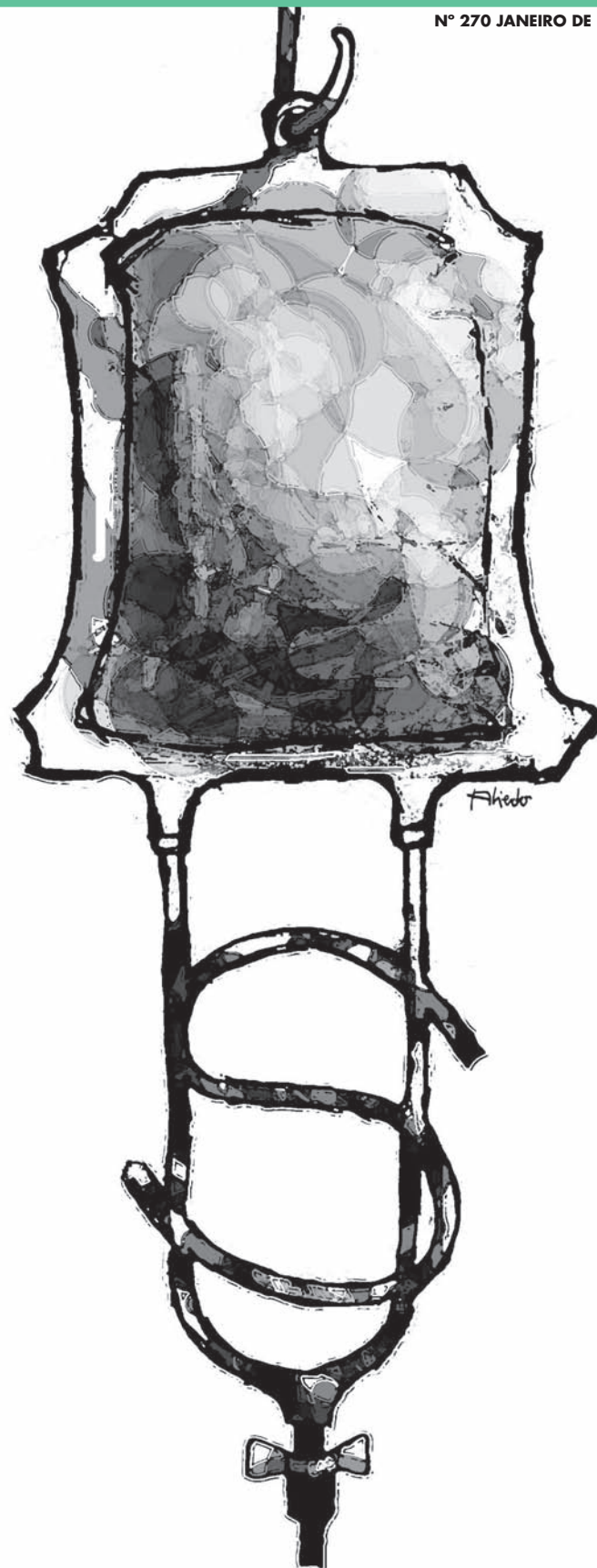


## O setor de saúde

Entrevista com Ligia Bahia e artigos de Claudio Dedecca, José Carvalho de Noronha e Gustavo Souto de Noronha e Jorge Bermudez enfocam o setor de saúde no Brasil sob o ponto de vista econômico.

**Resumo da monografia *A Árdua Tarefa da Identificação de Cartéis*; FPO trata dos orçamentos da Função Trabalho.**



## Editorial

## O setor de saúde

■ Como o Jornal dos Economistas poderia contribuir para o debate sobre o setor de saúde brasileiro? A opção do Conselho Editorial do JE, em sintonia com a proposta da publicação e o perfil de nossos leitores, foi por abordar a saúde com ênfase nos aspectos econômicos da questão.

Claudio Dedecca, do Instituto de Economia da Unicamp, abre o bloco temático da edição com um artigo sobre a política de saúde. Ele afirma que a consolidação do SUS passa pela definição de uma fonte estável de financiamento, bem como pelo crescimento do país, necessário para gerar um nível de renda per capita que permita um financiamento socialmente adequado para a seguridade social.

Na peça central do bloco, a entrevista com a médica Ligia Bahia, coordenadora do Laboratório de Economia Política de Saúde da UFRJ, traça um quadro amplo do setor, abordando temas como SUS, planos de saúde, profissão de médico, medicalização da vida, concentração geográfica da oferta de serviços médicos e atuação da ANS.

