05	05	17	18	19	20
PSIQUIATRIA	09	09	09	33	34	35	36
OUTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS	06	06	06	21	22	23	24
ODONTOLOGIA	07	07	07	25	26	27	28
OUTRAS ESPECIALIDADES NÃO-MÉDICAS	08	08	08	29	30	31	32

5

NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS REALIZADAS EM 2008	PARTICULAR		SUS		PLANOS DE SAÚDE		TOTAL
	01	02	03	04	05	06	07
	<input type="checkbox"/>						

Códigos para o quesito 3:

01. UM TURNO

02. DOIS TURNOS

03. TRÊS TURNOS

04. TURNOS INTERMITENTES

EMERGÊNCIA

MODALIDADES FINANCIADORAS

01. PARTICULAR

02. SUS

03. PLANOS DE SAÚDE

BLOCO 07 - CAPACIDADE INSTALADA/PRODUÇÃO DE SERVIÇOS

2 ATENDIMENTOS DE EMERGÊNCIA

<input type="checkbox"/> 01. PEDIATRIA	<input type="checkbox"/> 06. TRAUMATO-ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> 05. OUTRAS ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS
<input type="checkbox"/> 02. OBSTETRÍCIA/ GINECOLOGIA	<input type="checkbox"/> 08. NEUROCIRURGIA	<input type="checkbox"/> 07. OUTROS (Especifique)
<input type="checkbox"/> 03. PSIQUIATRIA	<input type="checkbox"/> 09. CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL	
<input type="checkbox"/> 04. CLÍNICA MÉDICA		

3 ATENDIMENTOS REALIZADOS EM MARÇO DE 2009

	PARTICULAR		SUS		PLANOS DE SAÚDE		TOTAL
01	<input type="text"/>	02	<input type="text"/>	03	<input type="text"/>	04	<input type="text"/>

5 ATENDIMENTOS ESPECIFICADOS

ACIDENTES DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> 01. SIM	<input type="checkbox"/> 02. NÃO	ATENDIMENTOS REALIZADOS EM MARÇO DE 2009	03.	<input type="text"/>
ACIDENTES DE TRABALHO	<input type="checkbox"/> 04. SIM	<input type="checkbox"/> 05. NÃO	ATENDIMENTOS REALIZADOS EM MARÇO DE 2009	06.	<input type="text"/>

BLOCO 08 - INSTALAÇÃO FÍSICA

SALAS E CONSULTÓRIOS EM CONDIÇÕES DE USO	TOTAL DE SALAS E CONSULTÓRIOS	DISPONÍVEIS AO SUS
SALA DE EMERGÊNCIA ADULTO	01. <input type="text"/>	02. <input type="text"/>
SALA DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA	03. <input type="text"/>	04. <input type="text"/>
SALA DE CURATIVO	05. <input type="text"/>	06. <input type="text"/>
SALA DE GESSO	07. <input type="text"/>	08. <input type="text"/>
SALA DE PEQUENAS CIRURGIAS (SUTURA)	09. <input type="text"/>	10. <input type="text"/>
SALA DE REPOUSO/OBSERVAÇÃO ADULTO	11. <input type="text"/>	12. <input type="text"/>
SALA DE REPOUSO/OBSERVAÇÃO PEDIÁTRICO	13. <input type="text"/>	14. <input type="text"/>
CONSULTÓRIO MÉDICO	15. <input type="text"/>	16. <input type="text"/>
CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO	17. <input type="text"/>	18. <input type="text"/>
SALA DE REIDRATAÇÃO / INALAÇÃO	19. <input type="text"/>	20. <input type="text"/>
QUARTO DE ISOLAMENTO	21. <input type="text"/>	22. <input type="text"/>
OUTRAS SALAS E CONSULTÓRIOS	23. <input type="text"/>	24. <input type="text"/>

UNIDADES E INTERNAÇÃO

(continua)

BLOCO 09A - TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA (DIÁLISE)

MODALIDADES FINANCIADORAS

<input type="checkbox"/> 01. PARTICULAR	<input type="checkbox"/> 02. SUS	<input type="checkbox"/> 03. PLANOS DE SAÚDE
---	----------------------------------	--

6. SERVIÇOS E PROCEDIMENTOS

1. HEMODIÁLISE	<input type="checkbox"/> 01. SIM	<input type="checkbox"/> 02. NÃO	4. TRATAMENTO DE ÁGUA (SOMENTE PARA HEMODIÁLISE) <input type="checkbox"/> 03. NENHUM <input type="checkbox"/> 01. OSMOSE REVERSA <input type="checkbox"/> 02. DEIONIZADOR <input type="checkbox"/> 04. OUTRO (Especifique) <input type="text"/>
2. DIÁLISE PERITONEAL	<input type="checkbox"/> 01. SIM	<input type="checkbox"/> 02. NÃO	
3. USO DE CICLADORA (SOMENTE PARA DIÁLISE PERITONEAL)	<input type="checkbox"/> 01. SIM	<input type="checkbox"/> 02. NÃO	

UNIDADES E INTERNAÇÃO

(conclusão)

BLOCO 09B - CIRÚRGICA			BLOCO 09C - UTI / CTI		
MODALIDADES FINANCIADORAS			MODALIDADES FINANCIADORAS		
<input type="checkbox"/> 01. PARTICULAR <input type="checkbox"/> 02. SUS <input type="checkbox"/> 03. PLANOS DE SAÚDE			<input type="checkbox"/> 01. PARTICULAR <input type="checkbox"/> 02. SUS <input type="checkbox"/> 03. PLANOS DE SAÚDE		
1.	SALAS EM CONDIÇÕES DE USO	TOTAL	1.	SALAS EM CONDIÇÕES DE USO	TOTAL
	CIRURGIA (AMBULATORIAIS; PARTO CIRÚRGICO E OUTRAS CIRURGIAS)	01. <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>		UTI / CTI.....	07. <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
	CIRURGIA E PARTO NORMAL	02. <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	4.	LEITOS DE UTI/CTI	TOTAL
	CURETAGEM	03. <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>		UTI ADULTO	03. <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
	PARTO NORMAL	04. <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>		UTI CORONARIANA	05. <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
	PRÉ-PARTO	05. <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>		UTI INFANTIL	07. <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
	RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA	06. <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>		UTI NEONATAL/BERÇOS DE CUIDADOS INTENSIVOS	09. <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
				UTI QUEIMADOS	11. <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
					04. <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
					06. <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
					08. <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
					10. <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
					12. <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

