



**UNIVERSIDADE DE SALVADOR - UNIFACS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO
REGIONAL E URBANO
MESTRADO EM ANÁLISE REGIONAL**

TATIANA DE SÁ BITTENCOURT

**PROJETO DE POLÍTICA REGIONAL DE ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA: O EXEMPLO DO POLO PETROQUÍMICO
DE CAMAÇARI**

Salvador
2005

TATIANA DE SÁ BITTENCOURT

**PROJETO DE POLÍTICA REGIONAL DE ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA: O EXEMPLO DO COMPLEXO
PETROQUÍMICO DE CAMAÇARI**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em
Análise Regional, Universidade de Salvador –
UNIFACS, como requisito parcial para obtenção do
grau de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Cardoso Pedrão

Salvador
2005

FICHA CATALOGRÁFICA

(Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas da Universidade Salvador – UNIFACS)

Bittencourt, Tatiana de Sá

Projeto de política regional de assistência farmacêutica: o exemplo do Complexo Petroquímico de Camaçari/Tatiana de Sá Bittencourt. - 2005. 180f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Salvador – UNIFACS. Curso de Mestrado em Análise Regional.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Cardoso Pedrão

1. Políticas públicas – aspecto social. 2. Assistência farmacêutica – políticas públicas. 3. Acidentes de trabalho. 4. Saúde do trabalhador I. Pedrão, Fernando Cardoso, orient. II. Universidade Salvador – UNIFACS. III. Título.

CDD: 301.363

TERMO DE APROVAÇÃO

TATIANA DE SÁ BITTENCOURT

PROJETO DE POLÍTICA REGIONAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: O EXEMPLO DO POLO PETROQUÍMICO DE CAMAÇARI

Dissertação aprovada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Análise Regional, Universidade de Salvador, pela seguinte banca examinadora:

Fernando Cardoso Pedrão _____
Doutor em Economia
Universidade Salvador (UNIFACS)

Alcides Caldas _____
Doutor em Geografia
Universidade Salvador (UNIFACS)

Jairnilson da Silva Paim _____
Mestre em Medicina
Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Salvador, 13 de abril de 2005

A

minha mãe Zilka, meus irmãos Karina e Vladimir e ao meu marido Guilherme,
pelo incentivo, carinho e amor.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Fernando Pedrão por seu inestimável apoio, orientação, comentários, paciência e por tudo o que fez para a elaboração deste trabalho.

Aos estimados Professores Noélio Spinola e Alcides Caldas, por sua louvável compreensão e apoio.

Ao Jairnilson, por sua valorosa ajuda, apresentando-me ao Instituto de Saúde Coletiva.

A Roberto Vianna, Denise Ribeiro e Alvaro pela amizade e receptividade, nas horas mais difíceis.

A todos aqueles que entrevistei, pela confiança em prestarem os seus depoimentos e emprestarem o seu acervo bibliográfico.

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo central demonstrar a importância de um projeto regional de política pública de assistência farmacêutica para acidentes do trabalho, que atendam as necessidades do trabalhador acidentado e que seja provido pelo Sistema Único de Saúde, de forma a que o trabalhador não se torne refém da empresa onde sofreu o acidente, em consequência do Estado não prover assistência a sua saúde.

O programa regional de assistência farmacêutica auxiliará o Ministério do Trabalho e Emprego na obtenção de dados relativos aos acidentes do trabalho ocorridos no COPEC. Existe uma grande dificuldade dos órgãos oficiais terem conhecimento da quantidade e características dos acidentes de trabalho ocorridos neste local. Estes dados são de extrema importância para que possam ser realizados programas de atenção à saúde do trabalhador.

O projeto de política pública de assistência farmacêutica aos trabalhadores do COPEC será financiado pelo Estado e por todas as entidades que participam do mercado farmacêutico e relacionadas com a saúde do trabalhador.

Palavras Chaves: Projeto regional; assistência farmacêutica; acidentes do trabalho; doença ocupacional; política pública; sistema público de saúde; COPEC; política farmacêutica.

ABSTRACT

The main purpose of this work is to show the importance of a regional public policy for pharmaceutical assistance project for work accidents that meets the worker's needs and be provided by public health system, in which the worker do not become a victim of the company where the worker had a work accident if the State do not provide him health assistance.

The regional program for pharmaceutical assistance will support the Labor Ministry in obtaining data related to work accident occurred in COPEC. There is a big difficulty in the official authorities having knowledge of the quantities and the characteristics of work accident occurred in that place. Those data are very important to make new programs to support the worker's health.

The public policy for pharmaceutical assistance project for COPEC workers will be financed by the State and by all the entities that participate in the pharmaceutical market related to the worker's health.

Keywords: Regional program; pharmaceutical assistance; work accidents; public policy, public health system; COPEC; pharmaceutical policy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Áreas de relacionamento do COPEC	70
Figura 2 – Esquema operacional – PBM	151
Figura 3 – Esquema operacional PBM PREV SAÚDE	152

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Comparativo da expectativa de vida ao nascer com outros países da Américas- 2001	34
Quadro 2 – Modelos de financiamento da saúde	51
Quadro 3 – Vendas por classe terapêutica nas farmácias no Brasil - 1999	105
Quadro 4 – Produtos farmacêuticos mais vendidos no mundo - 1998	125
Quadro 5 – Despesa média mensal familiar com remédios - 1996	132
Quadro 6 – Valores gastos pela população com medicamentos por Estado - 1999	134

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Evolução do PIB Bahia/ Brasil, 1975 – 1985	72
Tabela 2 – Evolução do Emprego na Petroquímica e o Desempenho da Economia	74
Tabela 3 – Indicadores de Desenvolvimento Econômico e Social da Bahia. Classificado por municípios baianos segundo índice geral de desenvolvimento socioeconômico – 1996	77
Tabela 4 – Produto municipal segundo as Regiões Econômicas – 2000	77
Tabela 5 – Investimentos industriais previstos no Estado da Bahia por eixo de desenvolvimento - 2003 – 2007	78
Tabela 6 - Distribuição dos ocupados, segundo setor de atividade na Região Metropolitana de Salvador – 1997 – 1999	83
Tabela 7 – Distribuição dos postos de trabalho gerados por empresas segundo formas de contratação na RMS – 1997 – 1999	84
Tabela 8 - Acidentes de trabalho na Bahia, segundo grupos de maior incidência - 2000	93
Tabela 9 - Acidentes de trabalho com óbito na Bahia – 1970-1992	94
Tabela 10 - Acidentes de trabalho registrados por motivo na Bahia - 1970-2002	96
Tabela 11 - Acidentes de trabalho liquidados por consequência na Bahia - 1999 - 2002	97
Tabela 12 - Acidentes de trabalho registrados por motivo no COPEC – 1996-2000	98
Tabela 13 – Composição dos custos dos medicamentos	110

Tabela 14 – Reajuste de preços de medicamentos por classe terapêutica após Plano Real (em %)	112
Tabela 15 – Variação de preços de alguns medicamentos no período: Agosto/ 1994 a Janeiro/ 2000	113
Tabela 16 – Evolução dos preços médios dos medicamentos, conforme o tempo de existência no mercado brasileiro (em US\$)	113

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIAR - Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica de Automedicação Responsável.

ABIFARMA - Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica.

ABRAFARMA - Associação Brasileira de Redes de Drogarias.

ALANAC - Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Nacionais.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

AEAT - Anuário estatístico de Acidentes do trabalho

AT - Acidentes do Trabalho.

CAT - Comunicação de Acidentes do Trabalho.

CBO - Classificação Brasileira de Ocupações.

CID - Classificação Internacional de Doenças.

CESAT - Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador.

CIA - Centro Industrial de Aratu.

CNAE - Classificação Nacional de atividade Econômica.

COFINS - Contribuição para Financiamento da Seguridade Social.

CODEFAT – Conselho Deliberativo do Fundo de Amparo ao Trabalhador.

CONDER - Conselho de Desenvolvimento do Recôncavo.

COPEC - Complexo Petroquímico de Camaçari.

CPI - Comissão Parlamentar de Inquérito.

CEP - Comissão de Planejamento Econômico.

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho.

CPMF - Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira.

CSLL - Contribuição Social sobre o Lucro Líquido.

DATAPREV - Empresa de Tecnologia e Informação da Previdência Social.

DIEESE - Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos.

DST - Doença Sexualmente Transmissível.

FAT - Fundo de Amparo ao Trabalhador.

FEBRAFARMA - Federação Brasileira da Indústria Farmacêutica.

FUNDACENTRO - Fundação Centro Nacional de Segurança Higiene e Medicina do Trabalho.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

INSS - Instituto Nacional de Seguridade Social.

IMS - International Medical Service.

IPI - Imposto sobre Produtos Industrializados.

IPC – Índice de Potencial de Consumo.

INPI - Instituto Nacional de Propriedade Industrial.

INTERFARMA - Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa.

LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias.

MTE - Ministério do Trabalho e Emprego.

MPS - Ministério da Previdência Social.

MPAS - Ministério da Previdência e assistência Social.

MS - Ministério da saúde.

OMC - Organização Mundial do Comércio.

OMS - Organização Mundial da Saúde.

OPAS - Organização Pan-americana de Saúde

OSS - Orçamento da Seguridade Social.

PASEP - Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público.

PAIR - Perda Auditiva Induzida pelo Ruído.

PEA - População Economicamente Ativa.

PED - Pesquisa de Emprego e Desemprego.

PFAT - Programa de Assistência Farmacêutica ao Trabalhador.

PIA - População em Idade Ativa.

PIB - Produto Interno Bruto.

PIS - Programa de Integração Social.

PMB - *Pharmacy Benefit Manager* (Programa de Benefício em Medicamentos).

PMC - Preço Máximo ao consumidor.

PNB - Produto Nacional Bruto.

PPA – Programa Pronta Ação.

REFOSUS - Reforma à Reorganização do Sistema Único de Saúde.

RENAME - Relação de medicamentos Essenciais.

RPS - Regulamento da Previdência Social.

RMS – Região Metropolitana de Salvador.

SAE - Setor de Atividade Econômica.

SAT - Seguro de Acidente do Trabalho.

SEI – Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia.

SEAE - Secretaria de Acompanhamento Econômico.

SUS - Sistema Único de Saúde.

SUDENE - Superintendência para o Desenvolvimento do Nordeste.

TL - Taxa de Letalidade.

UF - Unidades da Federação.

UTI - Unidade de Tratamento Intensivo.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	O APARECIMENTO DE UMA QUESTÃO SOCIAL	23
2.1	CARACTERÍSTICAS ESPECIAIS DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE	28
2.2	SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO	40
2.2.1	Formação e características	40
2.2.2	Modelo de assistência e financiamento	48
3	SAÚDE E PRODUÇÃO	62
3.1	A REGIÃO E O SISTEMA PRODUTIVO	62
3.2	TRABALHO E SAÚDE	79
3.2.1	Mercado de trabalho	79
3.2.2	Doenças ocupacionais e acidentes do trabalho	87
4	A QUESTÃO DO MEDICAMENTO NO BRASIL	103
4.1	O SETOR FARMACÊUTICO	103
4.1.1	Características especiais do setor farmacêutico	103
4.1.2	Política de Preços	108
4.1.3	Patentes e suas implicações	114
4.1.4	Indústria farmacêutica	121
4.1.5	Distribuidores	127
4.1.6	Farmácias e Drogarias	129
4.1.7	Mercado Consumidor	131
4.1.8	Fitoterápicos	136
4.2	ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	139
4.3.	PROGRAMA DE BENEFÍCIO FARMACÊUTICO NA ÁREA DE SAÚDE SUPLEMENTAR	144

5	POLITICA PÚBLICA REGIONAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA PARA OSTRALHADORES DO COPEC	155
5.1	BASES LEGAIS E DIRETRIZES	157
5.2	MODELO DE FINANCIAMENTO	159
5.3	MODELO DE GESTÃO E OPERACIONALIZAÇÃO	162
6	CONCLUSÃO	167
	REFERÊNCIAS	171
	AUTORIZAÇÃO PARA COMUTAÇÃO	180

1 INTRODUÇÃO

A formação social brasileira compôs um perfil epidemiológico bastante diversificado, gerando, atualmente, um país com um quadro de enfermidades variadas com características de países desenvolvidos e de terceiro mundo. Este quadro epidemiológico associado à precariedade dos serviços de saneamento básico, de saúde e assistência farmacêutica tem se caracterizado por indicadores sociais muito ruins quando comparado com outros países da América Latina.

A Bahia apresenta um dos piores indicadores socioeconômicos do Brasil, a maioria da população depende do atendimento do Sistema Único de Saúde, devido à alta concentração de renda, ao baixo poder aquisitivo e de uma população crescente de desempregados. O assalariamento industrial neste estado ainda é concentrado no Pólo Petroquímico de Camaçari, esta região é bastante insalubre e perigosa, devido ao tipo de atividade industrial que realiza, estando mais propensa a promover doenças ocupacionais e acidentes de trabalho, o que já ocorreu no passado. Estes fatores aliados às alterações sofridas no sistema produtivo e nas relações de trabalho, nortearam a escolha desta região para estudo.

As relações sociais estabelecidas entre Capital e Trabalho definem a qualidade de vida do trabalhador, na medida em que este é subordinado ao processo de produção estabelecido pelo sistema capitalista. A massa de trabalhadores desempregados, necessária ao funcionamento deste sistema, possui condições sociais muito inferiores às dos trabalhadores empregados.

Atualmente, o ambiente de trabalho é repleto de tensões geradas pela competição fomentada dentro das empresas, pela constante necessidade do trabalhador se adequar às fusões e aquisições, aos modelos de gestão empresarial que reduzem o número de funcionários e acrescentam tarefas e mais exigências aos

trabalhadores que continuam empregados. Além disso, o operário é exposto a locais de trabalhos insalubres e perigosos, reflexo do processo produtivo necessário à operação da empresa.

Para suportar as pressões diárias o trabalhador alimenta-se excessivamente como forma de compensar o *stress*, apresentando quadros de obesidade, consome drogas legais (álcool e fumo), desenvolve doenças crônicas e degenerativas, que são conseqüências das fases contínuas de tensões dentro do ambiente de trabalho.

Os processos produtivos, aos quais o empregado está exposto diariamente, e a baixa qualidade de vida, contribuem para o aparecimento de doenças ocupacionais. As tensões provocadas pelo ambiente interno e externo, tais como: conjuntura econômica, problemas familiares, dificuldades de adaptar-se ao novo sistema adotado pela empresa, entre outros, provocam, muitas vezes, os acidentes de trabalho.

O sistema de saúde é utilizado como meio de intermediar os conflitos sociais originados da relação capital e trabalho, envolvidos com a necessidade do trabalhador de se manter empregado e com renda (ligado ao INSS), para isto, utiliza-se da doença. Por outro lado, as empresas que não querem arcar com a responsabilidade civil, resultante da doença ocupacional ou acidente do trabalho, utilizam-se também deste sistema para se desonerar.

Estes conflitos terão reflexos no sistema de saúde, que é responsável por cuidar da saúde do trabalhador e determinar as causas e características das doenças, de modo a definir se a enfermidade que o trabalhador porta é uma doença ocupacional. A gestão destes conflitos onera ainda mais os gastos públicos com saúde, principalmente com os trabalhadores desempregados e todos aqueles que não possuem assistência médica provida pela empresa. Quando a doença

ocupacional e o acidente do trabalho geram invalidez, o Estado é onerado duplamente, o SUS será responsável por tratar a saúde do trabalhador, e o INSS manterá uma aposentadoria por invalidez.

Para realizar o tratamento, o SUS utiliza um conjunto de meios terapêuticos que auxiliarão na melhoria da saúde do trabalhador. A assistência farmacêutica é um dos meios utilizados tanto no tratamento realizado nos ambulatórios e clínicas médicas quanto nas residências. O tratamento medicamentoso é de fundamental importância para a melhoria da saúde e uma maior rapidez na reabilitação do doente. A falta de poder aquisitivo dificulta o acesso do trabalhador ao medicamento, o que gera a necessidade de um tempo maior para a reabilitação, tendo como consequência, um maior gasto com assistência médica e hospitalar. Às vezes o médico opta por manter o paciente no hospital como forma de continuar o tratamento medicamentoso.

A falta de adesão ao tratamento medicamentoso pode gerar o agravamento do estado e saúde do paciente, maior tempo para retorno ao trabalho o que implica em maiores custos para o SUS, INSS e empresas. Por isso, para reduzir a evasão do receituário médico e para contar com um retorno mais rápido muitas empresas do Complexo Petroquímico de Camaçari – COPEC, pagam pelos medicamentos adquiridos por seus funcionários, para tratamento de doenças ocupacionais e dos danos provocados pelo acidente de trabalho, como modo de facilitar o acesso do trabalhador ao remédio, com isto, objetiva-se reduzir a evasão do receituário médico, o custo com internações e um retorno mais rápido ao trabalho.

Os programas de assistência farmacêutica, implementados pelo sistema de saúde suplementar, que atendem os planos individuais e empresariais, são utilizados para controlar o uso dos medicamentos pelos pacientes de forma a

aumentar a adesão ao tratamento e reduzir o custo gerado pelo uso inadequado dos remédios. Estes programas, apesar de terem uma lista única de medicamentos, abrangem 90% das patologias, visando atender às peculiaridades de cada população.

Este projeto de política pública pretende iniciar uma discussão sobre a formação de programas regionais de atenção farmacêutica, para os trabalhadores do COPEC, que sofreram doenças ocupacionais ou acidentes do trabalho. Afinal, as características regionais serão os fatores norteadores das políticas de acesso aos medicamentos. O problema da assistência farmacêutica para esses trabalhadores é pouco abordado, mas de grande gravidade devido as suas conseqüências sociais e econômicas para as empresas, trabalhadores atingidos e a sociedade em geral. A doença ocupacional e o acidente de trabalho, quando não são tratados adequadamente, geram uma baixa produtividade, aumento da falta ao trabalho, maior tempo para retorno ao trabalho, incapacidade de retorno ao mesmo, redução da remuneração do trabalhador, entre outras conseqüências.

Com este trabalho, busca-se uma alternativa de assistência farmacêutica para os trabalhadores que foram acometidos por doenças ocupacionais e acidentes do trabalho. Tal alternativa configura-se na criação de uma de Política Pública Regional de Assistência Farmacêutica para os trabalhadores do COPEC, que possibilite o trabalhador ter acesso ao medicamento, e, deste modo, um retorno mais rápido ao trabalho e a sua vida social.

Sugeri-se uma política pública de assistência farmacêutica que atenda as necessidades do trabalhador localizado no Pólo Petroquímico de Camaçari, através de um Sistema de Acesso aos Medicamentos que será viabilizado pelo Sistema Único de Saúde, financiado pelo Estado e por todas as entidades, que participem do mercado farmacêutico e estejam relacionadas com a saúde do

trabalhador. Este Sistema de Acesso aos Medicamentos, irá conectar todos os agentes ligados ao fornecimento de remédios: governo, indústria farmacêutica, distribuidores, farmácia e o consumidor final (trabalhador).

A primeira parte deste trabalho trata das características especiais dos sistemas de saúde, do modelo brasileiro de assistência e financiamento da saúde. A segunda parte da pesquisa mostra como o mercado de trabalho no Complexo Petroquímico de Camaçari define as relações sociais da saúde e da doença, e como a reestruturação produtiva (mudanças institucionais, gerenciais e tecnológicas) influenciou nesta relação. A terceira parte cuida de demonstrar o funcionamento dos agentes envolvidos no setor farmacêutico no Brasil, como este mercado está caracterizado. A pesquisa encerra-se com um capítulo que trata do projeto de política pública que objetiva tornar a assistência farmacêutica acessível ao trabalhador.

2 O APARECIMENTO DE UMA QUESTÃO SOCIAL

Os sistemas de saúde pretenderam preservar a saúde da população mediante a eliminação das moléstias. Quanto mais saudável for à população, menor será a sua utilização. Singer (1978, p.13) caracteriza o sistema de saúde como um sistema de controle cuja finalidade é evitar contradições no plano social que venham a perturbar a produção ou consumo de bens dentro da ordem constituída. A demanda pela atividade de um serviço de controle cresce na medida em que os problemas que ele deve resolver ou suprir se multiplicam e se agravam. A procura por este serviço de controle não depende da oferta, e sim das necessidades decorrentes do estado de saúde da população.

A demanda aparente por serviços médicos é gerada pelos “problemas de saúde” determinados pelos especialistas médicos. Estes, em alguns casos, definem sua própria demanda e determinam a de outros serviços de saúde. Não se pretende, com isso, afirmar que não existem genuínos problemas de saúde, senão mostrar que alguns desses problemas são induzidos pela necessidade do sistema de encontrar demanda para sua oferta, devido a isto, geram a demanda.

A Revolução Vital¹ foi um processo que resultou da melhoria das condições de vida da população e da ação dos sistemas de saúde no combate às enfermidades infecciosas e parasitárias, tendo, como conseqüência, a diminuição da mortalidade e a melhoria da expectativa de vida das populações. No lugar destas enfermidades, surgem as doenças degenerativas, tais como cardiopatias, lesões que afetam o sistema nervoso central, etc. Estas enfermidades, em certo grau, geram um quadro crônico, onde o enfermo não fica inválido, podendo desempenhar suas

¹ Os demógrafos denominam de “Revolução Vital” a grande queda na mortalidade que ocorreu nos países industrializados a partir do século XIX, e nos países não-desenvolvidos a partir da Segunda Guerra Mundial.

funções profissionais, familiares, sociais, etc., com restrições, mas de forma participativa. A doença poderá vir a atrapalhar seu desempenho num estágio mais avançado.(SINGER, 1978, p.56)

O aumento da incidência das doenças degenerativas não pode ser atribuída apenas pelo aumento da expectativa de vida, senão, pela expansão das doenças mentais, alcoolismo, tabagismo, consumo de narcóticos, obesidade e dos reflexos da “vida moderna”. Na medida em que a incidência das doenças degenerativas aumentou houve um crescimento da morbidade, conseqüência daqueles afetados permanecerem doentes por mais tempo. Segundo Schuman (1967 apud SINGER, 1978, p.45):

Morte súbita ou cura completa são o resultado natural de muitas enfermidades infecciosas agudas; enquanto que, no caso das doenças crônicas, há geralmente um lento processo degenerativo com pouca esperança de cura completa [...] A saúde de uma comunidade se reflete com mais precisão em seus doentes que em seus mortos.

Segundo Jores (apud SINGER, 1978, p.47) as enfermidades podem ser divididas em três grandes grupos: no grupo “A”, encontram-se as doenças cuja origem e tratamento são conhecidos; as enfermidades que pertencem a este grupo são as parasitárias, bacterianas, infecções por vírus, ação de venenos tóxicos e as seqüelas de uma alimentação insuficiente ou inadequada. As doenças do tipo “B” são aquelas cujo tratamento é conhecido, mas desconhecem as suas causas. Encontram-se, neste grupo, as enfermidades das glândulas endócrinas. No grupo “C”, encontram-se as enfermidades das quais se desconhecem a origem e o tratamento. Este grupo de doenças possui característica de longa duração, pois o tratamento é sintomático. A medicina científica objetiva aliviar os sintomas, já que a causa da doença e o tratamento que levará à cura é desconhecido. Neste grupo, estão inclusas as doenças do sistema nervoso, do coração, do estômago, as

denominadas de psicossomáticas, cuja principal causa são fatores psicológicos. Apesar da medicina científica não conhecer as origens de alguns tipos de doenças crônicas, os médicos afirmam que algumas delas são reflexo das tensões, que atingem os indivíduos gerados por contextos sociais e econômicos em que se encontram aqueles que são afetados por elas.

O modo de organizar a produção, que constitui a essência material da vida das sociedades capitalistas, tem como pressuposto a competição entre os indivíduos isoladamente ou em grupos (firmas, partidos políticos, sindicatos), e a permanente mutação das regras desta competição multifacetada gera as “tensões” que se refletem no indivíduo em forma de doenças crônicas. As pessoas procuram “progredir na vida”, o que significa alcançar novas posições mesmo que cada mudança venha gerar uma crise pessoal decorrente da necessidade de se ajustar a um novo contexto social, novas funções, novo papel social, etc. Os que perdem esta luta, competitiva, ficam à margem, sua vida deixa de ter sentido, suas potencialidades são bloqueadas. Deste modo, a vida dos indivíduos nas sociedades capitalistas é composta de fases contínuas de tensões que são propícias ao desenvolvimento de doenças crônicas e degenerativas.

O “*stress*” é o vilão de muitas enfermidades como enxaquecas, gastrites, úlceras estomacais, hipertensão-arterial, cardiopatias, entre outras. Estas doenças vão se tornando crônicas ao longo do tempo e o tratamento realizado atinge o sintoma, mas não é capaz de curar, pois não resolve a causa que é consequência das tensões sociais, políticas e econômicas que o indivíduo está exposto.

Os sistemas de saúde transformaram-se num sistema de controle usado pelas classes dominantes e pelo Estado para controlar a vida das pessoas e das coletividades, de forma a atender os requisitos “modos de conduta” que são aceitos

pela sociedade. Este prestígio conquistado pelos sistemas de saúde foi consequência dos resultados obtidos pela ciência médica.

Illich (1975 apud SINGER, 1978, p.45) desenvolveu o conceito de “medicalização”, como forma de descrever a invasão da medicina científica na vida do indivíduo. A medicalização decorre da convicção, que se generalizou nos países industrializados e que se reflete nos países não desenvolvidos de que o pleno bem-estar só poderá ser obtido no plano individual quando cada aspecto da vida for cientificamente regulado por um especialista que compõe o sistema de saúde. Desse modo, os conhecimentos tradicionais passados de geração em geração perderam sua credibilidade, passando-se a considerar que os conhecimentos científicos eram, e ainda são, superiores aos tradicionais e que a sua aplicação garantiria o “pleno bem-estar”. Entram em cena os pediatras, os ginecologistas, os obstetras, os geriatras, os psiquiatras, entre outros. Nesse contexto, a medicalização das relações sociais torna-se uma tendência de atribuir aos sistemas de saúde o controle dos conflitos sociais no plano interpessoal, social e até mesmo político.

O crescimento da morbidade² suscita a expansão dos sistemas de saúde, que empregam um número crescente de pessoas diretamente e indiretamente através dos ramos industriais ligados à saúde, tais como, indústria farmacêutica, a dos produtores de equipamentos médicos e odontológicos e a dos prestadores de serviços (laboratório de análises clínicas, hospitalares, etc.). A crescente absorção do trabalho social pelos sistemas de saúde resulta em um dispêndio cada vez maior, com estes serviços por parte do Estado, do indivíduo e da iniciativa privada.

O estado de saúde da população pode ser entendido pelo menos de duas maneiras. A primeira resulta de um conceito ideal do estado de saúde que deveria

² Morbidade: relação entre o número de pessoas sãs e o de doentes, ou de doenças num dado tempo.

ser alcançado como meta de política de saúde. A outra é a forma como a sociedade reconhece e determina o estado de saúde de seus integrantes. O primeiro conceito, de saúde da população, é geralmente utilizado em avaliação de procedimentos terapêuticos e consiste num paradigma de normalidade biológica e psicológica.

O conceito “ideal de saúde” pressupõe que há uma maneira científica de determinar o que seria o estado ótimo de saúde. Este pressuposto é negado por aqueles que abordam o problema mediante um conceito sociológico, para estes, a falta de saúde (doença) resulta não apenas de uma contradição entre o homem e o meio natural, mas de uma contradição entre o indivíduo e o meio social. Segundo Singer, (1978, p.73):

Alguém pode ser vítima de uma agressão do meio natural, ao se tornar p.ex. hospedeiro de um agente infeccioso, mas só se torna doente quando em consequência desta agressão, o seu comportamento se transforma (10) e ele é reconhecido como enfermo pelo seu meio social.

Para entender em que condições o indivíduo assume a condição de doente, é preciso entender as consequências sociais desta decisão. Na sociedade brasileira, o doente recebe certos privilégios: é isento de obrigações sociais como trabalhar, estudar ou cuidar das tarefas domésticas, recebe uma atenção especial de familiares, médicos, enfermeiros, mas o doente também sofre sanções na medida que deixa de cumprir certos papéis sociais, isto ocorre devido o seu grupo social acreditar que ele não busca ajuda para ficar “bom”. Ficar doente pode acarretar em maior soma de privilégios do que sanções e vice-versa. Um trabalhador com auxílio à doença e tratamento gratuito, que possa ganhar um rendimento extra fazendo “bicos” enquanto está de licença para tratamento, a condição de enfermo gera mais benefícios do que sanções. O trabalhador autônomo que não tem acesso aos

benefícios do seguro social, sofrerá a sanção de não poder ganhar dinheiro enquanto estiver doente.

A organização Mundial de Saúde (2002, p.1) conceitua como ideal de saúde da população “Um estado de completo bem-estar físico, mental e social não se caracteriza unicamente pela ausência de doença ou enfermidade”, o pleno bem-estar não é restringido às doenças, mas também por circunstâncias econômicas, sociais e políticas. Podemos concluir que é paradoxal alguém ser considerado portador de boa saúde quando este é afetado, por pobreza, discriminação, repressão ou constante instabilidade sócio-econômica.

2.1 CARACTERÍSTICAS ESPECIAIS DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A relação entre o ambiente³ e o padrão de saúde de uma população, segundo a OPAS (1990 apud TAMBELLINI, 1998, P.48), incorpora todos os elementos e fatores que potencialmente afetam a saúde da população, como a exposição a fatores específicos (substâncias químicas), a elementos biológicos ou situações que interferem no estado psíquico do indivíduo, até aqueles relacionados com aspectos negativos do desenvolvimento social e econômico dos países. Deste modo, os níveis de renda, nutrição, saneamento básico, acesso à água potável e educação são determinantes do estado de saúde da população. Se todos estes fatores tiverem níveis muito baixos, o sistema de saúde, mesmo que seja universal, terá uma capacidade bastante reduzida de melhorar substancialmente o quadro nosológico⁴ de uma determinada região. Mas, se os fatores acima citados tiverem bons níveis, irão determinar melhores condições de saúde, independente da natureza e da forma de organização do sistema de saúde.

³ Ambiente: local físico onde as populações se encontram. Local que cerca ou envolve os seres vivos ou as coisas, por todos os lados (meio ambiente). (FERREIRA, 1999)

⁴ Nosologia: parte da medicina que se ocupa dos caracteres distintivos que permitem distinguir cada doença (definição, história, etiologia, sintomatologia).

As condições habitacionais são elementos fundamentais para a análise da qualidade de vida da população. O exame das características dos domicílios⁵ e do acesso destes aos serviços básicos de infra-estrutura sanitária (abastecimento de água, esgotamento sanitário e coleta de lixo) fornecem indicativos importantes do bem-estar e da saúde dos seus moradores. A densidade de moradores por domicílios ou dormitórios proporciona uma medida do grau de conforto dos mesmos. De acordo com o IBGE (2002, p.147) o número médio de pessoas por domicílio nas áreas urbanas no Brasil em 2001 foi de 3,6 pessoas, as regiões Nordeste e Norte apresentaram as maiores médias brasileiras representando respectivamente 4,0 e 4,2. A Bahia, em 2001, teve uma média de 3,9 pessoas por domicílio, a Região Metropolitana de Salvador apresentou uma média de 3,7 pessoas por domicílio, esta média está bem próxima da nacional.

Os dados relativos ao rendimento domiciliar *per capita* nas áreas urbanas brasileiras mostram que aproximadamente 19% dos domicílios encontravam-se no estrato inferior de renda (classe de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo *per capita*). Os dados relativos a 2001, conforme IBGE (2002, p.148), mostram a continuidade das desigualdades regionais de renda: enquanto 37% dos domicílios nordestinos encontram neste estrato inferior de renda, no Sul e no Sudeste a proporção é de aproximadamente 12%. Na Bahia 35% dos domicílios encontram-se no estrato inferior de renda, enquanto na Região Metropolitana de Salvador isto ocorre em 24% dos domicílios.

Na Região Metropolitana de Salvador, aproximadamente 9% dos domicílios recebem rendimentos mensais acima de cinco salários, na Região Metropolitana de

⁵ Domicílios: local de moradia de uma pessoa ou de um grupo onde o relacionamento é ditado por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência. Estes domicílios são particulares e permanentes destinados a servir de moradia, sejam casa apartamentos ou cômodos. Conceito formulado pelo IBGE (2002, p.106)

São Paulo a proporção é de aproximadamente 15%⁶, o que demonstra as desigualdades de renda entre as regiões Sudeste e Nordeste. Estes dados comparativos demonstram a manutenção das desigualdades regionais de renda entre os Estados do Nordeste do Sul e do Sudeste.

O abastecimento de água nos domicílios tem se constituído num importante fator de melhoria e preservação das condições de saúde e higiene. Nas regiões urbanas brasileiras, este serviço encontra-se quase universalizado, dados do IBGE, em 2001, indicam que cerca de 89% dos domicílios, no Brasil, possuem abastecimento de água procedente de rede geral com canalização interna. A região nordeste possui cerca de 81% dos domicílios com este tipo de abastecimento de água, este percentual está abaixo da média nacional, demonstrando a necessidade de investimentos neste setor. A Região Metropolitana de Salvador, se destaca por ter a maior média do Nordeste, possui 95% dos domicílios com abastecimento de água encanada.

Os dados do IBGE (2002, p. 154) relativos aos serviços de esgotamento sanitário revelam que no Brasil este sistema ainda requerer grandes avanços e investimentos. Em 2001, existiam 53% dos domicílios urbanos ligados à rede coletora e 23% ligados a fossas sépticas, que consiste na canalização do sanitário para uma fossa próxima, onde ocorre um processo de tratamento ou decantação. No Nordeste, 30% dos domicílios estavam ligados à rede coletora e 27% a fossa séptica. A Bahia possuía 45% dos domicílios ligados à rede coletora, 17% à fossa séptica, 25% a fossa rudimentar e 12% com outros meios ou sem fossas.

Os serviços de coleta direta ou indireta de lixo, em 2001, conforme dados do IBGE (2002, p.155), atingiram 95% dos domicílios brasileiros localizados em zonas

⁶ IBGE, 2002, p.148.

urbanas. A média brasileira de coleta direta de lixo é de 87%, a Região Metropolitana de Salvador, possui coleta de lixo em 54% dos domicílios. Este é o menor percentual entre as regiões metropolitanas brasileiras, está também abaixo da média da Bahia, que é de 66%.

Para melhor dimensionar as condições de saneamento básico dos domicílios, o IBGE (2002, p.154), em 2001, optou por construir um indicador de adequação do tipo de saneamento encontrado. Desse modo, considerou-se um “domicílio com saneamento adequado” aquele que possui escoadouro ligado à rede geral ou fossa séptica, servida de água canalizada internamente e proveniente da rede geral de abastecimento, e cujo lixo é coletado direta ou indiretamente pelos serviços de limpeza. O IBGE considerou 62% dos domicílios urbanos brasileiros como adequados, este percentual cai para 11% na Região Norte, 36% no Nordeste, 38% no Centro-Oeste, enquanto na região Sudeste, este percentual alcança 85%.

Ao correlacionar os dados de renda *per capita* por domicílio e a proporção de domicílios na condição de saneamento adequado, o IBGE (2002, p.154), verificou que existe uma relação direta. Na medida em que aumenta a *renda per capita* por domicílio, há um crescimento do número destes com saneamento adequado. Entre os domicílios com renda *per capita* de até ½ salário mínimo, no Brasil, apenas 38% tinham saneamento adequado. Essa proporção cresce ao passo em que aumenta o rendimento domiciliar *per capita* para mais de cinco salários mínimos. Neste estrato de renda, 86% da população brasileira possuía saneamento adequado.

A falta saneamento básico adequado expõe a população brasileira a uma série de enfermidades que poderiam ser prevenidas com a melhoria do local onde residem. A capacidade do sistema de saúde de melhorar a expectativa de vida sã

destas populações é bastante restrita, pois o sistema estaria tratando a consequência enquanto a causa não seria tratada.

Os dados de mortalidade proporcionam elementos importantes para o conhecimento dos níveis de saúde da população, além de fornecerem subsídios para o planejamento de ações políticas de atenção à saúde nos distintos segmentos populacionais. A expectativa de vida ao nascer é um indicadores médios e coletivos, compostos pelas probabilidades de sobrevivência das distintas idades. Este indicador reflete o quadro de pobreza, a ineficiência das medidas preventivas de atenção primária expressa nas taxas de mortalidade infantil e infanto-juvenil, no quadro de violência expresso na mortalidade de jovens e adultos, e na baixa qualidade do sistema de saúde expresso nas mortes maternas, nas doenças crônicas e degenerativas. A expectativa de vida da humanidade é representada, em cada época, por um limite de idade que reflete de forma combinada os progressos da ciência da saúde, da nutrição, do saneamento, da educação, entre outros fatores.

Pesquisas, do IBGE (2002, p 44.), vêm demonstrando uma tendência de queda em todo o país da mortalidade infantil. A taxa média nacional, em 2000, era de 29% de crianças mortas após nascer, sendo que 15% das crianças morrem com até seis dias de vida. Na Região Nordeste, estes indicadores eram os mais elevados do país, o índice médio era de 43% de crianças mortas, sendo que 20% morrem com até seis dias de nascida e 18% morrem no período pós-neonatal, entre 28 e 364 dias de nascida. Estas taxas de mortalidade são reflexos das precárias condições nutricionais das mães, associadas á inadequada assistência pré-natal, ao parto e ao recém nascido. Apesar das taxas de mortalidade infantil terem caído em todo o país, ainda são altas quando comparadas com a grande maioria dos países

desenvolvidos que apresentam índices inferiores a cinco óbitos por mil nascidos vivos. IBGE (2002, p. 48).