Na sequência, artigo a quatro mãos do médico sanitário José Carvalho de Noronha e do economista Gustavo Souto de Noronha bota o dedo na ferida do problema do financiamento à saúde no Brasil. Os encargos financeiros, afirmam, corresponderam em 2010 a uma apropriação de 41,9% de toda a despesa do governo federal, enquanto a seguridade social apropriou-se de 40,08% das despesas (3,71% na Assistência Social, 31,14% na Previdência Social e 5,22% na Saúde).

No encerramento do bloco, Jorge Bermudez, da Fiocruz, aponta os avanços no acesso pela população a medicamentos, resultado de políticas públicas. Mas alerta para inequidades, monopólios, oligopólios e dependência tecnológica e econômica característicos do mercado farmacêutico, que impactam de maneira negativa o Brasil e outros países do Sul.

Na continuidade da edição, publicamos o resumo do trabalho de Rômulo Guilherme Barbosa, terceiro colocado no 21º Prêmio de Monografia Economista Celso Furtado, intitulado *A Árdua Tarefa da Identificação de Cartéis*.

O Fórum Popular do Orçamento apresenta em seu artigo mensal um resumo do debate denominado *O Direito de Ser Humano e Trabalhar*, além de dados orçamentários relativos à Função Trabalho.

Correção – Na edição de dezembro de 2011 do JE, na página 16, o título correto da matéria principal é “O Corecon-RJ parabeniza os alunos aprovados na prova da Anpec em 2011”.

## SUMÁRIO

- 3 Saúde  
Claudio Salvadori Dedecca  
**A importância e a complexidade da política de saúde e do desenvolvimento nacional com justiça social**
- 5 Entrevista: Ligia Bahia  
**“A medicalização de estados pré-doença e de fatores de risco torna-se cada vez mais comum. Conseqüentemente, a perspectiva de comercializar medicações já existentes para pessoas saudáveis expande enormemente o mercado e aumenta gastos com saúde.”**
- 8 Saúde  
José Carvalho de Noronha  
Gustavo Souto de Noronha  
**Escolhas**
- 10 Saúde  
Jorge Bermudez  
**Acesso a medicamentos e políticas públicas**
- 12 Prêmio de Monografia  
Rômulo Guilherme Barbosa  
**A Árdua Tarefa da Identificação de Cartéis**
- 14 Fórum Popular do Orçamento  
**O Direito de Ser Humano e Trabalhar**
- 16 Corecon obtém sentença favorável em processo contra o CRC  
**Anuidade Vigente - 2012 Pessoas Físicas e Jurídicas**

O Corecon-RJ apóia e divulga o programa Faixa Livre, apresentado por Paulo Passarinho, de segunda à sexta-feira, das 8h às 10h, na Rádio Bandeirantes, AM, do Rio, 1360 khz ou na internet: [www.programafaixalivre.org.br](http://www.programafaixalivre.org.br)

**JE** JORNAL DOS ECONOMISTAS

Órgão Oficial do CORECON - RJ  
E SINDECON - RJ  
Issn 1519-7387

**Conselho Editorial:** Paulo Sergio Souto, Carlos Henrique Tibiriçá Miranda, Edson Peterli Guimarães, José Ricardo de Moraes Lopes, Sidney Pascounto da Rocha, Gilberto Caputo Santos, Marcelo Pereira Fernandes, Paulo Gonzaga Mibielli e Gisele Rodrigues • **Jornalista Responsável:** Marcelo Cajueiro • **Edição:** Diagrama Comunicações Ltda (CNPJ: 74.155.763/0001-48; tel.: 21 2232-3866) • **Projeto Gráfico e diagramação:** Rossana Henriques (21 9662-4414) - [rossana.henriques@gmail.com](mailto:rossana.henriques@gmail.com) • **Ilustração:** Aliedo • **Fotolito e Impressão:** Folha Dirigida • **Tiragem:** 13.000 exemplares • **Periodicidade:** Mensal • **Correio eletrônico:** [imprensa@corecon-rj.org.br](mailto:imprensa@corecon-rj.org.br)

As matérias assinadas por colaboradores não refletem, necessariamente, a posição das entidades. É permitida a reprodução total ou parcial dos artigos desta edição, desde que citada a fonte.