BLOCO 09D - UNIDADE INTERMEDIÁRIA

MODALIDADES FINANCIADORAS			
<input type="checkbox"/> 01. PARTICULAR <input type="checkbox"/> 02. SUS <input type="checkbox"/> 03. PLANOS DE SAÚDE			
7.	SALAS EM CONDIÇÕES DE USO	TOTAL	
	UNIDADE INTERMEDIÁRIA	07. <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	
8.	LEITOS DA UNIDADE INTERMEDIÁRIA	TOTAL	DISPONÍVEIS AO SUS
	ADULTO	01. <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	02. <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
	INFANTIL	03. <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	04. <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
	BERÇOS DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS	05. <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	06. <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

BLOCO 09 - INTERNAÇÃO

(continua)

MODALIDADES FINANCIADORAS						
<input type="checkbox"/> 01. PARTICULAR <input type="checkbox"/> 02. SUS <input type="checkbox"/> 03. PLANOS DE SAÚDE						
2.	QUARTOS E ENFERMARIAS EM CONDIÇÕES DE USO			3.	BERÇOS EM CONDIÇÕES DE USO	
	TOTAL	DISPONÍVEIS AO SUS			TOTAL	DISPONÍVEIS AO SUS
	QUARTO/APARTAMENTO	01. <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	02. <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>			
	ENFERMARIA COM 2 LEITOS	03. <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	04. <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>		BERÇO EM ALOJAMENTO CONJUNTO	01. <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
	ENFERMARIA COM 3 A 6 LEITOS	05. <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	06. <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>		BERÇO PARA RECÉM-NASCIDO NORMAL	03. <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
	ENFERMARIA COM MAIS DE 6 LEITOS	07. <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	08. <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>			04. <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
5.	LEITOS HOSPITALARES EM CONDIÇÕES DE USO			TOTAL	DISPONÍVEIS AO SUS	
	CLÍNICA CIRÚRGICA	01. <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	02. <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>			
	CLÍNICA MÉDICA	03. <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	04. <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>			
	GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA	05. <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	06. <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>			
	PEDIATRIA	07. <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	08. <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>			
	PSIQUIATRIA	09. <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	10. <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>			

BLOCO 09 - INTERNAÇÃO

(conclusão)

5.	LEITOS HOSPITALARES EM CONDIÇÕES DE USO	TOTAL	DISPONÍVEIS AO SUS
OUTROS		11. <input type="text"/>	12. <input type="text"/>
TOTAL		13. <input type="text"/>	14. <input type="text"/>

BLOCO 10 - SERVIÇOS DE ALTA COMPLEXIDADE

ASSINALE COM UM X, QUANDO O ESTABELECIMENTO POSSUIR O SERVIÇO DE ALTA COMPLEXIDADE, SEGUNDO A FORMA DE FINANCIAMENTO

ESPÉCIE	PARTICULAR	SUS	PLANOS DE SAÚDE
AIDS	01. <input type="checkbox"/>	02. <input type="checkbox"/>	03. <input type="checkbox"/>
CIRURGIA CARDÍACA	04. <input type="checkbox"/>	05. <input type="checkbox"/>	06. <input type="checkbox"/>
ONCOLOGIA	34. <input type="checkbox"/>	35. <input type="checkbox"/>	36. <input type="checkbox"/>
PRÓTESE DE BACIA	28. <input type="checkbox"/>	29. <input type="checkbox"/>	30. <input type="checkbox"/>
PRÓTESE DE CABEÇA DE FÊMUR	31. <input type="checkbox"/>	32. <input type="checkbox"/>	33. <input type="checkbox"/>
QUEIMADOS	07. <input type="checkbox"/>	08. <input type="checkbox"/>	09. <input type="checkbox"/>
TRANSPLANTE CARDÍACO	10. <input type="checkbox"/>	11. <input type="checkbox"/>	12. <input type="checkbox"/>
TRANSPLANTE DE CÓRNEAS	13. <input type="checkbox"/>	14. <input type="checkbox"/>	15. <input type="checkbox"/>
TRANSPLANTE DE FÍGADO	16. <input type="checkbox"/>	17. <input type="checkbox"/>	18. <input type="checkbox"/>
TRANSPLANTE DE MEDULA	19. <input type="checkbox"/>	20. <input type="checkbox"/>	21. <input type="checkbox"/>
TRANSPLANTE DE PULMÃO	22. <input type="checkbox"/>	23. <input type="checkbox"/>	24. <input type="checkbox"/>
TRANSPLANTE RENAL	25. <input type="checkbox"/>	26. <input type="checkbox"/>	27. <input type="checkbox"/>
OUTROS	37. <input type="checkbox"/>	38. <input type="checkbox"/>	39. <input type="checkbox"/>