Os principais grupos de causas de óbitos, em 2000 na Bahia, são as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias e as doenças do aparelho respiratório. O grande diferencial dos óbitos por sexo está relacionado às causas externas, violência, que representa a segunda causa de mortes no sexo masculino. Esta causa chegou a representar, em 2000, 21% do total dos óbitos masculinos no país, exceto nos Estados da Região Sul e Minas. Os dados de violência que atingem o sexo masculino concentram-se entre jovens e adultos jovens, de idades compreendidas entre 15 e 29 anos. Este é um fenômeno que vem se generalizando em todo o território nacional, afetando um segmento populacional em plena fase produtiva. IBGE (2002, p.46)

As mortes prematuras da população masculina têm custos sociais altíssimos, inicialmente são resultantes dos investimentos realizados durante a infância, que são perdidos devido aos falecimentos destes jovens, que foram salvos anteriormente. Na tentativa de manter estes jovens com vida após os incidentes, acidentes de trânsito, tentativas de homicídios e suicídio, etc., são realizados gastos com internações e tratamentos, que também são perdidos com as mortes. Os que sobrevivem continuaram gerando mais custos para o sistema de saúde, além dos problemas com a adaptação à nova realidade.

Em 2000, conforme dados do IBGE (2002, p.44) a esperança de vida ao nascer era de 72,6 anos para as mulheres e 64,8 anos para os homens, conforme dados apresentados no Quadro 1; em 2001, a expectativa de vida ao nascer para as mulheres era de 72 anos e 65,5 anos para os homens, estes dados continuam demonstrando que os homens têm uma expectativa de vida ao nascer menor do que

as mulheres, conseqüência da violência, principalmente nas regiões metropolitanas onde estão localizados os grandes centros urbanos. Além disto, de acordo com o Quadro 1, o Brasil apresenta expectativa de vida ao nascer menor do que outros países das Américas, tais como: Cuba, Chile, México, Venezuela, Colômbia, entre outros.

QUADRO 1 – COMPARATIVO DA EXPECTATIVA DE VIDA AO NASCER COM OUTROS PAÍSES DAS AMÉRICAS

País	Ordenado por expectativa de vida ao nascer em anos, ano base 2001	
Canada	76.6	81.9
Cuba	74.7	79.2
Estados Unidos da America	74.3	79.5
Chile	73.2	79.5
México	71.6	76.7
Uruguai	70.9	79.2
Venezuela	70.7	76.5
Argentina	70.1	77.7
Paraguay	68.3	72.9
Colombia	66.7	74.8
Peru	66.3	70.9
Brasil	65.5	72.0

Legenda:

■ Expectativa de vida ao nascer (em anos), Homens, ano base 2001

■ Expectativa de vida ao nascer (anos), Mulheres, ano base 2001

FONTE: Organização Mundial da Saúde, 2002.

A Organização Mundial de Saúde desenvolveu um conceito de esperança de vida sã ao nascer, e baseia-se na esperança de vida, mas inclui um ajuste dos anos que serão vividos pelo indivíduo com má saúde, que irão refletir no número de anos

equivalentes de perfeita saúde. Para calcular os anos que um recém-nascido viverá sem saúde, a OMS referencia-se nas taxas de mortalidade e morbidade da população. Deste modo, segundo dados da OMS a expectativa de vida sã ao nascer de homens passa para 52,2 anos e mulheres para 61,1 anos.

O Brasil começa a enfrentar a Transição Epidemiológica na qual patologias típicas do Terceiro e do primeiro mundo convivem. As primeiras são decorrentes de um sistema de saneamento básico deficitário, bem como o sistema de acesso à água potável, subnutrição, entre outras, as segundas, pelo aumento da expectativa de vida, são representadas por doenças crônicas e degenerativas, como osteoporose, câncer em diferentes variações e, no caso brasileiro, as violências decorrentes do trânsito, do uso das drogas e das fatalidades causadas pelas armas de fogo.

Atualmente, o acréscimo do indicador de expectativa de vida ao nascer tem representado custos cada vez mais elevados para os sistemas de saúde, sem que haja, em contrapartida, um aumento na mesma proporção da expectativa de melhoria da qualidade de vida das populações. Como vimos anteriormente, isto se deve a necessidade de um conjunto de políticas que vão desde o acesso da população à água potável e saneamento básico, a questões sociais, culturais, econômicas, entre outras.

No Brasil, durante muitos anos do século XX, as questões ambientais⁷, tradicionalmente relacionadas à saúde, foram durante muitos anos tratados com uma preocupação quase exclusiva com as questões de saneamento básico (água, esgoto, lixo, etc.). Na década de 70, com o agravamento dos problemas ambientais

⁷ Questões ambientais: são aquelas relacionadas com o meio ambiente (local) onde a população esta localizada e transita.

causados pelo crescimento industrial, surgiram novas entidades governamentais preocupadas com o controle da poluição, mas sem vínculo direto com o sistema de saúde. Para Tambellini (1998, p.49) os efeitos dos processos industriais ao maior ambiente, causaram consequências negativas à saúde da população não trabalhadora, deste modo, gradativamente, foi crescendo a consciência da importância da relação do trabalho com a saúde da população não-trabalhadora.

O desenvolvimento da área de estudo da saúde do trabalhador, conforme Tambellini (1998, p.48-50), surgiu a partir do final da década de 70 e durante a década de 80, com a incorporação das questões da saúde do trabalhador no sistema de saúde. Isto se deu, em consequência do expressivo crescimento do número de doenças ocupacionais. No período de 1990 para 1995 houve um aumento, no Brasil, de 15.750 doenças ocupacionais notificadas. Ainda segundo este autor ao realizar qualquer análise de risco gerada a partir de processos produtivos, irá constatar que os trabalhadores são os mais afetados, devido à exposição direta aos fatores de risco. Deste modo, os trabalhadores representam o grupo populacional prioritário a participar das ações de saúde em caráter preventivo.

As ações de saúde em caráter preventivo estão comprometidas, na medida em que os gastos privados com saúde representaram um volume, maior de investimentos, do que o gasto público. Podemos concluir que a renda da população e a quantidade de pessoas empregadas irão influenciar diretamente no acesso da população brasileira à saúde, já que o gasto privado com a saúde é decorrente do gasto das famílias e das empresas. Em 1998, conforme o relatório do OPAS (2002, p.125), o gasto nacional com saúde chegou a US\$ 62.000 milhões, deste total 41,2% representam o gasto público (US\$ 25.500 milhões) e 58,8% representam o gasto privado, cerca de US\$ 36.500 milhões. Em termos *per capita* o gasto público é

estimado em US\$ 158 e o privado em US\$ 225. Do total do gasto público com saúde, o governo federal correspondeu com 56,7%, os Estados com 18,7% e os municípios com 24,6%. Segundo a OMS (2004), em 2001 o gasto privado com saúde representou 58,4% e o público correspondeu a 41,6%, constatamos que a participação pública no gasto nacional com saúde ainda é inferior a contribuição privada.

Ao realizarmos uma breve análise histórica, percebemos, segundo os dados da OMS (2002), que o gasto do governo brasileiro com saúde, incluindo municípios, Estados e Federação, representou, em 1989, o valor de US\$ 13.200 milhões (US\$ 96,00 *per capita*). Este investimento diminuiu muito nos anos subseqüentes, em 1992, os gastos com saúde foram de US\$ 8.700 milhões (US\$ 63,00 *per capita*). Esta grande redução ocorreu paralela à diminuição dos gastos federais com saúde, em 1992, foi 42% menor que 1989. Historicamente os gastos federais com saúde representam três quartos (75%) do gasto público. A partir de 1993, o gasto público federal com saúde voltou a aumentar chegando em 1996 ao valor de US\$ 14.000 milhões e em 1998 ao montante de US\$ 25.500 milhões.

Segundo o relatório da OPAS (2002, p.126), em 1998, a região Sudeste concentrava 50% do total de gasto público em saúde, enquanto as regiões Norte e Nordeste receberam 4,5% e 18% respectivamente. O gasto privado com saúde corresponde ao gasto das famílias de US\$ 32.600 milhões e das empresas que era aproximadamente de US\$ 3.900 milhões. Dos gastos realizados pelas famílias com a saúde o componente mais representativo são os medicamentos de uso contínuo, com 37,2%, as mensalidades dos planos e seguros de saúde representam 33,1%, os tratamentos odontológicos e próteses representam 11,8% e as hospitalizações 4,4%.

Ainda com base e no relatório da OPAS (2002, p.129), o Brasil recebe uma grande cooperação financeira internacional para melhorar a saúde da população, estudo realizado em 2000, destacou 129 projetos em andamento financiados através de cooperação externa. O Fundo das Nações Unidas contribui para o programa saúde da mulher do Ministério da Saúde, o Banco Mundial apóia projetos de controle de epidemias na Região Nordeste e controle da malária na Amazônia, o projeto REFOSUS conta com o apoio do BID e do Banco Mundial.

A cooperação internacional prioriza as áreas de serviços que atendam a coletividade e de capacitação, principalmente nas áreas de gestão, prevenção e controle de doenças. Esta cooperação externa objetiva atender a todos os Estados, mas principalmente nas regiões onde os dados demonstram maior deficiência, como a Região Nordeste. Em linhas gerais, as principais áreas de cooperação correspondem aos planos plurianuais do governo federal, que compreendem a redução da mortalidade infantil e materna, mediante a promoção dos programas da saúde da mulher e da criança, expansão do programa saúde da família, melhoria da qualidade dos serviços de saúde nos aspectos de reestruturação física, fortalecimento gerencial, a capacitação dos recursos humanos e a melhoria do acesso da população aos serviços de saúde.

Há duas principais controvérsias em relação à saúde, no Brasil. A primeira delas está relacionada com a equidade de acesso aos serviços de saúde e a outra tem a ver com o direito à saúde. Apesar do direito à saúde ser um “direito de todos e um dever do Estado”, conforme está disposto na constituição brasileira, as atribuições que foram delegadas ao Ministério da Saúde, tornam este órgão incapaz de promover a melhoria da qualidade de vida sã da população brasileira, uma vez que esta população não está envolvida neste projeto social, ou seja, não há

participação efetiva do indivíduo, dos seus hábitos e do entendimento que o reflexo das suas atitudes terão conseqüências na capacidade do sistema de saúde de prover melhoria da qualidade de vida das pessoas e portanto da saúde.

A saúde não é um bem disponível, ela está diretamente relacionada com as ações individuais determinadas pela educação, saneamento básico, hábitos alimentares, estruturas sociais, etc. O Sistema de Único de Saúde não é capaz de atender as modificações estruturais vividas pela sociedade brasileira, tais como: o aumento da violência, modificação dos hábitos alimentares, o aumento da expectativa de vida, a redução da qualidade de vida das populações, principalmente urbanas, as desigualdades regionais de renda e emprego que restringem o acesso da população ao saneamento básico e a qualidade dos alimentos ingeridos, etc.

As mutações sociais constantes sempre terão seus reflexos no sistema de saúde, mas este não pode ser entendido como o “Salvador da Pátria” aquele que dará a melhor e maior expectativa de vida à população, através dos “avanços da medicina”. Caso a sociedade brasileira entenda o sistema de saúde deste modo, sempre o perceberá como universalista excludente, pois ele é reflexo dos problemas que a sociedade não resolveu. No Brasil existirá um sistema de saúde atuante, quando a sociedade participar da sua construção, assumindo a responsabilidade pelos seus atos e sabendo que o SUS nada mais é que o espelho da sociedade.

2.2 SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

2.2.1 Formação e características

A colonização do Brasil resultou inicialmente da fusão de três etnias com experiências distintas em relação às doenças. Estas etnias foram submetidas a situações diferentes dos seus costumes originais, os quais foram se modificando com o passar do tempo. Isto gerou um quadro epidemiológico peculiar, diverso daquele que cada um dos grupos estavam acostumado. Assim, foi se formando o estado de saúde da população brasileira.

A partir do início do século XX, existia no Brasil, além das doenças pestilências (cólera, varíola, febre amarela, peste bubônica, tifo, etc.) e das doenças de massa (malária, verminoses, doença de Chagas, tuberculose, tracoma, boubá, DST, lepra, infecciosas, gastro-intestinais e a desnutrição). Surgiram as doenças degenerativas (cardiovasculares, do sistema nervoso central, endócrinas, neoplasias), que atuam principalmente nos grupos sociais com melhores condições de vida. As doenças degenerativas em função da sua característica exigem uma assistência médica de elevado padrão e grandes investimentos em pesquisa.

O Brasil, atualmente, começa a enfrentar, conforme foi dito anteriormente, a Transição Epidemiológica em que patologias típicas do Terceiro e do Primeiro Mundo convivem, as primeiras, que são resultado da falta de nutrição e saneamento básico adequado à população brasileira; as segundas são resultado do crescimento da expectativa de vida e do envelhecimento da população, segundo IBGE (2002, p.50) há uma tendência crescente de envelhecimento da população brasileira como uma expectativa de 26 milhões de idosos em 2020.

Segundo Paim (2002, p.277) “a conquista da democracia, a demanda pelo resgate da dívida social acumulada no período militar, colocou a saúde na agenda

política da Nova República”, a reformulação do aparelho Estatal de atenção à saúde, a partir 1987, possibilitou desencadear o processo de descentralização para Estados e Municípios. Os movimentos sociais que defendiam a democratização descentralização da saúde incorporaram no texto constitucional as preocupações dos legisladores com relação à saúde, dedicaram a seção II, do capítulo II da seguridade social, onde se lê:

Art. 196°. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, Constituição (1988), 2004, p.196)

Os artigos 198 e 200 da seção II, do capítulo II, da Constituição Federal determinaram quais seriam as atribuições do SUS:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera do governo;

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – participação da comunidade.

§ 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (BRASIL, Constituição (1988), 2004, p.200)

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I – controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II – executar ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III – ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV – participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V – incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e o tecnológico;

VI – fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle do teor nutricional, bem como bebidas e água para consumo humano;

VII – participar do controle fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substância e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII – colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. (BRASIL, Constituição (1988), 2004, p.202)

Os legisladores projetaram um modelo assistencial prejudicado pela excessiva elasticidade conceitual na área institucional da saúde, sem precisão do objeto; deste modo, tornou-se difícil fixar objetivos estabelecer metas e mobilizar meios de execução.

Como se não bastasse à abrangência das obrigações do SUS, os constituintes de 1988 colocaram a saúde dentro de um pacote denominado de seguridade social, juntamente com a previdência e assistência social, conforme é evidenciado no art. 194, sem que houvesse uma especificação das fontes de financiamento da saúde.

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. [...].(BRASIL, Constituição (1988), 2004, p.200)

A política nacional de saúde, também, se fundamentou na constituição federal de 1988, que fixou os princípios e diretrizes para a assistência à saúde no Brasil, prestada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Este sistema foi regulamentado em 1990, pela lei federal nº 8.080⁸, tem como princípio o acesso universal e igualitário das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, estas ações são integradas em uma rede regionalizada e hierarquizadas de prestação de serviços sob responsabilidade dos três níveis de governo: municipal,

⁸ BRASIL, Constituição federal, consolidação das leis do trabalho, legislação previdenciária, 2001, p.953.

estadual e federal. O SUS tem como diretrizes operacionais à descentralização da sua gestão, promovendo a assistência integral à saúde envolvendo a participação da comunidade no processo.

O sistema de saúde atendido pela iniciativa privada age de forma complementar, conforme foi disposto no art. 199 da Constituição de 1988:

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.
§ 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos [...]. (BRASIL, constituição (1998), 2004, p.201)

A rede do SUS, segundo a OPAS (2002, p.126), é composta por unidades públicas e privadas contratadas para prestação do serviço público, 80% dos hospitais que prestam serviços ao SUS são estabelecimentos privados. A iniciativa privada poderá prestar serviços de saúde através de prestadoras de comerciais (planos, seguradoras de saúde, cooperativas médicas, planos de autogestão⁹, etc.), planos de atendimento exclusivamente hospitalar, ou de emergência e outros arranjos, que dê acesso à assistência médica e aos serviços de diagnóstico. A OPAS (2002, p.124) estima que 25% da população brasileira são asseguradas por pelo menos uma entidade, que pertence ao sistema de assistência privada de saúde. Desta parcela da população 75% dos segurados estão vinculados a operadoras comerciais (planos, seguradoras, cooperativas médicas, etc.).

Os legisladores entendem que esta cobertura privada como complementar, pois o Sistema Único de Saúde foi formulado com objetivo de prestar assistência à saúde de forma universal. O sistema complementar privado, surgiu como um direito

⁹ Os planos de autogestão estão ligados a empresas que optam por administrar o sistema de assistência à saúde dos seus trabalhadores.

daquele cidadão que tivesse interesse de um serviço particular que atendesse com mais luxo e conforto.

Num processo de reprodução fidedigna, os legisladores estaduais e municipais repetiram de forma literal os artigos da Carta Federativa em suas Constituições e Leis Orgânicas. Assim a constituição do Estado da Bahia no capítulo XI, art. 233¹⁰, determina quais seriam as atribuições e responsabilidades do governo estadual com a saúde.

Os dispositivos constitucionais que determinam as ações realizadas pelo Governo Federal, se baseiam o planejamento plurianual aprovado pelo Congresso Nacional para períodos de quatro anos. No período de 1996 a 1999, os objetivos essenciais do setor de saúde foram à melhoria do quadro sanitário, havendo um empenho na redução da mortalidade infantil, e a reorganização político institucional do setor, objetivando o aperfeiçoamento da capacidade operacional do SUS. Os planos para o período seguinte (2000 - 2003) foram: reforçar os objetivos anteriores, destacando as medidas que assegurem o acesso das ações e serviços, que objetivem humanizar a assistência à saúde e consolidar a descentralização da gestão do SUS. OPAS (2002, P.125)

As normas operativas, instituídas em 1996, tiveram como objetivo consolidar a gestão municipal do SUS com a cooperação do Governo Federal e dos Estados. Este objetivo reforça os mecanismos de negociação entre gestores das esferas do governo, corroborado para uma programação combinada e integrada dos processos de avaliação, controle e auditoria, estabelecendo critérios para a gestão financeira dos recursos federais transferidos.

¹⁰ BAHIA, Constituição (1989), 1999, p.86.

Com o objetivo de harmonizar o desenvolvimento do SUS nas três esferas da gestão governamental, funcionam duas instâncias de negociação: no nível estatal, a Comissão de Intergestores Bipartite, com representação dos Estados e Municípios. No nível Federal temos a Comissão de Intergestores Tripartites com representação paritária do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

A municipalização dos serviços de saúde foi impulsionada com a instituição de três formas de gestão: incipientes, parciais e semiplenas, que expressam o grau de desenvolvimento da gestão da saúde do município.

Os municípios que atendem aos critérios estabelecidos para a gestão semiplena, recebem recursos federais que são transferidos de forma direta, regular e automática para o fundo municipal de saúde, com isto, o município deverá assumir totalmente o gerenciamento das ações e dos serviços de saúde. O mesmo processo se aplica à gestão do SUS nos Estados.

Segundo Cotta (1998, p.55) a falta de empenho de alguns municípios em se tornar semipleno, decorria no fato dos gestores municipais não confiarem na transferência dos recursos financeiros do Governo Federal e de poder transferir a responsabilidade para o Governo Federal dos custos políticos de uma crise no sistema de saúde, tornando menor o desgaste político do gestor municipal.

A partir de 1998, foi estabelecido Piso de Atenção Básica¹¹ que consiste num determinado volume de recursos monetários destinados exclusivamente as ações de saúde, e, objetivam a atenção básica. Os recursos do Piso de Atenção Básica são compostos por uma parte de recursos monetários fixos, definidos por um valor “per capita”, e outra parte variável destinadas a fomentar atividades estratégicas, tais

¹¹ Valor mínimo que será gasto com as ações que promovam a melhoria da saúde da população.

como, vigilância epidemiológica, controle de doenças, combate às carências nutricionais, assistência farmacêutica básica, saúde da família e agentes comunitários de saúde.

No final do ano de 2000, conforme relatório da OPAS (2002, p. 124), 523 municípios, que concentravam 40% da população brasileira, estavam habilitados para a gestão semiplena do sistema municipal de saúde e praticamente todos os demais municípios estavam habilitados para a gestão plena da atenção básica.

A participação social no SUS tem lugar em duas instâncias formais: nos Conselhos de Saúde e nas Conferências de Saúde. Os Conselhos, que têm caráter permanente, formulam estratégias e controlam a execução das políticas de saúde inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros. Os Conselhos de Saúde, em cada respectiva instância do governo (federal, estadual e municipal), realizam o acompanhamento periódico das ações SUS através funções permanentes de coordenação, planejamento, desenvolvimento, controle, avaliação e auditoria. As Conferências são realizadas a cada quatro anos, com ampla participação de todos os segmentos da sociedade interessados, têm com objetivo analisar as melhorias alcançadas na saúde, e propor diretrizes para as políticas públicas no setor. A comprovação da existência dos Conselhos nos Estados e Municípios constitui um requisito para habilitar a gestão, e, conseqüentemente receber a transferência regular e automática dos recursos financeiros federais.

Os Consórcios Intermunicipais surgiram da junção dos esforços municipais no intuito de resolver de forma compartilhada os problemas dos diversos setores, tais como: educação, irrigação, alimentação, etc. Foi dentro deste movimento mais global que nasceram os consórcios intermunicipais de saúde. O processo de descentralização do SUS estimulou a criação dos Consórcios Intermunicipais de

Saúde, que associam recursos de vários municípios próximos, com objetivo de resolver problemas relativos aos serviços de saúde. Em 1999, no Brasil, segundo a OPAS (2002, p.128), funcionaram 143 consórcios, com 1.740 municípios associados, isto ocorreu principalmente nas regiões Sul e Sudeste.

Outro incentivo à regionalização foi à criação do REFOSUS, tornou-se um importante instrumento de apoio na regionalização do SUS, foi instituído em 1996, devido a um acordo de empréstimo firmado pelo governo brasileiro e o Banco Mundial no valor de US\$ 650 milhões. O investimento se destinava à recuperação da rede de estabelecimentos do SUS e ao financiamento projetos que objetivassem melhoria na gestão das áreas de infra-estrutura, sistemas de informação, serviços, mecanismos operacionais, etc. (OPAS, 2002, p.130).

O SUS é formado por subsistemas localizados nos Estados e Municípios. Segundo Mendes (2001,p.28) é da responsabilidade dos municípios prover a assistência à saúde da população com auxílio da cooperação técnica e financeira do governo Federal e dos Estados. No âmbito dos Estados o SUS é dirigido por secretarias de saúde do governo estadual. A direção nacional do SUS é exercida pelo Ministério da Saúde, que tem como principais funções regular e financiar o sistema, este ministério tem um papel preponderante no financiamento do SUS. O Ministério da Saúde mantém algumas estruturas operacionais próprias nas áreas de ensino (universidades), pesquisa (universidades e institutos) e na prestação de serviços especiais, como a assistência à saúde dos índios. Outros setores na esfera do Governo Federal também prestam serviços de saúde de forma direta, destacam-se as redes de hospitais universitários e os serviços de assistência à saúde das forças armadas.

O setor de saúde no Brasil, conforme a OPAS (2002, p. 126), é formado por uma rede complexa de serviços, que abrange prestadores e financiadores públicos e privados. Cerca de 75% dos serviços prestados à população é de responsabilidade do SUS, possuindo alcance nacional e mantido pelo poder público. As empresas privadas prestadoras de serviços de saúde e entidades filantrópicas fornecem os 25% dos serviços restantes. O setor privado de prestadores de serviços de saúde (hospitais, clínicas, laboratórios de análises clínicas, etc), tanto o com finalidade lucrativa quanto o de cunho filantrópico possuem características organizacionais e financeiras cada vez mais dependentes da dinâmica do mercado de assistência privada de serviços de saúde (planos, seguradoras, empresas de autogestão, cooperativas, etc.). Ainda segundo dados da OPAS (2002, p.126), em 1999 os 5.193 hospitais existentes no país declararam, que sua principal fonte de receita era obtida através dos serviços prestados diretamente aos usuários da assistência privada de saúde, sendo que em 84% dos casos esta receita vinha dos usuários dos seguros, planos e cooperativas de saúde, e, 16% eram usuários que possuíam planos de saúde mantidos pelo próprio estabelecimento hospitalar ou pela organização mantenedora do hospital.

2.2.2 Modelo de assistência e financiamento

O financiamento das políticas de saúde tem se destacado como matéria relevante na medida em que os gastos com o sistema de saúde têm aumentado progressivamente. Segundo Médici (1995, p.31), as formas de financiamento dos gastos sociais são derivações da fusão de idéias econômicas políticas e fiscais implementadas em cada governo. As finanças públicas estão expressas nas práticas tributárias e na elaboração do orçamento. Ao elaborar um orçamento, os poderes Executivo e Legislativo devem definir prioridades que reflitam o interesse da nação

de financiá-las com impostos e contribuições sociais. Caso não haja interesse da sociedade de financiar e/ou vontade política do governo de atender as prioridades definidas socialmente, o potencial de arrecadação tende a cair e a sonegação tende a aumentar, mesmo que o governo tenha uma boa estrutura de fiscalização e arrecadação. Outro fator limitante da arrecadação está na capacidade da sociedade de pagar imposto. Esta admite um valor limite da sua renda, afim que, esteja destinada para pagar impostos, os valores variam em cada país em função dos aspectos culturais, do retorno social dos recursos arrecadados pelo Estado, etc..

A delimitação das despesas depende basicamente do conhecimento das prioridades sociais, da vontade política do governo em atendê-las da capacidade de arrecadação dos impostos e da diversidade das bases fiscais da nação. Quanto mais diversificadas forem as bases fiscais de uma nação, maior será a flexibilidade fiscal, ou seja, o governo terá maior liberdade para financiar as políticas públicas de interesse geral. Para haver uma maior diversificação das bases fiscais, maior deverá ser a riqueza e a integração sistêmica da economia¹².

As bases fiscais podem ser classificadas como diretas e indiretas. As diretas dão origem aos impostos diretos que incidem diretamente na renda e na riqueza (propriedade, capital) recebidos e mantidos pelos agentes econômicos, como é o caso do imposto de renda, do imposto sobre herança, etc. A vantagem deste tipo de tributo é que ele não é inflacionário, pois há uma dificuldade de repassá-lo aos preços, além de ser menos regressivo na medida que pode ser estabelecida uma relação direta entre renda e o estoque patrimonial e a magnitude da alíquota.

No entanto, os impostos diretos, como o imposto de renda, apresentam alguns problemas de tributar as atividades do ramo informal. Quanto maior o grau de

¹² MEDICI, 1995. p. 31-36.

informalidade, maior tenderá a sonegação no campo dos impostos diretos. Utilizar uma base direta para financiar as despesas vinculadas com a saúde não tem sido uma solução convencional dos governos, pois preferem manter tal fonte para fazer frente à liberdade e flexibilidade alocativa, preferindo utilizar tais recursos para cobrir suas prioridades temporais a cada momento.

As bases indiretas de tributação, conforme Medici (1995, p.35), dão origem aos impostos indiretos, caracterizados como aqueles que incidem na produção, circulação e consumo de mercadorias. É difícil fiscalizar a arrecadação dos impostos indiretos quando o volume de produção e circulação informal de mercadorias é muito alto. Nestes casos a evasão pode ser elevada. Mesmo assim, as novas formas de organização da produção baseadas na queda do assalariamento formal, no aumento da mão-de-obra temporária e na terceirização das atividades econômicas, permitem desenvolver a hipótese de que os impostos indiretos poderão se transformar na principal forma de tributação, devido à queda dos tributos que diretamente incidiam sobre a renda dos assalariados.

No Brasil, é denominada de contribuição social¹³ a forma de arrecadação que são vinculadas ao uso dos recursos com políticas sociais. Estas contribuições podem ser diretas quando incidem diretamente no salário e no lucro das empresas. As contribuições sociais são indiretas quando estão associados a determinados custos de produção (folha de pagamento das empresas), os faturamentos (COFINS) ou ao consumo (cota da previdência incorporada nos combustíveis)¹⁴.

Os modelos de financiamento da assistência à saúde são as bases financeiras que devem dar suporte às políticas de saúde. No Quadro 2 estão relacionados resumidamente os diversos modelos de financiamento.

¹³ Conforme disposto no Art. 195. § 9º. da Constituição Federal de 1988.

¹⁴ MEDICI, 1995. p. 35-36.

QUADRO 2 – MODELOS DE FINANCIAMENTO DA SAÚDE

Camadas da população	Modelo Assistencialista	Modelo Presidencialista	Modelo Universalista Unificado	Modelo Universalista Diversificado
Classes de Baixa Renda	Fontes Fiscais	Sem recursos Definidos	Fontes Fiscais e Contribuições Sociais Gerais	Fontes Fiscais e Contribuições Sociais Gerais
Trabalhadores Formais e Classe Média	Pagamento direto pelos serviços	Contribuições Sócios sobre Folha de Salários	Fontes Fiscais e Contribuições Sociais Gerais	Contribuições Sócios sobre Folha de Salários (compulsórias)
Grupos de alta renda	Pagamento direto pelos serviços	Pagamento direto pelos serviços	Fontes Fiscais e Contribuições Sociais Gerais	Pagamento direto pelos serviços, Planos Privados Espaciais (voluntário)

FONTE: Medici (1995, p.37).

Os modelos assistencialistas¹⁵, voltados somente para a assistência à saúde das camadas de baixa renda, deveria ser financiados unicamente com recursos fiscais. Neste modelo, não haveria fonte vinculada de recursos, embora possa existir uma alíquota vinculada ao volume geral de impostos arrecadados, por exemplo: 8% da receita tributária total ou do orçamento fiscal seria destinado às políticas de atenção à saúde. Os economistas, em geral, repudiam esta forma de vinculação por tornar rígido o processo de alocação dos recursos e a redefinição das políticas governamentais. As classes médias, trabalhadores formais e os segmentos de alta renda deveriam buscar no mercado soluções para o financiamento das suas políticas de saúde. Este modelo, segundo Médici (1995, p. 37-38), costumam ser de maior proporção em países que a pobreza absoluta atinge um grande contingente da população. Os sistemas assistencialistas abertos costumam contar com grande

¹⁵ MEDICI, p.37-38

ajuda dos organismos internacionais e ter suas ações direcionadas à medidas preventivas e de atenção primária

O modelo previdencialista, conforme Médici (1995, p. 38-40) é voltado unicamente para grupos especiais como trabalhadores formais, tende a ser financiado a partir de contribuições sociais das empresas e dos trabalhadores. É comum haver uma participação do Estado destinado a cobrir os custos de participação desses sistemas. Alguns institutos de saúde voltados para trabalhadores formais destinaram recursos para a assistência médica da população aberta (pessoas que não contribuem). Isto ocorreu com o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social no Brasil), antes da constituição de 1988, e o PPA (Programa de Pronta Ação), a partir de 1974¹⁶. O argumento para este tipo de procedimento estava sustentado no alto grau de monopólio da maioria das empresas no Brasil fazendo com que o custo das contribuições sociais sobre a folha de salários fosse repassado para o preço dos produtos e deste modo, toda a sociedade, e não somente os trabalhadores formais, financiassem os sistemas de saúde mantidos por esses institutos.

Embora a gestão dos sistemas previdencialistas seja global, a supervisão e regulação sejam públicas na maioria dos países, a prestação dos serviços podem ser públicas privadas ou mistas. Os sistemas mistos (público-privado) tendem a ser mais freqüente, dado à rápida expansão da cobertura desses sistemas objetivando fazer face ao crescimento da demanda. Existem sistemas previdencialistas os quais as prestadoras de saúde são concorrentes e outros em que não são concorrentes por haver monopólios e oligopólios na compra ou prestação do serviço de saúde¹⁷.

¹⁶ BRAGA e PAULA, 1981, p 97 – 101.

¹⁷ OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986, p 201-215.

O sistema previdenciário brasileiro pós 1988 passou a ser financiado por uma grande diversidade de contribuições sociais através dos salários, lucro, faturamento e do orçamento fiscal. Este sistema rompeu o compromisso previdencialista e transformou-se num sistema universal. (MÉDICI, 1995, p 40-42).

Os modelos universalistas unificados¹⁸ são sistemas nacionais de saúde voltados para cobrir a totalidade da população. Baseiam-se numa estratégia única de financiamento, sustentado num modelo definido centralmente, mesmo que sua execução seja descentralizada ou regionalizada. As fontes de financiamento são postas em fundos de saúde que funcionam como uma caixa única para financiar todos os programas definidos para o setor. Esse sistema pode ter seu financiamento descentralizado, os recursos do nível federal podem ser repassados para instâncias regionais (Estados) ou locais (municípios), tendo como objetivo compor, nessas esferas, novos fundos unificados. A maioria dos sistemas de saúde universal existente no contexto mundial foi sendo composta por recursos fiscais globais e contribuições sobre a folha de salários ou sobre salários. Este é o caso do sistema de saúde brasileiro e de boa parte dos sistemas europeus.

Os gastos com saúde vêm crescendo continuamente desde o pós-guerra, especialmente nos países desenvolvidos. Até então, boa parte dos países havia construído estruturas de proteção social refletidas, no plano da saúde, pela universalização da cobertura e pela concepção de que o acesso integral aos serviços de saúde era direito dos cidadãos e um dever do Estado. Esta concepção era sustentada numa estrutura de financiamento mista, composta por recursos provenientes de fundos sociais, em geral, com base na folha de salários, eram misturados com fundos fiscais derivados da arrecadação ordinária de impostos. As

¹⁸ MÉDICI, 1995, p 40-42.

necessidades de cobertura e diversificação dos serviços constantes nas políticas de saúde faziam com que os recursos ditos fiscais crescessem em maior proporção à dos recursos obtidos através de contribuições sociais. Em paralelo, a estrutura universalista desenvolveu-se uma medicina privada supletiva voltada para alguns segmentos e camadas populacionais de mais alta renda (executivos, trabalhadores de grandes empresas, gerentes, etc.)¹⁹.

A crise fiscal e a necessidade de superar esta crise têm introduzido modificações nos sistemas universais unificados, proporcionando maior flexibilidade de gestão e financiamento dos serviços, criando estratégias mistas ou diversificadas de cobertura. Conforme cita Medici (1995, p.41) esta cobertura será diferenciada:

- a) para camadas de baixa renda, sistemas de atenção médica gratuitos, financiados com recursos fiscais. Estes serviços podem ser prestados pelo setor público, pelo privado, ou por ambos, garantido-se no entanto, um grau mínimo de cobertura e qualidade por regido regulação e fiscalização do setor público;
- b) para trabalhadores formais e classes médias, sistemas baseados em contribuições sobre folha de salários. Esses sistemas devem ter algum grau de compulsoriedade para garantir patamares mínimos de cobertura segundo níveis de renda; e
- c) para camadas de mais alta renda, sistemas baseados em desembolso diretos de recursos, em planos voluntários complementares de seguro-saúde ou outras estratégias que não sejam custeadas pelo setor público (nem por incentivos fiscais, como o abatimento do imposto de renda).

Os graves problemas que são gerados pelo modelo universal diversificado devem-se a dificuldade de garantir a cobertura de toda população, manter um patamar mínimo de equidade dos serviços com regras competitivas que permitam ajustar custo e qualidade às demandas de cada clientela e região.

No Brasil a Constituição Federal de 1988 não definiu uma fonte específica para o financiamento dos gastos destinados ao setor saúde, tampouco foram

¹⁹ PIOLA, 2001, p.12-26.

definidos percentuais de vinculação no momento de arrecadação, conforme ficou evidenciado no texto constitucional no art. 195 da seção II:

Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais:

I – do empregador, da empresa e da entidade equiparada a ela na forma da lei, incidentes sobre:

- a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício;
- b) a receita ou faturamento;
- c) o lucro;

II – do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de previdência social que trata o art. 201;

III – sobre a receita dos concursos de prognósticos.²⁰(BRASIL, Constituição (1998), 2004, p.197).

A falta de definição de uma fonte específica de arrecadação gerou a necessidade de que a cada exercício fiscal por intermédio da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), seja definido o quanto de recursos financeiros do referido orçamento será destinado a previdência social, saúde e assistência social. Contudo, no processo de execução orçamentária podem ocorrer flutuações no nível de recursos e na sua repartição entre as áreas (previdência, saúde e assistência social). Para que o SUS, bem como as áreas que compunham o orçamento da Seguridade Social, estivesse apto a garantir as bases materiais efetivas para a concretização da universalização, era fundamental diversificar as fontes de financiamento. Desse modo, a Constituição Federal de 1988, criou uma nova fonte

20

de arrecadação, a contribuição social que incidia sobre os lucros das empresas, denominada de CSLL²¹.

A necessidade de conferir estabilidade ao financiamento da saúde continua sendo um dos graves problemas no campo das políticas sociais. Entre os anos de 1990 e 1993, as transferências totais para o Ministério da Saúde tiveram um crescimento inferior a 3%²². A crise de 1993, decorrente da retirada de recursos financeiros da saúde, os quais eram originados da contribuição de empregadores e trabalhadores sobre a folha de salário, aumentou a problemática do financiamento, além de provocar o surgimento de um conjunto de propostas de emenda constitucional na perspectiva de solucioná-la. Objetivando criar fontes de recursos para a seguridade social foi criada a contribuição social que incidia sobre a receita bruta (faturamento), denominada de COFINS²³. A criação em 1996, da CPMF foi uma solução transitória para suprir as necessidades financiamento da saúde, a sua criação foi realizada através da Emenda Constitucional Nº 12²⁴, onde diz:

Art. 74. A União poderá instituir a contribuição provisória sobre movimentação financeira ou transmissão de valores e créditos e direitos de natureza financeira.