## CORECON - CONSELHO REGIONAL DE ECONOMIA/RJ

Av. Rio Branco, 109 – 19º andar – Rio de Janeiro – RJ – Centro – Cep 20054-900

**Telefax:** (21) 2103-0178 – Fax: (21) 2103-0106

**Correio eletrônico:** [corecon-rj@corecon-rj.org.br](mailto:corecon-rj@corecon-rj.org.br)

**Internet:** <http://www.corecon-rj.org.br>

**Presidente:** João Paulo de Almeida Magalhães • **Vice-presidente:** Sidney Pascounto da Rocha  
**Conselheiros Efetivos:** 1º Terço: (2011-2013): Arthur Câmara Cardozo, Renato Elman, João

Paulo de Almeida Magalhães – 2º terço (2009-2011): Gilberto Caputo Santos, Edson Peterli Guimarães, Jorge de Oliveira Camargo – 3º terço (2010-2012): Carlos Henrique Tibiriçá Miranda, Sidney Pascounto Rocha, José Antônio Lutterbach Soares • **Conselheiros Suplentes:** 1º terço: (2011-2013): Eduardo Kaplan Barbosa, Regina Lúcia Gadioli dos Santos, Marcelo Pereira Fernandes – 2º terço: (2009-2011): André Luiz Rodrigues Osório, Leonardo de Moura Perdigão Pamplona, Miguel Antônio Pinho Bruno – 3º terço: (2010-2012): Ângela Maria de Lemos Gelli, José Ricardo de Moraes Lopes, Marcelo Jorge de Paula Paixão.

## SINDECON - SINDICATO DOS ECONOMISTAS DO ESTADO DO RJ

Av. Treze de Maio, 23 – salas 1607 a 1609 – Rio de Janeiro – RJ – Cep 20031-000 • **Tel.:** (21)2262-2535 **Telefax:** (21)2533-7891 e 2533-2192 • **Correio eletrônico:** [sindecon@sindecon.org.br](mailto:sindecon@sindecon.org.br)

**Coordenador Geral:** Sidney Pascounto da Rocha • **Coordenador de Relações Institucionais:** Sidney Pascounto da Rocha • **Secretários de Relações Institucionais:** José Antonio Lutterbach Soares e André Luiz Silva de Souza • **Coordenação de Relações Institucionais:** Antonio Melki Júnior, Paulo Sergio Souto, Sandra Maria Carvalho de Souza e Abrahão Oigman (Em memória) • **Coordenador de Relações Sindicais:** João Manoel Gonçalves Barbosa • **Secretários de Relações Sindicais:** Carlos Henrique Tibiriçá Miranda e Wellington Leonardo da Silva • **Coordenação de Relações Sindicais:** César Homero Fernandes Lopes, Gilberto Caputo Santos, Regina Lúcia Gadioli dos Santos e Maria da Glória Vasconcelos Tavares de Lacerda • **Coordenador de Divulgação, Administração e Finanças:** Gilberto Alcântara da Cruz • **Coordenação de Divulgação, Administração e Finanças:** José Jannotti Viegas e Rogério da Silva Rocha • **Conselho Fiscal:** Fausto Ferreira (Em memória), Jorge de Oliveira Camargo e Luciano Amaral Pereira.

# A importância e a complexidade da política de saúde e do desenvolvimento nacional com justiça social

■ Claudio Salvadori Dedecca\*

A política de saúde apresenta *per se* expressiva complexidade institucional e ela é parte de outra pertencente à política social. Desde a aprovação da Constituição Federal de 1988, o Brasil vem construindo, aos trancos, uma matriz institucional ampla de instrumentos públicos de proteção social visando reduzir, principalmente, os riscos de acesso a saúde, educação, previdência, trabalho, transferência de renda e assistência social. Nos últimos dois governos, tem se consolidado, apesar da continuidade de uma política econômica dominada por uma perspectiva ainda conservadora, o reconhecimento da importância da política social enquanto instrumento fundamental para a democracia e a constituição da cidadania, bem como para o crescimento econômico do país.

Apesar dos avanços obtidos em termos de maior legitimidade da política social, ela continua a conviver com uma restrição importante de financiamento, que muitas vezes leva a uma concorrência entre suas políticas setoriais pelos recursos disponíveis. De acordo com a Constituição Federal de 1988, caberia ao Estado estabelecer um orçamento da Seguridade Social que fosse adequado às necessidades do país.

A instabilidade dos anos 1990, o baixo PIB per capita nacional e a distribuição desigual de renda, sob o jugo de uma política monetária fundada na fábrica dos juros altos, cancelaram uma disponibilidade restrita e inadequada de recursos para a política social.