BLOCO 11 - MOVIMENTO GERAL DO ESTABELECIMENTO EM 2008

1. **MOVIMENTO DE PACIENTES INTERNADOS**

ESPÉCIE	ALTAS	ÓBITOS	TRANSFERIDOS	EXISTENTES EM 31-12-08
CLÍNICA CIRÚRGICA	01. <input type="text"/>	02. <input type="text"/>	03. <input type="text"/>	04. <input type="text"/>
CLÍNICA MÉDICA	09. <input type="text"/>	10. <input type="text"/>	11. <input type="text"/>	12. <input type="text"/>
GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA	17. <input type="text"/>	18. <input type="text"/>	19. <input type="text"/>	20. <input type="text"/>
PEDIATRIA	25. <input type="text"/>	26. <input type="text"/>	27. <input type="text"/>	28. <input type="text"/>
PSIQUIATRIA	33. <input type="text"/>	34. <input type="text"/>	35. <input type="text"/>	36. <input type="text"/>
OUTROS	41. <input type="text"/>	42. <input type="text"/>	43. <input type="text"/>	44. <input type="text"/>
TOTAL	49. <input type="text"/>	50. <input type="text"/>	51. <input type="text"/>	52. <input type="text"/>

TOTAL DE INTERNAÇÕES

ESPÉCIE	PARTICULAR	SUS	PLANOS DE SAÚDE	TOTAL
CLÍNICA CIRÚRGICA	05. <input type="text"/>	06. <input type="text"/>	07. <input type="text"/>	08. <input type="text"/>
CLÍNICA MÉDICA	13. <input type="text"/>	14. <input type="text"/>	15. <input type="text"/>	16. <input type="text"/>
GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA	21. <input type="text"/>	22. <input type="text"/>	23. <input type="text"/>	24. <input type="text"/>
PEDIATRIA	29. <input type="text"/>	30. <input type="text"/>	31. <input type="text"/>	32. <input type="text"/>
PSIQUIATRIA	37. <input type="text"/>	38. <input type="text"/>	39. <input type="text"/>	40. <input type="text"/>
OUTRAS CLÍNICAS	45. <input type="text"/>	46. <input type="text"/>	47. <input type="text"/>	48. <input type="text"/>
TOTAL	53. <input type="text"/>	54. <input type="text"/>	55. <input type="text"/>	56. <input type="text"/>

2. **OCORRÊNCIAS DE NEONATALIDADE**

NASCIDOS VIVOS 01.

SERVIÇOS DE APOIO À DIAGNOSE E TERAPIA

BLOCO 12 - SERVIÇOS POR ESPECIALIDADES - OFERTA DE SERVIÇOS

Registre o código correspondente à oferta de serviços, conforme as opções abaixo relacionadas, segundo as modalidades financiadoras, por especialidades

1. PRÓPRIO NO ESTABELECIMENTO

3. PRÓPRIO FORA DO ESTABELECIMENTO

2. TERCEIRIZADO/CONTRATADO NO ESTABELECIMENTO

4. TERCEIRIZADO/CONTRATADO FORA DO ESTABELECIMENTO

ESPECIALIDADES	MODALIDADES FINANCIADORAS			ESPECIALIDADES	MODALIDADES FINANCIADORAS		
	SUS	PARTICULAR	PLANOS DE SAÚDE		SUS	PARTICULAR	PLANOS DE SAÚDE
ANATOMIA PATOLÓGICA/ CITOLOGIA	01. <input type="checkbox"/>	02. <input type="checkbox"/>	03. <input type="checkbox"/>	RADIOLOGIA MÉDICA	52 a. <input type="checkbox"/>	53 a. <input type="checkbox"/>	54 a. <input type="checkbox"/>
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL/ PSICOTERAPIA	04. <input type="checkbox"/>	05. <input type="checkbox"/>	06. <input type="checkbox"/>	RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA	52 b. <input type="checkbox"/>	53 b. <input type="checkbox"/>	54 b. <input type="checkbox"/>
CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA (CTI/UTI)	07. <input type="checkbox"/>	08. <input type="checkbox"/>	09. <input type="checkbox"/>	RADIOTERAPIA	55. <input type="checkbox"/>	56. <input type="checkbox"/>	57. <input type="checkbox"/>
CIRURGIA OFTÁLMICA A LASER	100. <input type="checkbox"/>	101. <input type="checkbox"/>	102. <input type="checkbox"/>	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	58. <input type="checkbox"/>	59. <input type="checkbox"/>	60. <input type="checkbox"/>