§ 1º A alíquota da contribuição de que trata este artigo não excederá a vinte e cinco centésimos por cento, facultado ao Poder Executivo reduzi-la ou restabelecê-la, total ou parcialmente, nas condições e limites fixados em lei.

§ 2º À contribuição de que trata este artigo não se aplica o disposto nos arts. 153, § 5º, e 154, I, da Constituição.

²¹ A Contribuição Social Sobre o Lucro Líquido (CSLL) foi instituída pela Lei nº 7.689, de 15 de dezembro de 1988. Sua base de cálculo é encontrada de forma semelhante ao do imposto de renda, existem algumas diferenças quanto a regras de inclusões e exclusões ao lucro contábil.

²² PIOLA; CONSUELO; MAGALHÃES, 2001, p.5.

²³ A COFINS foi criada através da Lei complementar nº 70, de 30 de dezembro de 1991, houveram alterações posteriores introduzidas pela Lei nº 9.718, de 27 de novembro de 1998, e pela Medida Provisória nº 1.807, de 29 de janeiro de 1999, e reedições. A base de cálculo da COFINS é a receita bruta de vendas, o que corresponde à totalidade das receitas auferidas, sendo consideradas as exclusões e isenções permitidas pela legislação. A alíquota da COFINS incidente na base de cálculo é de 3%.

²⁴ A Emenda Constitucional nº 12, outorgou a competência à União para instituir a CPMF através da inclusão do art. 74 no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.

§ 3º O produto da arrecadação da contribuição de que se trata este artigo será destinado integralmente ao Fundo Nacional de Saúde, para financiamento das ações de saúde.

§ 4º A contribuição de que trata este artigo terá a sua exigibilidade subordinada ao disposto no art. 195, § 6º, da Constituição, e não poderá ser cobrada num prazo superior a dois anos.(BRASIL, Constituição (1998), 2004, p.297).

Em 1997, quando o Ministério da Saúde passou a contar com a CPMF, foi utilizado no financiamento deste setor um menor volume de recursos da COFINS. Até o ano de 1998, a CPMF destinava-se exclusivamente à saúde, no entanto, quando foi aprovada pela segunda vez em 1999, a alíquota de contribuição passou de 0,20% para 0,38%, adicionando 0,18% para a previdência social, mantendo a alíquota de 0,20% para a saúde²⁵. Em 1999, a contribuição que mais aportou recursos foi a COFINS, que tomou o lugar assumido pela CPMF em 1997 e 1998. Isto ocorreu devido à redução dos recursos da CPMF alocados à saúde, no período de 1998 a 1999.

As contribuições sociais tomadas em seu conjunto, segundo Piola, Ribeiro e Servo (2005?, p.16), são responsáveis pela maior parcela de financiamento do Ministério da Saúde (MS), a participação relativa destas fontes de no gasto total do MS oscilou entre 63% em 1996 e os 87% em 2004. As contribuições da seguridade social (COFINS e CSLL) apresentaram no período de 1996 a 2004 uma trajetória errática: no início em 1996, atingiram, respectivamente 42,6% e 20,8%; em 1999 elas passam a representar respectivamente 26,6% e 13,3%, neste ano a CPMF também sofre redução em relação a 1998 de 37,24% passando a representar 22,6%. A COFINS, após elevar sua participação nos anos de 2000 e 2001, para um patamar próximo a 40% atingiu o seu menor nível de participação em 2002 e 2003, em torno de 20%, atingindo 25% em 2004 . A CSLL realizou um movimento contrário

²⁵ PIOLA; CONSUELO; MAGALHÃES, 2001, p.5.

no período de 2001 a 2004 depois de apresentar a sua menor participação no ano de 2001, apenas 7,1%, aumentou imensamente a sua participação, atingindo patamares inéditos de 27,4% em 2003 e 32,7% em 2004. A CPMF por sua vez, no período de 2002 a 2004 sofreu quedas sucessivas representando 36% em 2002, 32,4% em 2003 e 29,4% em 2004.

As oscilações contínuas das contribuições sociais (COFINS, CSLL e CPMF) no financiamento federal da saúde indicam uma certa instabilidade nas fontes de recursos, demonstrando que não está claramente definido qual a principal base de sustentação do financiamento da saúde. Piola, Ribeiro e Reis (2001, p.16), questionam o que eles denominam de “dança das fontes”, conseqüência da falta de vontade política de garantir um volume adequado e regular de recursos para o financiamento das políticas públicas de saúde.

Na década de 1990 foi apresentado um conjunto de propostas de emenda constitucional, que propunha a vinculação de recursos ao setor saúde. A Emenda Constitucional nº 29 foi aprovada com o objetivo de definir a contribuição da União, estados e municípios para o setor saúde, esta Emenda Constitucional define que os estados e municípios devem aplicar em saúde 12% e 15% respectivamente resultante, das receitas originadas de impostos e transferências constitucionais. Se em 2000 os estados e municípios não tivessem aplicado esses níveis de recursos, então, deveriam alocar, pelo menos, 7% dessas receitas, sendo que o percentual crescerá anualmente até atingir, em 2004, para os estados 12%, e, para os municípios 15%²⁶. Segundo essas propostas a União, deveria aplicar em ações e serviços de saúde, em 2000 o montante investido no ano de 1999, acrescido de 5%. De 2001 a 2004, o valor mínimo será aquele apurado no ano anterior corrigido pela

²⁶ PIOLA, RIBEIRO e REIS, 2001, p. 22 - 26.

variação nominal do PIB²⁷. A vinculação ao PIB nominal torna-se um sério problema sob um processo de estagnação econômica, pois condena a população mais carente e dependente do SUS a ser a mais atingida em caso de estagnação econômica: pela queda da renda, o aumento do desemprego e pela baixa elevação dos recursos federais para a saúde. É importante salientar que a União é a principal financiadora do gasto público com saúde²⁸.

Ao analisarmos a participação das três esferas do governo no financiamento do gasto público em saúde verificamos que em 1995 a União representou 63%, os Estados 20,7% e os Municípios 16,4%. Em 2003 ocorre um crescimento significativo da participação dos Estados e Municípios que passam a representar respectivamente 22,8% e 26,5%, havendo uma queda de 12,3% na participação da União. Podemos notar que, apesar do crescimento da participação dos estados e municípios no financiamento do gasto público em saúde, a participação da União continua sendo mais relevante.²⁹

A Emenda Constitucional nº 29, ampliou a participação dos estados no financiamento da saúde, mas em relação ao aporte do governo federal, os autores Piola (2001, p.24) e Marques (2001, p.6), são contundentes em afirmar, que esta emenda é omissa em relação às contribuições da Seguridade Social (COFINS e CSLL), desconsiderando a atual disputa por seus recursos gerada pela situação da Previdência Social, podendo tornar o gasto com saúde realizado com recursos federais mais dependente do Tesouro Nacional e de negociações junto à esfera econômica federal.

²⁷ PIOLA, RIBEIRO E REIS, 2001, p.18.

²⁸ PIOLA, RIBEIRO e SERVO, [2005?], p. 7

²⁹ Id, Ibid, p.13

Segundo o Ministério da Saúde (2003, p.1), o gasto com saúde em 2001 foi de R\$ 26,1 bilhões, ao realizarmos análise regionalizada notamos que as maiores despesas foram realizadas na região Sudeste, representando 39% da despesa total, em segundo lugar está o Nordeste, que respondeu por 25% das despesas totais. Segundo dados deste ministério demonstra que a estimativa da despesa pública em serviços de saúde, em 2000, houve um aporte de R\$ 20,4 bilhões do governo federal, 6,3 bilhões dos estados e 7,4 bilhões dos municípios perfazendo um total de gastos governamentais em saúde de R\$ 34,1 bilhões³⁰. Segundo dados do Ministério da Saúde (2003, p.1). Na maioria das Unidades da Federação, no que se refere a participação das unidades do governo no financiamento da saúde pública, verificou-se que os recursos federais são responsáveis por mais da metade do financiamento desse gasto, com exceção de Amapá, São Paulo, Espírito Santo, Acre e Amazonas.

Entre os programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, em 2001, receberam aportes mais significativos foram: Saúde da família, (R\$ 2,7 bilhões), prevenção, controle e assistência aos portadores de DST e AIDS (R\$ 643 milhões), Prevenção e controle de doenças transmissíveis por vetores (R\$ 640 milhões) e assistência farmacêutica (R\$ 341 milhões).

A sociedade brasileira ainda não alcançou os direitos determinados pela constituição de 1988, apesar da tentativa dos legisladores em prover e assegurar à sociedade os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. No período de 1988 a 1993, quando a constituição incorpora o direito à saúde como universal o governo federal e estadual reduzem os recursos destinados à saúde,

³⁰ MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, p.1.

desviando para outros setores. Isto demonstra o contra-senso entre a ideologia e a implementação de políticas públicas, que ao longo dos anos tornou o sistema público de saúde universalmente excludente

São crescentes as dificuldades que se interpõem à consolidação de um sistema público de saúde de acesso universal e com um bom padrão de qualidade. Apesar do aumento da carga tributária global nos últimos anos, conferir estabilidade ao financiamento da saúde no campo das políticas sociais constitui-se um dos maiores desafios do Estado Brasileiro.

No intuito de obter um serviço de atenção à saúde de fácil acesso e com qualidade a classe média e os trabalhadores, com melhor nível de renda, migram para formas assistência médica suplementar (privada), as empresas, como forma de atrair a mão de obra qualificada, inserem nos planos de remuneração a assistência médica privada gerida por entidades privadas que prestam serviços de atenção à saúde, como seguradoras e planos de saúde, entre outros, ou realizam a gestão dos serviços de atenção à saúde dos seus trabalhadores.

Apesar dos problemas estruturais do sistema de saúde e das dificuldades de implantação do SUS, destacamos como pontos positivos à ampliação da cobertura dos serviços de atenção à saúde (médico-hospitalar) para toda a população brasileira, o que até a sua criação não ocorria, a busca por fontes de recursos que estejam atreladas ao financiamento da saúde, a formulação de leis que contribuem por resguardar financiamento das ações e serviços públicos de saúde e o entendimento por parte do Estado, de que os cuidados com a saúde fazem parte dos direitos da cidadania, ou seja, um direito social.

3 SAÚDE E PRODUÇÃO

3.1 A REGIÃO E O SISTEMA PRODUTIVO

O termo região refere-se a uma considerável extensão territorial com características evidentes que o distingue de outros territórios, podemos concluir que a região constitui-se um espaço de múltiplas possibilidades³¹. As regiões foram constituídas por espaços resultantes da combinação de elementos da natureza, que formaram uma paisagem natural específica, das formas de civilização, na medida em que foi vivenciada por seus habitantes, e da influência do tipo de atividade econômica instalada. Podemos considerar a região como a dimensão espacial da sociedade. Conforme Pedrão (2002, p. 5) “A produção das regiões está intrinsecamente ligada à territorialidade dos processos sociais, com formas técnicas de produzir e de consumir [...]”

O processo de formação das sociedades transformou as regiões em espaços desiguais, conseqüência do desenvolvimento do capital, das relações sociais existentes e daquelas produzidas pelo capitalismo³². O Estado nacional percebe as regiões como instâncias menores dependentes do seu apoio, deste modo, as decisões relativas ao futuro da região são baseadas em objetivos políticos e econômicos, estes irão revelar ao longo do tempo, as contradições da sociedade capitalista. Segundo Pedrão (2002, p.5):

Na formação da sociedade econômica, há uma questão regional que se define como o relativo às irregularidades na territorialidade do povoamento e da localização dos meios de produção. A grande questão de análise social, relativa a uma questão regional não pode ser a busca de uma equilíbrio territorial da economia – tão irreal como um possível equilíbrio do sistema de

³¹ CORRÊA, 2001, p.183.

³² PEDRÃO, 2002, p. 4.

produção – senão averiguar quanto e como o padrão de irregularidades regionais influi na formação da produção e nas condições do consumo [...]

As desigualdades regionais, ao longo do tempo, vão constituindo os desequilíbrios regionais, caracterizados pela existência de regiões, no mesmo país, que apresentam diferentes níveis de desenvolvimento social e econômico. No Brasil os planos nacionais de desenvolvimento econômico e social tinham como objetivo eliminar as desigualdades, mas este objetivo nem sempre foi alcançado, em alguns casos as disparidades aumentaram, ao longo dos anos, compondo um quadro de regiões dominantes e periféricas.

O processo de desenvolvimento regional limitou-se à questão de como se adaptar mais rapidamente e melhor aos processos internacionais de inovação. Deste modo, o território brasileiro foi tanto instrumento quanto produto do “capitalismo nacional”. As estratégias de ocupação do espaço eram delineadas através do planejamento regional, que reforçava o papel da urbanização como base para a industrialização³³. A política de urbanização iria acelerar o desenvolvimento nacional, e a política de desenvolvimento, sustentada na industrialização, iria promover a urbanização.

No período iniciado após a Segunda Guerra Mundial até o final da década de 1970, os países latino-americanos optaram pela intervenção do Estado na economia com objetivo de promover o desenvolvimento econômico, pois as forças de mercado eram insuficientes para garantir o processo de desenvolvimento³⁴.

³³ BECKER, 1998, p. 114 - 118.

³⁴ BECKER, 1998, p. 71.

A montagem das políticas regionais estava atrelada ao processo de intervencionismo estatal, planejamento público e do desenvolvimento econômico e social. Estas políticas eram fundamentadas em postulados Keynesianos, e, particularmente na teoria de pólos de crescimento de Perroux. Segundo este autor, o desenvolvimento econômico resulta da adoção de inovações, que surgem ao redor das inovações geradas por uma atividade econômica motriz, que é caracterizada como uma atividade econômica com porte suficiente para desestabilizar um subsistema regional, como, por exemplo, uma planta industrial com alta taxa de crescimento³⁵, quando inserida num subsistema regional uma nova atividade motriz, esta irá promover uma série de efeitos positivos e negativos, na medida em que estes efeitos se concentram no subsistema regional, podemos dizer que a atividade motriz constitui um Pólo para a região, cujo desenvolvimento irá depender do nível e da qualidade dos efeitos sobre as estruturas preexistentes. Na medida em que os efeitos negativos da atividade motriz estão mais concentrados no subsistema do que os efeitos positivos, esta atividade irá gerar obstáculos ao desenvolvimento, deste modo, a atividade motriz irá se tornar um entrave no desenvolvimento da região. A inserção de um Pólo poderá lograr o desenvolvimento de uma região ou poderá tornar-se um entrave para ela³⁶.

No conceito de pólo de crescimento de Perroux estava implícita a inter-relação entre as políticas de desenvolvimento e as de urbanização, como forma de acelerar o desenvolvimento nacional. O campo de atuação das políticas de

³⁵ LASUÉN, 1982, p. 59.

³⁶ CORAGGIO, 1982, p. 41.

desenvolvimento nacional é menor do que o das políticas de urbanização, devido a estarem limitadas aos processos internacionais de inovação³⁷.

Sob a perspectiva da acumulação capitalista, a ideologia dos pólos de crescimento mostrou-se o modelo mais adequado para a organização do território proposta pelo Estado autoritário, uma vez que envolvia a criação de locais privilegiados, capaz de ligar os circuitos nacionais e internacionais aos fluxos financeiros e de mercadorias.³⁸

A prioridade dada à política federal, após a Segunda Guerra Mundial até o final da década de 1950, à indústria e à infra-estrutura, foi possível graças à canalização dos recursos provenientes da agricultura. A maioria dos investimentos governamentais, na indústria, transporte e energia, foram para as regiões Sul e Sudeste³⁹. A região Sudeste emergiu com o crescimento cafeeiro e com a industrialização, e a região Sul, com o desenvolvimento agrícola, através do plantio e beneficiamento (industrialização) de produtos agrícolas.

O Nordeste era uma região pouco desenvolvida em relação ao Sul e ao Sudeste, conseqüência da falta de uma base industrial e de uma estrutura agrária, que apresentava formas arcaicas de organização com baixa produtividade⁴⁰. A SUDENE e o Banco do Nordeste do Brasil (BNB) foram criados, no final da década de 1960, pelo Governo Federal, com o objetivo de diminuir as desigualdades regionais entre o Nordeste, o Sudeste e o Sul, fomentando ações que gerassem o

³⁷ LASUÉN, 1982, p. 60 - 90.

³⁸ EGLER, 1988, apud BECKER, 1998, p. 148.

³⁹ BECKER, 1998, p. 87.

⁴⁰ BECKER, 1998, p. 119

seu desenvolvimento⁴¹. Todas as ações do governo federal eram fundamentadas na redução das diferenças regionais, no intuito de possibilitar um desenvolvimento nacional mais equilibrado.

O modelo de desenvolvimento econômico baseado na indústria passou a aglutinar as ações do governo, como forma mais rápida de tirar a economia baiana do seu atraso relativo ao centro-sul e a reversão dos seus índices de qualidade de vida, representativos da pobreza endêmica. A indústria petroquímica surgiu como a grande esperança baiana de avançar rumo ao desenvolvimento, que viria substituir a desgastada civilização agrícola⁴². Na Bahia, acreditava-se que, para romper com a pobreza, era necessário substituir a economia agrária por uma economia industrial. A indústria seria a atividade motriz que iria gerar o desenvolvimento da região.

Ao contrário de outros Estados, esta atividade, industrial motriz, não se voltou à produção de bens finais, mas à produção de bens intermediários. Partindo de suas matérias primas, o objetivo era agregar valor à produção local para atender aos novos mercados nacionais criados com a substituição de importações⁴³. Enquanto o restante do Nordeste tentava repetir o modelo de industrialização do Centro-Sul a Bahia buscava complementá-lo, voltando-se para mercados externos e valendo-se de uma forte articulação para a atração de investimentos estatais.

A implantação da petroquímica na Bahia concretizava os desejos de que a industrialização deste Estado estaria estruturada na indústria de base, que se caracterizaria como o eixo motriz do desenvolvimento baiano, devido à importância do setor petroquímico no contexto da indústria nacional. No final da década de 1960,

⁴¹SCHEINOWITZ, 1998, p. 177.

⁴²LIMA, 1996, p. 18 -27.

⁴³ALBAN, 1986, p. 140.

o governo já havia iniciado o processo de industrialização baiana com a implantação do Centro Industrial de Aratu - CIA. Os fatores que determinaram a área de implantação foram os seguintes: apoio da infra-estrutura urbana e mão-de-obra de Salvador, e utilização do porto de Aratu. Atendendo as necessidades da atividade industrial, o CIA foi implantado na região metropolitana de Salvador - RMS. Em 1979, o CIA era responsável por 21,4%⁴⁴ do valor da produção industrial da Bahia, que consumia 22,8% da sua produção industrial. Dos insumos destinados ao CIA, 42,6% eram obtidos no próprio Estado. Em 1982, o CIA concentrava 146 empresas que empregavam 25.086 funcionários⁴⁵.

Os novos elementos urbanísticos e econômicos modificaram profundamente o espaço da Grande Salvador. A população soteropolitana passou de 635.970 para 1.007.195 habitantes no período de 1960 a 1970, representando uma taxa de crescimento médio anual de 4,71%.⁴⁶ Neste mesmo período, os núcleos urbanos próximos ao CIA tiveram um aumento populacional significativo, Simões Filho, onde foi instalado o CIA, cresceu a um ritmo de 7,62% ao ano, Candeias cresceu a um ritmo de 6,13%, Camaçari e Dias D'Ávila cresceram 4,43% ao ano. Os demais municípios da região, entre 1960 e 1970, cresceram pouco como é o caso de São Francisco do Conde (1,39% ao ano), Lauro de Freitas (0,27% ao ano), Itaparica (0,97% ao ano), ou apresentaram taxas de crescimento indicativas de perdas imigratórias como foi o caso de Vera Cruz (-0,07% ao ano)⁴⁷.

⁴⁴ Na produção do CIA, em 1979 os setores que mais representativos eram: metalurgia com 29,6% e o petroquímico com 27,7% (SCHEINOWITZ, 1998).

⁴⁵ SCHEINOWITZ, 1998, p. 184-185.

⁴⁶ SUPERINTENDÊNCIA DE ESTUDOS ECONÔMICOS E SOCIAIS DA BAHIA, 1999, p.14 - 15.

⁴⁷ Ibid, p.22 - 23.

De acordo com o relatório da SEI (1999, p.23), boa parte dos migrantes saídos destes últimos municípios podem ter passado a residir nos municípios onde estavam sendo implantadas as novas atividades estimuladoras de outras atividades, tendo suas cidades mais que dobrado ou, até mesmo, triplicado o tamanho de suas populações, como ocorreu com Simões Filho (SOUZA, 1976, apud SEI, 1999).

No município de Camaçari, na década de 50, segundo Brandão (1975 apud, SEI, 1999), era possível a convivência da grande propriedade extensiva com o minifúndio voltado para a atividade de subsistência. A partir desse período, o desenvolvimento de monoculturas, o ressurgimento da criação de gado, que passava a competir com a agricultura de subsistência, e, sobretudo a especulação imobiliária na medida em que dificultava o acesso a terra, geraram a expulsão da população rural. Esta se dirigia, a maior parte, para Salvador e, em menor escala, para as cidades de Camaçari e Dias D'Ávila, gerando o crescimento da população urbana, entre 1960 – 1970.

A implantação do segundo maior parque petroquímico do país, o Complexo Petroquímico de Camaçari (COPEC), nos anos 70, acelerou as transformações da Região Metropolitana de Salvador (RMS), ao mesmo tempo em que introduziu novas problemáticas. O município de Camaçari que até então possuía uma frágil integração com a economia nacional, com uma estrutura voltada para atividades primárias tradicionais, passou a desempenhar um importante papel no contexto nacional.

No período em que se iniciou a construção do COPEC (1970 a 1980), foi quando o município de Lauro de Freitas mais que triplicou a sua população e Camaçari (inclusive Dias D'Ávila) mais que dobrou o número de seus habitantes.

Nesse mesmo período, Simões Filho continuou crescendo aceleradamente e chegou a dobrar a sua população⁴⁸.

A instalação do COPEC na Bahia, através de um modelo de composição acionária tripartite, no qual empresários nacionais e estrangeiros se associavam ao Estado, através da Petroquisa⁴⁹, foi sustentada, ainda, na necessidade de diminuir as desigualdades regionais para possibilitar um desenvolvimento nacional mais equilibrado. Os programas de pólos de desenvolvimento foram criados sob a administração das superintendências regionais⁵⁰, enfatizando as vantagens comparativas das diversas regiões do Brasil.

O estabelecimento da petroquímica em Camaçari teve como objetivo promover um eixo industrial CIA–Camaçari–Candeias onde as empresas manufatureiras se instalariam, preservando-se, com isto, a área do Litoral Norte da Região Metropolitana de Salvador, para que nela fosse desenvolvida a atividade turística, e, na área em torno do CIA, fosse estabelecida como uma zona de indústrias pesadas, onde outros segmentos industriais pudessem ser instalados. Deste modo, podemos observar que o processo de industrialização foi extremamente polarizado na RMS⁵¹. O COPEC, como mostra a Figura 1, está instalado próximo de Salvador, dos núcleos urbanos de Camaçari e Dias D'Ávila, da zona portuária de Aratu e da refinaria de Mataripe.

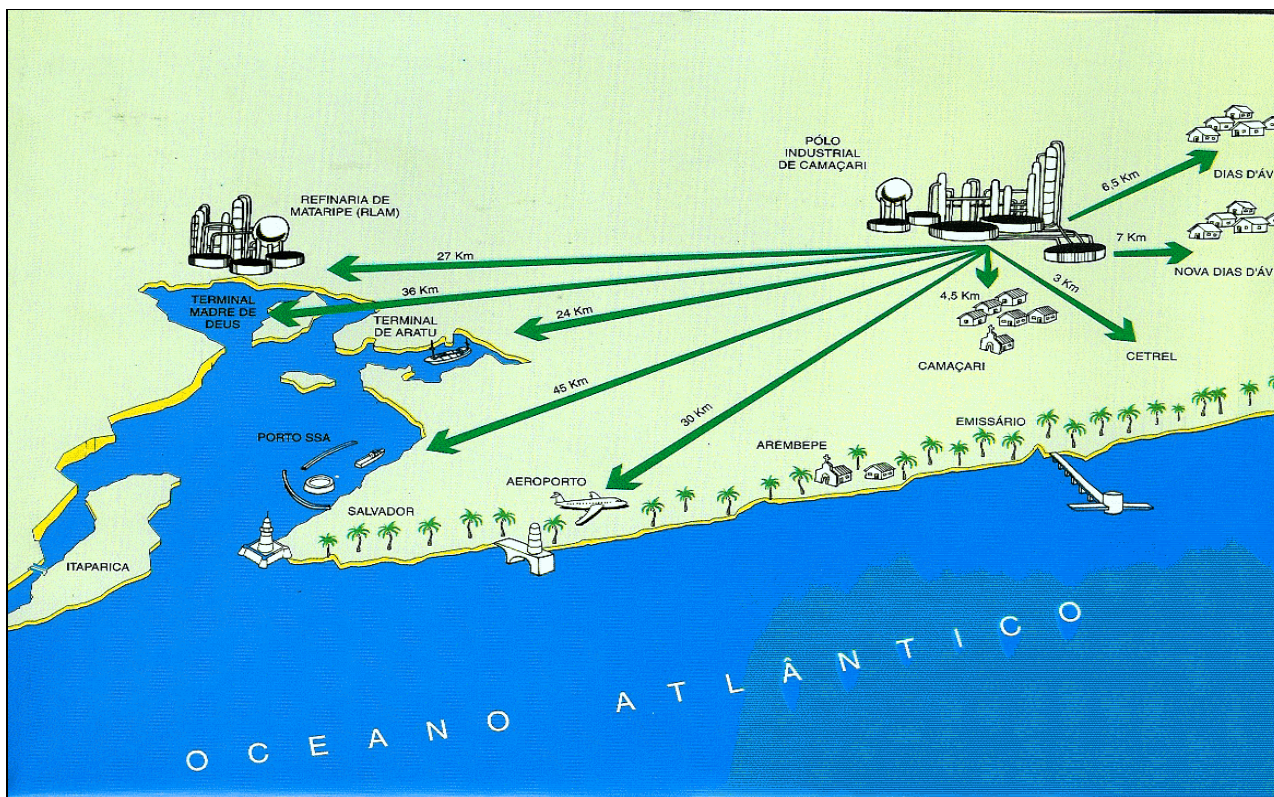
⁴⁸ SUPERINTENDÊNCIA DE ESTUDOS ECONÔMICOS E SOCIAIS DA BAHIA, 1999, p.23.

⁴⁹ LIMA, 1996, p. 22.

⁵⁰ BECKER, 1998, p. 148.

⁵¹ Ibid, p 149

FIGURA 1 – ÁREAS DE RELACIONAMENTO DO COPEC



Fonte: SUDIC, 2003.

O plano de zoneamento do COPEC subdividiu o complexo nas seguintes áreas⁵²:

- Complexo básico - onde estão situadas as unidades petroquímicas de base intermediárias e finais, e a central de matérias-primas⁵³;
- Área industrial leste - nela foram instaladas empresas intimamente ligadas à petroquímica, tanto pela transformação da matéria-prima, produzida na área do Complexo Básico, como pelo fornecimento dos produtos auxiliares, equipamentos de apoio, etc. Nesta área foi instalado, em 2000, o Complexo Industrial Ford⁵⁴;

⁵² COFIC, 2003.

⁵³ O COPEC possui a oitava maior central de matérias-primas do mundo, a Copene, atualmente denominada de Braskem.

⁵⁴ GAZETA MERCANTIL, Balanço anual Bahia, 2002, p. 26 - 28.

- Área industrial norte – é destinada às fábricas que são fortemente poluidoras, como as indústrias químicas;
- Área industrial oeste – é destinada à metalurgia do cobre;
- Área industrial de uso especial – destinada a acolher atividades diversas ligadas ao setor industrial, tais como o Centro de Pesquisa e Desenvolvimento (CEPED) e o Comitê de Fomento Industrial de Camaçari (COFIC);
- Cinturão verde – o zoneamento previu um cinturão de 5.000 ha para florestamento em volta do complexo industrial⁵⁵.

A indústria petroquímica tornou-se o eixo motor do desenvolvimento econômico baiano, a RMS, converteu-se uma região central da acumulação dos processos capitalistas de produção na Bahia⁵⁶. As principais particularidades da indústria petroquímica, segundo Guerra (1993) são a intensidade de capital e investimentos em pesquisa e desenvolvimento; a demanda por trabalho especializado; interdependência entre seus segmentos e a grande possibilidade de substituição entre matéria primas, rotas tecnológicas e a aplicação de seus produtos.

As indústrias petroquímicas, conforme Scheinowitz (1998), possui como principal característica a necessidade de proximidade com outras indústrias com as quais são interdependentes. Por esta, razão são chamadas de indústrias de indução técnica. As dificuldades de transporte de certas matérias-primas instáveis e, muitas vezes, perigosas, e o fato de que o subproduto de umas são os produtos que compõem o processo produtivo de outras, fazem com que elas tendam a se agrupar perto de fontes de matérias-primas, como é o caso do COPEC, ou perto de um

⁵⁵ SCHEINOWITZ, 1998, p. 196.

⁵⁶ Ibid, 1998, p.188–189.

mercado consumidor. A necessidade de água e de implantar custosas estações de tratamento para despoluí-la, antes de devolvê-la à natureza, fazem com que a tendência de concentração seja ainda mais reforçada. Para este pesquisador, apesar das indústrias petroquímicas serem muito desejadas pelos planejadores, responsáveis pelo desenvolvimento regional, é importante ressaltar que elas oferecem poucos empregos se forem considerados os altos investimentos requeridos e os graves problemas de poluição gerados pela sua atividade.

Observamos, que concomitantemente a industrialização ocorreu o desenvolvimento do setor terciário, gerando o aumento das oportunidades de emprego na RMS, e o surgimento de uma nova classe média urbana. Esta por sua vez, produziu o progresso do comércio e o aparecimento de inúmeras pequenas e médias empresas. Até meados de 1980, a Bahia sustentou taxas de crescimento significativamente superiores as medias nacionais, conforme apresenta a Tabela 1, transformando-se na sexta maior economia estadual do país⁵⁷.

TABELA 1 – EVOLUÇÃO DO PIB BAHIA/ BRASIL - 1975 – 1985

Anos	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985
Bahia	100,0	107,8	116,8	130,0	142,9	158,7	160,3	169,2	171,6	174,8	191,1
Brasil	100,0	110,2	115,6	121,3	129,5	141,3	135,1	135,9	131,2	138,2	149,1

FONTE: SEI, 2002.

A opção pela produção de bens intermediários gerou uma amarração direta da economia baiana com o Centro-Sul, os impactos das crises desta economia teriam conseqüências na economia da Bahia. O complexo industrial petroquímico, produtor de bens intermediários, embora moderna e dinâmica, não se integrava à economia baiana, com a parca produção de bens finais locais nem com o comércio que se expandia com todo o processo. A crise que se abateu sobre a economia nacional a

⁵⁷ ALBAN, 2002, p. 141.

partir do começo dos anos 1980, resistindo até 1986, desde então e, até, pelo menos, 1996, acabou apresentando taxas médias de crescimento bem inferiores às médias nacionais. Ou seja, a crise vivida pela economia baiana acabou superando a nacional⁵⁸.

Segundo Alban (2002, p.141-144) no final de 1980, e desde então, se adotou como estratégia para enfrentamento da crise a abertura da economia associada a uma ampla privatização estatal. Com esta, estratégia buscou-se uma estrutura competitiva globalmente integrada, em lugar de se buscar uma estrutura produtiva completa. Em linhas gerais, a idéia era que, criando uma estrutura produtiva que tivesse uma maior competitividade, estaria se originando condições para um crescimento econômico mais equilibrado, promovido pelas exportações. Entretanto, para ter um setor produtivo mais competitivo, era necessário mudar o foco, pois até então o setor produtivo brasileiro estava preocupado com obter maior quantidade, a partir da abertura de mercado, ele deveria estar objetivando qualidade e produtividade. Contudo, o setor petroquímico baiano produtor de bens intermediários, ao ser submetido ao choque competitivo externo, passou por sérias dificuldades.

Este segmento, os bens intermediários, voltados basicamente para a demanda de bens finais do País, sofreram duramente com o choque competitivo. Por um lado perderam parte do mercado de produtores nacionais, que não agüentaram a concorrência externa, de outro, tiveram que passar a enfrentar também a concorrência dos importados. Diante deste contexto, os produtores de bens intermediários foram forçados a reduzir as suas margens e operar com capacidade ociosa e no vermelho.

⁵⁸ ALBAN, 2002, p. 142.

Para enfrentar esse cenário adverso, este segmento tem buscado aumentar a produtividade e a qualidade objetivando alcançar a competitividade. Este processo gerou alguns resultados negativos para a economia da Bahia, tais como: a redução dos níveis de emprego, conseqüência das intervenções tecnológicas e dos programas de racionalização administrativa. Sendo estes trabalhadores o cerne da classe média local, na medida em que perderam o emprego, toda a estrutura de comércio e serviços, voltada para eles, se ressentiu, gerando uma nova onda de desemprego. Constatamos, na Tabela 2, que até 1997 existe uma certa relação entre a redução dos empregos diretos na petroquímica e o baixo desempenho do comércio no Estado.

TABELA 2 – EVOLUÇÃO DO EMPREGO NA PETROQUÍMICA E O DESEMPENHO DA ECONOMIA

Anos	1985	1990	1997	85/97	90/97
Trabalhadores Petroquímicos (Em Mil)	18.000	14.083	6.333	-8,3	-10,8
Indústria de Transformação (em %)	23,9	21,5	19,7	0,3	1,0
Comércio (em %)	11,2	12,6	9,3	0,3	-2,0
PIB – Bahia (em %)	100	100	100	1,9	2,3

FONTE: SINDIQUÍMICA e SEI, ago. 1999, Apud Alban (2002).

A nova configuração privada, conseqüência da privatização das estatais, não possuía vínculos com a Bahia ou com qualquer estratégia regional. Tinham, como principal objetivo, a expansão e ampliação da competitividade, para obter estes resultados era, e ainda é, necessário reduzir os custos logísticos, para tanto, os projetos de expansão do sistema produtivo foram deslocados para o Centro-Sul e Sul do País, regiões onde havia expectativa de crescimento do Mercosul. No caso

da petroquímica, o deslocamento para o Sul foi ainda mais intenso, em função dos impasses existentes na complexa estrutura acionária da COPENE⁵⁹.

O Plano Diretor do COPEC, em 1974, já se referia à indústria petroquímica, em relação aos investimentos mobilizados, que este segmento não iria gerar uma quantidade de empregos diretos e indiretos suficientes para solucionar a questão do subemprego e desemprego da Região Metropolitana de Salvador. Isto se deve às características deste tipo de indústria, que possui um nível elevado de automatização e uma necessidade de uma mão-de-obra com qualificações específicas. Podemos concluir que este tipo de atividade não é adequado para solucionar o problema do emprego.

Os impactos das mudanças institucionais, gerenciais e tecnológicas na força de trabalho na indústria petroquímica baiana na década de 1990, gerou ganhos de produtividade, tendo como consequência a redução dos postos de trabalho. Em números globais, enquanto reduzia o contingente de empregados entre 1990 e 1994 de 14.083⁶⁰ para 12.500⁶¹, a indústria petroquímica aumentava a sua produção de 2.700.000 t/ano em 1990 para 4.800.000 t/ano em 1994. Neste período a produtividade física por empregado na indústria petroquímica baiana aumentou 190%. Do ponto de vista de Alban (2002, p.143) “A maior produtividade dos bens intermediários, portanto, quando alcançada, serviu apenas para expandir o desemprego e alavancar o crescimento de outros Estados”.

O governo baiano tentou superar a crise verticalizando a produção dos bens intermediários em direção à produção de bens finais. O primeiro plano diretor do COPEC já previa uma área para implantação de empresas de quarta geração nas

⁵⁹ Central de matérias-primas, atualmente denominada de Brasquem.

⁶⁰ Conforme a Tabela 2.

⁶¹ SIDIQUIMICA apud LIMA, 1996, p. 88.

diversas cadeias produtivas. De acordo com Alban (1986), as empresas de quarta geração estabelecem uma ponte entre a produção e o consumo, gerando inúmeras oportunidades de emprego e possibilitam que a Bahia deixe de ser mera exportadora de bens finais.

Perseguindo este objetivo, em 1999, deu-se início a implantação da indústria automobilística Ford, e com ela, a atração de uma gama de fornecedores e empresas prestadoras de serviço compondo o Projeto Amazon, que estará em pleno funcionamento em 2006.

A partir do final da década de 1950⁶², a Bahia concentrou o seu crescimento na RMS, estabelecendo um desequilíbrio regional entre a região Metropolitana e as demais regiões do Estado. Dentro da RMS o desenvolvimento também foi concentrado, gerando expressivos desequilíbrios entre Salvador e as demais unidades urbano-regionais do Estado. De acordo com Silva (2003, p.71) “Comparando as duas escalas, a nacional e a do Estado da Bahia, pode-se dizer que a Região Metropolitana de Salvador está para a Bahia assim como a Região sudeste está para o Brasil.”.