No caso da política de saúde, o problema se apresenta de maneira mais grave, por ela não possuir uma receita vinculada própria, como ocorre com a educação, a previdência e o trabalho. Em 2000, foi aprovada a Emenda Constitucional 29, que definiu obrigações dos entes federativos com a política de saúde. Paliativos de financiamento foram adotados, como a CPMF, sem que uma solução estável e estrutural tenha sido encaminhada.

A regulamentação da EC 29/2000 ficou pendente até o final de 2011, devido à ausência de maior interesse em resolver a pendência pelo Congresso e mesmo a uma resistência por parte dos governos federal e subnacionais. Essa falta de interesse ficou explícita quando da aprovação tardia da regulamentação, que recusou o comprometimento de 10% da receita corrente da União para a política de saúde, bem como o estabelecimento futuro de uma fonte específica de financiamento.

É fundamental para a legitimidade da política de saúde que as determinações da EC 29/2000

sejam cumpridas; porém, é preciso reconhecer que, mesmo assim, o financiamento da política continuará insuficiente.

A garantia dos recursos estipulada em lei atenuaria de modo importante o seu estrangulamento financeiro, abrindo perspectivas para o enfrentamento dos problemas estruturais de seu financiamento, o qual encontra-se associado ao equacionamento abrangente do orçamento da Seguridade Social. Hoje, o cobertor de recursos é curto para todas as necessidades da política social, havendo disputa pela cobertura restrita que ele pode dar para cada uma das políticas setoriais. Mesmo que seja realizada a necessária melhoria da eficiência das políticas setoriais, o recurso per capita destinado à política social no Brasil se situa em patamar muito baixo quando comparado aos exercidos por países com sistema adequados de proteção social. Entender o problema da política de saúde permite elucidar o desafio com que a política social se defronta em termos de recursos disponíveis.

De acordo com os dados do Governo Federal, a política de saúde conta com um recurso da ordem de US\$ 1.400 per capita, sendo que um pouco menos da metade desse valor é exercido pelo atendimento público e gratuito. De acordo com os dados disponibilizados pela Or-





ganização Mundial da Saúde, estima-se que o recurso necessário para um atendimento adequado seria da ordem de US\$ 4.000 per capita. Mesmo equacionado o problema de financiamento estável da política de saúde, o nível alcançado seria ainda insuficiente para atender às determinações constitucionais. Portanto, o financiamento da política de saúde encontra-se estreitamente associado a uma trajetória de crescimento sustentado, que alce o país para um patamar de renda per capita adequado para o financiamento da política pública.

Dois problemas tornam ainda mais delicado o equacionamento financeiro da política de atendimento gratuito da saúde. Em primeiro lugar, a segmentação público/privado, que drena recursos que deveriam ter uma distribuição social mais justa, além de permitir o uso de serviços prestados pela esfera pública pelo setor privado sem a devida remuneração. O outro diz respeito ao processo de envelhecimento da população, que tende a elevar as necessidades de gasto per capita da política. Ambos encontram-se estreitamente relacionados com a organização institucional da política. O atendimento à saúde encontra-se internacionalmente estruturado segundo três pilares básicos: alta, média e baixa complexidade.

O atendimento primário visa resolver problemas mais simples e fazer a prevenção de modo geral. Esse pilar de menor complexidade demanda poucos equipamentos e muito recurso humano. De acordo com pesquisa realizada pela Unicamp para o Ministério da Saúde, o total da ocupação



do complexo da saúde respondia por 4% do mercado nacional de trabalho na década passada, sendo que as ocupações diretas de atendimento à saúde equivaliam a 2,5%, patamar superior a de vários setores de atividade. Assim, a expansão da cobertura do serviço à população é caracterizada por uma elevada elasticidade de emprego. Desde 1988, a progressiva universalização da cobertura do Sistema Único de Saúde, marcada pela adoção do Programa Saúde da Família, requer uma ampliação sistemática do volume de recursos humanos (emprego), processo que ocorre concomitantemente a uma progressiva deterioração das condições de trabalho e remuneração dos profissionais envolvidos.

Quanto aos pilares de média e alta complexidade, os investimentos em equipamentos e infraestrutura tendem a ser, progressivamente, mais expressivos do que aqueles em recursos humanos. Naqueles de média complexidade é onde se apresenta maior presença do setor privado. Nos de alta complexidade, o setor privado tem

expressão, mas é o setor público que, direta ou indiretamente, responde por parte relevante dos investimentos e mesmo pela remuneração de serviços prestados.