ELETROCARDIOGRAFIA	10. <input type="checkbox"/>	11. <input type="checkbox"/>	12. <input type="checkbox"/>	TERAPIA OCUPACIONAL	61. <input type="checkbox"/>	62. <input type="checkbox"/>	63. <input type="checkbox"/>
ELETROENCEFALOGRAFIA	13. <input type="checkbox"/>	14. <input type="checkbox"/>	15. <input type="checkbox"/>	TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA (DIÁLISE)	64. <input type="checkbox"/>	65. <input type="checkbox"/>	66. <input type="checkbox"/>
ENDOSCOPIA DAS VIAS RESPIRATÓRIAS	22. <input type="checkbox"/>	23. <input type="checkbox"/>	24. <input type="checkbox"/>	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	67. <input type="checkbox"/>	68. <input type="checkbox"/>	69. <input type="checkbox"/>
ENDOSCOPIA DIGESTIVA	16. <input type="checkbox"/>	17. <input type="checkbox"/>	18. <input type="checkbox"/>	ULTRASSONOGRAFIA	70. <input type="checkbox"/>	71. <input type="checkbox"/>	72. <input type="checkbox"/>
ENDOSCOPIA UROLÓGICA	19. <input type="checkbox"/>	20. <input type="checkbox"/>	21. <input type="checkbox"/>	VIDEOLAPAROSCOPIA	73. <input type="checkbox"/>	74. <input type="checkbox"/>	75. <input type="checkbox"/>
FISIOTERAPIA/REABILITAÇÃO	25. <input type="checkbox"/>	26. <input type="checkbox"/>	27. <input type="checkbox"/>	OUTRAS ESPECIALIDADES	109. <input type="checkbox"/>	110. <input type="checkbox"/>	111. <input type="checkbox"/>
FONOAUDIOLOGIA	28. <input type="checkbox"/>	29. <input type="checkbox"/>	30. <input type="checkbox"/>	ANÁLISES CLÍNICAS			
HEMODINÂMICA	31. <input type="checkbox"/>	32. <input type="checkbox"/>	33. <input type="checkbox"/>	BACILOSCOPIA	76. <input type="checkbox"/>	77. <input type="checkbox"/>	78. <input type="checkbox"/>
HEMOTERAPIA	34. <input type="checkbox"/>	35. <input type="checkbox"/>	36. <input type="checkbox"/>	BIOLOGIA MOLECULAR	97. <input type="checkbox"/>	98. <input type="checkbox"/>	99. <input type="checkbox"/>
IMUNIZAÇÃO	37. <input type="checkbox"/>	38. <input type="checkbox"/>	39. <input type="checkbox"/>	BIOQUÍMICA	82. <input type="checkbox"/>	83. <input type="checkbox"/>	84. <input type="checkbox"/>
INTERNAÇÃO DOMICILIAR (Home care)	40. <input type="checkbox"/>	41. <input type="checkbox"/>	42. <input type="checkbox"/>	HEMATOLOGIA	94. <input type="checkbox"/>	95. <input type="checkbox"/>	96. <input type="checkbox"/>
LITOTRIPSIA	103. <input type="checkbox"/>	104. <input type="checkbox"/>	105. <input type="checkbox"/>	IMUNOLOGIA	91. <input type="checkbox"/>	92. <input type="checkbox"/>	93. <input type="checkbox"/>
MAMOGRAFIA	106. <input type="checkbox"/>	107. <input type="checkbox"/>	108. <input type="checkbox"/>	MICROBIOLOGIA	79. <input type="checkbox"/>	80. <input type="checkbox"/>	81. <input type="checkbox"/>
MEDICINA NUCLEAR <i>IN VITRO</i> (RADIOIMUNOENSAIO)	46. <input type="checkbox"/>	47. <input type="checkbox"/>	48. <input type="checkbox"/>	PARASITOLOGIA	85. <input type="checkbox"/>	86. <input type="checkbox"/>	87. <input type="checkbox"/>
MEDICINA NUCLEAR <i>IN VIVO</i> (CINTILOGRAFIA)	43. <input type="checkbox"/>	44. <input type="checkbox"/>	45. <input type="checkbox"/>	URINA	88. <input type="checkbox"/>	89. <input type="checkbox"/>	90. <input type="checkbox"/>
QUIMIOTERAPIA	49. <input type="checkbox"/>	50. <input type="checkbox"/>	51. <input type="checkbox"/>				