O processo de industrialização concentrada na RMS constituiu uma das mais importantes mudanças demográficas estruturais, associadas ao processo histórico de constituição e consolidação de uma sociedade industrial e urbana, convencionalmente denominada pelos geógrafos de transição demográfica. Este período histórico (1940-1996)⁶³ foi caracterizado por importantes conquistas sociais e culturais, por muita prosperidade e por significativo avanço do desenvolvimento econômico da Bahia. Em 1996, os municípios que compõem a RMS possuíam os

⁶² SILVA, 2003, p.70.

⁶³ SUPERINTENDÊNCIA DE ESTUDOS ECONÔMICOS E SOCIAIS DA BAHIA, 1999, p.15.

melhores indicadores de desenvolvimento econômico e social da Bahia, conforme é evidenciado na Tabela 3.

TABELA 3 – INDICADORES DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL DA BAHIA. CLASSIFICADO POR MUNICÍPIOS BAIANOS SEGUNDO ÍNDICE GERAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIOECONÔMICO – 1996

Municípios	IDE	IDS	(IDE x IDS) ^{1/2}	CLASSIFICAÇÃO.
Salvador	1.114,75	42,68	218,13	1º
Camaçari	770,58	36,07	166,73	2º
São Francisco do Conde	575,35	31,25	134,10	3º
Simões Filho	501,35	32,21	127,08	4º
Dias D'Ávila	283,34	40,47	107,09	8º
Lauro de Freitas	335,42	32,53	104,46	9º
Candeias	407,71	22,50	95,79	11º
Vera Cruz	148,36	40,59	77,60	20º
Itaparica	112,26	36,07	63,63	38º
Madre de Deus	67,00	34,23	47,89	78º

FONTE: SEPLANTEC/SEI.

A recente implantação do complexo automotivo da Ford e outro da Monsanto, ambos em Camaçari, vieram a contribuir para firmar a posição da RMS como região central da acumulação dos processos capitalistas de produção na Bahia. Esta concentração é demonstrada na Tabela 4, onde percebemos que 48,2% do produto municipal da Bahia convergem para a RMS, ou seja, quase a metade do PIB baiano é concentrado na Região Metropolitana de Salvador.

TABELA 4 - PRODUTO MUNICIPAL SEGUNDO AS REGIÕES ECONÔMICAS - 2000

REGIÃO	VALORES (Em R\$ milhões)	%	PIB <i>per capita</i> (Em R\$ milhões)
Metropolitana de Salvador	21.259,01	48,2	7.036
Nordeste	2.899,12	6,6	2.465
Extremo Sul	2.692,67	6,1	4.050
Paraguaçu	2.436,05	5,5	1.949
Litoral Norte	2.330,05	5,3	4.389
Litoral Sul	2.273,52	5,2	1.671
Sudeste	1.939,56	4,4	1.708
Oeste	1.651,64	3,7	3.392
Baixo Médio São Francisco	1.352,16	3,1	3.318
Recôncavo Sul	1.293,97	2,9	1.890
Piemonte da Diamantina	1.092,87	2,5	1.922
Serra Geral	1.064,41	2,4	1.884
Chapada Diamantina	752,53	1,7	1.483

TABELA 4 - PRODUTO MUNICIPAL SEGUNDO AS REGIÕES ECONÔMICAS - 2000

REGIÃO	VALORES (Em R\$ milhões)	%	PIB <i>per capita</i> (Em R\$ milhões)
Metropolitana de Salvador	21.259,01	48,2	7.036
Nordeste	2.899,12	6,6	2.465
Extremo Sul	2.692,67	6,1	4.050
Paraguaçu	2.436,05	5,5	1.949

FONTE: SEI.

A distribuição geográfica dos futuros investimentos, segundo a Tabela 5, demonstra a continuidade da concentração de investimentos na Região Metropolitana de Salvador, porém, possibilita analisar possíveis mudanças na concentração, devido aos investimentos no eixo do Extremo Sul, com destaque ao complexo madeireiro.

TABELA 5 – INVESTIMENTOS INDUSTRIAIS PREVISTOS NO ESTADO DA BAHIA POR EIXO DE DESENVOLVIMENTO - 2003-2007

EIXO	VOLUME (R\$ Mil)	PARTICIPAÇÃO (%)
Baixo Médio São Francisco	152.165	0,83
Chapada Norte	72.756	0,40
Chapada Sul	7.230	0,04
Extremo Sul	5.686.647	31,00
Grande Recôncavo	787.238	4,29
Mata Atlântica	613.353	3,34
Médio São Francisco	31.500	0,17
Metropolitano	10.018.749	54,61
Nordeste	21.130	0,12
Oeste do São Francisco	588.932	3,21
Planalto Central	110.340	0,60
Planalto Sudoeste	205.185	1,12
A Definir	49.873	0,27
TOTAL	18.345.097	100,00

FONTE: SICM/Jornais Diversos

A Bahia, ao longo de sua história, constituiu o seu território de regiões centrais e periféricas. A SUDENE, que objetivou fomentar o desenvolvimento do Estado, não possuía política estadual para o desenvolvimento das diversas regiões baianas, como conseqüência, ocorreu, e ainda ocorre à convergência dos investimentos na RMS, mesmo após a substituição da SUDENE por uma agência de desenvolvimento

regional⁶⁴. Como ainda inexistia uma política de desenvolvimento regional para o Estado da Bahia, as disparidades intra-regionais continuam a ocorrer, mas isto também é reflexo de uma política nacional que trata este Estado como região periférica, o que não justifica a falta de uma política integrada de desenvolvimento das regiões baianas, pois outros Estados como: Ceará, Rio Grande do Sul, Paraná, Santa Catarina, entre outros, estimularam a criação de políticas estaduais de desenvolvimento regional, através da criação de: Fóruns, Planos e Conselhos Regionais Desenvolvimento.

Do ponto de vista de Silva (2003, p.79-82), a Bahia já possui uma certa experiência em regionalização, que precisa ser bastante ampliada para a composição de uma política estadual eficiente, que gere o desenvolvimento regional. Para tanto, é necessária a criação e execução de um amplo programa composto de projetos de desenvolvimento regional.

3.2 TRABALHO E SAÚDE

3.2.1 Mercado de trabalho

O trabalho faz parte da construção da identidade de um indivíduo e também do seu desenvolvimento pessoal, por isso ele tem um papel fundamental na constituição das sociedades, ele é uma dimensão essencial do mundo em que vivemos. A natureza do trabalho está mudando drasticamente, consequência das mudanças tecnológicas e dos efeitos da globalização. A difusão de novas tecnologias, como a micro eletrônica, a robótica e a informática e dos modelos de produção e gestão, gerou alterações na relação capital-trabalho, tendo como

⁶⁴ SILVA, 2003, p. 77.

conseqüência a redução dos postos de trabalho, o aumento dos índices de desemprego e a formação de um mercado de trabalho cada vez mais exigente, instável e estressante.

A década de 1990, no Brasil, de acordo com o DIEESE (2001, p.8), caracterizou-se pelo crescimento acelerado das taxas de desemprego e a sua manutenção em patamares elevados. Ao mesmo tempo agravaram-se as condições de trabalho com o aumento do número de contratos de trabalho que não respeitavam a legislação trabalhista, das extensas jornadas de trabalho, do crescimento da flexibilização⁶⁵ na contratação da mão-de-obra, das modificações na legislação trabalhista, entre outros. Esta mesma década foi marcada pelo aumento da precariedade do mercado de trabalho nas regiões metropolitanas, segundo dados do DIEESE (2001, p.53) a RMS, em 1997, possuía uma taxa de desemprego total de 21,6% da PEA, em 1998 era de 24,9%, em 1999 chegou a 27,7%. Em dezembro de 2003 a taxa de desemprego reduziu passando a 26,0% da População Economicamente Ativa, esta taxa diminuiu, devido à redução da taxa de participação⁶⁶, que indica a pressão das pessoas ocupadas e desempregadas sobre o mercado de trabalho, bem como pela elevação do nível ocupacional.

A evolução do desemprego a partir de 1997 resultou em crescentes contingentes de trabalhadores marginalizados da atividade produtiva, com grande desperdício da força de trabalho e no aumento das formas mais perversas de

⁶⁵ Como flexibilização entende-se a contratação de trabalhadores diretamente pela empresa, como assalariado sem carteira de trabalho assinada, ou através de empresas terceirizadas ou cooperativas ou ainda como autônomos. (IBGE, 2002, p. 98)

⁶⁶ Taxa de participação: indica a proporção da PIA incorporada ao mercado de trabalho como ocupada ou desempregada. A taxa de participação específica de um determinado segmento populacional (homens, chefes de família, etc.) é a proporção da PIA desse segmento incorporada ao mercado de trabalho como ocupada ou desempregada. Taxa de Participação = $(PEA/PIA) \times 100$. (IBGE, 2002, p. 98).

exclusão social. Estar desempregado priva o indivíduo do seu principal meio de sobrevivência, da sua realização profissional, podendo comprometer a sua identidade como trabalhador pertencente a uma categoria ocupacional e membro de uma classe social.

Na RMS verifica-se um elevado crescimento do desemprego entre as diferentes faixas etárias, de acordo com os dados do DIEESE (2001, p.57), na faixa etária dos 10 aos 24anos, em 1997 a taxa de desemprego era de 34,6%, em 1998 foi para 39,4% e em 1999 chegou a 43,4%. Na faixa dos 25 a 39 anos em 1997 haviam 18,2% de desempregados, em 1998 era de 21,5%, em 1999 cresceu para 24,2%. Na faixa dos 40 anos ou mais o percentual de desempregados era de 11,8% em 1997, 13,4% em 1998 e 15,8% em 1999. Podemos notar que o maior índice de desemprego se concentra na população mais jovem. Segundo dados do IBGE (2002, p.99) em 2001, na RMS, os jovens continuavam a ser o grupo mais afetado pelo desemprego na economia, a taxa de desempregados nos grupos etários dos 15 aos 17 anos e dos 18 aos 24 era de 13,4 e 12,5% respectivamente, enquanto no grupo dos 25 aos 49 anos a taxa foi de 5%.

Do ponto de vista do DIEESE (2001,p. 56), no final dos anos 90 verificou-se a generalização do desemprego, nas regiões metropolitanas, em segmentos como jovens, cônjuges, filhos, chefes de família, trabalhadores com menor nível de instrução e nos com nível de instrução mais elevado (ensino médio completo ou ensino superior), entre a força de trabalho com idade mais produtiva (25 a 39 anos), na parcela mais madura e experiente (40 anos ou mais).

Na Região Metropolitana de Salvador no período de 1997 a 1999, ocorreu um crescimento das taxas de desemprego dos chefes de família, passando de 13,2%

para 18,1%⁶⁷. O desemprego dos chefes de família tem um significado direto na redução no nível de renda das suas famílias, uma vez que estes são os seus principais provedores.

Segundo o IBGE (2002, p. 98) a educação é vista como um importante instrumento para o ingresso da população no mercado de trabalho, mas num mercado de trabalho deprimido e sem perspectivas de crescimento da oferta de postos de trabalho, corre-se o risco de se frustrarem as expectativas dos indivíduos que investirem na sua educação. De acordo com dados deste mesmo instituto⁶⁸, em 2001, na RMS, a taxa de desemprego para a população sem instrução ou com até três anos de estudo ficou em torno de 7,2%, enquanto na população com mais de oito anos de estudo ficou em torno de 9,2%. Podemos perceber que um nível mais alto de escolaridade não garante permanência no mercado de trabalho, dado que o desemprego tem sido maior na população mais instruída.

O mercado de trabalho na RMS no final da década de 90⁶⁹ era caracterizado por possuir uma parcela significativa da PEA auferindo baixos rendimentos e com falta de proteção social que pudesse garantir uma renda mínima na eventualidade do desemprego, isto se deve a um percentual significativo da População Economicamente Ativa encontrar-se na condição de desemprego aberto⁷⁰, desemprego oculto pelo trabalho precário e pelo desalento⁷¹, restando, como alternativa de sobrevivência, para esta população de trabalhadores, realizar

⁶⁷ DIEESE, 2001, p. 57.

⁶⁸ IBGE, 2002, p. 110.

⁶⁹ DIEESE, 2001, p.60.

⁷⁰ Desemprego aberto: pessoas que procuram trabalho de maneira efetiva nos 30 dias anteriores ao da entrevista com o instituto de pesquisa, e não exerceram nenhum trabalho nos sete últimos dias. (IBGE, 2002, p. 98).

⁷¹ Desemprego oculto pelo desalento: pessoas que não possuem trabalho e nem procuraram nos últimos 30 dias anteriores ao da entrevista, com o instituto de pesquisa, por desestímulo do mercado de trabalho ou por circunstâncias fortuitas, mas apresentaram procura efetiva de trabalho nos últimos doze meses atrás. (IBGE, 2002, p. 98).

pequenos trabalhos avulsos e ocasionais, enquanto procura postos de trabalho. Do ponto de vista do DIEESE (2001, p.59), os mercados de trabalho com grande nível de desestruturação e poucas garantias sociais são determinantes para o crescimento do desemprego oculto pelo trabalho precário⁷². E, quanto mais prolongado for o período de falta de oportunidade, maior será a probabilidade deste indicador alcançar níveis ainda mais elevados.

O baixo dinamismo da geração de postos de trabalho, a frágil articulação entre os canais de oferta e procura, os desequilíbrios entre o perfil do trabalhador e os requerimentos exigidos para a sua contratação tornam a atividade de procura efetiva de trabalho ineficaz. Neste contexto, os trabalhos autônomos, serviços domésticos e as relações de trabalho à margem da legislação trabalhista surgem como alternativas ao desemprego, conforme mostra a Tabela 6.

TABELA 6 – DISTRIBUIÇÃO DOS OCUPADOS, SEGUNDO SETOR DE ATIVIDADE NA REGIÃO METROPOLITANA DE SALVADOR - 1997 – 1999

SETOR DE ATIVIDADE	1997	1998	1999
TOTAL	100,0	100,0	100,0
Indústria	8,3	8,0	8,1
Construção Civil	5,4	5,5	5,4

⁷² Desemprego oculto pelo trabalho precário: é composto por pessoas que realizam trabalhos precários, ou seja, algum trabalho remunerado ocasionalmente, ou trabalhos não remunerados que as pessoas realizam ajudando no negócio de parentes e que procuram mudar de trabalho nos 30 dias anteriores a realização das entrevistas, dos institutos de estatísticas, ou que não tendo procurado neste período o fizeram sem êxito até 12 meses atrás. (IBGE, 2002, p. 98).

TABELA 6 – DISTRIBUIÇÃO DOS OCUPADOS, SEGUNDO SETOR DE ATIVIDADE NA REGIÃO METROPOLITANA DE SALVADOR - 1997 – 1999

SETOR DE ATIVIDADE	1997	1998	1999
Comércio	17,9	17,0	15,9
Serviços	55,6	57,3	58,5
Serviços Domésticos	10,8	10,2	10,4
Outros	1,9	1,9	1,6

FONTE: Convênio DIEESE/ SEADE, MTE /FAT e convênios regionais. PED

As formas flexíveis de contratação de mão-de-obra também se converteram em alternativas ao desemprego. A principal forma de flexibilização implementada na RMS é a contratação do trabalhador diretamente pela empresa como assalariado sem carteira assinada, como pode ser visto na Tabela 7. A segunda forma de flexibilização que se generalizou mais rapidamente, de acordo com a Tabela 7, foi o assalariamento indireto em decorrência da terceirização de serviços, na Região Metropolitana de Salvador no período de 1997 a 1999, verificou-se uma elevação passou de 7,0% para 8,2%. A contratação do trabalhador autônomo (por conta própria), de acordo com os dados da tabela 7, é uma forma de flexibilização que, apesar de ter sofrido uma queda no período de 1997 a 1998, continua crescendo na Região Metropolitana de Salvador.

TABELA 7 – DISTRIBUIÇÃO DOS POSTOS DE TRABALHO GERADOS POR EMPRESAS SEGUNDO FORMAS DE CONTRATAÇÃO NA RMS - 1997 - 1999

FORMAS DE CONTRATAÇÃO	1997	1998	1999
TOTAL DE POSTOS DE TRABALHO	100,0	100,0	100,0
Contratação Padrão	65,8	65,8	64,6
Assalariados contratados diretamente			

TABELA 7 – DISTRIBUIÇÃO DOS POSTOS DE TRABALHO GERADOS POR EMPRESAS SEGUNDO FORMAS DE CONTRATAÇÃO NA RMS - 1997 - 1999

FORMAS DE CONTRATAÇÃO	1997	1998	1999
Com carteira – setor privado	42,9	43,9	43,8
Com carteira – setor público	9,9	6,9	5,2
Estatutário	13,0	15,0	15,6
Contratação Flexibilizada	34,2	34,2	35,4
Sem carteira – setor privado	17,0	16,9	17,0
Sem carteira – setor público	3,9	4,2	3,8
Assalariados Terceirizados	7,0	7,6	8,2
Autônomos para 1 empresa	6,4	5,4	6,3

FONTE: Convênio DIEESE/SEADE, MTE/FAT e convênios regionais. PED.

A flexibilização em curso tende a utilizar formas precárias de relações de trabalho, como o assalariamento sem carteira de trabalho assinada, que coloca o trabalhador à margem das garantias legais estabelecidas pela CLT, ou a sua contratação por conta própria, o que implica na exclusão deste trabalhador dos benefícios associados ao trabalho assalariado e a transferência para o trabalhador, dos custos e riscos próprios de uma empresa. Esta modalidade de contratação, de acordo com o DIEESE (2001, p. 66), tem sido usada pelo empregador para reduzir seu contingente de assalariados diretos, gerando a redução dos seus custos operacionais.

Outro elemento que se acrescenta à flexibilização é o emprego habitual de jornadas de trabalho superiores à legal, que atinge uma parcela grande de assalariados, conforme mostra os dados do DIEESE (2001, p.67-68), na Região Metropolitana de Salvador no ano de 1999 existiam 38,1% dos trabalhadores que trabalhavam 45 horas ou mais, no período de uma semana.

A instabilidade econômica da década de 1990 teve fortes impactos sobre o mercado de trabalho, gerando um aumento dos níveis de desemprego e das formas alternativas de emprego, produzindo conseqüências negativas sobre as remunerações. Segundo dados do DIEESE (2001, p.85), a taxa média de crescimento dos ocupados com rendimentos, na década de 90, foi apenas de 1,2% ao ano, bem inferior ao crescimento da população economicamente ativa, que foi de 2,3% anuais no período. Em 2001, a população ocupada na RMS alcançou 1,3 milhões e sua distribuição por posição de ocupação, conforme dados do IBGE (2002, p.117), não apresentou alterações significativas em relação ao observado na década de 1990. As categorias de empregados e trabalhadores por conta-própria concentram a maior parcela da população ocupada, 51,55% e 24,7% e respectivamente. A maior parte da população ocupada, na RMS, está concentrada na classe de rendimento de 1 a 2 salários mínimos (28,1%), sendo que 60% desta população ganha até 2 salários mínimos. O rendimento médio mensal da população ocupada em 2001, na RMS, era de R\$ 608,90, os empregados com carteira assinada foi de R\$ 616,40, os sem carteira assinada era de R\$ 379,20, enquanto os empregados por conta própria eram de R\$ 455,10⁷³.

De acordo com os dados do IBGE (2002, p.97), os indicadores de trabalho e rendimento de um modo em geral, para esse início de década (2000), não apresentaram mudanças significativas em relação as já observadas na década de 1990. A tendência de melhoria em alguns indicadores como, por exemplo à redução do trabalho infantil e a queda na taxa de desemprego em relação a 1999, figuram um cenário mais otimista. Contudo, a permanência das desigualdades no mercado

⁷³ IBGE, 2002, p. 129.

de trabalho, ainda constituem um grande desafio para o desenvolvimento econômico e social da região (RMS).

3.2.2 Doenças ocupacionais e acidentes de trabalho

Uma grande parcela da população deixa de realizar atividades produtivas, devido a problemas de saúde. Doenças e dores incapacitam homens e mulheres reduzindo a sua jornada de trabalho. Na população trabalhadora predominam as doenças mentais, os acidentes do trabalho e as chamadas doenças profissionais. Do ponto de vista econômico, estes fatos geram grandes perdas para a sociedade como um todo⁷⁴.

As doenças ocupacionais têm um impacto muito grande na vida do trabalhador, elas reduzem a sua qualidade de vida e diminuem a sua produtividade, podendo gerar o afastamento do trabalho. Este afastamento só irá melhorar o quadro clínico do operário se ele tiver acesso à assistência médica e farmacêutica necessária a sua recuperação. Caso contrário ele ficará afastado por muito mais tempo do que aquele necessário, podendo quando retornar ao trabalho perder o emprego.

O acidente de trabalho é aquele que ocorre pelo exercício do trabalho, formal ou informal, podendo ocasionar lesão, doença ou morte. A lesão e a doença poderão levar à redução temporária ou permanente da capacidade para o trabalho. Os dados de acidentes do trabalho são provenientes do Ministério da Previdência e Assistência Social e referem-se ao conceito estabelecido na Lei nº 8.213/91⁷⁵ :

Art. 19. Acidente do trabalho é o que pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados referidos no inciso VII do art. 11⁷⁶ desta lei, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou

⁷⁴ Wünsch, 1999.

⁷⁵ O Decreto Lei nº 3048/99 também trata da legislação do acidente do trabalho.

⁷⁶ Este artigo estabelece quais são os segurados obrigatórios do regime Geral da Previdência Social.

redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho⁷⁷. [...]

São considerados também acidentes do trabalho, para fins previdenciários, a doença profissional e a doença do trabalho, conforme disposto na Lei nº 8.213/91:

Art. 20. Consideram-se acidente do trabalho, nos termos do artigo anterior as seguintes entidades mórbidas:

I – doença profissional, assim entendida a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a uma determinada atividade e constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social;

II – doença do trabalho, assim entendida a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente, constante da relação mencionada no inciso I.

1º Não são consideradas como doença do trabalho:

- a) a doença degenerativa;
- b) a inerente a grupo etário;
- c) a que não produza incapacidade laborativa;
- d) a doença endêmica adquirida por segurado habitante de região em que ela se desenvolva, salvo comprovação de que é resultante de exposição ou contato direto determinado pela natureza do trabalho.

2º em caso excepcional, constatando-se que a doença não incluída na relação prevista nos incisos I e II deste artigo resultou das condições especiais em que o trabalho é executado e com ele se relaciona diretamente, a Previdência Social deve considerá-la acidente de trabalho.

Considera-se acidente, também, aquele que está ligado ao trabalho, embora não tenha sido a única causa, mas que tenha contribuído diretamente para a morte, a doença ou, ainda, a redução da capacidade para o trabalho. Podemos caracterizar como acidente do trabalho aquele que tenha sido sofrido pelo empregado ainda que fora do local do trabalho, seja no percurso (acidente de trajeto) da residência para o local de trabalho ou deste último para a residência⁷⁸.

⁷⁷ BRASIL. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Brasília, DF: Senado Federal, Subsecretaria de Informações. p.7.

⁷⁸ Id.ibid., p.7.

Os acidentes do trabalho no âmbito das estatísticas da Previdência são agrupados em dois grandes blocos: acidentes registrado e liquidados, conforme caracterizados a seguir:⁷⁹

a) Acidentes registrados

- **Acidentes do trabalho registrados (Total):** correspondem ao número de acidentes cujos processos foram abertos administrativamente e tecnicamente pelo INSS. São dados provenientes das Comunicações de Acidentes de Trabalho (CAT), registradas nos vários postos da instituição e se dividem em:

- **Típicos:** aqueles que acontecem no exercício do trabalho e que decorrem da extensão do conceito inserido na Lei 8.213/91;

- **Trajeto:** aquele que são sofridos no percurso entre a residência e o trabalho;

- **Doença profissional ou do trabalho:** entende-se por doença profissional aquela produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinado ramo de atividade, constante no Regulamento da Previdência Social - RPS. A doença do trabalho é aquela adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente, desde que constante no RPS.

b) Acidentes liquidados

Após o processamento da CAT os dados são classificados nas tabelas de acidentes de trabalho liquidados geradores das seguintes conseqüências :

- **Acidentes do trabalho registrados (Total):** representam o número de processos de acidentes de trabalhos liquidados, em determinado ano independentemente do acidente ter ocorrido no ano de referência. Há sempre uma diferença entre o número de acidentes registrados e o número

⁷⁹ MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2002, p. 3-5.

de liquidados especialmente em função da duração dos procedimentos e dos processos que são reavaliados.

- **Assistência médica:** consequência de acidentes que não geram afastamento do trabalho, não gerando portanto o benefício previdenciário;
- **Incapacidade temporária:** consequência dos acidentes que geram afastamento do trabalho e são subdivididos em:
 - **Menos de 15 dias:** não geram benefícios previdenciários;
 - **Mais de 15 dias:** geram benefícios previdenciários.
- **Incapacidade permanente:** resultado dos acidentes que geram invalidez permanente;
- **Óbito:** consequência de acidentes fatais.

A legislação brasileira entende que os acidentes do trabalho são eventos de notificação compulsória mediante comunicação de acidentes de trabalho (CAT). A empresa deve comunicar o acidente do trabalho, ocorrido com seu empregado, havendo ou não afastamento do trabalho, até o dia útil seguinte ao da ocorrência e, em caso de morte de imediato à autoridade competente.⁸⁰São notificados pela CAT os acidentes típicos (ocorridos durante o horário de exercício da atividade), os de trajeto (ocorridos entre o percurso de casa para o trabalho e vice-versa) e as doenças profissionais ou do trabalho⁸¹.

A CAT deve ser emitida pela empresa à qual o trabalhador está vinculado, e caso a empresa se recuse a emití-la, isto pode ser feito pelos serviços de saúde, sindicatos ou pelo próprio trabalhador. O objetivo principal na emissão da CAT é a caracterização do direito do trabalhador ao seguro acidentário do INSS; portanto a CAT representa o registro e o reconhecimento oficial do acidente. O INSS publica

⁸⁰ MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2002, p. 4

⁸¹ BRASIL, Lei nº 8.213, art. 22, de 24 de julho de 1991, p.34.

relatórios periódicos, através do registro da CAT, mas a desagregação dos dados nessas publicações é bastante limitada, restringindo-se às características do acidente: típico, de trajeto e doença profissional ou do trabalho; número de acidentes por regiões e estados da federação; nível de incapacidade, temporária ou permanente, e tempo de afastamento do trabalho.

A CAT é o documento da Previdência Social para registro dos acidentes e doenças ocupacionais ocorridos dentre os trabalhadores que pertencem ao mercado formal, portanto não há estatísticas dos acidentes de trabalho ocorrido nos trabalhadores do mercado informal (sem carteira assinada, por conta própria), podemos concluir que o número total de doenças do trabalho é bastante superior ao que se notifica através das CAT. Em 2002 do percentual de acidentados no Brasil 95,10% eram celetistas, 1,39% trabalhadores temporários, 0,32% estatutários, 0,43% trabalhadores avulsos e 0,21% cooperados⁸².

Algumas empresas do Pólo Petroquímico, através do seu setor médico se negam a caracterizar o acidente de trabalho negando-se a preencher a CAT. Como estas empresas propiciam a assistência médica e farmacêutica entre outros benefícios, o trabalhador com medo de o perder o emprego e o apoio da empresa não solicita o preenchimento, e, deste modo, não fica caracterizado o ocorrido.

Uma das vias da CAT deve ser encaminhada para ao SUS para fins e estudo e definição de prioridades para a vigilância da saúde dos trabalhadores. Devido à falta de confiabilidade nos dados gerados através das CAT, as políticas planejadas e implementadas pelo SUS, bem como a assistência farmacêutica não surtirá efeito.

Na década de 1970, os Acidentes do Trabalho (AT) no Brasil, assumiram números alarmantes, segundo dados da Fundacentro (2004) foram em média, no

⁸² MTE, 2004.

período de 1970 a 1979, de 1.575.566 acidentes registrados. O que despertou nas autoridades a necessidade de atuação nesta área. As medidas adotadas basearam-se principalmente na formação de profissionais da área de segurança e medicina do trabalho e na propaganda exaustiva invocando a necessidade de uso dos equipamentos de proteção individual pelos trabalhadores, corresponsabilizando-os pela ocorrência do acidente do trabalho⁸³.

Segundo Wünsch (1999, p.41), a incidência de acidentes de trabalho no Brasil tem declinado de forma significativa, principalmente a partir de 1979, em consequência da sonegação da notificação por parte das empresas, decorrente de vários fatores, entre as quais as mudanças ocorridas na legislação, através e da Lei 6.367/76, que entre outras garantias, responsabilizava a empresa pelo pagamento dos primeiros quinze dias de afastamento do trabalho; e da Lei 8.213/91 que garantiu estabilidade de um ano para os trabalhadores que usufruírem o auxílio doença acidentário, o que favoreceu ainda mais a não emissão da CAT pelos empregadores, apesar desta mesma Lei (8.213/91) permitir a comunicação do acidente do trabalho pelo próprio acidentário ou pelo sindicato.

A redução no número de acidentes de trabalho também esta relacionada com a queda na oferta de empregos formais no setor industrial, onde acumula os maiores números de incidência, conforme dados da Tabela 8, foi acentuada pelo processo de reestruturação produtiva e a incorporação crescente da informática e da robótica em diferentes processos industriais. Como consequência houve um deslocamento de um maior volume de força de trabalho para o setor terciário, com um menor risco de acidentes. Segundo Wünsch (1999, p.42-44) estes fatos foram determinantes na tendência dos acidentes de trabalho observada no período de 1970 a 1995.

⁸³ REGO, 1994, P. 29.

TABELA 8 – ACIDENTES DE TRABALHO NA BAHIA, SEGUNDO GRUPOS COM MAIOR INCIDÊNCIA – 2000

GRUPOS COM MAIOR INCIDÊNCIA	EMPREGOS	ACIDENTES	INCIDÊNCIA	ÓBITOS	MORTALIDADE	LETALIDADE
Ind. da Construção	71.347	1.657	2,32	23	32,24	13,88
Ind. Alimentos	24.419	359	1,47	1	4,10	2,79
Indústria Têxtil	7.206	308	4,27	0	0,00	0,00
Inst. Financeiras	16.790	274	1,63	0	0,00	0,00
Metalurgia	9.816	254	2,59	2	20,37	2,04
Químicos	12.558	251	2,00	2	15,93	7,97
Extrativa Mineral	11.184	192	1,72	3	26,82	15,63
Ind. Madeira	2.845	139	4,89	3	105,45	21,58

FONTE: MTE, Secretaria de Inspeção do Trabalho e o Departamento de Segurança e Saúde no trabalho.

Outros fatores também contribuíram para a diminuição da incidência de acidentes do trabalho como as ações de prevenção realizadas pelas empresas e agências governamentais, mas os autores Carvalho (1999, p.42), Wunsch (1999, p.43) e Rego (1994, p.30) são contundentes em afirmar estes fatores são poucos representativos, pois não justificam a intensa diminuição dos acidentes de trabalho.

A grande Taxa de Letalidade (TL) verificada no período de 1970 a 1984 e no período de 1986 a 1992, conforme os dados observados, na Tabela 9, significam que os acidentes de trabalhos menos graves estão cada vez mais fora das estatísticas oficiais. Segundo Vasconcelos (1994, p.29), o Brasil no período de 1971 a 1992 apresentou um aumento Taxa de Letalidade⁸⁴ de cinco vezes, enquanto na Bahia o aumento foi de catorze vezes. Ainda segundos este autor a falta de

⁸⁴ A taxa de Letalidade é calculada da seguinte forma:

$$\text{Letalidade} = \frac{\text{N}^\circ \text{ Total de Óbitos Decorrente de Acidentes de Trabalho}}{\text{Total de Acidentes de Trabalho Liquidados}}$$

Ela representa a probabilidade média de que um acidente do trabalho seja fatal.

notificação dos AT típicos e de trajeto, principalmente em 1985 contribuíram para a diminuição dos acidentes de trabalhos declarados oficialmente.

TABELA 9 – ACIDENTES DE TRABALHO COM ÓBITO NA BAHIA – 1970-1992

ANO	NÚMERO DE ÓBITOS	TAXA DE LETALIDADE*
1970	78	16
1971	105	20
1972	124	18
1973	97	12
1974	89	12
1975	148	20
1976	162	23
1977	193	30
1978	165	25
1979	180	36
1980	166	39
1981	166	47
1982	151	48
1983	160	62
1984	207	107
1985	187	70
1986	158	57

TABELA 9 – ACIDENTES DE TRABALHO COM ÓBITO NA BAHIA – 1970-1992

ANO	NÚMERO DE ÓBITOS	TAXA DE LETALIDADE*
1987	260	115
1988	172	89
1989	150	151
1990	220	164
1991	131	114
1992	211	226
Total	3.680	39

FONTE: Dataprev / IBGE.

* Número de óbitos / Número de AT x 10.000.

Segundo dados registrados pelo Ministério do Trabalho e Emprego (2002), a Bahia em 1998 representou aproximadamente 32,5% do total dos acidentes de trabalho ocorridos no Nordeste (27.196). Em 1999, este Estado passou a representar 30% dos AT ocorridos no Nordeste (25.401) e em 2000, foram registrados 9.684 acidentes de trabalho correspondendo a 36,4% do total de acidentes ocorridos nesta região (26.601). No período de 1998 a 2000 a Bahia responde pelo maior número de incidência de acidentes do trabalho registrados no Nordeste.

Do total de acidentes registrados em 1998, conforme dados da Tabela 10, 75% foram considerados típicos, resultantes da atividade desempenhada pelo trabalhador, as doenças ocupacionais tiveram um crescimento significativo passando a representar 16,5% dos AT. No período de seis anos (1992 a 1998) houve uma redução de 22,19% nos acidentes típicos, em contrapartida ocorreu um aumento de 107,89% nos acidentes de trajeto e de 191,97% nas doenças ocupacionais. No período de quatro anos (1998 a 2002), houve um crescimento de 33,96% nos acidentes típicos, 64,56% nos acidentes de trajeto e 12,59% nas doenças

ocupacionais. O aumento dos acidentes de trabalho nos últimos quatro anos (1998 a 2002) é bastante preocupante, pois demonstra uma falta de controle das autoridades, competentes, do aumento da taxa de incidência dos acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, este dado torna-se mais preocupante quando levamos em conta que os dados oficiais estão sub-avaliados, conseqüência da falta de estatísticas dos AT ocorridos nos trabalhadores do mercado de trabalho informal.

TABELA 10 – ACIDENTES DE TRABALHO REGISTRADOS POR MOTIVO NA BAHIA – 1970-2002

ANO	Típico	Trajeto	Doença Profissional	Total
1970	48.793	486	126	49.405
1975	74.403	636	5	75.044
1980	41.206	817	18	42.041
1985	24.682	2.013	17	26.712
1988	18.695	495	95	19.285
1989	9.490	327	138	9.955
1990	12.710	370	299	13.379
1991	10.089	890	472	11.451
1992	8.463	380	498	9.341
1998	6.585	790	1.454	8.829
1999	5.779	855	952	7.586
2000	7.400	948	1.336	9.684
2001	6.436	1.037	1.278	8.751
2002	8.821	1.300	1.637	11.758

Fonte: DATAPREV, CAT.

Segundo os dados da Tabela 11, no período de 1999 a 2000, dos acidentes liquidados por conseqüência, 66% provocaram incapacidade temporária do

trabalhador, em 2001 este percentual sobe para 67% e em 2002 ele sofre uma redução indo para 64%.

TABELA 11 – ACIDENTES DE TRABALHO LIQUIDADOS POR CONSEQÜÊNCIA NA BAHIA – 1999-2002

Ano	Total	CONSEQÜÊNCIA				Incapacidade Permanente	ÓBITO
		Assistência Médica	Incapacidade Temporária				
			Total	Menos de 15 dias	Mais de 15 dias		
1999	8.339	1.582	5.499	1.814	3.685	1.178	140
2000	8.968	2.109	5.881	1.810	4.071	852	126
2001	9.384	2.484	6.325	2.388	3.937	457	118
2002	12.646	3.771	8.120	3.636	4.484	660	155

FONTE: DATAPREV/ CAT

O INSS, através da DATAPREV, não possui publicações que informem as estatísticas dos acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, ocorridos no COPEC, local de estudo deste trabalho. As informações sobre AT são municipais, deste modo, os dados serão incluídos no município onde o trabalhador registrou a CAT, que poderá ser o local onde o trabalhador reside ou trabalha. Para obter estes dados, solicitamos as informações dos AT ao Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador (CESAT– BA), que nos forneceu as informações contidas na Tabela 12, mas afirmou que os dados fornecidos são parciais e não representam o total dos casos, pois em geral as maiores empresas que possuem convênio com o INSS registram seus AT no município de Salvador e as demais organizações, em sua maioria, registram nos postos de benefícios localizados nos municípios de Camaçari ou Dias D’Ávila. Isto se deve ao fato destas pessoas residir ou trabalharem nestes municípios. Além destes fatos, o CESAT informa que no período estudado (1996 a 2000) os registros de acidentes foram elaborados através das CAT, que representam apenas cerca de um terço do conjunto da força de trabalho ocupada, portanto, o número total de acidentes de trabalho é bastante superior ao que se notifica através das CAT. Como os dados os CESAT, são oficiais e as únicas

informações que possuem confiabilidade, foram utilizados para caracterizar os tipos de acidentes do trabalho ocorridos no COPEC, conforme mostra a Tabela 12.