A dinâmica diferenciada de cada um dos pilares em termos de investimentos em equipamentos, em infraestrutura e em recursos humanos gera demanda também diferenciada junto aos segmentos produtivos de fármacos e de equipamentos, com impactos importantes na balança comercial em termos de importação. Nesse sentido, são fundamentais as ações das políticas industrial e de ciência, tecnologia e inovação, visando ampliar a autonomia nacional em termos de necessidades de equipamentos, insumos e fármacos da política de saúde, além da qualificação dos recursos humanos nas mais diversas áreas de atendimento.

Considerando a dinâmica demográfica de envelhecimento da população, ampliam-se as pressões sobre todos os pilares, bem como a emergência de novas modalidades de serviços, como o atendimento de saúde domiciliar ao idoso. Portanto, ao contrário de outros setores da atividade econômica, a experiência internacional mostra que o aumento da cobertura e do gasto da política de saúde apresenta ganhos muito limitados em termos de produtividade. É elevada a elasticidade do gasto com o aumento da cobertura com diversificação das modalidades de atendimento. Decisões visando fomentar os atendimentos e adequar a cobertura dos serviços de baixa complexidade com vistas a melhorar a prevenção de doenças, com a adoção de estratégias co-

mo aquela do Programa Saúde da Família, tendem a produzir uma ampliação ponderável das necessidades de recursos humanos. A política de saúde talvez se constitua na única situação em que o aumento do uso de equipamentos concorre pouco com a necessidade de maiores e melhores recursos humanos.

Ter presente estas características da política é decisivo para se pensar uma agenda política para o Sistema Público de Saúde. Considerando sua estrutura institucional atual, para torná-lo socialmente justo e instrumento relevante da condição de cidadania da população brasileira, haverá o imperativo de resolver o financiamento da demanda crescente de investimentos em recursos humanos em termos de volume e qualidade, em infraestrutura e em equipamentos. No que diz respeito aos recursos humanos, os resultados da sua atuação exigem resolver os seus graves problemas de contrato e relações de trabalho e de remuneração.

Em suma, a consolidação de um Sistema Único de Saúde no país pode exigir maior eficiência no uso dos recursos disponíveis, mas depende fundamentalmente da sua ampliação. Neste sentido, ele requer a definição de uma fonte estável, bem como do crescimento do país, necessário para gerar um nível de renda per capita que permita um financiamento socialmente adequado para a seguridade social, sem que as políticas sociais continuem a disputar antropofagicamente os recursos existentes.

\* Claudio Salvadori Dedecca é professor titular de Economia Social e do Trabalho do Instituto de Economia da Unicamp.

**“A medicalização de estados pré-doença e de fatores de risco torna-se cada vez mais comum. Conseqüentemente, a perspectiva de comercializar medicações já existentes para pessoas saudáveis expande enormemente o mercado e aumenta gastos com saúde.”**

Médica, professora adjunta do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina e do Instituto de Estudos de Saúde Coletiva da UFRJ, Ligia Bahia coordena o Laboratório de Economia Política de Saúde da mesma universidade, funções que acumula com a vice-presidência da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). Nesta entrevista, Ligia tratou de temas como SUS, planos de saúde, profissão de médico, medicalização da vida, concentração geográfica da oferta de serviços médicos e trabalho da ANS, não só sob o ponto de vista médico, mas também econômico, político e gerencial.



*co, que seja universal, gratuito e de boa qualidade, e como viabilizar esta meta considerando os altos custos e o envelhecimento da população? Qual seria um bom equilíbrio entre o SUS e a medicina privada?*

R: Todos os países, inclusive os que experimentaram o socialismo, mantiveram esquemas privados formais ou informais de assistência à saúde. O que distingue um sistema universal não é a proibição da atuação de agentes privados na saúde e sim a natureza e abrangência da intervenção governamental. Portanto, a resposta para que tipo sistema de saúde se pode almejar é: depende do tamanho da ambição das autoridades governamentais e da sociedade. As bases dos sistemas de proteção social são a solidariedade fiscal e intergeracional. Um bom equilíbrio poderia ser obtido

*P: De uma forma geral, e do ponto de vista do usuário, como você avalia a evolução do setor de Saúde no Brasil nas últimas décadas? O fortalecimento dos planos de saúde e da indústria farmacêutica trouxe prejuízos para os cidadãos? A criação do SUS representou avanços concretos?*