RECURSOS HUMANOS

BLOCO 13 - PESSOAL DE SAÚDE - NÍVEL SUPERIOR

(continua)

OCUPAÇÃO	JORNADA DE TRABALHO SEMANAL			VÍNCULO COM O ESTABELECIMENTO		
	40 HORAS OU MAIS	MENOS DE 40 HORAS	INDEFINIDA	PRÓPRIO	INTERMEDIADO	OUTROS
ANESTESISTA	01. <input type="checkbox"/>	02. <input type="checkbox"/>	03. <input type="checkbox"/>	04. <input type="checkbox"/>	05. <input type="checkbox"/>	06. <input type="checkbox"/>
ASSISTENTE SOCIAL	07. <input type="checkbox"/>	08. <input type="checkbox"/>	09. <input type="checkbox"/>	10. <input type="checkbox"/>	11. <input type="checkbox"/>	12. <input type="checkbox"/>

BLOCO 13 - PESSOAL DE SAÚDE - NÍVEL SUPERIOR

(conclusão)

OCUPAÇÃO	JORNADA DE TRABALHO SEMANAL			VÍNCULO COM O ESTABELECIMENTO		
	40 HORAS OU MAIS	MENOS DE 40 HORAS	INDEFINIDA	PRÓPRIO	INTERMEDIADO	OUTROS
BIOQUÍMICO/FARMACÊUTICO	13. <input type="checkbox"/>	14. <input type="checkbox"/>	15. <input type="checkbox"/>	16. <input type="checkbox"/>	17. <input type="checkbox"/>	18. <input type="checkbox"/>
CARDIOLOGISTA	145. <input type="checkbox"/>	146. <input type="checkbox"/>	147. <input type="checkbox"/>	148. <input type="checkbox"/>	149. <input type="checkbox"/>	150. <input type="checkbox"/>
CIRURGIÃO GERAL	19. <input type="checkbox"/>	20. <input type="checkbox"/>	21. <input type="checkbox"/>	22. <input type="checkbox"/>	23. <input type="checkbox"/>	24. <input type="checkbox"/>
CLÍNICO GERAL	25. <input type="checkbox"/>	26. <input type="checkbox"/>	27. <input type="checkbox"/>	28. <input type="checkbox"/>	29. <input type="checkbox"/>	30. <input type="checkbox"/>
DERMATOLOGISTA	151. <input type="checkbox"/>	152. <input type="checkbox"/>	153. <input type="checkbox"/>	154. <input type="checkbox"/>	155. <input type="checkbox"/>	156. <input type="checkbox"/>
ENFERMEIRO	31. <input type="checkbox"/>	32. <input type="checkbox"/>	33. <input type="checkbox"/>	34. <input type="checkbox"/>	35. <input type="checkbox"/>	36. <input type="checkbox"/>
ENGENHEIRO CLÍNICO	133. <input type="checkbox"/>	134. <input type="checkbox"/>	135. <input type="checkbox"/>	136. <input type="checkbox"/>	137. <input type="checkbox"/>	138. <input type="checkbox"/>
FÍSICO MÉDICO	127. <input type="checkbox"/>	128. <input type="checkbox"/>	129. <input type="checkbox"/>	130. <input type="checkbox"/>	131. <input type="checkbox"/>	132. <input type="checkbox"/>
FISIOTERAPEUTA	37. <input type="checkbox"/>	38. <input type="checkbox"/>	39. <input type="checkbox"/>	40. <input type="checkbox"/>	41. <input type="checkbox"/>	42. <input type="checkbox"/>
FONOAUDIÓLOGO	43. <input type="checkbox"/>	44. <input type="checkbox"/>	45. <input type="checkbox"/>	46. <input type="checkbox"/>	47. <input type="checkbox"/>	48. <input type="checkbox"/>
GERIATRA	139. <input type="checkbox"/>	140. <input type="checkbox"/>	141. <input type="checkbox"/>	142. <input type="checkbox"/>	143. <input type="checkbox"/>	144. <input type="checkbox"/>
GINECO-OBSTETRA	49. <input type="checkbox"/>	50. <input type="checkbox"/>	51. <input type="checkbox"/>	52. <input type="checkbox"/>	53. <input type="checkbox"/>	54. <input type="checkbox"/>
MÉDICO DE SAÚDE DA FAMÍLIA	55. <input type="checkbox"/>	56. <input type="checkbox"/>	57. <input type="checkbox"/>	58. <input type="checkbox"/>	59. <input type="checkbox"/>	60. <input type="checkbox"/>
MÉDICO RESIDENTE	97. <input type="checkbox"/>	98. <input type="checkbox"/>	99. <input type="checkbox"/>	100. <input type="checkbox"/>	101. <input type="checkbox"/>	102. <input type="checkbox"/>
MÉDICO VETERINÁRIO	157. <input type="checkbox"/>	158. <input type="checkbox"/>	159. <input type="checkbox"/>	160. <input type="checkbox"/>	161. <input type="checkbox"/>	162. <input type="checkbox"/>
NUTRICIONISTA	61. <input type="checkbox"/>	62. <input type="checkbox"/>	63. <input type="checkbox"/>	64. <input type="checkbox"/>	65. <input type="checkbox"/>	66. <input type="checkbox"/>
ODONTÓLOGO	67. <input type="checkbox"/>	68. <input type="checkbox"/>	69. <input type="checkbox"/>	70. <input type="checkbox"/>	71. <input type="checkbox"/>	72. <input type="checkbox"/>
OFTALMOLOGISTA	163. <input type="checkbox"/>	164. <input type="checkbox"/>	165. <input type="checkbox"/>	166. <input type="checkbox"/>	167. <input type="checkbox"/>	168. <input type="checkbox"/>
ORTOPEDISTA	169. <input type="checkbox"/>	170. <input type="checkbox"/>	171. <input type="checkbox"/>	172. <input type="checkbox"/>	173. <input type="checkbox"/>	174. <input type="checkbox"/>
OTORRINOLARINGOLOGISTA	175. <input type="checkbox"/>	176. <input type="checkbox"/>	177. <input type="checkbox"/>	178. <input type="checkbox"/>	179. <input type="checkbox"/>	180. <input type="checkbox"/>
PATOLOGISTA	121. <input type="checkbox"/>	122. <input type="checkbox"/>	123. <input type="checkbox"/>	124. <input type="checkbox"/>	125. <input type="checkbox"/>	126. <input type="checkbox"/>
PEDIATRA	73. <input type="checkbox"/>	74. <input type="checkbox"/>	75. <input type="checkbox"/>	76. <input type="checkbox"/>	77. <input type="checkbox"/>	78. <input type="checkbox"/>
PSICÓLOGO	79. <input type="checkbox"/>	80. <input type="checkbox"/>	81. <input type="checkbox"/>	82. <input type="checkbox"/>	83. <input type="checkbox"/>	84. <input type="checkbox"/>
PSIQUIATRA	85. <input type="checkbox"/>	86. <input type="checkbox"/>	87. <input type="checkbox"/>	88. <input type="checkbox"/>	89. <input type="checkbox"/>	90. <input type="checkbox"/>
RADIOLOGISTA	91. <input type="checkbox"/>	92. <input type="checkbox"/>	93. <input type="checkbox"/>	94. <input type="checkbox"/>	95. <input type="checkbox"/>	96. <input type="checkbox"/>
SANITARISTA	103. <input type="checkbox"/>	104. <input type="checkbox"/>	105. <input type="checkbox"/>	106. <input type="checkbox"/>	107. <input type="checkbox"/>	108. <input type="checkbox"/>
OUTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS	109. <input type="checkbox"/>	110. <input type="checkbox"/>	111. <input type="checkbox"/>	112. <input type="checkbox"/>	113. <input type="checkbox"/>	114. <input type="checkbox"/>
OUTRAS ESPECIALIDADES NÃO MÉDICAS	115. <input type="checkbox"/>	116. <input type="checkbox"/>	117. <input type="checkbox"/>	118. <input type="checkbox"/>	119. <input type="checkbox"/>	120. <input type="checkbox"/>