TABELA 12 - ACIDENTES DE TRABALHO REGISTRADOS POR MOTIVO NO COPEC – 1996-2000

ANO	TÍPICO E DE TRAJETO	DOENÇA OCUPACIONAL	TOTAL
1996 a 1998	1.610	657	2.267
1999	241	49	290
2000	266	98	364

FONTE: CESAT - BA

Carvalho (1999, p 42-48.), em conjunto com outros pesquisadores, realizou um estudo no CESAT - Bahia, no período de 1991 a 1995, objetivando identificar quais eram as doenças ocupacionais ocorridas neste período no COPEC, as doenças ocupacionais mais freqüentes foram: a Perda Auditiva Induzida pelo Ruído – PAIR e leucopenia; seguidas de rinossinusite, hérnia discal e asma. A maior incidência de leucopenia ocorreu em trabalhadores mais jovens (18 aos 39 anos), representando 68,2% dos casos. A PAIR foi mais freqüente em indivíduos com 40 anos ou mais anos de idade (56,2%) dos casos. A rinossinusite, a hérnia discal e a asma foram mais incidentes na faixa etária com 30 anos ou mais, contudo a freqüência é maior na faixa etária dos 30 aos 49 anos. Este estudo conclui que a maior parte das doenças ocupacionais acometeram os trabalhadores do COPEC antes dos 40 anos, segundo os pesquisadores este foi o resultado mais preocupante, visto que as doenças ocupacionais costumam serem mais freqüentes entre trabalhadores de idade mais avançada; entretanto os acidentes típicos do trabalho acometem os

trabalhadores mais jovens. Produção e manutenção foram os setores das empresas dos quais provieram as maiores proporções de casos, contribuindo com 50,5% e 26,3% respectivamente, isto ocorre em consequência do maior número de empregados estarem localizados nestes setores.

Outro estudo realizado em 1991 pelos médicos da Delegacia Regional do Trabalho⁸⁵ já alertava para a incidência da leucopenia em trabalhadores do sexo masculino (92,6% dos casos) e feminino, com uma idade média de 36 anos. Quanto ao local de trabalho na empresa, 49,5% dos casos trabalhavam na produção, 34,7% na manutenção e 15,8% na administração.

O sindicato do ramo químico e petroleiro alerta os trabalhadores para sonegação da notificação por parte das empresas e do aumento da gravidade dos acidentes de trabalho ocorridos nas empresas do COPEC. Cita empresas como Acrinor, onde os funcionários operam com equipamentos inadequados; a Millenium onde houve, em 1998, um vazamento no tanque de ácido sulfúrico; além dos acidentes de trabalhos ocorridos na TriKem, na Copene, na Griffin, na Novel, entre outras⁸⁶.

O crescimento das doenças ocupacionais na Bahia é preocupante, devido ao fato delas atingirem tanto os trabalhadores envolvidos no processo produtivo, quanto àqueles que trabalham na administração. Em alguns casos, as populações residentes próximo das áreas industriais contraem a doença sem trabalhar naquela atividade, em consequência da poluição gerada, estas pessoas não são protegidos pela legislação previdenciária, devido a não exercerem a atividade laboral que lhes causou a doença.

⁸⁵ MIRANDA *et. al.*, v.24, nº 89/90, p. 87-90.

⁸⁶ SINDICATO QUIMICOS E PETROLEIROS, 2003.

A legislação previdenciária assegura o auxílio-doença para aqueles trabalhadores que ficaram incapacitados num período superior a quinze dias. Este auxílio consiste numa renda mensal de 91% (noventa e por cento) do salário-de-benefício. Para o cálculo do salário-de-benefício será considerada a média simples dos maiores salários de contribuição corrigidos monetariamente correspondentes a, no mínimo 80% de todo o período contributivo. Durante os primeiros 15 dias do afastamento da atividade, a empresa é responsável por pagar ao empregado salário integral⁸⁷.

A taxa de contribuição da previdenciária da população ocupada⁸⁸, na RMS, é de, 52,8%⁸⁹ evidenciando que 47,2% desta população não tem qualquer cobertura de seguridade social. As contribuições para o INSS entre os empregados com carteira de trabalho chega a 68%, mas a categorias dos trabalhadores por conta própria possui menor taxa de contribuição previdenciária, entre as categorias ocupacionais, apenas 12% contribuem.⁹⁰

O salário-de-benefício nem sempre irá corresponder aos rendimentos mensais do trabalhador, ele representa a média das contribuições que o trabalhador efetuou na Previdência Social. Isto tem como Conseqüência a redução da renda dos trabalhadores acidentados, principalmente dos trabalhadores autônomos, temporários, avulsos e cooperados, que não possuem um trabalho regular. Os trabalhadores que se encontram no mercado informal sofreram ainda mais, pois a ausência de um trabalho regular tem como conseqüência a irregularidade ou falta do pagamento à previdência, deste modo estarão totalmente desamparados. Para

⁸⁷ BRASIL, Lei nº 8.213, arts. 29, 59 e 61, de 24 de julho de 1991, p.35-52.

⁸⁸ Segundo dados do IBGE a população ocupada é composta de empregados, militares ou estatutários, trabalhadores domésticos, conta própria, empregadores e não-remunerados. (IBGE, 2002, p. 116.)

⁸⁹ IBGE, 2002, p. 118.

⁹⁰ Ibid., p. 120.

estes trabalhadores o acidente do trabalho é a forma mais perversa de exclusão social.

A aposentadoria por invalidez é devida ao assegurado que a partir do dia imediato ao da cessão do auxílio-doença for considerado insusceptível a reabilitação para o exercício da atividade que lhe garanta subsistência e será pago enquanto permanecer nessa condição. Esta aposentadoria consiste numa renda mensal de 100% (cem por cento) do salário-de-benefício não podendo ser inferior ao salário mínimo nem ao limite máximo do salário contribuição. Caso o segurado aposentado por invalidez necessite de assistência permanente de outra pessoa o salário-de-benefício será acrescido de 25%⁹¹. A concessão da aposentadoria por invalidez dependerá da verificação da condição de incapacidade mediante exame médico-pericial realizado pelo INSS. Esta modalidade de aposentadoria é consequência da condição de incapacidade do trabalhador, podendo ter sido acarretada por um acidente de trabalho ou por uma enfermidade que não está relacionada ao trabalho. O direito do segurado de receber esta aposentadoria está atrelado ao período de contribuição à previdência.

Em alguns casos os trabalhadores tentam caracterizar uma doença ocupacional temporária ou permanente como forma de receber o auxílio pecuniário do INSS. Às vezes o empregado provoca o acidente de trabalho para não ficar desempregado. Mas nem sempre o intento é válido, pois o salário-de-benefício é calculado em relação às contribuições realizadas pelo empregado à previdência. Por mais perverso que possamos achar, a doença é útil, principalmente para que o trabalhador celetista se mantenha empregado e com renda. Devido a este padrão de comportamento, o INSS possui uma perícia demorada e meticulosa, gerando uma

⁹¹ BRASIL, Lei nº 8.213, arts. 42-51, de 24 de julho de 1991, p.37-59.

grande demora no processo de caracterização da doença profissional e do acidente de trabalho, bem como na concessão do benefício. A falta de controle e de medidas preventivas que gerem a segurança e saúde do trabalhador transfere para o INSS o controle dos conflitos sociais gerados nas empresas, e do reflexo do crescimento do índice de desemprego. A previdência social transforma-se na tábua de salvação dos trabalhadores desempregados e daqueles que estão enquadrados nas relações de trabalho onde não são respeitadas as normas trabalhistas. A política nacional de segurança e saúde do trabalhador deve prover medidas de controle e prevenção das doenças ocupacionais e acidentes do trabalho, aliadas as políticas de geração de emprego e capacitação do trabalhador irão, em longo prazo, atenuar os conflitos gerados dentro do sistema produtivo.

4 A QUESTÃO DO MEDICAMENTO NO BRASIL

4.1 O SETOR FARMACÊUTICO

4.1.1 Características especiais do setor farmacêutico

Os Remédios consumidos em hospitais e casas de saúde são as especialidades farmacêuticas fabricadas pela indústria farmacêutica a partir de fármacos, que, por sua vez, são produtos da química fina. Os fármacos, ou princípios ativos, dão as características terapêuticas aos medicamentos.

Os medicamentos são divididos em produtos éticos, genéricos e similares. Os produtos éticos são medicamentos que resultam de pesquisa e desenvolvimento, criados e produzidos pelos laboratórios farmacêuticos que desenvolvem pesquisa. Em sua grande maioria, estes produtos são vendidos através de receita médica. Os produtos genéricos e similares são “cópias” dos produtos originais (éticos), que tiveram as suas patentes expiradas e passaram a ser produzido livremente. Os genéricos foram sujeitos aos testes de bioequivalência e biodiversidade; estes testes provam que esta “copia” são idênticas aos originais. Os medicamentos similares são “cópias” isentas de testes que comprovem que eles são “cópias” idênticas dos medicamentos originais. A indústria farmacêutica nacional usou como estratégia de sobrevivência, na época em que não havia proteção patentária, a fabricação de medicamentos similares. Os custos de fabricação dos remédios similares e genéricos são baixos, por não conter os gastos com pesquisa e desenvolvimento.

De acordo com Bermudez (1992), os medicamentos genéricos tornaram-se uma tendência mundial, não apenas nos países do Terceiro Mundo, mas, também, nos países centrais, motivada pela necessidade de contenção de gastos públicos. Em alguns países, as empresas criam a sua própria linha de genéricos, com a característica de marca que acaba identificando toda a linha. Os genéricos podem

pertencer a três categorias: o genérico de marca (*branded generic*), cujo público alvo são os médicos; o genérico sem marca (*unbranded generics*), cujo público alvo são as farmácias e os hospitais; e uma terceira alternativa, que seria uma linha de genéricos de um determinado laboratório⁹².

Estes medicamentos são cópias de produtos comercializados cuja patente já tenha expirado, existem os genéricos comercializados com marcas, podemos citar como exemplo o AAS da Sanofi-Winthrop e o Fluoracil da Roche, e os genéricos conhecidos como *commodities*, vendidos sem a marca do fabricante. Ambos devem ter a mesma eficácia terapêutica, ou seja, equivalentes, para serem consumidos no lugar do remédio original. O genérico é um produto farmacêutico concebido com a intenção de ser intercambiável com o produto original, fabricado sem a licença do produtor original e comercializado após ter expirado a sua patente, direito exclusivo de fabricação⁹³.

Os medicamentos éticos patenteados possuem maior tecnologia agregada; representam os produtos mais novos do mercado e são lançados pelos laboratórios líderes do mundo. Além de mais rentável, o segmento ético patentado é mais competitivo; a capacidade de inovar dentro dele determina as condições de competitividade de cada empresa.

A indústria farmacêutica depende da aceitação do seu produto pelo médico para que ele seja vendido. Afinal são os médicos que prescrevem a compra do remédio, por isto, os laboratórios direcionam a sua propaganda à classe médica. O preço dos medicamentos éticos é mais elevado, por conter na sua composição os custos de pesquisa e desenvolvimento.

⁹² CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2000.

⁹³ Id. Ibid.

Os produtos éticos vendidos nas gôndolas das farmácias denominam-se de OTC (*over-the-counter*). A propaganda destes medicamentos também é dirigida aos médicos. A dinâmica da concorrência no mercado de OTC ocorre com a inovação na preparação dos medicamentos, das suas embalagens e, principalmente, dos grandes investimentos em propaganda.

Os medicamentos também podem ser classificados por classe terapêutica, de acordo com o tratamento ou doenças a que são destinados. Assim, os produtos voltados para doenças do sistema circulatório pertencem à classe dos cardiovasculares. Outras classes terapêuticas, importantes, nessa indústria são: sistema nervoso central, sistema respiratório, trato alimentar e metabolismo, antiinfeciosos, hormônios, geniturinários, oncológicos, dermatológicos, antiparasitários, etc. Segundo os dados do Quadro 3, no Brasil, em 1999, as classes terapêuticas mais importantes são as relacionadas com o trato alimentar e o metabolismo, cardiovasculares, sistemas nervoso central, antiinfeciosos, geniturinários e aparelho respiratório, o que coincide com as principais classes terapêuticas vendidos nos mais importantes mercados mundiais⁹⁴.

QUADRO 3 - VENDAS POR CLASSE TERAPÊUTICA NAS FARMÁCIAS NO BRASIL - 1999

Classe Terapêutica	Vendas** (em US\$ milhões)	Participação. %
Tratam. Alimentar e metabolismo	808	17
Cardiovasculares	733	15
Sistema nervoso central	640	13
Antiinfeciosos	473	10
Geniturinários	485	10
Aparelho respiratório	492	10
Aparelho locomotor	404	8
Dermatológicos	352	7
Órgãos Sensoriais	130	3
Hormônios	109	2

⁹⁴ Estados Unidos, Japão, Alemanha, França, Itália, Inglaterra, Espanha, Brasil, México, Argentina, Austrália e Nova Zelândia.

QUADRO 3 - VENDAS POR CLASSE TERAPÊUTICA NAS FARMÁCIAS NO BRASIL - 1999

Classe Terapêutica	Vendas** (em US\$ milhões)	Participação. %
Agentes hematológicos	62	1
Parasitologia	59	1
Citostáticos	22	0
Provas diagnósticas	5	0
Soluções Hospitalares	4	0
Outros	52	1
Total	4.830	100

FONTE: IMS Health apud Callegari (2000)

A indústria farmacêutica exige grandes investimentos em pesquisa e desenvolvimento. Este elevado investimento resulta, em grande parte, da complexidade do seu processo produtivo. Segundo Frenkel (1978, apud CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1980), no processo de fabricação e venda de remédios no setor farmacêutico, podemos identificar quatro estágios tecnológicos, que são praticamente independentes entre si, operando cada um deles, de forma independente. Os estágios são os seguintes:

1º Estágio - caracteriza-se pela pesquisa e desenvolvimento de novos princípios ativos (fármacos). Os fármacos são substâncias terapêuticamente ativas em sua forma bruta, que uma vez processadas se transformam em especialidades farmacêuticas, as quais se transformam nos respectivos produtos em sua apresentação final, os remédios, na forma como são encontrados no mercado pelo consumidor.

2º Estágio - produção industrial de fármacos. Este estágio é o que agrega maior valor em tecnologia de processos.

3º Estágio – fabricação de medicamentos. Define a produção das formulações.

4º Estágio – marketing e comercialização. A inclusão do “marketing” deve-se ao desenvolvimento das campanhas promocionais, realizadas ou coordenadas pela indústria, relativas às características especiais dos produtos farmacêuticos.

Os laboratórios farmacêuticos internacionais operam na maioria em todos aqueles estágios. Em razão das suas deficiências a indústria farmacêutica brasileira registra desempenho somente nos 3º e 4º estágios. A atuação dos laboratórios farmacêuticos nacionais é incipiente no 2º estágio.

As duas primeiras etapas, o desenvolvimento do novo fármaco e a sua produção, pertencem à atividade químico–farmacêutica. Esta atividade inicia-se com o isolamento de novas substâncias, a partir de processos biotecnológicos ou da síntese química, seguida pela verificação do potencial terapêutico (testes do novo produto em voluntários). O processo pode levar anos, em seguida é realizado um trabalho de análise detalhada de suas características. Finalmente dá-se início da produção do novo fármaco, sob requisitos técnicos previamente estabelecidos.

O desenvolvimento e a produção de remédios requerem longas pesquisas e elevados investimentos. Somente grandes laboratórios têm capacidade tecnológica e financeira para atuar nessa área. Estima-se que, apenas na pesquisa e desenvolvimento de cada novo fármaco, os investimentos chegam a US\$ 500 milhões.

A produção do medicamento é uma etapa que requer tecnologia mais simplificada; por isto é muito comum o laboratório importarem os fármacos das suas matrizes e realizar o processo de fabricação dos medicamentos no Brasil. Os laboratórios multinacionais atuam em todos os estágios da fabricação, desde a pesquisa ao desenvolvimento de novos fármacos, passando pela produção industrial desses fármacos, até a fabricação e venda do medicamento. Nas matrizes, todas

essas etapas são executadas; já as subsidiárias realizam apenas a produção e o marketing do medicamento.

4.1.2 Políticas de preços

A demanda do mercado de medicamentos é derivada dos diferentes tipos de doenças que acometem a população, enquanto nos demais tipos de bens e serviços, a demanda depende das preferências do consumidor. Os preços dos medicamentos e a renda do consumidor determinam a capacidade de adquirir o remédio. Nos extratos superiores e intermediários de renda, o preço pouco influencia os níveis de consumo, no caso dos produtos de referência⁹⁵, cuja demanda é constituída por consumidores finais que não têm outra opção de compra, tendo em vista que o medicamento é receitado pelo médico. A procura é inelástica às variações de preços. Quando os medicamentos podem ser substituídos por genéricos ou similares, a procura dos grupos intermediários e superiores de renda podem ser elásticas, pois existe a possibilidade de substituir um remédio por outro.

Nas camadas de baixa renda, a procura é inelástica ao preço e extremamente elástica a renda. Deste modo, se houver redução nos preços dos remédios, mesmo que seja significativa, a renda do consumidor é tão baixa que ainda poderá restringir o consumo. Entretanto incrementos de renda neste extrato podem significar aumentos de consumo. A estrutura de concentração de renda no Brasil é um dos fatores que restringem o acesso da população aos medicamentos.

A falta de informação do consumidor sobre o remédio, que foi prescrito pelo médico, gera pouca possibilidade do paciente de tomar a decisão de qual atitude irá adotar para ter acesso ao medicamento. Isto ocorre quando o médico prescreve o medicamento pelo seu nome comercial sem constar na receita o nome genérico do

⁹⁵ Os produtos éticos, também são denominados de medicamentos de referência.

produto, ou quando o medicamento prescrito não possui genérico nem similar. Este fato confere ao laboratório um poder de mercado muito grande na medida em que o consumidor não tem opção de substituir o medicamento. Devemos levar em consideração que nem todos os remédios poderão ser substituídos por similares e genéricos e que esta informação está com o médico que determina o consumo do medicamento. O marketing da indústria farmacêutica é realizado diretamente com o médico, deste modo ele conduzirá o consumo do paciente.

Outro fator que deve ser considerado é concentração do mercado dentro da classe terapêutica (cardiovasculares, dermatológicos, etc.), em alguns segmentos a marca líder detém mais de 90% de participação no mercado. A concentração de empresas no setor farmacêutico ocorre no plano internacional junto com a internacionalização do capital. Por isso, o aumento das importações não determina uma concorrência efetiva com a produção interna. Os laboratórios que mais importam são aqueles que estão instalados no País.

Os custos dos medicamentos refletem o tempo gasto no desenvolvimento do produto, podendo chegar a mais de dez anos. Os laboratórios farmacêuticos utilizam um sistema de composição de preço que dilui o gasto em desenvolvimento de novos remédios, no preço de custo de todos os outros medicamentos, inclusive os que são mais antigos no mercado, deste modo a indústria adequou o preço do remédio novo ao poder de compra do consumidor.

A estrutura de preços do laboratório que desenvolve pesquisa sofre variações relativas ao tamanho da empresa, localização geográfica, etc. A receita de venda de um medicamento sofre o impacto dos custos listados na Tabela 13, os mais relevantes são a produção e controle de qualidade, os gastos com informação científica, pesquisa e desenvolvimento de novos produtos e com impostos.

TABELA 13- COMPOSIÇÃO DO CUSTO DOS MEDICAMENTOS.

Itens que compõem o custo	Participação
Informação científica	15%
Pesquisa e Desenvolvimento	15%
Produção e controle de qualidade	30%
Lucro antes do imposto de renda	15%
Administração	7%
Distribuição	7%
Gastos variados	6%
Publicidade	5%

FONTE: Conselho Federal de Farmácia apud Callegari (2000).

As variáveis que determinam os preços dos remédios, conforme Callegari (2000) são o grau de intervenção do Estado, a previdência social vigente, as flutuações cambiais, os níveis de preços e de distribuição de renda, a existência de proteção à propriedade intelectual e a produção de fármacos. A existência de empresas que produzem “cópia” dos produtos éticos, determina a existência de remédios com preços menores. Isto ocorre porque estas empresas não desenvolvem pesquisa, apenas imitam o produto inovador, deste modo não possuem dispêndios com informações científicas e pesquisa e desenvolvimento. Esta é a justificativa utilizada pelos laboratórios farmacêuticos, inovadores, para pressionar os governos a instituírem Leis de propriedade industrial.

O governo brasileiro iniciou em 1991 a liberação de preços dos medicamentos, no final deste ano apenas os remédios de uso contínuo eram controlados. Em 1992 o governo liberou completamente os preços dos medicamentos ofertados pela indústria farmacêutica, mas manteve o controle da margem de comercialização no varejo (drogarias, farmácias, etc.). A margem

máxima autorizada foi de 30% incidente no Preço Máximo ao consumidor (PMC) ou 42,85% sobre o preço de fábrica. A liberação dos preços cobrados pela indústria gerou aumentos generalizados, em 1993 os preços dos medicamentos haviam acumulado aumentos de 60,58% acima da inflação⁹⁶.

O Plano Real implantado em julho de 1994 manteve o sistema de controle informal de preços, este sistema vigorou até o final do ano de 1996. Este sistema era baseado na negociação de preços realizada entre a Secretaria de Acompanhamento Econômico (SEAE) e a indústria farmacêutica, ficou estabelecido que desta negociação seria determinado o reajuste de preço. Entre o período que se inicia com a implantação do Plano Real até dezembro de 1994 os preços dos remédios tiveram aumentos de 5,33% ante uma taxa de 18,3% do IPC-Fipe. Em 1995 os medicamentos aumentaram 19,98% e o IPC-Fipe foi de 23,2%; e em 1996 o aumento médio dos remédios foi de 15,3% e o IPC-Fipe foi de 10%.⁹⁷

No ano de 1997 os aumentos ficaram bem acima da inflação, o documento elaborado pelo SEAE, em novembro de 1998, admitiu que a utilização de instrumentos previstos na legislação de defesa da concorrência, a partir de 1997, não conseguia inibir os aumentos abusivos do setor.

No início de 1999, o Brasil deixou flutuar livremente a taxa de câmbio, houve uma forte desvalorização do Real. A desvalorização cambial ocorrida em janeiro de 1999, refletiu-se sobre os preços dos produtos farmacêuticos, visto que muitos insumos em sua maioria, utilizados pelos laboratórios são importados, ocasionando um aumento no preço de custo dos medicamentos. Os repasse desses aumentos de preços aos remédios foram diluídos nos meses de junho, julho e agosto de 1999. A

⁹⁶ CALLEGARI, 2000.

⁹⁷ Ibid

indústria farmacêutica se comprometeu a não aumentar os preços dos medicamentos durante os meses restantes do ano de 1999⁹⁸.

Entre julho de 1994 a dezembro de 1999, segundo dados da Tabela 14, os preços dos medicamentos tiveram reajustes de 85,4% acima do índice geral de preços ao consumidor que chegou a 79,31%. As classes terapêuticas que tiveram maiores aumentos foram: o sistema nervoso central, diabetes e vias respiratórias.

TABELA 14- REAJUSTE DE PREÇOS DE MEDICAMENTOS POR CLASSE TERAPÊUTICA APÓS O PLANO REAL (EM %) – 1994/1999

CLASSE TERAPÊUTICA	JUL A DEZ/94	1995	1996	1997	1998	1999	JUL A DEZ/99
IPC- Fipe	18,30	2,17	10,03	4,82	-1,78	8,64	79,31
Remédio/ Preço Farmácia	5,33	19,98	15,27	9,29	2,67	13,76	85,94
Sistema nervoso central	4,83	24,3	32,03	10,01	1,85	16,72	125,01
Vias respiratórias	4,91	21,97	17,13	14,17	6,91	16,05	113,44
Analgésicos/Antitérmicos/Antigripiais	4,94	21,25	19,54	13,49	2,78	15,6	105,11
Vitaminas	5,04	18,69	10,25	12,62	4,68	20,74	95,67
Antiinflamatórios	4,95	21,17	15,00	9,64	2,35	18,84	95,04
Sistema Cardiovascular	5,00	21,06	15,09	8,20	7,24	15,72	96,44
Antiinfecciosos	5,06	23,40	14,87	8,97	2,29	14,00	89,24
Aparelho digestivo e metabolismo	4,68	15,66	24,52	4,72	0,91	13,51	80,82
Outros Remédios	7,19	13,22	11,84	4,63	0,84	19,84	71,01

Fonte: Fipe apud Callegari (2000)

Entre 1990 e 1998, a produção brasileira de medicamentos permaneceu praticamente estável, em torno de 1,6 bilhões de unidades, enquanto o faturamento passou de US\$ 3,4 bilhões, para US\$ 10,3 bilhões, o motivo deste aumento foi o contínuo aumento de preços dos medicamentos. Em 1999, os produtos farmacêuticos e remédios ficaram abaixo do índice de inflação da Fipe, apesar do aumento do preço dos insumos importados, utilizados pela indústria farmacêutica, consequência da desvalorização cambial do Real.

Os representantes dos maiores laboratórios farmacêuticos e o governo firmaram um acordo para o repasse dos custos aos preços dos medicamentos, este

⁹⁸ Callegari, 2000.

repassse iniciaria em março de 1999. Neste mês enquanto a inflação registrada pela Fipe foi de 0,56% os preços dos remédios subiram 1,89%. No mês de abril, deste mesmo ano, ocorreu um novo aumento de 2,09% no preço dos medicamentos enquanto o aumento real da inflação registrado pela Fipe foi de 0,47%⁹⁹. Na segunda parte do acordo, entre governo e indústria farmacêutica, ficou estabelecido um reajuste de preços que ocorrem a partir de junho de 1999. Estes aumentos foram consequência do crescimento dos preços da matéria prima e dos insumos nacionais, provocadas pela desvalorização do Real. Nas Tabelas 15 e 16 destacamos o aumento ocorrido nos remédios no período de 1994 a 2000.

TABELA 15 – VARIAÇÃO DE PREÇOS DE ALGUNS MEDICAMENTOS NO PERÍODO: AGOSTO/1994 A JANEIRO/ 2000.

Produto	Fabricante	Preços em (R\$)		%
		Ago/94	Jan/00	
Diazepan (Calmante)	Novaquímica	1,43	6,40	348
Gardenal (Calmante)	Rhodia	0,88	3,40	286
Afrin (Descongestionante)	Schering Plough	1,60	5,62	251
AAS Infantil (antitermico)	Sanofi	6,02	19,20	219
Pepsamar (antiácido)	Synthelabo	5,32	15,54	192
Dormonid (calmante)	Roche	10,60	30,14	184

FONTES: Revista Época apud Callegari (2000)

TABELA 16 – EVOLUÇÃO DOS PREÇOS MÉDIOS DOS MEDICAMENTOS, CONFORME O TEMPO DE EXISTÊNCIA NO MERCADO BRASILEIRO (EM US\$)

	1996	1997	1998	1999*
Mercado Total	5,10	5,61	5,79	4,65
Produtos com mais de 2 anos	4,85	5,46	5,63	4,48
Produtos com menos de 2 anos	10,46	11,46	12,35	11,16
Produtos de 0 a 12 meses	—	—	13,61	15,68

FONTES: ALANAC apud Callegari (2000)

* Dados de outubro/ 1999.

⁹⁹ Callegari, Lucas (2000), op..cit.

Para haver a efetiva regulação dos preços no setor de medicamentos, serão necessárias políticas de regulação ligadas a uma política nacional de saúde que reduza os preços dos remédios para os consumidores com o objetivo de suprir totalmente as necessidades daqueles que consomem remédio e de outros que não consomem. Do ponto de vista do SEAE a introdução de medicamentos genéricos no mercado brasileiro é um importante instrumento para promover o acesso da população aos remédios com preços mais baixos. Outro fator que poderá colaborar para a diminuição dos preços será a entrada de operadoras de planos e seguros de saúde que tenham associado a atenção farmacêutica.

Nos países desenvolvidos a natureza institucional da demanda é um fator relevante no funcionamento do mercado de medicamentos éticos. No Brasil aproximadamente 76%¹⁰⁰ das vendas de medicamentos é realizada diretamente aos consumidores, que em sua maioria não recebem reembolso das empresas que prestam assistência médica suplementar (planos, seguradoras, etc.).

4.1.3. Patentes e suas implicações

A questão das patentes do setor farmacêutico desperta preocupação devido aos abusos usuais que são praticados pelos monopólios de produção, e que implicam em grandes impactos no sistema de saúde, promovido pelo Estado, na medida em que os medicamentos são fundamentais à maioria dos processos de tratamento dos pacientes. (BERMUDEZ, 2000).

As leis de propriedade industrial surgiram no séc XIX e surtiam efeito dentro das fronteiras nacionais em que foram promulgadas. O sistema de patentes é utilizado em cada país como instrumento de progresso tecnológico e industrial. Em

¹⁰⁰ CALLEGARI, 2000.

vista disso, cada nação apresenta seu próprio sistema de patentes, ocasionando, muitas vezes, conflitos dentro do panorama de comércio internacional.

Em 1883, vários países, entre eles o Brasil, firmaram a Convenção de Paris, onde ficaram estabelecidos os três pressupostos básicos para operar o sistema internacional de propriedade industrial: a independência das patentes e marcas; tratamento igual para nacionais e estrangeiros e o direito de prioridade. Este último aspecto permitia que os países assinantes do acordo tivessem o direito de depositar o mesmo pedido em outros países, signatários da Convenção¹⁰¹.

A legislação brasileira de propriedade industrial protegeu os produtos e processos farmacêuticos até 1945, ano em que os produtos farmacêuticos de qualquer tipo passaram a não ter mais as patentes reconhecidas. Em 21 de dezembro de 1971, a Lei 5.772 instituiu o novo Código de Propriedade Industrial, que manteve o não reconhecimento das patentes de produtos farmacêuticos. A opção pelo não reconhecimento da patente de medicamentos tinha como objetivo facilitar o processo de absorção e adaptação tecnológica, isto é, acelerar a transferência da tecnologia.

Antes de 1945, quando o Brasil reconhecia patentes dos produtos farmacêuticos, foram raras as empresas estrangeiras que se propuseram a produzir medicamentos em nosso país, preferiam importar o produto acabado dos seus países de origem. Após o Decreto de 1945, as empresas passaram a instalar as suas plantas industriais no Brasil, visando realizar o processo de transformação, caracterizado pelo terceiro estágio do processo produtivo de um medicamento. Na área de transformação houve uma significativa transferência de tecnologia, mas na área de pesquisa e desenvolvimento de fármacos tivemos pouquíssimos avanços,

¹⁰¹ BERMUDEZ, 2000.

isto ocorreu, devido à falta de uma política efetiva para que o setor alcançasse o desenvolvimento no processo de produção de moléculas inovadoras (primeiro estágio tecnológico), e na produção de fármacos. A consequência da falta de uma política destinada ao desenvolvimento deste setor pode ser medida pela dependência da matéria prima farmacêutica¹⁰².

Segundo Bermudez (2000), no período de vigência da não patenteabilidade dos produtos farmacêuticos, as ações realizadas pelo Estado e as condições estruturais do mercado farmacêutico não geraram políticas que impulsionasse o desenvolvimento tecnológico de forma suficiente, para que o Brasil passasse de importador, a produtor dos fármacos básicos para assistência da saúde. No Brasil a maior parte dos recursos despendidos com ciência e tecnologia vem do setor público. O precário desenvolvimento do setor farmacêutico está atrelado ao desestímulo da pesquisa brasileira, ao fato de incentivar a cópia de medicamentos; a incerteza da viabilidade de novos investimentos e o desemprego de pesquisadores e cientistas, consequência da falta de desenvolvimento de novos produtos no setor farmacêutico.

A pesquisa em saúde humana desempenha um papel estratégico, em decorrência deste fato, tem havido constantes debates sobre o avanço do conhecimento, a apropriação econômica e legal de seus resultados e a reflexão ética. A proteção dos direitos de patentes apresenta um papel crítico e ao mesmo tempo polêmico nesse cenário. Existem discordâncias não apenas quanto aos mecanismos para assegurar tais direitos, mas sobre a validade e o mérito das patentes. Há argumentos que defendem leis rígidas de proteção da propriedade intelectual, pois estas leis catalisam inovações e exercem influência benéfica sobre a

¹⁰² BERMUDEZ, 2000.

economia das empresas e dos países, outros argumentam, porém, que tais leis são economicamente ineficientes e restringem o desenvolvimento de uma indústria farmacêutica que atenda as necessidades dos países de economia emergente¹⁰³.

Nos países em que as companhias farmacêuticas não têm atividades, e até mesmo não tem a mínima intenção de vir a tê-las, o reconhecimento do direito da patente permite proteger as invenções, abrir processos em caso de imitação e proibir a exploração da patente por outras companhias nacionais ou estrangeiras. Por isso a extensão do patenteamento no plano internacional é um dos elementos que refletem tanto a amplitude geográfica da atuação de uma companhia, como a importância que ela atribui a proteção das suas posições monopolistas, refletindo, também, o exercício do poder de frustrar o desenvolvimento de inovações, se assim desejar¹⁰⁴. As companhias farmacêuticas americanas sempre deram importância a essa proteção, e foram elas que impuseram na Rodada do Uruguai a adoção do Acordo Trips¹⁰⁵.

O governo brasileiro empossado em 1990 anunciou a sua disposição de promover a alteração da lei 5.772/71, visando prover a proteção patentária do setor farmacêutico. Tal tendência se originou das pressões internacionais, polêmicas internas e dos tratados internacionais firmados pelo Brasil. Segundo Bermudez (1992), o reconhecimento das patentes farmacêuticas configura-se como reserva de mercado absoluto para as empresas estrangeiras, abrangendo a implantação de monopólios em um setor já excessivamente oligopolizado, tornando-se, então, uma inversão absoluta das práticas de livre comercialização e competitividade; elevando os preços das matérias-primas e dos medicamentos, impondo ao mercado

¹⁰³ BERMUDEZ, 2000.

¹⁰⁴ CHESNAIS (1994 apud PICARELLI e ARANHA (orgs.), 2001.

¹⁰⁵ PICARELLI e ARANHA (orgs.), 2001.

consumidor brasileiro produtos e preços que interessam às empresas multinacionais¹⁰⁶.

Encerra a Rodada do Uruguai no âmbito do Acordo Geral de Tarifas e Comércio - GATT, os países participantes, entre eles o Brasil, assinaram o “*Acordo Trade Related Aspects of Intellectual Rights Including Trade in Counterfeit Goods*” – Trips¹⁰⁷. As resoluções referentes a este acordo entraram em vigor a partir de janeiro de 1995, devendo levar onze anos para serem integralmente implementadas. Até 1995 os tratados e acordos sobre Propriedade Industrial e Propriedade Intelectual não contavam com qualquer instrumento sancionador, que, eventualmente, pudesse ser aplicado contra um Estado que se recusasse a editar uma legislação nacional em conformidade com as normas internacionais, ou que editasse normas em discordância com obrigações internacionalmente assumidas. A partir da assinatura do Acordo *Trips*, a OMC torna-se o órgão regulador das nações que assinaram o acordo¹⁰⁸.

Para atender ao Acordo Trips em maio de 1996, foi criado um novo Código de Propriedade Industrial, através da Lei nº 9.279, que teve como principais mudanças o patenteamento dos produtos e processos de forma generalizada, inclusive, na área químico farmacêutica, pelo prazo de vinte anos, a criação dos mecanismos de licença compulsória e importação paralela. A licença compulsória pode ser concedida em casos de abuso do poder econômico ou do direito e em caso de emergência nacional ou relevante ao interesse público, esta última opção poderá ocorrer quando o titular da patente não atenda as necessidades exigidas pelo

¹⁰⁶ Id. Ibid.

¹⁰⁷ Acordo sobre aspectos comerciais relacionados ao comércio dos direitos intelectuais inclusive o comércio de falsificação de bens.(PICARELLI e ARANHA (orgs.), 2001).

¹⁰⁸ PICARELLI e ARANHA (orgs.), 2001.

Estado brasileiro. Conceitualmente, a licença compulsória é a autorização que faculta a suspensão temporária do direito exclusivo do titular da patente impedir que um terceiro sem o seu consentimento, produza, use, ou coloque à venda, ou importe produto objeto de patente ou processo, ou, produto obtido diretamente de processo patenteado¹⁰⁹. A licença compulsória depende de prévia solicitação e de concessão formal, assim como prévia notificação do titular da patente¹¹⁰.

A nova lei, 9.279/96, utiliza-se da licença compulsória para privilegiar a fabricação local, sempre que for economicamente viável, facultando alternativamente a importação, que não é exclusiva do titular, evitando a criação de reservas de mercado ou monopólios de importação. Em princípio este mecanismo restringiria o uso da importação paralela pelas empresas farmacêuticas, mas isto não ocorre devido ao mercado de medicamentos ser oligopolizado em todo o mundo, onde as indústrias farmacêuticas não produzem todos os tipos de remédios, elas dividem o mercado entre si e cada indústria foca a pesquisa e desenvolvimento de remédios que atendam determinadas patologias que na maioria das vezes não são coincidentes¹¹¹.

De acordo com PICARELLI e ARANHA (2001) a mudança da legislação brasileira de patentes, no setor farmacêutico, teve como finalidade, beneficiar a indústria farmacêutica em detrimento de adequar a necessidade de acesso da população aos medicamentos. É importante ressaltar que, o Acordo Trips, em seu artigo 65.4, concedia um prazo de cinco anos, para que os países em desenvolvimento implementarem uma legislação nacional condizente com o acordo firmado em 1º de janeiro de 1995. O Brasil, no entanto, optou por implantar, em maio

¹⁰⁹ Artigo 42, Lei nº 9279/96.

¹¹⁰ PICARELLI e ARANHA (orgs.), 2001.