R: **Com a Constituição de 1988, passamos a ter um sistema universal de saúde e conseqüentemente nos inscrevemos, naquele momento no cenário internacional, como o único país capitalista periférico a formalizar em termos jurídico-legais um amplo sistema de proteção ao trabalho e a todos seus cidadãos.** Para se ter uma ideia, o Chile naquela altura possuía um sistema de saúde dual e privatizado e os demais países da América Latina, com exceção de Cuba e Costa Rica, contavam com sistemas de saúde que privilegiavam os trabalhadores formais e eram, portanto, incapazes

de responder à magnitude da informalidade em nosso continente. A ousadia do projeto do SUS é amplamente reconhecida pelos estudiosos de sistemas de saúde. **O fato de termos aprovado o SUS e ele estar de pé, embora muito combatido, é um avanço concreto no sentido do anúncio da superação de um sistema de saúde fragmentado e iníquo.**

**No entanto, o SUS formal é muito distante do SUS real.** Na prática, as políticas para preservar e até ampliar a estratificação no acesso e uso de serviços de saúde passaram a ser emitidas sob nova roupagem. O estímulo ao crescimento da demanda e oferta de planos e seguros de saúde mediante políticas fiscais e gastos governamentais diretos exemplifica bem o caráter dubio da intervenção governamental na saúde após a Constituição. No que concerne à indústria farmacêutica, não é simples afirmar seu crescimen-

to, na medida em que no Brasil houve uma retração das empresas nacionais. Atualmente, a importação de medicamentos é um item importante para o equilíbrio da balança comercial. Empresas de planos e seguros de saúde e as produtoras de medicamentos desempenham papéis muito diferenciados na viabilização de sistemas universais de saúde. Enquanto para as primeiras a universalização representa uma ameaça concreta em termos de regulação de preços e acesso, para as segundas o aumento do consumo de medicamentos tende a ser encarado positivamente. Entre os pilares da Reforma Obama constam a aliança com indústrias farmacêuticas e a construção de uma narrativa contrária às empresas de planos e seguros de saúde.

*P: Que cenário ideal o país pode almejar para o setor de Saúde, considerando a realidade demográfica, política e do financiamento? É possível ter um sistema exclusivamente públi-*

com o acionamento de barreiras à entrada de planos de saúde com coberturas pouco abrangentes. Ou seja, **seria desejável configurar um mercado de planos de saúde que não competisse com o SUS em nenhuma de suas coberturas. Os planos e seguros seriam destinados à parcela da população que pudesse e quisesse pagar planos de saúde caros e não subsidiados para obter atendimento exclusivo. Podemos sim ter um sistema universal de saúde. Esse é o sistema de saúde mais custo-efetivo para controlar e reduzir problemas de saúde.**

**P: Como você descreveria a trajetória dos médicos e demais profissionais de saúde no Brasil nas últimas décadas? A profissão de médico foi aviltada pela expansão dos planos de saúde?**

R: Os médicos desfrutaram de um elevado prestígio social no Brasil, medido pelas pesquisas de opinião sobre as instituições confiáveis. A imensa maioria dos médicos na modernidade não está constituída por artesãos e sim por assalariados, quando inseridos em instituições públicas, ou semi-assalariados, quando remunerados de acordo com regras das empresas de planos e seguros de saúde ou vinculados ao setor privado. O médico liberal, aquele que estabelecia relações diretas com seus pacientes, é uma figura do passado. Contemporaneamente existe um terceiro pagador. O que ocorre com as empresas de planos e seguros de saúde é uma sobre-retirada de parcelas de autonomia profissional. **Médicos que atendem clientes de planos e seguros em**