BLOCO 14 - PESSOAL DE SAÚDE DE NÍVEL TÉCNICO/AUXILIAR

OCUPAÇÃO	ESCOLARIDADE		VÍNCULO COM O ESTABELECIMENTO		
	FUNDAMENTAL (primeiro grau)	MÉDIO (segundo grau)	PRÓPRIO	INTERMEDIADO	OUTROS
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	01. <input type="text"/>	02. <input type="text"/>	03. <input type="text"/>	04. <input type="text"/>	05. <input type="text"/>
AUXILIAR DE LABORATÓRIO	21b. <input type="text"/>	22b. <input type="text"/>	23b. <input type="text"/>	24b. <input type="text"/>	25b. <input type="text"/>
FISCAL SANITÁRIO	06. <input type="text"/>	07. <input type="text"/>	08. <input type="text"/>	09. <input type="text"/>	10. <input type="text"/>
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	11. <input type="text"/>	12. <input type="text"/>	13. <input type="text"/>	14. <input type="text"/>	15. <input type="text"/>
TÉC. E AUX. DE FARMÁCIA	16. <input type="text"/>	17. <input type="text"/>	18. <input type="text"/>	19. <input type="text"/>	20. <input type="text"/>
TÉC. DE LABORATÓRIO	21a. <input type="text"/>	22a. <input type="text"/>	23a. <input type="text"/>	24a. <input type="text"/>	25a. <input type="text"/>
TÉC. E AUX. EM NUTRIÇÃO E DIETÉTICA	26. <input type="text"/>	27. <input type="text"/>	28. <input type="text"/>	29. <input type="text"/>	30. <input type="text"/>
TÉC. E AUX. EM FISIOTERAPIA E REABILITAÇÃO	31. <input type="text"/>	32. <input type="text"/>	33. <input type="text"/>	34. <input type="text"/>	35. <input type="text"/>
TÉCNICO E AUXILIAR DE SAÚDE ORAL	36. <input type="text"/>	37. <input type="text"/>	38. <input type="text"/>	39. <input type="text"/>	40. <input type="text"/>
TÉC. E AUX. EM VIG. SANITÁRIA E AMBIENTAL	41. <input type="text"/>	42. <input type="text"/>	43. <input type="text"/>	44. <input type="text"/>	45. <input type="text"/>
TÉC. EM MANUTENÇÃO EQUIP. MÉDICO-HOSPITALARES	46. <input type="text"/>	47. <input type="text"/>	48. <input type="text"/>	49. <input type="text"/>	50. <input type="text"/>
TÉCNICO EM RADIOLOGIA MÉDICA	51. <input type="text"/>	52. <input type="text"/>	53. <input type="text"/>	54. <input type="text"/>	55. <input type="text"/>
TÉC. E AUX. EM HEMATOLOGIA/HEMOTERAPIA	56. <input type="text"/>	57. <input type="text"/>	58. <input type="text"/>	59. <input type="text"/>	60. <input type="text"/>
TÉC. E AUX. EM HISTOLOGIA	61. <input type="text"/>	62. <input type="text"/>	63. <input type="text"/>	64. <input type="text"/>	65. <input type="text"/>
TÉC. EM CITOLOGIA/CITOTÉCNICA	66. <input type="text"/>	67. <input type="text"/>	68. <input type="text"/>	69. <input type="text"/>	70. <input type="text"/>
OUTRAS	71. <input type="text"/>	72. <input type="text"/>	73. <input type="text"/>	74. <input type="text"/>	75. <input type="text"/>

BLOCO 15 - PESSOAL DE SAÚDE - QUALIFICAÇÃO ELEMENTAR

OCUPAÇÃO	VÍNCULO COM O ESTABELECIMENTO		
	PRÓPRIO	INTERMEDIADO	OUTROS
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	01. <input type="text"/>	02. <input type="text"/>	03. <input type="text"/>
AGENTE DE SAÚDE PÚBLICA	04. <input type="text"/>	05. <input type="text"/>	06. <input type="text"/>
ATEND. DE ENFERMAGEM/AUX. OPER. DE SERV. DIVERSOS E ASSEMELHADOS	07. <input type="text"/>	08. <input type="text"/>	09. <input type="text"/>
GUARDA DE ENDEMIAS/AGENTE DE CONTROLE DE ZOOSES/ AGENTE DE CONTROLE AO VETOR	10. <input type="text"/>	11. <input type="text"/>	12. <input type="text"/>
PARTEIRA	13. <input type="text"/>	14. <input type="text"/>	15. <input type="text"/>
OUTRAS	16. <input type="text"/>	17. <input type="text"/>	18. <input type="text"/>

BLOCO 16 - PESSOAL ADMINISTRATIVO

OCUPAÇÃO	VÍNCULO COM O ESTABELECIMENTO		
	PRÓPRIO	INTERMEDIADO	OUTROS
ADMINISTRAÇÃO	01. <input type="text"/>	02. <input type="text"/>	03. <input type="text"/>
SERVIÇO DE LIMPEZA/CONSERVAÇÃO	04. <input type="text"/>	05. <input type="text"/>	06. <input type="text"/>
SEGURANÇA	07. <input type="text"/>	08. <input type="text"/>	09. <input type="text"/>