¹¹¹ PICARELLI e ARANHA (orgs.), 2001.

de 1996, uma legislação que atendesse ao Acordo, mas tendo conhecimento de que o órgão que regula e concede o patenteamento (INPI), não possuía capacidade de atender a nova normatização.

Para os defensores das patentes, o sistema estimula o progresso industrial e um fluxo de inovações, ao assegurar um fluxo de receitas compatíveis e proteger o inventor contra imitações. As patentes, entretanto, elevam o acervo de conhecimento da sociedade, encorajando o inventor a revelar os seus segredos e incentivando o investimento privado. Entre os benefícios da proteção patentária, nos países periféricos, estão: a facilidade do lançamento de novos produtos; o acesso da população a medicamentos de última geração; o afastamento de soluções retaliadoras por parte das economias centrais¹¹².

As principais críticas ao patenteamento são: a formação de cartéis e monopólios; a dificuldade governamental para direcionar a política de preços e de desenvolvimento industrial e tecnológico; a redução das atividades de pesquisa como consequência do bloqueio da transferência de tecnologia e pesquisa e desenvolvimento interno; a tendência crescente de aumento dos preços dos medicamentos, na hipótese de haver um intenso lançamento de produtos novos e patenteados no mercado.

O Brasil, porém, há muitos anos, investe de forma insuficiente em pesquisa e desenvolvimento no setor farmacêutico, tornando-se cada vez mais dependente das importações de matéria prima, de produtos em processo e de produtos acabados. O resultado da dependência de importação, tanto da matéria prima quanto do produto acabado, é a queda no consumo dos medicamentos devido às variações cambiais da moeda americana, que geram o aumento dos preços dos remédios. As falhas na

¹¹² Id, Ibid.

distribuição na rede pública de saúde e a falta de condições financeiras para comprá-los na farmácia faz com que o paciente reduza por conta própria a dose prescrita pelo médico ou nem realize o tratamento.

4.1.4 Indústria Farmacêutica

Até a década de 1930 os remédios eram produzidos em pequenos estabelecimentos de base familiar, utilizando substâncias naturais, vegetais e minerais. Os medicamentos também eram manipulados por médicos e farmacêuticos que os receitavam. Os produtos biológicos (vacinas e soros) foram produzidos no Brasil pelos laboratórios oficiais (pertencentes ao Estado), tinham como objetivo combater as epidemias. Entretanto estes laboratórios não realizavam pesquisas científicas de grande significado, entretanto na Europa e nos Estados Unidos, o governo e a iniciativa privada passaram a patrocinar a pesquisa científica na área de medicamentos¹¹³.

O importante progresso tecnológico no campo farmacêutico, produziu reflexos em todo mundo. No Brasil este progresso causou um hiato entre a indústria farmacêutica brasileira e a dos países mais avançados, se caracterizando como uma das principais causas da desnacionalização da produção nacional de medicamentos, a outra causa foi originada pela falta de uma política-econômica que objetivasse o desenvolvimento deste setor.

Conforme Câmara dos Deputados (1980) em paralelo a expansão internacional das empresas americanas no setor, impulsionadas pela introdução de novas drogas e movida pela necessidade da conquista de novos mercados, acelerou a instalação de subsidiárias no Brasil, sobretudo a partir do fim da Segunda Guerra Mundial, esta tendência foi seguida também por grandes laboratórios europeus. Os laboratórios

¹¹³ CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1980.

estrangeiros na medida em que foram sendo instalados começaram a absorver os laboratórios nacionais. Em 1975 existiam no Brasil 397 laboratórios nacionais que representavam 15,7% do mercado de medicamentos, enquanto os 71 laboratórios farmacêuticos internacionais representavam 84,3% deste mercado. A representatividade foi mensurada de acordo com o seu volume de vendas medido pelo faturamento. Em 1979 dos cinquenta maiores laboratórios farmacêuticos em atividade no Brasil, responsáveis por 79% do faturamento global do setor, apenas quatro eram nacionais (Aché, Fontoura, Sintofarma e Farmasa).

Em 1998 o mercado de medicamentos no Brasil continuava altamente concentrado, os dez maiores laboratórios respondiam por 43,9% do Faturamento total e os 40 maiores por 86,6%. Trata-se por tanto de um mercado concentrado especialmente no lado da oferta de princípios ativos. Em 2000 o Brasil importava 80% da demanda de princípios ativos¹¹⁴.

Uma das estratégias usadas pela indústria nacional para se manter no mercado foi à produção de “cópias” dos fármacos descobertos, na época em que não havia o reconhecimento as patentes de produtos farmacêuticos. Após a mudança na lei de patentes a indústria brasileira para realizar estas “cópias”, sejam elas remédios similares ou genéricos, terá que esperar expirar a patente do medicamento.. O futuro da indústria farmacêutica nacional, caso não seja estimulada a pesquisa no Brasil, estará limitado pela desaceleração da produção de medicamentos pelas multinacionais, as quais importarão cada vez mais das suas matrizes; concentração do conhecimento tecnológico dos laboratórios multinacionais devido à proteção patentária e ao baixo nível de investimentos dos laboratórios nacionais em pesquisa e desenvolvimento. As importações de medicamentos se

¹¹⁴ CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2000.

originam principalmente da Europa e dos Estados Unidos, onde estão localizados as sedes e as principais fábricas dos maiores laboratórios farmacêuticos do mundo. Ao longo dos anos 90, houve aumento de mais de 1.400% nas importações dos medicamentos realizadas no Brasil¹¹⁵.

A indústria farmacêutica multinacional instalada no Brasil tem se caracterizado por realizar baixos investimentos em pesquisa e desenvolvimento, apesar desta indústria ser considerada intensiva em tecnologia. Os laboratórios farmacêuticos instalados no país gastaram US\$ 66 milhões nessa área em 1999, enquanto nos EUA o gasto com este tipo de investimento foi aproximadamente de US\$ 20,1 bilhões em 1998. Nos últimos anos, estes laboratórios usaram como estratégia a relocação das suas atividades no mundo, objetivando diminuir o número de fábricas, concentrando a sua produção em poucos países, que por sua vez passam a abastecer uma determinada região¹¹⁶.

Os laboratórios farmacêuticos multinacionais instalados no Brasil têm aumentado de forma crescente a importação, em especial de novos medicamentos de alto conteúdo tecnológico. Em parte isto ocorre por causa da lei de patentes que reconhece o direito de uso exclusivo do proprietário da patente, no prazo de vinte anos. Além disso o Brasil é um grande importador de princípios ativos, conseqüência de uma produção nacional insuficiente.

Ao longo dos anos 90, a indústria farmacêutica sofreu um contínuo processo de reestruturação, com uma série de fusões aquisições envolvendo as maiores companhias do setor. Os principais fatores motivadores foram: o processo a busca contínua pelo desenvolvimento de novas drogas e a queda da rentabilidade dos laboratórios a partir do final da década de 80, até então a indústria tinha apresentado

¹¹⁵ Id. Ibid.

¹¹⁶ CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2000.

altas taxas de crescimento. Uma das principais causas na queda dos lucros está associada à redução dos gastos com saúde nos países desenvolvidos, que passaram a buscar maior racionalidade dos gastos e medicamentos mais baratos. A queda das margens de lucratividade é conseqüência também do aumento no tempo para aprovação à pesquisa de uma nova droga e do crescimento dos custos com pesquisa e desenvolvimento. As fusões têm aumentado a concentração do mercado em uma quantidade cada vez menor de indústrias e tem propiciado maiores recursos para as empresas investirem na área de pesquisa e geraram uma maior eficiência nas áreas de distribuição, industrial e de marketing, além de aumentar o portfólio de marcas líderes nos diversos segmentos terapêuticos da indústria¹¹⁷.

Uma das características do setor farmacêutico é a existência de produtos que, protegidos por patentes, alcançam grande faturamento e são vendidos em dezenas de países. Podem ser denominados de *mega brand* (mega marca), ou *blockbuster* (arrasa-quarteirão). Estima-se que estes produtos alcançam faturamento de mais de US\$ 1 bilhão dois anos após o seu lançamento e são destinados a atingir vendas de bilhões de dólares. Como os gastos com esses produtos são altíssimos, acredita-se que gire em torno de centenas de milhões de dólares, entre desenvolvimento do produto e o marketing, são poucas as companhias que podem montar uma estratégia de lançamento de uma “mega marca”. Em 1998, cerca de 23 marcas tinham faturamento maior que US\$1 bilhão, entre as quais o Liptor, da Warner – Lambert e da Pfizer, o Prozac da Eli Lilly e o Norvasc da Pfizer. No período de 1994 a 1998 a indústria farmacêutica cresceu 24% em todo o mundo, as vinte principais marcas tiveram um aumento de 42% nas vendas¹¹⁸.

¹¹⁷ Id. Ibid.

¹¹⁸ CALLEGARI, 2000.

O Quadro 4 apresenta o faturamento das dez marcas mais vendidas no mundo em 1998. Entre os mais vendidos está o Losec, para úlcera e gastrite, da AstraZeneca, e o Zocor, um anti-hiperlipidêmico, consumido por pessoas que têm problema de colesterol, produzido pela Merck & Co.

QUADRO 4 - PRODUTOS FARMACÊUTICOS MAIS VENDIDOS NO MUNDO - 1998

PRODUTOS	VENDAS (Em US\$ milhões)
Zocor	4.945
Losec	4.444
Prozac	2.588
Norvasc	2.331
Lipitor	1.926
Renitec	1.784
Seoxat/Praxil	1.687
Zoloft	1.668
Augmentin	1.547
Claritin	1.459

FONTE: IMS Health apud Callegari (2000)

A importância desses produtos *blockbuster* tem garantido boa parte do desempenho dos laboratórios no âmbito internacional. Foram lançados inúmeros produtos, voltados para diversos tratamentos, tais como artrite, AIDS e câncer de mama. Entre os maiores destaques estão o Viagra, da Pfizer, a pílula para impotência; a pílula contra o colesterol, o Liptor, entre outros.

A indústria farmacêutica deve investir intensamente nos medicamentos utilizados pela terceira idade, pois o envelhecimento da população mundial está mudando o perfil do setor. Os remédios de uso contínuo no tratamento de doenças crônicas como cardiopatia, asma, diabetes e hipertensão movimentam por ano cerca de US\$ 36 bilhões. Outras áreas que têm orientado os investimentos dos laboratórios são os remédios para impotência e obesidade, osteoporose, artrite e processos infecciosos, além de doenças viróticas como gripe e hepatite¹¹⁹.

¹¹⁹ CALLEGARI, 2000

Os laboratórios têm procurado criar medicamentos que aumentem a expectativa de vida do consumidor. A longevidade do ser humano está ligada ao desenvolvimento da medicina e a capacidade da indústria farmacêutica desenvolver remédios que combatam as doenças. O mercado brasileiro segue a tendência mundial, ocorrendo um maior número de lançamentos de novas drogas para o combate de doenças crônicas, especialmente as mais comuns entre pessoas com mais de sessenta anos¹²⁰.

O debate em torno da necessidade da população ter maior acesso a medicamentos é realizada em todo o mundo. Objetivando maior retorno sobre os seus investimentos os laboratórios farmacêuticos têm desenvolvido medicamentos para doenças típicas dos países desenvolvidos, o mesmo não ocorre quando o assunto trata de doenças tropicais, pois poucos remédios são desenvolvidos para estes tratamentos.

A maior parte das populações dos países em desenvolvimento não têm condições de pagar por medicamentos que combatam as doenças comuns destas regiões, como malária, tifo, tuberculose, entre outras. Como o investimento no desenvolvimento é alto torna-se desinteressante financeiramente investir nos mercados de países mais pobres que não possuem capacidade financeira de comprar medicamentos. A indústria farmacêutica refuta esta conclusão afirmando que muitos medicamentos como os antibióticos são importantes são igualmente para todos os países do mundo. Ações governamentais que incentivem as pesquisas de novos medicamentos para combater determinadas doenças que ainda necessitam de medicamentos poderá ser uma saída para os países pobres. Estes remédios

¹²⁰ Id. Ibid.

poderiam ser desenvolvidos em laboratórios governamentais, apesar de ter sido implantada este tipo de política no Brasil há muitos anos, ela foi abandonada.

4.1.5. Distribuidores

Na década de 1970 a indústria farmacêutica realizava 50% das suas vendas diretamente às farmácias, sem a presença do distribuidor. A partir da década de 1980, a presença do distribuidor passou a ser mais relevante no setor. No final da década de 1990 as vendas diretas às farmácias realizadas pela indústria representavam cerca de 12%.¹²¹ Os distribuidores, no ano de 2000, eram responsáveis pela entrega de 72% dos medicamentos no País. Os medicamentos éticos têm um peso de 70% das vendas realizadas pelos distribuidores são de medicamentos éticos. Os atacadistas atendem a 98% das farmácias existentes no país¹²².

Ao longo da década de 90, de acordo com Callegari (2000), houve um movimento de modernização do setor distribuidor atacadista, cujas empresas passaram a concentrar-se no atendimento rápido e a oferecer melhores condições de comercialização ao varejo, oferecendo maiores prazos de pagamento e descontos. Houve um movimento de redução dos custos operacionais, a partir dos investimentos em tecnologia de informação, *telemarketing*, automação da área de gestão de materiais e logística.

Após o Plano Real, os distribuidores iniciaram parcerias com redes de farmácias independentes baseadas no abastecimento exclusivo. Essas parcerias começaram a surgir a partir da maior concorrência sofrida pelas farmácias independentes diante das grandes redes, que se encontram cada vez mais estruturadas. A indústria passou a oferecer melhores condições de comercialização

¹²¹ CALLEGARI, 1997.

¹²² CALLEGARI, 2000.

às grandes redes de farmácias e drogarias, o que possibilitou que estes estabelecimentos oferecessem ao consumidor um *mix* de produtos mais diversificado, com preços menores comparados com os das farmácias e drogarias independentes, atraindo com isso, maior número de clientes às suas lojas. Diante deste quadro as farmácias e drogarias independentes iniciam um movimento de formação de associações e franquias¹²³.

A partir do início da década de 90 o setor atacadista vem aumentando os investimentos em tecnologia, que têm permitido uma maior agilidade na separação e fracionamento de produtos, o que ocorre em tempo recorde, conseqüentemente as entregas realizadas às farmácias acontecem mais de uma vez por dia, diminuindo as quantidades estocadas pelo setor varejista. Atualmente o mercado distribuidor está informatizado e ágil, as compras são realizadas através de telemarketing, e a estrutura logística e de gestão dos estoques permitem que as entregas sejam feitas em menos de seis horas. Grande parte da frota de veículos de entrega é acompanhada por satélite para prevenir roubos¹²⁴.

O tamanho das empresas distribuidoras de medicamentos varia muito: de pequenos atacadistas com atuação regional ou segmentada em grandes empresas que atuam em diversas regiões. É um segmento bastante concentrado, em 2000, os quinze maiores distribuidores são responsáveis pela distribuição de 50% a 60% do total de medicamentos distribuídos no País. Devido ao seu porte os distribuidores líderes conseguem prazos de pagamentos mais longos, de 60 a 80 dias, com as indústrias e os pequenos conseguem prazos máximos de 60 dias¹²⁵.

¹²³ Id. Ibid.

¹²⁴ CALLEGARI, 2000.

¹²⁵ Id. Ibid.

4.1.6. Farmácias e Drogarias

De acordo com Callegari (1999) as farmácias e drogarias são os mais importantes canais de distribuição de medicamentos do País, pois elas vendem 82% do total produzido pela indústria farmacêutica, representam o único canal de vendas de medicamentos, visto que não é permitida no Brasil a venda de medicamentos em supermercados. De acordo com o SEAE a venda de medicamentos que não necessitam de receitas em supermercados e outros estabelecimentos, poderiam ser usados como instrumento para estimular a concorrência no varejo farmacêutico e reduzir preços. Uma pesquisa realizada pela SEAE apontou uma queda nos preços dos produtos OTC, em 1994 quando as vendas destes produtos foram realizadas pelos supermercados.

As drogarias e farmácias¹²⁶ constituem importante elo na cadeia de comercialização de medicamentos na RMS, A margem bruta de comercialização representa 30% da receita líquida de vendas, na venda de medicamentos. A margem líquida representa 5% da receita líquida, as despesas operacionais são bastante representativas neste setor.

Em 1998 as drogarias e farmácias foram responsáveis pela compra de 82% da produção da indústria farmacêutica, as instituições de saúde pública e particular, como hospitais, ambulatórios e postos de saúde foram responsáveis pela compra de 15% dos medicamentos produzidos pelos laboratórios farmacêuticos, os outros 3% foram adquiridos por empresa de grande porte, que mantém convênios com os seus

¹²⁶ Conceitualmente denomina-se farmácia o local onde vendem medicamentos industrializados e fazem manipulação de fórmulas. Conceitualmente denomina-se drogaria local onde vendem medicamentos em suas embalagens originais.

funcionários para comprar remédios. As farmácias e drogarias constituem-se no principal dispensador de medicamentos à população no Brasil¹²⁷.

As redes de drogarias e farmácias representam 30% das vendas totais realizadas por todas as drogarias e farmácias. As farmácias independentes representam uma participação total das vendas em torno de 70%. As farmácias independentes representam 96% do total das farmácias, estes estabelecimentos possuem um perfil de empresa familiar possuindo problemas de capital de giro. Para suportar a concorrência com as redes, as farmácias independentes estão cada vez mais operando em forma de associativismo, passando a atender sob uma mesma marca, atuando como se fosse uma rede, reduzindo algumas despesas operacionais como treinamento e recrutamento de pessoal, realizando compras em conjunto objetivando a diminuição do preço de custo, buscando linhas de financiamento para capital de giro, etc¹²⁸. Na Bahia encontramos algumas destas associações como a Boa Farma e a Rede Méd.

Outros tipos de associativismo são as franquias e as parcerias. As franquias surgiram a partir do Plano Real, com o objetivo de viabilizar o negócio das farmácias independentes, as quais de modo em geral não dispõem de capital suficiente para investir em propaganda e não contam com as mesmas condições de comercialização oferecidas pelos fornecedores às grandes redes. As parcerias reúnem as farmácias de pequeno porte objetivam estratégias em conjunto com distribuidores e varejistas diante da necessidade de se defenderem do forte poder competitivo das grandes redes atacadistas e distribuidoras.

¹²⁷ CALLEGARI, 1999.

¹²⁸ CALLEGARI, 1999.

Muitas redes de farmácias optam por comprar as mercadorias diretamente do distribuidor em vez de fazê-lo diretamente da fábrica, devido aos seguintes fatores: condições e prazos de pagamento, quantidade mínima para compra, fracionamento da embalagem, o que atende aos pequenos comerciantes e maior agilidade na entrega, proporcionando maior giro do estoque. Alguns distribuidores, na cidade de Salvador-BA, conseguem realizar três entregas por dia, otimizando o giro do estoque.

As farmácias e drogarias transformaram-se em um negócio bastante rentável e se multiplicaram em todo o país, a sua forma de atuar igualou-se ao senso comum do comércio, sem consciência das exigências especiais do varejo farmacêutico. A exigência da prescrição médica não é observada e os esquemas de vender produtos mais caros e desnecessários predominam na atitude dos balconistas e dos proprietários. O farmacêutico, profissional que poderia fazer valer a visa sanitária e científica nesse tipo de comércio, não está presente ou não tem poder para reverter o senso comercial predominante.

4.1.7. Mercado Consumidor

O mercado consumidor brasileiro é bastante promissor, segundo Callegari (2000) quando comparado com outros mercados, isto se deve ao fato de 80% do consumo dos remédios no País é realizado diretamente pelo consumidor final não havendo auxílio dos sistemas públicos e privados de saúde. Com a implantação e estabilização do Plano Real a Indústria Farmacêutica acreditava que haveria um aumento do poder aquisitivo da população e conseqüentemente o aumento do potencial de consumo da população. Contudo verifica-se que não houve aumento no consumo de medicamentos, em 1998 foram consumidas 1,65 bilhões de unidades, em 1999 este consumo cai pra 1,60 bilhões de unidades. A grande

expansão foi em termos de aumento do faturamento da indústria farmacêutica, ou seja, ocorreu um aumento do preço médio dos remédios, que foi absorvido por aqueles de maior poder aquisitivo, portanto maior acesso aos medicamentos.

O consumo de medicamentos reflete a distribuição de renda do País, 48% dos produtos são consumidos por 15% da população que tem renda superior a dez salários mínimos. As classes mais pobres, que ganham até quatro salários mínimos consomem apenas 16% dos remédios, acredita-se, que, 40% da população brasileira não tenha como comprar medicamento nas farmácias, esta população só poderá ter acesso aos remédios através do SUS¹²⁹.

Segundo Quadro 5 a média do gasto mensal da população que recebe até dois salários mínimos é de R\$ 11,87, havendo um maior comprometimento da renda familiar, já os gastos de uma família com renda que ultrapasse 30 salários mínimos é de R\$ 50,13.

QUADRO 5 – DESPESA MÉDIA MENSAL FAMILIAR COM REMÉDIOS - 1996

CLASSES DE RECEBIMENTO MENSAL FAMILIAR	GASTOS (EM R\$)	CLASSES DE RECEBIMENTO MENSAL FAMILIAR	GASTOS (Em R\$)
(em salários mínimos)		(em salários mínimos)	
Gasto médio	26,64	Mais de 8 a 10	24,73
Até 2	11,87	Mais de 10 a 15	28,60
Mais de 2 a 3	14,04	Mais de 15 a 20	35,02
Mais de 3 a 5	17,11	Mais de 20 a 30	42,81
Mais de 5 a 6	20,36	Mais de 30	50,13
Mais de 6 a 8	21,68	Sem declaração	-

FONTE: IBGE – Pesquisa de Orçamentos Familiares, apud Callegari (2000)

Segundo o DIEESE (2004), em fevereiro de 2000 a compra de remédios comprometia 4,21% do rendimento das pessoas que ganhavam R\$ 377 em média, em 1994 para o mesmo rendimento médio, havia um comprometimento da renda em

¹²⁹ CALLEGARI, 2000.

3,12%. Para os indivíduos que tinham rendimento médio de R\$ 2.782, o impacto foi de 2,42% em fevereiro de 2000, contra 1,56% em 1994.

No ano de 2001, conforme a Gazeta Mercantil (2002), a população baiana gastou R\$ 805.112 com remédios, representava 4,374% do total dos gastos, a população do município de Salvador consumia R\$ 257.746 representando 1,4% dos gastos com medicamentos na Bahia. No ano 2002 ocorreu uma queda no consumo de remédios, a população da Bahia consumiu R\$ 720.225, representado 3,677% do total dos gastos da população e a cidade de Salvador representou um consumo de R\$ 201.501, 1,327% do consumo no estado da Bahia. Apesar do aumento da população de 2001 para 2002 no estado da Bahia e na cidade de Salvador o consumo de medicamentos diminuiu.

De acordo com os dados fornecidos pelo Quadro 6, as regiões Sul e Sudeste representam 71,44% do total do potencial de consumo de medicamentos no Brasil, nestas regiões estão concentradas cerca de 57% da população brasileira (cerca de 42% na região Sudeste e 15% na região Sul). Estas regiões representam os maiores mercados consumidores do País, principalmente a região Sudeste, onde os Estados de São Paulo e o Rio de Janeiro representam as cidades de maior consumo, responsáveis pelos 1º e 2º lugares respectivamente. Na região Sul o maior mercado é o Rio Grande do Sul (3º lugar em todo o Brasil), seguido pelo Paraná (5º lugar em todo o Brasil) e Santa Catarina (7º lugar em todo o Brasil). O IPC na região Nordeste é de 16,09%, com uma população de 46,3 milhões em 1999, os estados desta região despendem cerca de R\$ 1,86 bilhões de reais com remédios. O estado que mais gasta com medicamentos é a Bahia, com IPC de 4,63%, representando o 6º maior mercado consumidor do Brasil. O índice IPC *per capita* é mais representativo no Distrito Federal onde anualmente o gasto com medicamentos era de R\$ 118, 61

por pessoa, em seguida vem o Rio de Janeiro e São Paulo com R\$ 101,80 e R\$ 100,20 respectivamente, a Bahia é a vigésima primeira colocada com um consumo per capita de R\$ 41,26.

QUADRO 6 - VALORES GASTOS PELA POPULAÇÃO COM MEDICAMENTOS POR ESTADO - 1999

ESTADO	POPULAÇÃO - 1999*		GASTOS POTENCIAIS (em R\$ mil)	IPC		
	Habitantes	Participação (em %)		(em%)	(Per capita em R\$)	
São Paulo	35.830.257	51,27%	3.590.301	1º	31,02%	100,20
Rio de Janeiro	13.809.518	19,76%	1.405.807	2º	12,15%	101,80
Minas Gerais	17.301.982	24,76%	923.780	4º	7,98%	53,39
Espírito Santo	2.939.002	4,21%	197.229	13º	1,70%	67,11
Total Sudeste	69.880.759	42,61%	6.117.117		52,85%	84,54
Rio Grande do Sul	9.974.608	40,79%	949.580	3º	8,20%	95,20
Paraná	9.381.160	38,36%	746.966	5º	6,45%	79,62
Santa Catarina	5.100.589	20,86%	455.518	7º	3,94%	89,31
Total Sul	24.456.357	14,91%	2.152.064		18,59%	88,00
Bahia	12.999.216	28,08%	536.381	6º	4,63%	41,26
Pernambuco	7.582.016	16,38%	300.764	9º	2,60%	39,67
Ceará	7.108.745	15,35%	275.333	10º	2,38%	38,73
Maranhão	5.419.965	11,71%	184.561	15º	1,59%	34,05
Paraíba	3.372.755	7,29%	162.740	16º	1,41%	48,25
Alagoas	2.714.194	5,86%	124.424	19º	1,07%	45,84
Rio Grande do Norte	2.655.354	5,74%	120.924	20º	1,04%	45,54
Piauí	2.731.034	5,90%	84.435	21º	0,73%	30,92
Sergipe	1.713.700	3,70%	72.448	23º	0,63%	42,28
Total Nordeste	46.296.979	28,23%	1.862.010		16,09%	40,22
Goiás	4.854.330	43,22%	337.698	8º	2,92%	69,57
Distrito Federal	1.970.944		233.781	11º	2,02%	118,61
Mato Grosso do Sul	2.027.555		198.708	12º	1,72%	98,00
Mato Grosso	2.378.538		155.003	17º	1,34%	65,17
Total Centro-Oeste	11.231.367	6,85%	925.190		7,99%	82,38
Pará	5.892.561		185.942	14º	1,61%	31,56
Amazonas	2.584.208		136.686	18º	1,18%	52,89
Rondônia	1.299.705		72.901	22º	0,63%	56,09
Tocantins	1.137.208		54.107	24º	0,47%	47,58
Acre	528.501		29.079	25º	0,25%	55,02
Amapá	440.692		25.012	26º	0,22%	56,76
Roraima	267.130		14.780	27º	0,13%	55,33
Total Norte	12.150.005	7,41%	518.507		4,48%	42,68
Total Brasil	164.015.467	100,00%	11.574.888		100,00%	70,57

FONTE: Atlas do Mercado Brasileiro, Florenzo, apud Callegari (2000).

* Estimativa para 31 de dezembro de 1999.

No ano de 2000, os recursos do governo federal para a compra, fabricação e distribuição de medicamentos foram de R\$ 806 milhões, no ano de 1999 o governo

federal investiu R\$ 691 milhões. Os hospitais públicos e privados são responsáveis por cerca de 15% do consumo de medicamentos no Brasil. Os remédios representam 9% dos custos totais de um hospital, Os medicamentos genéricos representam uma possibilidade na redução dos custos com medicamentos ¹³⁰.

Os hospitais apesar da sua baixa representatividade no consumo de medicamentos (cerca de 15%) eles realizam um importante *marketing* para a indústria farmacêutica e para os demais setores que interagem com o sistema de atenção a saúde no País, por serem formadores de opinião. Os Hospitais universitários e Hospitais Escola são os principais formadores de opinião, em virtude dos programas de residência e pesquisa. Cada novo médico formado ou ingressante na residência médica é visto como um divulgador potencial dos diversos produtos utilizados diariamente pelo estabelecimento hospitalar, farmácias e drogarias. A indicação do consumo realizada pelo médico é determinante para o consumo dos medicamentos, os Hospitais Escola e Universitários dão credibilidade ao consumo das drogas existentes, bem como das novas drogas que foram lançadas no mercado. Os hospitais que são reconhecidos como centros de excelência clínica e de pesquisa atuam, como vitrines importantes para os fabricantes de medicamentos, é importante para a credibilidade de um remédio a informação da sua utilização por conceituados hospitais do País¹³¹.

Essa situação de dependência da indústria farmacêutica dos médicos e conseqüentemente dos hospitais, faz com que estes últimos possam negociar de maneira vantajosa os preços dos medicamentos que serão adquiridos pelo estabelecimento hospitalar. A comercialização de remédios e outros materiais hospitalares (gases, materiais cirúrgicos, gêneros alimentícios, etc.) é uma das

¹³⁰ SANTOS, 1998. p. 86.

¹³¹ Id. Ibid, p. 82.

principais fontes de receita dos hospitais. Como são grandes consumidores e compradores da indústria farmacêutica, os hospitais conseguem preços mais baixos do que aqueles obtidos pela rede varejista de medicamentos com isto a sua margem tende a ser superior à das farmácias. Os preços dos medicamentos praticados pelos hospitais baseiam-se na tabela denominada de “Brasíndice”, esta tabela apresenta os medicamentos a serem comercializados¹³².

A racionalização dos gastos com medicamentos tem ocorrido a partir dos anos 90, cada vez mais os hospitais públicos e particulares têm sentido necessidade de diminuir os gastos desnecessários com remédios, alguns têm procurado implementar uma distribuição mais racional. A padronização do uso dos medicamentos tem como objetivo racionalizar o uso de medicamentos nos hospitais, objetivando a redução do estoque tanto em quantidades quanto a multiplicidade de princípios ativos destinados ao mesmo fim.

4.1.8. Fitoterápicos

Entre todos os medicamentos comercializados atualmente no mundo cerca de 40% tiveram origem direta ou indireta em fontes naturais, bem como a grande maioria, 78%, das drogas antibacterianas e 60% dos remédios para combate do câncer. Os fitoterápicos são originados exclusivamente de material botânico integral ou de seus extratos. O fitofármaco é a molécula isolada de extratos de plantas. Alguns tratamentos eficientes da medicina moderna se originaram de fontes naturais. Para os que defendem a fitoterapia, a grande vantagem está na sua baixa toxicidade e no pequeno índice de efeitos colaterais em relação aos medicamentos sintéticos¹³³.

¹³² Id. Ibid, p. 82 – 84.

¹³³ SANTOS, 1999.

Atualmente estão disponíveis no mercado vários medicamentos derivados de produtos naturais pertencentes ao Brasil e de outras áreas tropicais, tais como: o anti-hipertensivo e vasodilatador Capoten, fabricado pela Bristol-Myers Squibb e desenvolvido a partir da ação do veneno da jararaca; o Quelecin, produzido pela Allergan e extraído do extrato de jaborandi. Entre os fitoterápicos mais utilizados pela população brasileira estão a babosa, utilizada no tratamento de queimaduras; o boldo e a carqueja, indicados para a má digestão; a hortelã, utilizada como expectorante; o alho, para o tratamento de gripes e resfriados e a redução do colesterol; e a calêndula, como antiinflamatório e anti-séptico. No Brasil o percentual da população que utiliza algum tipo de remédio natural é de 60%¹³⁴.

A exploração de recursos biológicos brasileiros não é um fenômeno recente. Plantas nativas sempre foram utilizadas pela população no tratamento de diversos agravos, sendo o conhecimento das fórmulas transmitido sobre tudo de forma oral. Nos últimos 30 anos, porém, o uso e acesso à diversidade biológica ganharam outras feições, quando cientistas, empresas e consumidores começaram a se interessar por produtos de origem vegetal¹³⁵.

A partir do final da década de 1960, segundo Santos (1999), grupos diferenciados da sociedade, ligados principalmente as classes de renda mais alta, começaram a buscar modos de vida que se aproximassem da natureza, o que levou a uma crescente demanda por produtos e processos naturais. Essa tendência passou a ser incorporado pelas empresas dos países desenvolvidos nos anos 80. O interesse por produtos naturais se estendeu à área de medicamentos dominada totalmente por produtos de origem sintética e que trariam quase sempre algum efeito

¹³⁴ SANTOS, 1999.

¹³⁵ Id. Ibid.

colateral. Essa tendência no comportamento também explica o crescimento que ocorreu com os produtos de origem natural dentro dos segmentos de cosméticos.

A classe médica sempre teve resistência ao fitoterápico, por querer se afastar a “tradição dos chás” e, ao mesmo tempo os pacientes não queriam pagar uma consulta na qual lhes fosse receitados um medicamento à base de ervas. Contudo, observa-se atualmente que os médicos têm sido menos resistentes. Atualmente o mercado de fitoterápicos tem crescido nos países desenvolvidos e esse hábito de consumo tem influenciado o Brasil.

Diversos centros de pesquisa do mundo, inclusive no Brasil têm reforçado pesquisas nessa área. Há uma tendência mundial pelo aumento da procura por esse tipo de medicamento, além do aumento de casos de produtos que apresentam resultados positivos, estimulando as indústrias a investir na fitoterapia¹³⁶.

As características do setor farmacêutico têm gerado o encarecimento progressivo dos novos medicamentos. Os fitoterápicos surgem como uma possibilidade para a diversificação das companhias, que não possuem condições de competir no segmento de produtos éticos. O desenvolvimento de um fitoterápico é mais barato por requerer um menor investimento no desenvolvimento de novas moléculas. O uso da química contida nas plantas poderá ampliar a farmacopéia brasileira podendo ser utilizada no tratamento de doenças endêmicas¹³⁷.

Contudo, para explorar o mercado de fitoterápicos é necessário superar os obstáculos do País em relação à pesquisa e desenvolvimento. As empresas em sua maioria não têm tradição de investir nessa área e estão, com algumas exceções, distantes dos centros de pesquisa. O desenvolvimento de parcerias entre empresas, institutos de pesquisas e universidades é fundamental para o desenvolvimento de

¹³⁶ SANTOS, 1999.

¹³⁷ Id. Ibidem.

projetos que viabilizem a construção de uma política de desenvolvimento científico-tecnológico para os fitoterápicos. O Brasil está perdendo a oportunidade de patentear e produzir esses medicamentos, antes que a indústria farmacêutica internacional invista de forma mais intensa neste setor.

4.2.- ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A assistência farmacêutica, segundo Bermudez (1992) constitui um conjunto de atividades inter-relacionadas, que objetiva garantir a disponibilidade de medicamentos e seu uso racional na rede de serviços de saúde. A importância na concepção da assistência farmacêutica surge quando avaliamos que a capacidade de solucionar os problemas de saúde está diretamente ligada aos seus recursos terapêuticos e de atenção à saúde.

A assistência farmacêutica provida pelo estado era, até o início dos anos 70, limitada aos pacientes hospitalizados, com a criação da Central de Medicamentos, em 1971, essa assistência foi estendida aos pacientes dos ambulatórios da rede pública. Neste modelo distorcido, em que o hospital torna-se a porta de entrada do sistema, pois não há uma hierarquização da rede assistencial, também se verifica a ausência de insumos necessários às ações de saúde, em especial, os referentes a produtos farmacêuticos. Faltam medicamentos básicos, para a assistência especializada de programas prioritários, o sistema de saúde é onerado ainda mais, devido ao agravamento da doença pela falta de uso do medicamento que acarreta internações desnecessárias.¹³⁸

Os cortes nos gastos com saúde aliados aos acréscimos nos preços dos medicamentos oferecidos no mercado, decorrentes de incorporação de novas tecnologias e das estratégias de competição desvinculadas de políticas sociais,

¹³⁸ BERMUDEZ, 1992.

comprometem os programas de assistência farmacêutica que o governo tenta implementar. Para Bermudez (1992, p.43), a política de medicamentos deve ser tratada como parte integrante e prioritária para a produção de insumos estratégica e inserida na política nacional de saúde.

A extrema concentração atual no mercado mundial de medicamentos tem levado à busca de alternativas, especialmente aquelas destinadas a assegurar formas de acesso aos remédios por parte de populações carentes. De acordo com Bermudez (1992, p.45), o conceito de medicamentos essenciais vem sendo proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com critérios de seleção para níveis locais, dando ênfase à importância da produção e da informação adequada, sobre as suas propriedades, bem assim, indicações e utilizações dos medicamentos selecionados. A OMS recomenda que as listas de medicamentos essenciais e a adoção de medicamentos genéricos devam constituir os eixos principais das políticas de medicamentos, que tem por objetivo expandir a cobertura e assegurar o acesso da população a medicamentos eficazes e seguros, contribuindo, deste modo para um uso racional. Por conseguinte, promoção do uso racional dos medicamentos tem sido uma das diretrizes principais da OMS que visa de orientar as políticas nacionais, para a utilização correta de produtos farmacêuticos. Considera-se fundamental para o alcance deste objetivo a implementação de uma série de ações governamentais; a articulação de medidas que abranjam segmentos industriais e a participação ativa e consciente dos profissionais responsáveis pela prescrição e dispensa de medicamentos.