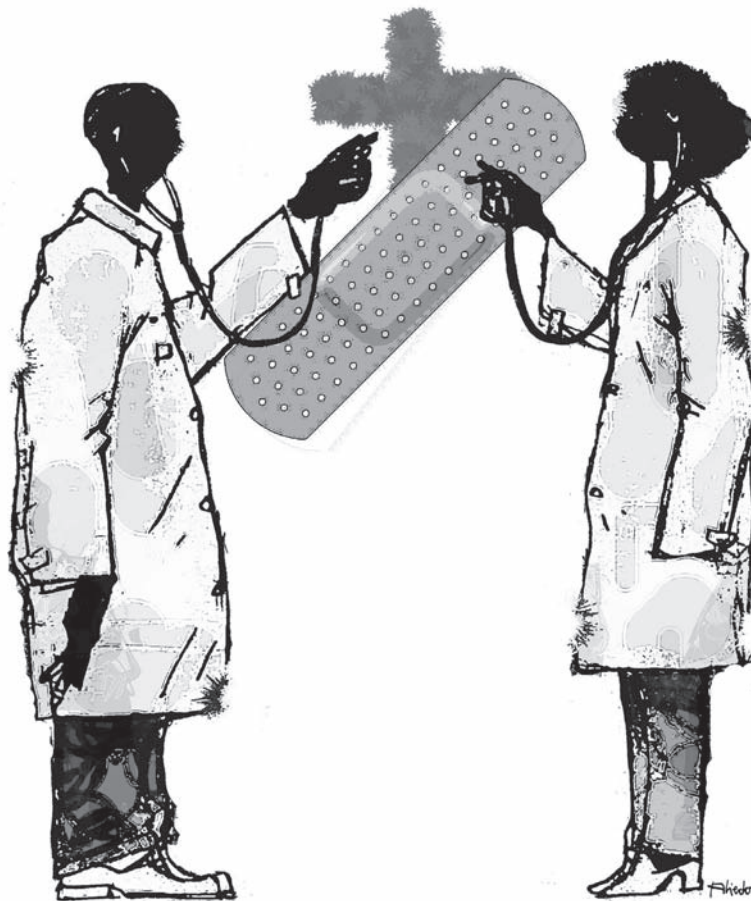
**seus consultórios sentem-se duplamente aviltados em razão dos baixos valores de remuneração de atividades cognitivas e exigentes de compenetração na relação com os pacientes e de uma elevada carga de desautorização dos procedimentos e condutas recomendados pelos mesmos.** Além disso, os valores pagos pelas empresas de planos e seguros de saúde no Brasil são balizados pelas médias e negociações com os contratantes, que quase sempre ignoram a experiência e os diferenciais de expertise dos médicos.

**P: Certos estudiosos criaram o conceito de “medicalização da vida”, no qual os médicos cumprem o papel de receitar drogas e solicitar exames em excesso em troca de benesses da indústria. Os médicos estão “na**

**mão” dos laboratórios farmacêuticos e de exames? Como o profissional e a indústria podem cooperar de forma proveitosa e ética?**

R: **O tema da medicalização da vida emergiu nos anos 60, quando foram identificados os danos causados por instituições e profissionais de saúde. A iatrogenia clínica, relativa aos danos causados pela intervenção médica no indivíduo, é a mais bem percebida e consolidou seu estatuto científico ao ser reconhecida como a terceira maior causa de morte nos EUA no século XXI. Excesso de testes de rastreamentos, de diagnósticos precoces, de solicitação de exames complementares e abusos na medicalização de fatores de risco, bem como efeitos adver-**

**sos e reações cruzadas de medicamentos, têm sido considerados inapropriados.** As alternativas éticas aceitáveis baseiam-se no princípio do *primum non nocere* (em primeiro lugar, não causar dano). Em função das mudanças no conceito de saúde e doença, os pontos de corte para designar o que é considerado normal tornaram-se mais próximos e fatores de riscos tornaram-se equivalentes a doenças. Assim, **as diferenças entre prevenção e cura estão se tornando indistintas. A medicalização de estados pré-doença e de fatores de risco torna-se cada vez mais comum. Nesse sentido, hipertensão, colesterol elevado e obesidade passam a ser encarados como doenças. Consequentemente, a perspectiva de comercializar medicações já existentes para pessoas saudáveis expande enormemente o mercado e aumenta gastos com saúde.** Para deter a “medicalização da vida” é preciso resgatar a natureza de eventos vitais, tais como partos, adoecimentos benignos autolimitados (contusões, resfriados, tristeza, lutos etc.) e recusar pedidos de exames e/ou tratamentos devido ao medo dos pacientes e ou pressão de pacientes muito medicalizados. Para impedir o avanço da medicalização da vida é preciso: recusar as intervenções decorrentes do temor dos médicos de errar ou serem acionados juridicamente – a denominada medicina defensiva –, bloquear o efeito cascata das intervenções e saber esperar – ação designada como “demora permitida” – assegurando aos pacientes oportunidades de decisão informada.