EQUIPAMENTOS

BLOCO 17 - EQUIPAMENTOS DE TERAPIA/DIAGNÓSTICO POR IMAGEM EM CONDIÇÕES DE USO

ESPÉCIE	TOTAL	DISPONÍVEIS AO SUS	TEMPO DE FABRICAÇÃO		
			ATÉ 5 ANOS	MAIS DE 5 ANOS	NÃO SABE
GAMA CÂMARA (MEDICINA NUCLEAR)	01. <input type="text"/>	02. <input type="text"/>	03. <input type="text"/>	04. <input type="text"/>	05. <input type="text"/>
LITOTRIPSOR	71. <input type="text"/>	72. <input type="text"/>	73. <input type="text"/>	74. <input type="text"/>	75. <input type="text"/>
MAMÓGRAFO COM COMANDO SIMPLES	06. <input type="text"/>	07. <input type="text"/>	08. <input type="text"/>	09. <input type="text"/>	10. <input type="text"/>
MAMÓGRAFO COM ESTEREOTAXIA	11. <input type="text"/>	12. <input type="text"/>	13. <input type="text"/>	14. <input type="text"/>	15. <input type="text"/>
RAIO X ATÉ 100mA	16. <input type="text"/>	17. <input type="text"/>	18. <input type="text"/>	19. <input type="text"/>	20. <input type="text"/>
RAIO X COM FLUOROSCOPIA	36. <input type="text"/>	37. <input type="text"/>	38. <input type="text"/>	39. <input type="text"/>	40. <input type="text"/>
RAIO X DE 100 A 500mA	21. <input type="text"/>	22. <input type="text"/>	23. <input type="text"/>	24. <input type="text"/>	25. <input type="text"/>
RAIO X MAIS DE 500mA	26. <input type="text"/>	27. <input type="text"/>	28. <input type="text"/>	29. <input type="text"/>	30. <input type="text"/>
RAIO X ODONTOLÓGICO INTRA-ORAL	31a. <input type="text"/>	32a. <input type="text"/>	33a. <input type="text"/>	34a. <input type="text"/>	35a. <input type="text"/>
RAIO X ODONTOLÓGICO EXTRA-ORAL	31b. <input type="text"/>	32b. <input type="text"/>	33b. <input type="text"/>	34b. <input type="text"/>	35b. <input type="text"/>
RAIO X PARA DENSITOMETRIA ÓSSEA	41. <input type="text"/>	42. <input type="text"/>	43. <input type="text"/>	44. <input type="text"/>	45. <input type="text"/>
RAIO X PARA HEMODINÂMICA	46. <input type="text"/>	47. <input type="text"/>	48. <input type="text"/>	49. <input type="text"/>	50. <input type="text"/>
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	56. <input type="text"/>	57. <input type="text"/>	58. <input type="text"/>	59. <input type="text"/>	60. <input type="text"/>
TOMÓGRAFO COMPUTADORIZADO	51. <input type="text"/>	52. <input type="text"/>	53. <input type="text"/>	54. <input type="text"/>	55. <input type="text"/>
ULTRASSOM DOPPLER COLORIDO	61. <input type="text"/>	62. <input type="text"/>	63. <input type="text"/>	64. <input type="text"/>	65. <input type="text"/>
ULTRASSOM ECÓGRAFO	66. <input type="text"/>	67. <input type="text"/>	68. <input type="text"/>	69. <input type="text"/>	70. <input type="text"/>

BLOCO 18 - EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA EM CONDIÇÕES DE USO

ESPÉCIE	TOTAL
CONTROLE AMBIENTAL/AR CONDICIONADO CENTRAL	01. <input type="text"/>
GRUPO GERADOR	02. <input type="text"/>
USINA DE OXIGÊNIO	03. <input type="text"/>

BLOCO 19 - EQUIPAMENTOS POR MÉTODOS ÓTICOS EM CONDIÇÕES DE USO

ESPÉCIE	TOTAL	DISPONÍVEIS AO SUS
ENDOSCÓPIO DE VIAS RESPIRATÓRIAS	01. <input type="text"/>	02. <input type="text"/>
ENDOSCÓPIO DE VIAS URINÁRIAS	03. <input type="text"/>	04. <input type="text"/>
ENDOSCÓPIO DIGESTIVO	05. <input type="text"/>	06. <input type="text"/>
EQUIPAMENTOS PARA OPTOMETRIA	07. <input type="text"/>	08. <input type="text"/>
LAPAROSCÓPIO/VÍDEO	09. <input type="text"/>	10. <input type="text"/>
MICROSCÓPIO CIRÚRGICO	11. <input type="text"/>	12. <input type="text"/>

BLOCO 20 - EQUIPAMENTOS POR MÉTODOS GRÁFICOS EM CONDIÇÕES DE USO

ESPÉCIE	TOTAL	DISPONÍVEIS AO SUS
ELETROCARDÍOGRAFO	01. <input type="text"/>	02. <input type="text"/>
ELETROENCEFALÓGRAFO	03. <input type="text"/>	04. <input type="text"/>

BLOCO 21 - EQUIPAMENTOS PARA TERAPIA POR RADIAÇÃO EM CONDIÇÕES DE USO

ESPÉCIE	TOTAL	DISPONÍVEIS AO SUS	TEMPO DE FABRICAÇÃO		
			ATÉ 5 ANOS	MAIS DE 5 ANOS	NÃO SABE
ACELERADOR LINEAR	01. <input type="text"/>	02. <input type="text"/>	03. <input type="text"/>	04. <input type="text"/>	05. <input type="text"/>
BOMBA DE COBALTO	06. <input type="text"/>	07. <input type="text"/>	08. <input type="text"/>	09. <input type="text"/>	10. <input type="text"/>
BRAQUITERAPIA DE ALTA TAXA	11a. <input type="text"/>	12 a. <input type="text"/>	13 a. <input type="text"/>	14 a. <input type="text"/>	15 a. <input type="text"/>
BRAQUITERAPIA DE BAIXA TAXA	11b. <input type="text"/>	12 b. <input type="text"/>	13 b. <input type="text"/>	14 b. <input type="text"/>	15 b. <input type="text"/>

BLOCO 22 - EQUIPAMENTOS PARA MANUTENÇÃO DA VIDA EM CONDIÇÕES DE USO

ESPÉCIE	TOTAL	DISPONÍVEIS AO SUS	TEMPO DE FABRICAÇÃO		
			ATÉ 5 ANOS	MAIS DE 5 ANOS	NÃO SABE
BERÇO AQUECIDO	01. <input type="text"/>	02. <input type="text"/>			
DEFIBRILADOR	03. <input type="text"/>	04. <input type="text"/>			
EQUIPAMENTO DE FOTOTERAPIA	05. <input type="text"/>	06. <input type="text"/>			
INCUBADORA	07. <input type="text"/>	08. <input type="text"/>	09. <input type="text"/>	10. <input type="text"/>	11. <input type="text"/>
MARCAPASSO TEMPORÁRIO	12. <input type="text"/>	13. <input type="text"/>			
MONITOR DE ECG	14. <input type="text"/>	15. <input type="text"/>	16. <input type="text"/>	17. <input type="text"/>	18. <input type="text"/>
MONITOR DE PRESSÃO INVASIVO	19. <input type="text"/>	20. <input type="text"/>			
MONITOR DE PRESSÃO NÃO-INVASIVO	21. <input type="text"/>	22. <input type="text"/>			
OXÍMETRO	23. <input type="text"/>	24. <input type="text"/>			
REANIMADOR PULMONAR (AMBU)	25. <input type="text"/>	26. <input type="text"/>			
RESPIRADOR/VENTILADOR-ADULTO	27. <input type="text"/>	28. <input type="text"/>	29. <input type="text"/>	30. <input type="text"/>	31. <input type="text"/>
RESPIRADOR/VENTILADOR- INFANTIL	32. <input type="text"/>	33. <input type="text"/>	34. <input type="text"/>	35. <input type="text"/>	36. <input type="text"/>