A política nacional de medicamentos¹³⁹ que iniciou a sua implantação em outubro de 1998 teve como base a lei n° 8.080/90, que estabelece em seu artigo 6°,

¹³⁹ A Política Nacional de Medicamentos foi aprovada pela portaria n°3.916, em outubro 1998.(BERMUDEZ, 1999).

como campo de atuação do SUS, a formulação da política nacional de medicamentos. Esta política tem como objetivo promover o uso racional do medicamento, regular o abastecimento de medicamentos nos ambulatórios da rede pública, reeducar os médicos para utilizarem a Relação de Medicamentos Essenciais (RENAME), regular a produção e venda de medicamentos¹⁴⁰. No início de 1999, o Ministério da Saúde criou o programa Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, este programa foi implantado dentro dos objetivos do governo de implementar uma política de descentralização do setor saúde. O projeto foi uma ampliação do Programa de Farmácia Básica, que até então restringia a verba para municípios com menos de 20 mil habitantes¹⁴¹.

A assistência farmacêutica é gerenciada por estados, municípios e União. A transferência dos recursos federais é repassada diretamente aos estados e municípios. Estes repasses estão condicionados à contrapartida dos estados e municípios. Em 1999, o valor repassado, para a compra e distribuição de medicamentos básicos, foi de R\$ 163,9 milhões. Com a contrapartida dos estados e municípios, o valor total do programa, neste ano, foi de R\$ 327,90 milhões¹⁴².

Assistência Farmacêutica foi criada para apoiar as ações de saúde dos municípios, com o fornecimento de medicamentos básicos, essenciais, os quais são dispensados na rede ambulatorial do SUS sob prescrição médica. A assistência farmacêutica foi implantada com o objetivo de auxiliar no processo de descentralização da área de saúde no País.

Em 1995, foi realizado um estudo com o objetivo de avaliar a assistência farmacêutica na Bahia. Segundo Pacheco (1998, p.5), o levantamento realizado

¹⁴⁰ BERMUDEZ, 1999.

¹⁴¹ Id. Ibid.

¹⁴² Id. Ibid.

revelou uma situação de total descontrole, e, a inexistência de uma política estadual de assistência farmacêutica, o que gerava reflexos negativos em todos os setores dos serviços de saúde. A inexistência de assistência farmacêutica foi apontada como uma das causas de baixa resolutividade dos hospitais e centros de saúde (em consequência da falta de medicamentos) e dos programas especiais, devido a dificuldade de acesso a medicação específica.

Esta pesquisa (PACHECO, 1998, p. 6) evidenciou que a organização e estruturação dos serviços de farmácia na Bahia apresentam uma dicotomia entre a área hospitalar e a ambulatorial. O setor hospitalar vinha apresentando ações de padronização dos serviços de assistência, tais como: a padronização de medicamentos e a criação de comissões de farmácia e terapêutica nas unidades, que discutiam estratégias para a orientação e desenvolvimento do setor, contudo ainda se apresentava de forma incipiente. Na área ambulatorial estava numa situação mais crítica, faltava pessoal e material, e não havia definição das atribuições no setor.

Conforme este estudo o ciclo logístico de aquisição e distribuição dos medicamentos é identificado como elo principal para a definição do fluxo de medicamentos na rede de serviços, esta também se encontrava numa situação grave. A Central Farmacêutica da Bahia (CEFARBA) não apresentava uma adequada infra-estrutura que permitia ordenar de forma mais racional o fluxo de medicamentos, pois possuía condições precárias de estocagem gerando a perda de medicamentos, seja por prazo de validade vencido ou em consequência da deterioração do produto.

Esta pesquisa utilizou como amostra 3.059 dos medicamentos prescritos, neste universo, 65,1% constavam na lista de medicamentos essenciais e 34,9% não

constavam¹⁴³. A lista de medicamentos essenciais serve como referência para a definição de um elenco básico de medicamentos que deve ser garantida para a cobertura da maioria dos problemas apresentados por uma dada população no nível de atenção primária. Dos remédios analisados por esta amostra (3.059 medicamentos), 44,9% foram prescritos com o nome genérico e 55,1% com nome comercial¹⁴⁴. A importância deste dado reside no fato da prescrição por nome genérico ser um fator de racionalidade na organização das ações da assistência farmacêutica, pois permite a redução dos custos de aquisição dos remédios, além de facilitar a adoção e padronização dos esquemas terapêuticos.

Segundo este estudo o número médio de medicamentos por consulta correspondeu a 44% com prescrição de um medicamento, 37% com prescrição de 2 remédios, 15,1% com a prescrição de três medicamentos, 3,3% com prescrição de 4 remédios e 0,6 com prescrição de 5. O número de prescrições é utilizado para avaliar o grau de conhecimento do usuário do sistema sobre os medicamentos prescritos¹⁴⁵. Esta pesquisa constatou que 30,9% dos pacientes sabiam o nome de pelo menos um dos medicamentos prescritos e 69,1% não sabiam o nome de pelo menos um dos medicamentos. Na avaliação do conhecimento dos pacientes sobre a dose, 50,4% não sabiam a dose de todos os medicamentos prescritos e 49,6% sabiam a dose de pelo menos um dos medicamentos. Com relação à cobertura, esta pesquisa evidenciou que 39,72% dos medicamentos prescritos foram dispensados na unidade de saúde e 60,28% não foram dispensados. Este estudo concluiu que a assistência farmacêutica na Bahia deve priorizar a discussão da implantação de um

¹⁴³ PACHECO, 1998, p. 13.

¹⁴⁴ Id., Ibid, p. 13-14.

¹⁴⁵ Id., Ibid, p.15-16.

novo modelo assistencial para o Estado, tendo a atenção ambulatorial como ponto chave para uma mudança efetiva da atenção à saúde da população¹⁴⁶.

4.3 PROGRAMA DE BENEFÍCIO FARMACÊUTICO NA ÁREA DE SAÚDE SUPLEMANETAR

Os Programas de Benefícios em Medicamentos (PBM - *Pharmacy Benefit Management*) surgiram nos Estados Unidos, na década de 1980, com o objetivo de atender as necessidades dos planos de saúde de prover assistência farmacêutica para os seus associados. Do final dos anos oitenta para meados dos anos noventa, a parcela da demanda dos medicamentos prescritos com origem nos PBM's passou de 20% para pouco mais de 50%¹⁴⁷.

Segundo Taniguchi (1995 *apud*, SOUZA, 2004, p.4) as empresas de PBM desoneram as operadoras de saúde de toda a operação do programa de benefício farmacêutico; criam a lista de medicamentos; negociam com a indústria farmacêutica e com as farmácias, processam os pedidos de medicamentos e reembolsam as farmácias. Nos EUA são denominadas de “empresas de cartão”, pois permitem o uso do cartão eletrônico em diversos pontos de venda (farmácias e drogarias) garantindo maior praticidade para o consumidor e agilidade no processamento das informações.

As empresas de PBM negociam com a indústria farmacêutica uma lista de medicamentos, capaz de atender as necessidades das operadoras de saúde (planos, seguradoras, cooperativas de saúde, etc.). Nesta lista deverá conter medicamentos que cubram o maior número de patologias, geralmente estas listas cobrem 90% das patologias. A negociação da lista com a indústria farmacêutica visa obter percentuais de descontos significativos, de modo a facilitar a compra do

¹⁴⁶ PACHECO e outros, 1998, p. 16.

¹⁴⁷ SOUZA, 2004, p.2

remédio pelo usuário, da assistência privada de saúde, como exemplo: planos e seguradoras de saúde, cooperativas médicas, etc. A negociação dos descontos para a lista de medicamentos ocorre com todas as entidades relacionadas com a produção, distribuição e dispensação dos remédios, ou seja, indústria farmacêutica, distribuidores e farmácias¹⁴⁸.

Os medicamentos contidos na lista podem ser subsidiados pela assistência privada de saúde, parcialmente ou totalmente, a depender do tipo de patologia que o medicamento atende e do interesse da assistência privada de saúde, em realizar ações preventivas ou corretivas, de modo a reduzir a sinistralidade¹⁴⁹.

Para que o usuário do sistema privado de saúde tenha direito ao desconto dos medicamentos contidos na lista é necessário que ele apresente a receita médica. Este procedimento tem como objetivo reduzir a automedicação e a interação medicamentosa, que geralmente ocorre quando um paciente toma duas medicações que ministradas em conjunto geram efeitos colaterais nocivos.

A atenção privada a saúde interessa-se pelo Programa de Benefício¹⁵⁰ em Medicamento pelas seguintes razões: a) serve para identificar, através dos medicamentos utilizados pelos usuários quais as doenças mais representativas e qual o percentual de cardiopatas, hipertensos e diabéticos, pessoas que são consideradas grupos de risco devido ao fato de possuírem problemas de saúde, os quais poderão representar no futuro, um maior gasto para mantê-las com a doença controlada; b) serve para elaborar, a partir dos dados coletados pelo PBM, programas de medicina preventiva ou corretiva, que geram custos menores do que, por exemplo, tratar e controlar a doença; c) serve para monitorar a vida do indivíduo

¹⁴⁸ PREV-SAÚDE, 2003.

¹⁴⁹ PBM – PHARMACY BENEFIT MANAGEMENT, 2001. 89 p.

¹⁵⁰ CONGRESSO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NAS EMPRESAS, 2001.

de forma a reduzir os gastos que ele poderá gerar ao plano de saúde; alguns planos de saúde programam o PBM para enviar anticoncepcionais às mulheres que saírem do hospital, logo após o nascimento do filho, como modo de evitar uma nova gravidez, o que gera, conseqüentemente novos gastos; d) Serve para aumentar o percentual de adesão ao tratamento medicamentoso, pela facilidade na aquisição do remédio em conseqüência da redução do seu preço e dos programas de orientação farmacêutica; e) serve para diminuição dos custos associados com a auto-medicação; f) a lista de medicamentos bem como os descontos são direcionados às necessidades dos usuário da assistência de saúde. A lista poderá proporcionar descontos maiores para remédios de uso contínuo e que atendam as patologias mais representativas¹⁵¹; contribuem para que as empresas auxiliem financeiramente os seus funcionários na compra dos medicamentosos, reembolsando os valores por eles pagos após obter o desconto.

O PBM monitora o consumo do usuário de cada assistência privada de saúde, através da carteira que ele recebe do plano. Para isto ele utiliza um sistema interligado¹⁵² com as farmácias credenciadas; quando o usuário adquire um medicamento receitado pelo médico, o sistema atualiza o consumo dos produtos receitados e todos os outros produtos que foram adquiridos. Deste modo o sistema de elegibilidade realiza a leitura indicando quem é o usuário, a qual plano ele pertence e que tipo de medicamento (ético, genérico, fitoterápico e OTC¹⁵³), ele está

¹⁵¹ CONGRESSO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NAS EMPRESAS, 2001.

¹⁵² PREV-SAÚDE, 2003.

¹⁵³ OTC (*over the Counter*) corresponde a uma linha de medicamentos e vitaminas que podem ser consumidos livremente pelo consumidor sem que haja a necessidade de orientação médica. Estes produtos são vendidos nas gôndolas das farmácias e drogarias. A Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica de Auto-Medicação Responsável reúne os laboratórios que desenvolvem OTC e que têm o objetivo de disseminar o uso dos produtos de OTC.

comprando e para quais patologias ele serve, portanto o sistema tem acesso as possíveis enfermidades que os seus usuários possuem.

O PBM vende os dados monitorados, dos comportamentos consumo dos usuários, tanto para a indústria farmacêutica quanto para a atenção privada de saúde. Através do monitoramento do consumo de remédios, o PBM vende outros tipos de produtos tais como: acompanhamento dos medicamentos comprados pelo usuário, para que o paciente siga o tratamento recitado pelo médico. Para os usuários de medicamentos de uso contínuo o PBM realiza um programa de refil, que consiste em controlar quando o paciente necessita de receber uma nova caixa do medicamento, antes que acabe o que ele comprou e, deste modo, ele não irá esquecer de comprá-lo, podendo dar continuidade ao tratamento da sua doença.

A indústria farmacêutica interessa-se por participar da lista de medicamentos do PBM, pois esta participação fará aumentar o seu mercado consumidor, além de identificar quais os médicos que mais prescrevem os seus remédios e que tipo de classe terapêutica é mais vendida por localidade, de modo a desenvolver campanhas comerciais voltadas para a classe médica.

É comum haver mais de um laboratório farmacêutico disputando o mercado de uma mesma classe terapêutica; os Programas de Benefícios em Medicamentos resguardam o direito de, apenas um Laboratório participar da lista de medicamentos, por classe terapêutica. Deste modo a indústria farmacêutica que participa da lista de medicamento tem um mercado consumidor cativo. Nos EUA, onde surgiram os PBMs, está localizado o maior PMB mundial que pertence a um Laboratório farmacêutico¹⁵⁴.

¹⁵⁴ PBM – PHARMACY BENEFIT MANAGEMENT, 2001. 89 p.

Os genéricos participam das listas de medicamentos dos PBM's americanos isto ocorre em consequência de alguns laboratórios que desenvolvem pesquisa ter sua própria linha de genéricos. No Brasil, tal fato não ocorre, devido ao receio dos Programas de Benefícios em Medicamentos, de que a indústria farmacêutica que desenvolve pesquisa não queira participar da lista de remédios, pois os PBM's necessitam dos laboratórios de medicamentos éticos devido à necessidade de possuírem novas drogas para oferecer aos usuários da assistência privada de saúde.

As farmácias e drogarias também têm interesse em participar do sistema PBM, pois deste modo aumentarão o seu faturamento com o crescimento da venda dos medicamentos tanto aqueles que já são vendidos pelo estabelecimento, quanto de outros que não eram comprados pela clientela da farmácia, além de aproveitar a oportunidade para vender outros produtos que não constam na lista de medicamentos, como: itens de perfumaria, fitoterápicos, oficinais,¹⁵⁵ naturais,¹⁵⁶ etc.

O PBM escolhe uma ou mais rede de farmácia para atender aos seus usuários. Esta seleção depende do tamanho da região e o número de usuários que serão atendidos. A farmácia funciona como entidade que realiza a dispensação dos medicamentos. A compra dos medicamentos ao usuário do PBM pode ser realizada através de tele-vendas, Internet, correio ou no balcão da loja.

Ao participar do PBM os distribuidores objetivam aumentar as vendas tanto dos produtos que possuem uma boa receptividade do mercado, quanto de outros que por serem mais caros ou menos conhecidos têm suas vendas reduzidas. O mercado de distribuidores é composto por oligopólios, determinados pelos laboratórios farmacêuticos; deste modo, nem todos os distribuidores vendem para a mesma

¹⁵⁵ Neste grupo são incluídos os seguintes produtos: compressa, gases, esparadrapo e outros materiais para curativos, seringa, soros, coletores, etc.

¹⁵⁶ Compõem este grupo os chás, mel, xaropes naturais com própolis, com ervas, etc.

indústria farmacêutica. A indústria de medicamentos concentra as suas vendas em poucos distribuidores; a maior ou menor concentração irá depender da localização geográfica das regiões.

Segundo Souza (2004, p.14) existem no Brasil três grandes empresas de PBM são: a Prev- Saúde (há sete anos no mercado), E-Pharma (há três anos no mercado) e a Viadlink (com três anos no mercado). Outras empresas se apresentam como futuras concorrentes, são: a GbeSaúde, Funcional Card, Medservice, Farmassist, a E-Pharma que pertence a rede de farmácias Pague Menos, localizada principalmente na região Nordeste. A Prev-Saúde é o PMB que tem a maior atuação no Brasil em cobertura de área geográfica como em número de usuários. Isto se deve à empresa Sul América, que é o seu maior cliente. Por este motivo utilizamos a Prev-Saúde como exemplo para explicar o funcionamento e campo de atuação dos Programas de Benefícios em Medicamentos na Bahia. Além da Prev-Saúde a GbeSaúde é o outro PBM que atua na Bahia, mas, especificamente, na região metropolitana de Salvador, possui o mesmo esquema de funcionamento que a Prev-Saúde.

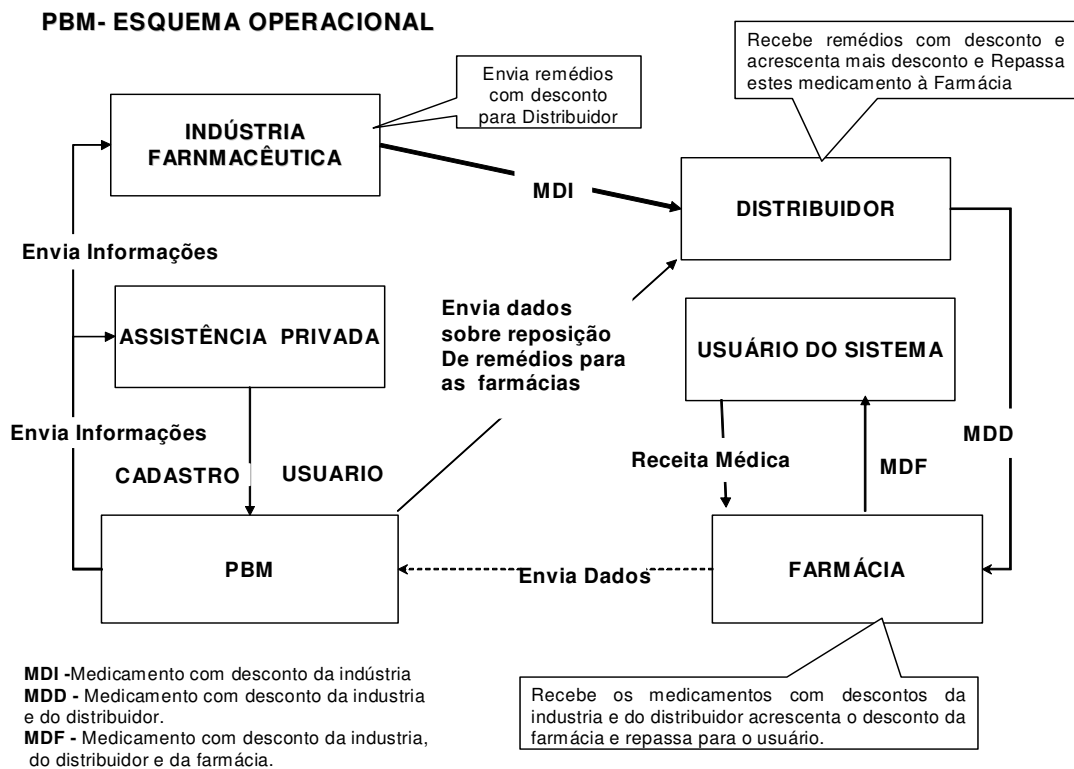
O sistema de descontos promovido pelo setor farmacêutico, indústria, distribuidores e farmácias, para o PMB, consiste num encadeamento de redução das margens para cada uma das entidades que participam¹⁵⁷. A Figura 2 exemplifica o sistema de descontos que o setor farmacêutico gera para os Programas de Benefícios em Medicamentos na Bahia no atendimento dos usuários da assistência privada de saúde.

O PMB funciona da seguinte forma: a indústria farmacêutica concede os distribuidores desconto nos medicamentos da lista do PBM, os distribuidores recebem os remédios com desconto e acrescentam mais um percentual de desconto; estes

¹⁵⁷PBM – PHARMACY BENEFIT MANAGEMENT, 2001. 89 p.

medicamentos com o desconto da indústria farmacêutica e dos distribuidores são enviados às farmácias; que acrescentam mais um percentual de desconto e vendem o remédio para o usuário, da assistência privada de saúde (associada a m PBM) com todos os descontos que foram acrescidos na cadeia de suprimento (Indústria – Distribuidor – Farmácia); o associado da operadora de saúde paga apenas o valor do remédio abatido os descontos. Este pagamento pode ser feito em dinheiro, cheque ou cartão de crédito ou débito, depende da negociação da empresa de PBM com a rede de farmácias. Para comprar o medicamento, o associado da operadora de saúde deverá apresentar a receita médica que será xerocopiada pela farmácia e pagar o valor que completará o preço do remédio. Para a farmácia receber os remédios com desconto ela deve enviar a xerocopia das receitas e um controle manual contendo as características dos remédios que foram vendidos. As informações sobre os remédios que foram vendidos pela farmácia são enviadas pela empresa de PBM para a indústria farmacêutica, que os repassa ao distribuidor, o PBM também envia a indústria os dados relativos aos médicos que prescreveram os seus remédios. A empresa de PBM envia a cada operadora de saúde os dados relativos aos seus usuários e a característica do consumo de remédios realizado por cada usuário, bem como as patologias atreladas aos remédios consumidos. As empresas de PBM com os dados da receita médica e do usuário da operadora de saúde pode montar o relatório que as entidades envolvidas desejarem.

FIGURA 2 – ESQUEMA OPERACIONAL DO PBM

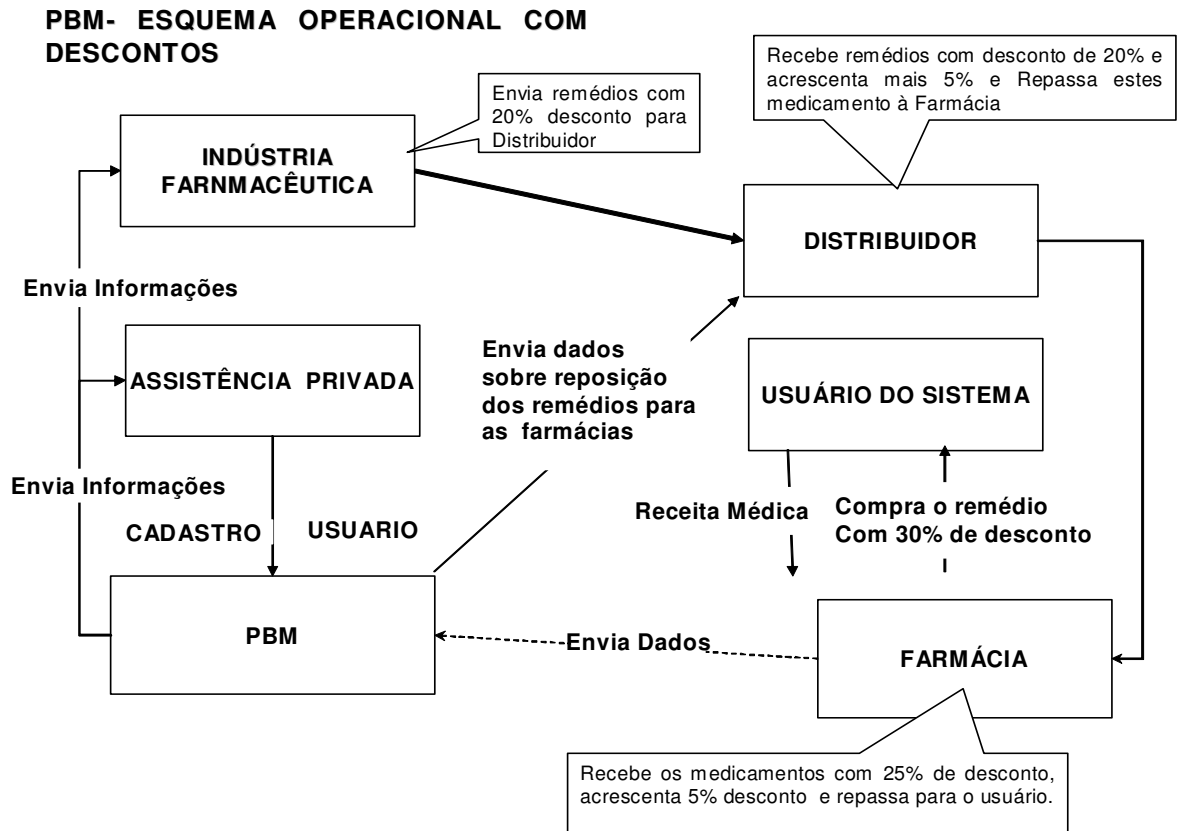


FONTE: PREV-SAÚDE

O esquema de funcionamento do PBM da Prev-Súde, para os segurados da SulAmérica na Bahia, está detalhado na Figura 3. Neste esquema a indústria farmacêutica concede aos distribuidores 20% de desconto nos medicamentos da lista, os distribuidores recebem os remédios com desconto e acrescentam 5%; estes medicamentos com 25% de desconto são enviados às farmácias que acrescentam mais 5% de desconto e vendem para o usuário da assistência privada de saúde (associada à Prev-Saúde) com 30% de desconto, incidente no preço de venda máximo ao consumidor. Para comprar o medicamento, o usuário da SulAmérica deverá apresentar a receita médica, que será xerocopiada pela farmácia, e pagar o

percentual de 70% do preço do medicamento, valor que completará o pagamento do remédio.

FIGURA 3 – ESQUEMA OPERACIONAL DO PMB PREV-SAÚDE



Fonte: PREV-SAÚDE¹⁵⁸

A Prev-Saúde não opera com um sistema de legibilidade¹⁵⁹ on-line. Quando o segurado da Sul América adquire um medicamento da lista na farmácia credenciada, o balconista xerocopia a receita médica; quando não se trata de um remédio de venda controlada, ele anota os dados da carteira de saúde e do usuário num formulário que, após a venda, será digitado na Internet. A falta do sistema de legibilidade on-line gera

¹⁵⁸ PBM – PHARMACY BENEFIT MANAGEMENT, 2001. 89 p.

¹⁵⁹ Este sistema verifica, armazena e autentica os dados do usuário da operadora de saúde e aqueles contidos na receita médica. Além de informar a indústria farmacêutica e ao distribuidor a necessidade de repor a compra dos medicamentos na farmácia especificada pela autenticação do cartão do usuário da operadora de saúde.

distorções nos dados informados para os distribuidores, plano de saúde e indústria farmacêutica. Estas distorções tanto podem ser consequência de erros de digitação ou propositadas, isto acontece, às vezes, quando a farmácia muda intencionalmente o medicamento comprado pelo usuário por outro remédio de maior valor, com o propósito de recebê-lo com o desconto promovido pelo sistema PBM.

Alguns fatores restringem o campo de atuação dos Programas de benefícios farmacêuticos, a saber: a) a maioria das redes de farmácias não acredita que o ganho adicional com a venda de outros produtos compense a redução nas margens de venda do remédio; b) em alguns municípios o número de farmácias é pequeno (em alguns lugares existe apenas uma) e estes estabelecimentos não têm interesse em reduzir as margens de lucratividade, pela razão de terem um mercado cativo; c) à parte do medicamento que é paga pelo usuário, na maioria das vendas, é a prazo, através de cartão de crédito e o percentual da taxa de administração que as farmácias pagam para a administradora do cartão, reduz, ainda mais, a margem de lucratividade; d) o recebimento unicamente à vista (dinheiro ou cheque), da parte que o usuário deverá complementar na compra do medicamento, se transformaria numa política de crédito restritiva ao acesso do usuário ao remédio; e) a concessão de descontos promovida pelo distribuidor depende da negociação com os distribuidores que atuam em cada região, em alguns estados os distribuidores não concedem descontos; f) o envio dos medicamentos comprados, através de televendas ou Internet, para cidades no interior da Bahia, torna-se restrito devido às despesas com a postagem e a proibição do envio pela ANVISA de medicamentos controlados para outros municípios sem que haja a retenção da receita na farmácia em que foi realizada a venda do medicamento.

A implantação do sistema PBM no Brasil se deu em consequência da necessidade do setor privado de assistência à saúde, realizar ações preventivas e corretivas que gerassem a redução dos custos de emergência, hospitalização e utilização dos serviços médicos e laboratoriais. As empresas e associações de classe, que gerem o seu próprio sistema de saúde, e que concediam reembolso total ou parcial na compra do remédio, além dos objetivos já citados, estas entidades objetivam reduzir os gastos com reembolsos através do PBM.

O principal receio que devemos ter com relação ao PBM é a reserva de mercado criada para indústria farmacêutica, através das listas de medicamentos geridas pelo PBM. O mercado de medicamentos é muito concentrado em poucas indústrias, as quais possuem, um grande poder de barganha, que é exercido pelos laboratórios farmacêuticos sobre o mercado (distribuidor, PBM, hospitais, assistência privada de saúde, farmácia e consumidor), ditando preços e prazos. Em contrapartida o PBM gera a institucionalização o consumo de remédios, o qual até o momento é pulverizado no consumo da população através das farmácias, no sistema privado de atenção à saúde, que tenderá a pressionar a indústria farmacêutica a reduzir o preço dos medicamentos. Este caráter institucional orientando a aquisição de medicamentos é fundamental para que iniciemos no Brasil uma política de uso racional dos remédios.

5 POLÍTICA PÚBLICA REGIONAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA PARA OS TRABALHADORES DO COPEC

A qualidade de vida do trabalhador do COPEC é definida pelos processos produtivos insalubres e perigosos aos quais o trabalhador está exposto diariamente; a extensas jornadas de trabalho; a deterioração das relações de trabalho, reflexo do aumento dos contratos de trabalho que não respeitam a legislação trabalhista no que diz respeito às obrigações trabalhistas pecuniárias e as normas de saúde e segurança no trabalho.

Os processos produtivos aos quais o empregado está exposto diariamente e a baixa qualidade de vida contribuem para o aparecimento de doenças ocupacionais e a ocorrência do acidente de trabalho típico. Na década de 70 houve um número alarmante de Acidentes de Trabalho na Bahia, a partir desta década ocorreu uma queda dos AT, mas também existiu uma redução das notificações dos Acidentes de Trabalho. Isto é consequência da falta de registro dos AT ocorridos nos trabalhadores pertencentes ao mercado de trabalho informal e a da sonegação da notificação do acidente por parte da empresa e do trabalhador, que teme represálias por parte da empresa e até mesmo a demissão.

Do número de acidentes de trabalho ocorridos, em 2000, segundo o MTE (2002), na região nordeste a Bahia é responsável por 36% deles. Dos 26.601 acidentes de trabalho ocorridos na Bahia, em 2000 o COPEC é responsável por 364¹⁶⁰. Em 2002 dos 12.646 Acidentes de Trabalho Liquidados na Bahia, 64,21% dos trabalhadores acidentados, um total de 8.120, tiveram incapacidade temporária;

¹⁶⁰ Dado da Tabela 12.

5,22%, um total de 660 trabalhadores, tiveram a incapacidade permanente e 1,23% dos acidentes geraram óbitos de 155 trabalhadores¹⁶¹.

A maior incidência de AT, em 2000, estava concentrada na área industrial, ocorrendo principalmente na indústria madeireira, têxtil, metalurgia, construção civil, química e extrativa mineral. O maior número de óbitos ocorre nas indústrias extrativa mineral, madeireira, metalurgia e química¹⁶². Nas áreas industrial norte e oeste do COPEC estão localizados as indústrias químicas (muito poluidoras) e a indústria de metalurgia do cobre. Nestes tipos de atividades industriais, estão concentrados os maiores números de AT e de Acidentes de Trabalho com óbitos. Um estudo realizado, em 1991, pela Delegacia Regional do Trabalho¹⁶³ alertava para a incidência de leucopenia nos trabalhadores do COPEC, principalmente naqueles que trabalhavam na área de produção, com idade de 36 anos e na grande maioria (92,6% dos casos) em trabalhadores do sexo masculino.

Estes dados tornam-se ainda mais alarmantes quando avaliamos os reflexos que estes acidentes produzem no ser humano (trabalhador), nas suas famílias e no contexto social em que vive e como a vida destas pessoas será alterada irremediavelmente. Além, disto, um número significativo de trabalhadores estão a margem da legislação trabalhista, deste modo, os valores e o tempo de contribuição ao INSS não são o suficientes para que o salário benefício recebido seja capaz de arcar com o orçamento familiar e o tratamento da doença causado pelo acidente de trabalho ou pela doença profissional. Segundo o IBGE (2002, p.118) as contribuições para o INSS entre os empregados com carteira de trabalho chega a

¹⁶¹ Dados da Tabela 11.

¹⁶² Dados da Tabela 8.

¹⁶³ MIRANDA, p. 87-90

68%, mas nas categorias dos trabalhadores por conta própria ocorre a menor taxa de contribuição previdenciária, apenas 12% contribuem.

Os conflitos sociais originados desta relação entre o capital e trabalho terão seus reflexos no sistema de saúde e seguridade social onerando ainda mais os gastos do Estado. Para realizar o tratamento, do trabalhador acidentado, o SUS utiliza um conjunto de meios terapêuticos, a assistência farmacêutica é um dos meios utilizados tanto no tratamento realizado nos ambulatórios e clínicas médicas quanto nas residências.

O tratamento medicamentoso é de fundamental importância para a melhoria da saúde e uma maior rapidez na reabilitação do doente. A falta de poder aquisitivo dificulta o acesso do trabalhador ao medicamento, o que gera a necessidade de um tempo maior para a reabilitação, tendo como consequência: um maior gasto com assistência médica, maior demora de retorno ao trabalho, maiores gastos da previdência e maior dificuldade do trabalhador de se manter empregado.

5.1 BASES LEGAIS E DIRETRIZES

A área de saúde do trabalhador no Brasil está incluída no setor de saúde, trabalho e previdência social. Atualmente diversos instrumentos normativos na esfera federais orientam as ações destinadas a melhorar a cobertura a qualidade da assistência ao trabalhador. A Constituição Federal de 1988 estabelece a competência da União para cuidar da segurança e saúde do trabalhador por meio de ações desenvolvidas pelos Ministérios do Trabalho e Emprego (MTE), da Previdência Social e da Saúde, atribuições regulamentadas na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), Lei nº 6.229/75; nas Leis 8.212/91 e 8.213/91, que tratam da

organização da seguridade social e institui planos de custeio e de benefícios da previdência social e na lei orgânica da saúde, Lei 8.080/90¹⁶⁴.

Os artigos 196 e 200 da Constituição Federal¹⁶⁵ atribuem aos SUS execução de as ações de saúde do trabalhador, por meio de políticas sociais e econômicas que visem reduzir os riscos de doenças e outros agravos, além de serviços e ações que possam promover, proteger e recuperar a saúde.

A de política pública regional de assistência farmacêutica tem como objetivos: prover assistência farmacêutica para os trabalhadores do COPEC acometidos por doença ocupacional e acidente do trabalho; o gerenciamento das doenças promovendo medidas preventivas e ações que promovam a segurança e saúde do trabalhador; a elaboração de uma lista de doenças relacionadas com o trabalho; auxiliar no estudo epidemiológico; regulamentar o acesso e o uso racional dos medicamentos; regular a venda dos remédios através de uma participação ativa do SUS, reduzir a escassez e inconsistência das informações sobre a real situação de saúde dos trabalhadores auxiliando nas ações do Ministério do Trabalho (MTE), da Previdência (INSS) e da Saúde (MS); reduzir os custos financeiros e sociais acarretados pela doença ocupacional e acidentes do trabalho.

O Estado participa como: financiador, gestor e regulador através do trabalho interministerial do Ministério da Saúde, da Previdência e do Trabalho, do envolvimento da União e do Estado para o financiamento desta política e da União, Estado e municípios para a gestão do sistema de atenção farmacêutica. O financiamento da política pública se dará com recursos dos impostos incidentes sobre os medicamentos e os recursos do Fundo de Amparo ao Trabalhador – FAT. A gestão do sistema de informação e promoção da assistência farmacêutica será

¹⁶⁴BRASIL, 2001.

¹⁶⁵BRASIL. Constituição (1988), 2004, p.194 - 196.

feita pelo Ministério da Saúde através do SUS, da Câmara de Medicamentos e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária –ANVISA. As informações obtidas pelo Ministério da Saúde através da prescrição, dispensação e consumos dos medicamentos serão enviadas ao Ministério da Previdência (INSS) e do Trabalho (MTE) para que estes realizem medidas preventivas e corretivas que gerem a proteção e segurança da saúde do trabalhador.

5.2 MODELO DE FINANCIAMENTO

O financiamento desta política pública será realizado através da suspensão dos tributos e contribuições sociais, que incidem direta ou indiretamente nos medicamentos consumidos pelo Programa de Assistência Farmacêutica ao Trabalhador - PFAT. Estes tributos e contribuições sociais pertencem a União e ao Estado. Também serão usados os recursos do Fundo de Amparo ao Trabalhador e recursos oriundos das empresas localizadas no COPEC, através do pagamento de uma alíquota maior do Programa de Integração Social – PIS. Os recursos do PIS serão repassados para o FAT. O FAT aportará recursos através da desoneração do PIS, que deixará de incidir nos medicamentos e do repasse de recursos aos Ministérios da Saúde, Trabalho e Previdência Social. Os recursos do FAT serão usados para pagar os remédios comprados para atender o PFAT e para arcar com os gastos com a gestão da Política Pública Regional e os programas que serão desenvolvidos pelos Ministérios do Trabalho, Saúde e Previdência Sociais que objetivem a segurança e saúde do trabalhador do COPEC.

Os tributos que incidem nos remédios têm a sua competência atribuídos a União e ao Estado da Bahia. Os tributos da competência da União são: o Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) que teve a sua alíquota reduzida a zero para os medicamentos de uso continuado; o Imposto de Importação (II), com alíquotas que

variam entre 3% e 17% de acordo com as tarifas externas; o Imposto de Renda das Pessoas Jurídicas (IRPJ) a alíquota incide no lucro.

As contribuições que oneram os preços dos medicamentos são: o Programa de Integração Social (PIS) e o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP) possuem uma alíquota de 0,65% que incidem sobre a receita bruta auferida; a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS) incide sobre a receita bruta e possui uma alíquota de 3,65%; a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido, possui uma alíquota de 13% e incide sobre o lucro líquido e a Contribuição provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e de Direitos de Natureza Financeira (CPMF), possui uma alíquota de 0,38% incidente nos valores monetários movimentados pelas empresas através das instituições financeiras.

O imposto estadual que incide no preço dos remédios é o Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestações de Serviço de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação (ICMS), com alíquotas internas de 17% .