BLOCO 23 - EQUIPAMENTOS DE USO GERAL EM CONDIÇÕES DE USO

ESPÉCIE	TOTAL	ESPÉCIE	TOTAL	ESPÉCIE	TOTAL
AUTOCLAVE	01. <input type="text"/>	ESFIGNOMANÔMETRO ADULTO	07. <input type="text"/>	MICROSCÓPIO	12. <input type="text"/>
BALANÇA ANTROPOMÉTRICA ADULTO	02. <input type="text"/>	ESFIGNOMANÔMETRO PEDIÁTRICO	08. <input type="text"/>	NEBULIZADOR	13. <input type="text"/>
BALANÇA PEDIÁTRICA	03. <input type="text"/>	ESPECTROFOTÔMETRO	09. <input type="text"/>	OFTALMOSCÓPIO	14. <input type="text"/>
CENTRÍFUGA	04. <input type="text"/>	ESTETOSCÓPIO DE PINARD/ DOPPLER FETAL	10. <input type="text"/>	OTOSCÓPIO	15. <input type="text"/>
CONTADOR DE CÉLULAS SANGÜÍNEAS	05. <input type="text"/>	ESTUFA	11. <input type="text"/>	REFRIGERADOR PARA VACINA	16. <input type="text"/>
EQUIPAMENTO PARA CAUTERIZAÇÃO	06. <input type="text"/>				

BLOCO 24 - OUTROS EQUIPAMENTOS EM CONDIÇÕES DE USO

ESPÉCIE	TOTAL	DISPONÍVEIS AO SUS	TEMPO DE FABRICAÇÃO		
			ATÉ 5 ANOS	MAIS DE 5 ANOS	NÃO SABE
APARELHO DE DIATERMIA POR ULTRASSOM/ ONDAS CURTAS	01. <input type="text"/>	02. <input type="text"/>			
APARELHO DE ELETROESTIMULAÇÃO	03. <input type="text"/>	04. <input type="text"/>			
BOMBA DE INFUSÃO DE HEMODERIVADOS	05. <input type="text"/>	06. <input type="text"/>			
CICLADORA DPA / DPAC	27. <input type="text"/>	28. <input type="text"/>			
EQUIPAMENTO DE AFERESE	07. <input type="text"/>	08. <input type="text"/>			
EQUIPAMENTO DE CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA	11. <input type="text"/>	12. <input type="text"/>			
EQUIPAMENTO PARA AUDIOMETRIA	09. <input type="text"/>	10. <input type="text"/>			
EQUIPAMENTO PARA GASOMETRIA SANGÜÍNEA	13. <input type="text"/>	14. <input type="text"/>			
EQUIPAMENTO PARA HEMODIÁLISE	15. <input type="text"/>	16. <input type="text"/>	17. <input type="text"/>	18. <input type="text"/>	19. <input type="text"/>
EQUIPAMENTO PARA OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA	29. <input type="text"/>	30. <input type="text"/>			
FORNO DE BIER	20. <input type="text"/>	21. <input type="text"/>			
EQUIPO ODONTOLÓGICO	22 a. <input type="text"/>	23 a. <input type="text"/>	24 a. <input type="text"/>	25 a. <input type="text"/>	26 a. <input type="text"/>
EQUIPO MÓVEL	22 b. <input type="text"/>	23 b. <input type="text"/>	24 b. <input type="text"/>	25 b. <input type="text"/>	26 b. <input type="text"/>
ND YAG LASER	31. <input type="text"/>	32. <input type="text"/>	33. <input type="text"/>	34. <input type="text"/>	35. <input type="text"/>
OUTROS	36. <input type="text"/>	37. <input type="text"/>			

BLOCO 25 - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES - GESTÃO DE RECURSOS FINANCEIROS

<p>1. ESTE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE ADMINISTRA/EXECUTA SEUS PRÓPRIOS RECURSOS FINANCEIROS/ORÇAMENTO?</p> <p><input type="checkbox"/> 01. NÃO (PASSE À PERGUNTA 3)</p> <p><input type="checkbox"/> 02. PARCIALMENTE (PASSE ÀS PERGUNTAS 2 E 3)</p> <p><input type="checkbox"/> 03. INTEGRALMENTE (PASSE À PERGUNTA - 4)</p>	<p>2. EM QUE ÁREA ESTE ESTABELECIMENTO TEM AUTONOMIA PARA ADMINISTRAR SEUS RECURSOS FINANCEIROS?</p> <p><input type="checkbox"/> 01. RECURSOS DE FUNDOS PARA PEQUENAS DESPESAS EMERGENCIAIS</p> <p><input type="checkbox"/> 02. AQUISIÇÃO DE MATERIAIS DE CONSUMO</p> <p><input type="checkbox"/> 03. AQUISIÇÃO DE MATERIAIS PERMANENTES E EQUIPAMENTOS</p> <p><input type="checkbox"/> 04. DESPESAS COM SERVIÇOS DE TERCEIROS</p> <p><input type="checkbox"/> 05. DESPESAS COM PESSOAL</p>
---	--