A redução dos impostos indiretos e das contribuições que incidem cumulativamente geraria a redução nos preços dos medicamentos. O Governo Federal tem reduzido a carga tributária incidente nos remédios de uso contínuo como forma de facilitar o acesso da população aos medicamentos. Na Bahia, os impostos e contribuições federais foram agrupadas em três tipos de classificação dos remédios: os positivos, os negativos e os neutros.

- Positivos: medicamentos de uso contínuos utilizados em doenças crônicas. Nestes remédios não há incidência de PIS e COFINS (desde a indústria até o consumidor), mas há

incidência de ICMS em 17¹⁶⁶% ;possui um *Markup*¹⁶⁷ de 38,20%;

- Negativos: medicamentos utilizados em sua grande maioria para fins dermatológicos. Tem incidência de PIS e COFINS, estes impostos são inclusos no preço de compra dos medicamentos pelas drogarias e farmácias. Na formação do preço de venda é aplicado um *Markup* de 33,0%. Incluso nestes 33% encontra-se o ICMS de 17%.
- Neutros: têm incidência de PIS E COFIS, sendo aplicada uma alíquota de 4% sobre a receita de venda das drogarias e farmácias. Possui o maior *Markup* de 42,85%. Incluso nestes 42,85% encontra-se o ICMS de 17%.

A cobrança de ICMS na Bahia é feita através de antecipação tributária, no preço de compra dos medicamentos está embutido o ICMS, que é recolhido pelos distribuidores, na venda dos produtos, e repassados para o governo estadual. Quando os distribuidores estão analisando as propostas de se instalar num determinado Estado eles negociam a redução da carga tributária. Na Bahia do percentual do ICMS arrecadado (17%), parte dele fica com os distribuidores em forma de crédito tributário neste caso 5%, ou seja, eles repassam 12% para o Estado.

A suspensão da incidência da CPMF, nos remédios da lista do PFAT, se dará através do cálculo da estimativa dos valores movimentados pela Indústria farmacêutica, que participar do PFAT, para aquisição e produção dos remédios. No

¹⁶⁶ ICMS incidente nos medicamentos na Bahia é de 17%, sendo cobrado antecipadamente das farmácias e drogarias.

¹⁶⁷ O *Markup* - é um percentual estabelecido, que incide no preço de custo de modo a obter o preço de venda.

caso do IRPJ e da COFINS haverá uma redução das alíquotas incidentes no lucro apurado dos laboratórios farmacêuticos que participam do PFAT.

5.3 MODELO DE GESTÃO E OPERACIONALIZAÇÃO

A estrutura organizacional do Programa de Assistência Farmacêutica ao Trabalhador (PAFT) é composta por: um Conselho Gestor do Programa, que representa a direção do programa, sendo composto por um representante do Ministério da Saúde do Trabalho e da Seguridade social e um representante do CODEFAT; a área de Coordenação e Monitoramento, composta pelo Ministério da Saúde, o Comitê Técnicos Executivo é composto por representantes do MS e da Fiocruz; a Gerência Técnicas e Administrativa são subordinadas ao Comitê Técnico Executivo.

O projeto de política de assistência farmacêutica consiste num Programa de Assistência Farmacêutica ao Trabalhador (PAFT), que tem por objetivo facilitar o acesso do trabalhador, que teve um acidente de trabalho aos medicamentos necessários para melhoria da sua saúde enquanto se fizer necessário. Consiste num sistema que interliga a cadeia produtiva e de distribuição do medicamento e o Ministério da Saúde- MS, de modo a facilitar o acesso do trabalhador a medicação que o médico prescreveu para ele.

O PAFT será composto pela Relação de Medicamentos Essenciais – RENAME, que atenderá ao programa de Incentivo a Assistência Farmacêutica Básica do Ministério da Saúde. A lista de medicamentos do PAFT será negociada com a indústria farmacêutica pelo Comitê Técnico Executivo do PFAT, nesta negociação os medicamentos da lista serão desonerados da carga tributária, então com estes novos preços se dará a negociação que será realizada através de licitação. O Comitê Técnico Executivo do PFAT controla a inclusão e exclusão das

entidades pertencentes ao setor farmacêutico (indústria, distribuidores, farmácias e drogarias), que participarão do PFAT.

As entidades que tiverem interesse de participar do PAFT devem aceitar os termos de funcionamento do programa. Não existirá qualquer reserva de mercado, portanto participarão da lista de medicamentos produtos genéricos, de marca e similares. Os laboratórios e farmácias pertencentes aos governos Estaduais, Municipais e Federais, tais como a Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz e a farmácia Popular, deverão participar do PAFT para suprir as lacunas deixadas pelo mercado farmacêutico.

O esquema de suprimentos funciona do seguinte modo: os medicamentos enviados pela indústria farmacêutica para os distribuidores acompanham uma nota fiscal de venda com valor igual a zero. Pois o pagamento dos remédios à indústria farmacêutica será feito pelo Comitê Técnico Executivo do PFAT. Os distribuidores enviaram os medicamentos às farmácias com uma nota fiscal de valor zero. As farmácias entregaram ao consumidor final, o trabalhador do COPEC, sem cobrar dele qualquer valor.

O medicamento só poderá ser adquirido, pelo trabalhador que for atendido pela rede SUS¹⁶⁸ e pelas clínicas particulares conveniadas aos planos de saúde (rede de saúde suplementar), pois estes pagarão pelo atendimento realizado no trabalhador acidentado, mas para isto as clínicas e hospitais conveniados a rede de saúde suplementar deverá estar autorizada pelo SUS a utilizar o Sistema Gestor do Cartão SUS. Este sistema congrega uma rede que interligará através da Internet receituários eletrônicos onde o médico após atender o trabalhador acidentado relatará o quadro clínico e indicará os tipos e quantidades de medicamentos que

¹⁶⁸ Rede SUS – clínicas e hospitais particulares conveniados ao SUS; hospitais universitários, clínicas, hospitais e ambulatórios pertencentes ao Sistema Único de Saúde.

serão utilizados pelo paciente (trabalhador). Para o médico ter acesso ao sistema deverá informar o seu número de registro no Conselho Regional de Medicina. Para isto, o Sistema Gestor do Cartão SUS deverá autorizá-lo a usar o sistema.

Para o trabalhador ser atendido pelo médico, antes ele deverá ser cadastrado no Sistema Cartão SUS¹⁶⁹, que irá gerar um número de identificação para o trabalhador e uma senha de acesso, deste modo ele se tornará usuário do sistema. Para cadastrar o trabalhador será necessário um documento de identificação (a carteira de identidade).

Estes cadastramentos servirão para gerar as informações sobre os trabalhadores acidentados, quais os tipos de acidentes de trabalho ocorridos (típico, trajeto ou doença ocupacional), onde ocorreu e quais os medicamentos mais usados na assistência farmacêutica, deste modo, o Comitê Técnico Executivo do PFAT, irá negociar descontos diferenciados para cada medicamento com o setor farmacêutico.

Após ser atendido o trabalhador acidentado, cadastrado como usuário no Sistema Gestor do Cartão SUS, poderá se dirigir a uma drogaria ou farmácia conveniadas ao PAFT, portando o cartão SUS e a senha pessoal do cartão, para adquirir os remédios prescritos pelo médico. O usuário não precisará levar a receita médica, pois a farmácia credenciada estará habilitada a usar o Sistema Gestor do Cartão SuS, através da Internet, no módulo de acesso aos medicamentos liberados¹⁷⁰ para serem comprados pelo trabalhador.

Deste modo, Comitê Técnico Executivo do PFAT terá o controle dos medicamentos vendidos pelas farmácias e drogarias através do Programa de Assistência Farmacêutica ao Trabalhador, para que possa pagar os medicamentos

¹⁶⁹ O Cartão SUS que foi criado para controlar a os gastos com assistência médica ambulatorial e hospitalar dos moradores de cada município e os repasses dos recursos públicos destinados à saúde. Este cartão, servirá também para controlar a assistência farmacêutica.

¹⁷⁰ Este módulo é alimentado através do receituário eletrônico, que é preenchido pelo médico.

consumidos aos Laboratórios Farmacêuticos e uma taxa de distribuição e dispensação aos Distribuidores e Farmácias. Estes medicamentos terão uma embalagem própria e serão repostos segundo os dados de consumo informados pelo Sistema Gestor do Cartão SUS, através do módulo de reposição de medicamentos, aos Laboratórios Farmacêuticos, deste modo às farmácias e drogarias receberão apenas aquelas unidades que foram vendidas através do Programa de Assistência Farmacêutica ao Trabalhador.

Caso o trabalhador acidentado não possa se dirigir a uma farmácia ou drogaria um familiar poderá comprar o medicamento levando o Cartão SUS¹⁷¹, como este sistema controla os tipos e quantidades de medicamentos a serem dispensados para cada usuário (trabalhador) ou seus familiares só poderão ter acesso aos medicamentos conforme foi prescrito pelo médico deste modo será reduzido o índice de automedicação e de interação medicamentosa. O cartão SUS é individual e de responsabilidade do trabalhador bem como o seu uso (a senha).

O SUS deverá permitir que a rede privada suplementar de saúde, uma vez autorizada, possa atender o trabalhador acidentado, pois desta forma reduzirá o número de pacientes a serem atendidos pelo sistema SUS, além de contribuir para o acesso, dos trabalhadores acidentados, a rede de assistência à saúde mais próxima do local do acidente ou da residência do trabalhador (no período de reabilitação).

A rede de saúde suplementar assumirá os gastos relativos ao atendimento do trabalhador, que só terá acesso a esta rede caso a empresa onde trabalhe pague por plano empresarial de saúde, ou caso o trabalhador tenha uma assistência privada de saúde paga por ele.

¹⁷¹ Tendo conhecimento da senha do trabalhador acidentado.

As informações obtidas através do PFAT serão disponibilizadas pelo Conselho Gestor do Programa para os Ministérios do Trabalho e Previdência Social para que realizem ações que geram maior segurança e saúde do trabalhador do COPEC. Estas ações serão financiadas pelo FAT.

5 CONCLUSÃO

A ampliação do acesso da população a assistência farmacêutica ocorre apenas através da distribuição pública, dada a absoluta incapacidade de um número significativo de a população ter acesso ao mercado consumidor de medicamentos. A carga tributária incidente no preço dos medicamentos onera ainda mais os preços de venda, mas caso ocorra à redução ou isenção dos tributos e contribuições federais e impostos estaduais, haverá uma parcela da população que não poderá adquiri-los, a única alternativa é a assistência farmacêutica gratuita provida pelo Estado através do SUS. Somente a classe de mais alto poder aquisitivo possui a capacidade de garantir seus gastos integralmente com o consumo de medicamentos vindos do setor privado, que atualmente corresponde com a maior representatividade na produção, importação e venda de remédios. A disponibilidade de acesso a medicamentos de qualidade garantida é um indicador de qualidade dos serviços de saúde. Para Bermudez (1992) a política de medicamentos deve ser tratada como parte integrante prioritária da política nacional de saúde.

Os trabalhadores do COPEC são acometidos por acidentes de trabalhos, muitos deles ficam a mercê das empresas, esperam que elas aos auxiliem no tratamento da saúde. Muitas vezes se tornam reféns destas empresas, por não haver um sistema de apoio, ao trabalhador acidentado ou portador de uma doença ocupacional, que o resguarde.

Vantagens geradas pela Política Pública Regional de Atenção Farmacêutica os Trabalhadores do COPEC:

- a) Os laboratórios farmacêuticos: aumentarão os seus mercados consumidores, pois existe um número considerável de trabalhadores acidentados que não consomem medicamentos ou que iniciam o

tratamento prescrito pelo médico, mas não cumprem totalmente por falta de poder aquisitivo. Terão a redução dos custos com propagandas médicas e passarão a ter dados reais do consumo dos seus produtos.

- b) Os distribuidores serão induzidos pela indústria a participar, receberão uma taxa de distribuição, para compensar o à perda do benefício tributário (ICMS). Este programa poderá gerar um aumento do número de farmácias atendidas, gerando uma quantidade maior de clientes, apesar do aumento do custo de distribuição.
- c) As farmácias e drogarias aumentarão os seu mercado consumidor. Apesar da diminuição da margem de lucro devido ao custo de dispensação, mas receberão uma taxa por dispensação por usuário.
- d) O trabalhador terá acesso a uma assistência farmacêutica no momento em que mais precisa, deixando de depender da empresa para ter acesso a esta assistência, no caso dos trabalhadores celetistas e estatutários. Os trabalhadores cooperados ou autônomos receberão assistência farmacêutica de forma gratuita o que não ocorria anteriormente. Os trabalhadores sem carteira assinada e sem contribuir para a previdência terão um desconto de 60% na compra dos medicamentos.
- e) O Ministério do Trabalho e Emprego e o INSS terão dados confiáveis sobre os acidentes de trabalho e as empresas que não notificaram o AT. Para descobrir quais as empresas que não notificou o AT o MTE irá confrontar os dados informados pelo Sistema Gestor do Cartão SUS, com as CAT.

- f) O INSS e o SUS poderão proporcionar um atendimento regionalizado de assistência farmacêutica.
- g) As empresas diminuirão o tempo de ausência do trabalhador ao local de trabalho e terão auxílio do SUS na assistência farmacêutica dos trabalhadores.
- h) O SUS não se responsabilizará pelo armazenamento e dispensação dos medicamentos.

O controle da assistência farmacêutica através do PAFT propicia outros benefícios como: a) o cumprimento do tratamento, pela facilidade de acesso ao remédio; b) redução da evasão do receituário médico e dos riscos por interação medicamentosa; c) identificar, através dos medicamentos utilizados pelos usuários quais as doenças mais representativas; d) elaborar, a partir dos dados coletados, programas de medicina preventiva ou corretiva, objetivando a redução dos acidentes de trabalho; e) aumentar o percentual de adesão ao tratamento medicamentoso, pela facilidade na aquisição do remédio; f) diminuição dos custos associados com a automedicação; g) direcionar os gastos do SUS com medicamentos que atendam às necessidades dos pacientes.

Alguns fatores restringem o campo de atuação desta política de assistência farmacêutica ao Trabalhador do COPEC:

a) a maioria das redes de farmácias e drogarias não acredita que o ganho adicional com a venda de outros produtos compense a redução nas margens das margens de lucro, em consequência dos custos de dispensação do remédio;

b) A indústria farmacêutica de linha poderá se negar a participar de lista de medicamentos, em consequência da entrada de produtos genéricos e similares, e da quebra de patentes realizada pelo Ministério da Saúde

c) As empresas do COPEC poderão reclamar do aumento da carga tributária do PIS, para financiamento do PFAT, pois não têm interesse que sejam divulgadas as estatísticas de acidentes de trabalho;

d) O governo Estadual irá querer levar vantagem na negociação da desoneração da carga tributária, podendo não chegar a um acordo com o governo Federal;

e) Os distribuidores podem não querer participar, em consequência da perda das vantagens fiscais e do aumento dos custos de distribuição.

Os maiores beneficiários deste programa serão os usuários por ter direito ao acesso a assistência farmacêutica gratuita provida pelo Estado e o governo que acompanhará o uso dos medicamentos, potencializando a cura dos seus beneficiários. Nesta experiência aumentará o seu conhecimento sobre o perfil do paciente e do médico. A partir das informações geradas pelo banco de dados do Sistema do Cartão SUS instalado nas farmácias, podendo realizar melhores campanhas educacionais e preventivas.

O SUS presta um serviço de atenção médica sem conceder assistência farmacêutica que é essencial para o tratamento da doença, acreditamos que esta política pública de assistência farmacêutica, apesar de todos seus entraves, seja um começo para que o Estado através do Ministério da Saúde inicie a elaboração de uma política regional de assistência farmacêutica que atenda as necessidades do trabalhador.

REFERÊNCIAS

ABEL, Smith B. **Estudio internacional de los gastos de sanidad, OMS**. Genebra, 1969. 69 p.

ABREU, Marcelo de Paiva (org). **A ordem do Progresso: Cem anos de política republicana 1889-1989**. 13ª Tiragem. Rio de Janeiro: Campus, 1998. 445 p.

ALBAN, Marcus. **A industrialização baiana e o Amazon**: dos bens intermediários aos bens finais. In: **BAHIA ANÁLISE & DADOS**. Salvador: SEI, 2002, v. 12, n.2, p.139-152. Trimestral.

_____. **Bahia**: uma proposta integrada de desenvolvimento capitalista. Salvador: CENPES/ CONDER, 1986.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023: informação e documentação: referências: elaboração**. Rio de Janeiro, 2002. 2 p.

_____. **NBR 6027: informação e documentação: sumário: apresentação**. Rio de Janeiro, 2003. 24 p.

_____. **NBR 10520: informação e documentação: apresentação de citações em documentos**. Rio de Janeiro, 2002. 7 p.

_____. **NBR 10719: apresentação de de relatórios técnico-científicos**. Rio de Janeiro, 1989. 17 p.

BAHIA. Secretaria de Indústria, Comércio e Mineração. **Bahia**: oportunidades e negócios. Salvador, 1997.

BAHIA. Constituição (1989). **Constituição do Estado da Bahia de 1989 (Texto Consolidado)**. Salvador : Assembléia Legislativa, 1999. 183 p.

BAYAMA, Fátima; KASZNAR, Istvan (orgs.). **Saúde e previdência social**: desafios para o terceiro milênio. São Paulo: Pearson Education, 2002. 314 p.

BERMUDEZ, Jorge Antonio Zepeda et al. **O acordo trips da OMC e a proteção patentária no Brasil**: mudanças recentes e implicações para a produção local e o acesso da população aos medicamentos. Rio de Janeiro: Fio Cruz/ENSP, 2000.

_____. Jorge Antonio Zepeda. **Remédio: saúde ou Indústria ?, a produção de medicamentos no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

_____. Jorge Antonio Zepeda; BONFIM, José Ruben de Alcântara (Orgs). **Medicamentos e a reforma no setor de saúde**. São Paulo:HUCITEC, 1999.

BECKER, Bertha K; EGLER, A. G. **Brasil**: uma nova potencia regional na economia– mundo. 3 ed. Rio de Janeiro: Bertran Brasil, 1998. 272 p.

BORIS, Fausto. **A história do Brasil**. 10^a.ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002.

BRAGA, J.C.S. e MEDICI, A. C. **Política social e dinâmica econômica**: elementos para uma reflexão. São Paulo: Ed. Fundap/IESP, 1993.

_____. José Carlos de Souza; PAULA, José Carlos de. **Saúde e previdência**: estudos de política social. São Paulo: CEBES - HUCITEC, 1981.

BRANDÃO, M.A.D. **Relações agrárias em Camaçari**. Salvador:1975. UFBA, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Dissertação Mestrado.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**.. 21. ed. São Paulo: Saraiva, 1999. 267 p.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**.. 22. ed. São Paulo: Atlas, 2004. 449 p.

_____. **Constituição federal, consolidação das leis do trabalho, legislação previdenciária**. 2.ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001. 1230 p.

_____. **Lei nº 8.213, 24 de julho de 1991**. Brasília, DF: Senado Federal, Subsecretaria de Informações. Disponível em <www.senado.gov.br>. Acesso em: 28 maio 2004. 52 p.

_____. **Lei nº 6.367, 19 de outubro de 1976**. Brasília, DF: Senado Federal, Subsecretaria de Informações. Disponível em <www.senado.gov.br>. Acesso em: 28 maio 2004.

_____. **Lei nº 9.032, 28 de abril de 1995**. Brasília, DF: Senado Federal, Subsecretaria de Informações. Disponível em <www.senado.gov.br>. Acesso em: 28 maio 2004.

BRITO, Nara. **Oswaldo Cruz** : a construção de um mito na ciência brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz.

CABALLER, U.V., LA ROSA, M. **Innovazione e formazione nel settore socio-sanitario**. Milano: Franco Angeli, 1995.

CALLEGARI, Lucas Augustus. **Análise Setorial. A indústria farmacêutica e suas implicações**. São Paulo: Gazeta Mercantil Informações Eletrônicas, 1997.

_____. **Análise Setorial. A indústria farmacêutica e suas implicações**. São Paulo: Gazeta Mercantil Informações Eletrônicas, 2000.

_____. **Análise Setorial. Farmácias & Drogarias**. São Paulo:Gazeta Mercantil Informações Eletrônicas, 1999.

CÂMARA, Maria Regina Gabardo da. **Indústria farmacêutica**: grupos estratégicos, tecnologia e regulamentação, a experiência brasileira em debate. São Paulo, 1993.

Tese (Doutorado em Economia) – Faculdade de Economia, Universidade Federal de São Paulo.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Comissão Parlamentar de Inquérito destinada a investigar as atividades ligadas à indústria farmacêutica em todo o território nacional- relatório final.** Brasília, 1980.

_____. **Relatório da CPI - Comissão Parlamentar de Inquérito de medicamentos.** Brasília, 2000.

CAMPOS, Paulo; ALBUQUERQUE, F. E. ; MOTTA, E. **As especificidades contemporâneas do trabalho no setor de saúde:** notas introdutórias. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 1998. Texto para discussão nº123. 26 p.

CARVALHO, Fernando Martins. et al. **Doenças ocupacionais em trabalhadores do pólo petroquímico de Camaçari, Bahia.** Revista Brasileira de saúde ocupacional, Rio de Janeiro, v.26, nº 99/100, 1999.

CASTIGLIONE, **A Historia da Medicina.**, São Paulo: Cia Ed. Nacional, 1947. 2v.

CASTRO, Elias de; GOMES, PAULO C. da Costa; CORRÊA, Paulo César Lobato (Orgs.). **Geografia:** conceitos e temas. Rio d Janeiro: Bertrand Brasil, 1995. p.76–116.

CENTRO DE ESTUDOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR. **Banco de dados da CAT de 1996 a 2000.** Salvador: CESAT, 2002. 12 p.

CHESNAIS, François. **A mundialização do capital.** São Paulo: Xamã, 1996.(Original: La mundialisation du capital. Paris:Syros, 1994).

COMITÊ DE INTEGRAÇÃO DE ENTIDADES FECHADAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. **A história da autogestão em saúde no Brasil.** São Paulo: CIEFAS, 2000. 105 p.

CONGRESSO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NAS EMPRESAS, 3, 2001., Salvador. **Anais.** Salvador: CIEFAS, 2001.

CORRÊA, Roberto Lobato. **Trajetórias geográficas.** Rio d Janeiro: Bertrand Brasil, 2001. 304 p.

CORDEIRO, Hésio. **A Indústria da Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Grall, 1980.

CORAGGIO, José Luis. **Hacia una revisión de la teoría de los polos de desarrollo.** p. 39 - 57.

COSTA, M. Cecília; INÊS, Lessa; VIANA, s. Veloso. Práticas alimentares e sobrepeso em trabalhadores da indústria petroquímica, Camaçari, Bahia. **Revista de saúde ocupacional,** Rio de Janeiro, v. 27, nº 103/104.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre. **Descentralização das políticas públicas de saúde: do imaginário ao real.** Viçosa: UFV, 1998.

CRUZ, Murilo. **Propriedade industrial e globalização.** Rio de Janeiro. 1999. Disponível em:< www.ofarol.com.br>. Acesso em: 21.ago.1999.

CURTY, Marlene Gonçalves e CRUZ, Ana Maria da Costa. **Apresentação de trabalhos científicos: guia para alunos de cursos de especialização.** Maringá: Dental Press, 2000. 83 p.

DIEESE. **A situação do trabalho no Brasil.** São Paulo: DIEESE, 2001. 352 p.

_____. **Custo de vida medicamento 1993 - 2000.** Disponível em <<http://www.dieese.gov.br>>. Acesso em: 8 mar. 2004.

EGLER, C.A.G. **Dinâmica territorial recente da indústria do Brasil: 1970 – 1980.** In Tecnologia e gestão do território. Rio de Janeiro: UFRJ, 1988.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa.** 3 ed, Rio de Janeiro: Fronteira, 1999. 2128 p.

GAZETA MARCANTIL. **Balanço Anual Bahia.** Ano IX. Nº 9. Dezembro, 2002. Anual.

_____. **Balanço Anual Bahia.** Ano VIII. Nº 8. Setembro, 2001. Anual.

GERSCHMAN, Silvia; Vianna, Maria Lucia Werneck (orgs.). **A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

GORDON, Richard. **A assustadora história da medicina.** Tradução de Aulyde Soares Rodrigues. 1ª ed.reform. São Paulo: Ediouro, 2002.

GUERRA, Osvaldo F. **Estrutura de mercado e estratégias empresariais: o desempenho da petroquímica brasileira e suas possibilidades futuras de inserção no mercado internacional.** Campinas, 1991, 291 p.

GUIMARÃES, A.S.; BORGES A. C.; SOUZA, V.A.G. **Evolução da demográfica de Salvador(1940 – 2000).** Salvador: CRH.UFBA/OCEPLAN.PMS, 1976.

IBGE. **SÍNTESE DE INDICADORES SOCIAIS 2002.** Rio de Janeiro: 2003. Disponível em:<www.ibge.gov.br>. Acesso em: 20 jul. 2003. 383 p.

IMPOSTO de renda e legislação societária. São Paulo: Thomson, n.2, Ano XXXVII. 2ª semana janeiro. 2003. Boletim IOB. 12 p.

IMPOSTO de renda e legislação societária. São Paulo: Thomson, n.13, Ano XXXVII. 4ª semana março. 2003. Boletim IOB. 20 p.

INTERNATIONAL MEDICAL SERVICE. Disponível em: <www.lmshealth.com>. Acesso em: 19 dez. 2000.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Propostas de Política Social**. Brasília: IPEA, 1992. Documento de Política Nº 12.

_____. **Tributação e dispêndio com saúde das famílias brasileiras: avaliação da carga tributária sobre medicamentos**. Brasília: IPEA, 2001. Planejamento e Políticas Públicas Nº 24.

_____. **Participação social em políticas públicas: os conselhos federais de política social – O caso do CODEFAT**. Brasília: IPEA, 2002. Texto para Discussão Nº 931.

LAKATOS, Eva Maria; Marconi, Marina de Andrade. **Metodologia do Trabalho Científico**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1992. 214p.

LASUÉN, José Ramón. **Urbanización y desarrollo: la integración de las concentraciones sectoriales y las aglomeraciones geográficas**. 59 p.

LIPIETZ, A. **Audácia: uma alternativa para o século 21**. São Paulo: Nobel, 1991.

LIMA, Laerton de Andrade. **Impactos das mudanças institucionais, gerenciais e tecnológicas na força de trabalho da indústria petroquímica baiana**. Salvador, 1996. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal da Bahia. 169p.

LUBISCO, M.L.; VIEIRA S.C. **Manual de estilo acadêmico: monografias dissertações e tese**. 2 ed. Salvador: EDUFBA, 2003.

MARQUES, Rosa M.; MENDES, Áquilas. **O Financiamento da atenção à saúde no Brasil**. Disponível em :<www.saude.gov.br>. Acesso em: 14 out. 2001.

MARX, Karl. **Para crítica da economia política; Salário, preço e lucro; o rendimento e sua fontes..** São Paulo: Abril Cultural, 1982. (Os economistas). Tradução de: Edgar Malagodi et al.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Os Grandes Dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade Editora. 2001.176p.

MEDEIROS, João Bosco. **Redação científica: a pratica de fichamentos, resumos, resenhas**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Depoimento do Ministro José Serra à CPI sobre os preços dos medicamentos no Brasil**. Brasília, 2000. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em 21 ago. 2000.

_____. **Protocolo para atenção básica em saúde do trabalhador**. Brasília:MS, 1999.

_____. **Anuário estatístico da saúde do Brasil**. Brasília, 2001. Disponível em: <www.portal.saude.gov.br>. Acesso em 20 set. 2003.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **Sistema federal de inspeção do trabalho, acidentes analisados, Brasil**. Disponível em: <www.mte.gov.br>. Acesso em: 28/05/2004.

_____. **Anuário estatístico de acidentes de trabalho: AEAT 2000**. Brasília: MTE: MPAS, 2002. 499 p.

_____. **Política nacional de segurança e saúde do trabalhador**. Disponível em: <www.mte.gov.br>. Acesso em: 12/1/2005.

MIRANDA, Carlos Roberto. *et al.* **Benzenismo no complexo petroquímico de Camaçari, Bahia**. Revista Brasileira de saúde ocupacional, Rio de Janeiro, v.24, nº 89/90.

_____. **Perda auditiva induzida pelo ruído em trabalhadores industriais na região metropolitana de Salvador, Bahia**. Revista Brasileira de saúde ocupacional, Rio de Janeiro, v.26, nº 97/98.

MORAIS, Jomar; Nunes, Chiesorin Alceu e Zocchio, Marcelo. **Viciados em remédios**. Revista Super Interessante. Editora Abril. Edição 185. p. 42-49. Fevereiro, 2003.

MOREIRA, Assis. **Brasil apresenta nova proposta para medicamentos na OMC, EUA atendem aos grandes laboratórios e bloqueiam a solução multilateral**. Jornal Gazeta Mercantil, São Paulo, 17, fevereiro 2003.

MOTA, Myriam Becho; Braick, Patrícia Ramos. **Historia das cavernas ao terceiro milênio**. 1.ed. São Paulo: Moderna, 1997.

NOBEL MARCAS E PATENTES. **Pedidos Pipeline**. Disponível em:<www.nobelpatent.com.br>. Acesso em: 21 ago.2000.

OFICINA DO DIREITO. **Código de Propriedade Industrial**. Disponível em:<www.oficinadodireito.com.br>. Acesso em: 21 ago.2000.

OLIVEIRA, Jaime Antônio de Araújo; Teixeira, Sonia M. Fleury. **(Im)Previdência social: 60 anos da história da previdência no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1985. 360p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constitution the World Health Organization**. Disponível em: <<http://www.whgibodc.who.int/hist/official-records/constitucion.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2002.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **La Salud Pública em Lãs Américas. Nuevos Conceptos, Analisis del Desempeño y Bases para la Acción**. Washington: OPAS, 2002.

_____. **World Health Report 2004**. Genebra, [2004 ou 2005].

_____. **Informe sobre la salud en el mundo 2000 – Mejorar el desempeño de los sistemas de salud**. Genebra, [2000 ou 2001].

_____. **La salud em lãs Américas**. Washington: OPAS, 2002. V. 1.

_____. Washington: OPAS, 2002. V. 2.

PACHECO, Francisco; AGUIAR, M. G.; QUEIROZ, A. M. **Diagnóstico da assistência farmacêutica do estado da Bahia**. Salvador: UFBA/ ISC, 1995. 45p.

PAIM, Jairnilson da Silva. **Saúde, política e reforma sanitária**. Salvador: ISC-CEPS, 2002. 447p.

_____. Jairnilson da Silva; Almeida Filho, Naomar de. **A crise da saúde publica e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000. 125p.

PBM – PHARMACY BENEFIT MANAGEMENT, São Paulo, 27 e 28 de Nov. 2001. **Anais**. São Paulo, 2001. 89 p.

PEDRÃO, Fernando. **A Formação de Regiões**. Salvador, 2002. p.7-39.

_____. **A dimensão regional do capitalismo periférico**. Salvador, 2002. p.1-6.

PICARELLI, Márcia Flavia Santini; ARANHA, Marcio Ioro (orgs.). **Política de patentes em saúde humana**. São Paulo: Atlas, 2001.

PIOLA, Sergio Francisco; VIANNA, Sólton Magalhães; (orgs). **Economia da saúde: conceitos e contribuições para uma gestão da saúde**. 2. ed. Brasília: IPEA, 1995. 293p.(Série 149).

_____. Sergio Francisco; VIANNA, Sólton Magalhães; Consuelo, David Vivas; (orgs). **Tendências do Sistema de Saúde Brasileiro. Estudo Delphi**. Brasília: 2001. IPEA, 2001.

_____. Sergio Francisco; RIBEIRO, José A. C.; REIS, Carlos O. Ocké. **Financiamento das Políticas dos anos 1990: o caso do Ministério da Saúde**. Brasília: IPEA, 2001. Texto para discussão Nº 802.

_____. Sergio Francisco; RIBEIRO, José A. C.; SERVO, Luciana Mendes. **As novas configurações de antigos problemas: financiamento e gasto com ações e serviços públicos de saúde no Brasil**. Brasília: IPEA, [2005?].

PREV-SAÚDE. **O que é PBM?**. Disponível em <www.prevsaude.com.br>. Acesso em: 27 jun. 2003.

_____. **Serviço de monitoramento de pacientes crônicos**. Disponível em: <www.prevsaude.com.br>. Acesso em : 27 jun. 2003.

_____. **Lista Padrão de medicamentos**. Disponível em <www.prevsaude.com.br>. Acesso em : 27 jun. 2003.

RECEITA FEDERAL. **Origem das contribuições para a seguridade social**. Disponível em:<www.receita.fazenda.gov.br>. Acesso em: 2 jul. 2003. p 1.

REIS, Carlos Eduardo. **A primeira demonstração pública de anestesia**. Disponível em:<www.medstudents.com.br>. Acesso em: 29 dez.2002.

REGO, Marco Antonio Vasconcelos. Acidentes de trabalho na Bahia. **Revista de saúde ocupacional** , Rio de Janeiro, v.22, nº 81, 1994.

RICARDO, David. **Princípios de Economia política e tributação**. São Paulo: Abril Cultural, 1982.(Os economistas). Tradução de: Paulo Henrique Ribeiro Sandroni.

RODRIGUES, B. de A. **Fundamentos da administração sanitária**. Rio de Janeiro. USAID, 1967.

SANTOS, Antonio C. P. **Análise Setorial Sistema Hospitalar**. São Paulo: Gazeta Mercantil, 1998.

_____. **Análise Setorial. O mapa da saúde no Brasil**. São Paulo: Gazeta Mercantil Informações Eletrônicas, 1999.

SCARPACI, Joseph L. **Health services privatization in industrial societies**. News BRUNSWICK, New Jersey: Rutgers University Press, 1989.

SCHEINOWITZ, Abraham Samuel. **O macro planejamento de aglomeração de Salvador**. Salvador: Secretaria de cultura e turismo, EGEBA, 1998. 314 p.

SERRA, Henrique. **A História dos antibióticos**. Disponível em:<www.medstudents.com.br>. Acesso em: 29 dez.2002.

SIGAUD, J.F. **Discurso sobre a estatística médica do Brasil**. Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro 30.06.1832. Typog. Imp. e cont. de Seignot-Plancher e Cia. Rio de Janeiro, 1832.

SILVA, Sylvio Bandeira de Mello; Silva, Bárbara Chistine N. **Estudos sobre globalização, território e Bahia**. Salvador: UFBA, 2003. 182 p.

SINGER, Paul; CAMPOS, Oswaldo; OLIVEIRA, Elizabeth Machado de. **Prevenir e Curar: o controle social através dos serviços de saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense- Universitária ,1978.

SINDICATO QUIMICOS E PETROLEIROS. **Relação de acidentes nos últimos anos, registrados pelo sindicato do ramo químico e petroleiro**. Salvador, 2003.

SOUZA, Marcelo Medeiros Coelho de. **A trajetória do Welfare State no Brasil: papel redistributivo das políticas sociais dos anos 1930 aos 1990**. Brasília: IPEA, 2001. (Texto para Discussão N° 852).

_____. **A transposição de teorias sobre a institucionalização do Welfare State para o caso dos países subdesenvolvidos**. Brasília: IPEA, 1999. (Texto para Discussão N° 695).

SOUZA, Aloa Machado de. *et al.* **Programas de benefícios farmacêuticos: experiências nacionais na área de saúde suplementar.** Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br>>. Acesso em: 13 nov 2004.

SUCHMAN, E.A. **The suvery method applied to public health and medicine, suvery research in the social sciences, Russel Sage, 1967.**
SUDIC- Superintendência de Desenvolvimento Industrial e Comercial. **Perfil das empresas do Pólo Petroquímico de Camaçari.** Simões Filho, 1997.

SUPERINTENDÊNCIA DE ESTUDOS ECONÔMICOS E SOCIAIS DA BAHIA.
Mudanças sócio-demográficas recentes: Região Metropolitana de Salvador. Salvador: SEI /UFBA, 1999. 66 p.
_____. **A descentralização de políticas sociais de educação e saúde em municípios baianos:** uma análise do processo na década de 90. Salvador: SEI, 2001. 102 p.

TAMBELINI, Anamaria Testa; CÂMARA, Volney de Magalhães. A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.3, n.2, p. 47-59, 1998.

VASCONCELOS, P. de A. **Categorias e conceitos para compreensão da cidade brasileira do período escravista.** In: SPÓSITO, M. E. B. (Org.). **Urbanização e Cidades: perspectivas geográficas.** Presidente Prudente: UNESP, 2001, p.13-34.

VIANNA, C.M.M. et al. **Programas de benefício farmacêutico: experiências nacionais na área de saúde suplementar.** Brasília, [2002?]. Disponível em <www.ipea.gov.br>. Acesso em : 30 set. 2004.

VIDALINK.**Lista Padrão de medicamentos.** Disponível em <www.vidalink.com.br>. Acesso em : 27 jun. 2003.

WÜNSCH, Filho V. Reestruturação produtiva e acidentes de trabalho no Brasil: estruturas e tendências. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.15, jan-mar, 1999.

BITTENCOURT, Tatiana de Sá. **Projeto de política regional de assistência farmacêutica: o exemplo do pólo petroquímico de Camaçari – BA.** 180f. Dissertação (Mestrado em Análise Regional), Universidade de Salvador – UNIFACS.

Autorizo a reprodução total deste trabalho para fins de comutação bibliográfica.

Salvador, 13 de Abril de 2005.

Tatiana de Sá Bittencourt