**P: Sobre a gestão do SUS, quais são os gargalos principais e como buscar soluções? Como você avalia este processo de terceirização de profissionais e da gestão de unidades?**

R: No curto prazo, a terceirização, materializada precipuamente por meio da contratação de OSs (organizações sociais), sempre é acompanhada pelo investimento de recursos nas unidades terceirizadas superiores aos anteriores, o que é bastante impactante. Hospitais sucateados voltam a funcionar. A capacidade instalada é recuperada. O aumento dos valores da remuneração nominal dos profissionais aumenta e exige-se cumprimento da carga horária contratada. Ou seja, ocorre uma espécie de ressurreição institucional. No entanto, no médio e longo prazo o modelo tende a realizar o que se denomina seleção dos melhores riscos e estimular uma elevada taxa de rotatividade dos profissionais de saúde. O que quer dizer evitar o atendimento de determinados pacientes e não ter capacidade para fixar os melhores e mais experientes profissionais. Essas duas falhas do modelo podem ser minimizadas mediante explicitação de cláusulas contratuais específicas e planos de carreira muito atraentes. Mas no limite o modelo ficará ainda mais caro e burocrático do que o que se pretende substituir.

Além disso, **o emperramento para realizar aquisição de insumos e contratar pessoal é de fato um problema para a saúde e demais áreas da administração pública. Qual a solução? Temos diante de nós o desafio de realizar uma reforma administrativa. Ainda es-**

**tamos às voltas com regras que não auxiliam a modernização do SUS. Essa é uma tarefa incontornável. O problema é que seu início e fim não cabem no intervalo de tempo eleitoral. Precisamos rever radicalmente os processos de gestão do SUS. As regras são rígidas e as tentativas de contorná-las, como, por exemplo, compras com dispensa de licitação, ficam na fronteira entre a corrupção e as alegadas boas intenções para solucionar problemas urgentes.** Mas terceirizar não é uma panaceia genérica. O uso criterioso da terceirização pode ser útil em casos específicos, como por exemplo atividades não diretamente relacionadas com atividades finalísticas do sistema de saúde e alguns estabelecimentos especializados. Porém, a política pública de saúde não pode ter como pilar de sustentação a terceirização. Não se pode delegar a terceiros a responsabilidade do exercício da autoridade sanitária.

**P: Há poucas médicas na área de cirurgia no Brasil. Isso também ocorre em outros países? Esse fato reflete preconceito de gênero?**

R: A tendência é a feminilização da medicina. No Brasil, em 2009, entre os novos registros no Conselho Federal de Medicina, o número de mulheres ultrapassou o de homens. Entretanto, as mulheres costumam optar por especialidades menos intervencionistas por duas ordens de razões. A primeira diz respeito à maternidade e à necessidade de evitar assumir tarefas profissionais que embutem o trabalho em regime de plantões e múltiplos vínculos.

A segunda série de motivos diz respeito à competitividade no mercado de trabalho. As mulheres estão afastadas não apenas das especialidades cirúrgicas mas também da maioria daquelas que presumem ganhos mais elevados. No Brasil as médicas predominam na dermatologia e na pediatria e os homens nas especialidades cirúrgicas e também na radiologia, por exemplo. Em síntese, as médicas ocupam postos de trabalho, com exceção dos relacionados com a dermatologia, que em média remuneram menos. Esse perfil de inserção profissional sugere, é claro, uma discriminação.

**P: Como você avalia o número e distribuição dos médicos, por especialidade e região, frente às necessidades brasileiras?**

R: **Os especialistas se concentram nas cidades e bairros onde moram e trabalham os segmentos populacionais de maior renda. Trata-se de um padrão de distribuição extremamente desfavorável à constituição de redes assistenciais relativamente homogêneas ao longo do território nacional. O maior problema é que a tendência, pelo menos no curto prazo, é a de adensar o parque tecnológico em determinadas cidades e dentro dos municípios em alguns bairros e com isso intensificar a iniquidade no acesso e uso de recursos assistenciais.** Antes se dizia que onde houvesse banco haveria um médico. Atualmente talvez se pudesse afirmar que onde houver filiais de empresa de saúde com capital aberto na bolsa de valores haverá especialistas.

**P: A ANS tem cumprido o seu papel de fiscalização, em especial no que se refere aos planos de saúde?**

R: Apenas parcialmente. A ANS limita-se, na prática, a regular os preços e busca emitir normas para garantir as coberturas contratuais dos contratos individuais ou familiares. Mas a maior parte dos clientes de planos e seguros está vinculada a contratos empresariais ou coletivos. Essa lacuna, somada ao não uso de importantes instrumentos de regulação – inclusive aqueles que poderiam advir do fato de os planos e seguros serem fortemente subsidiados por recursos públicos – e sobretudo à ascensão de pessoas do mercado a ser regulado a cargos de direção, colou à ANS a visão negativa que a sociedade tem das empresas de planos e seguros de saúde. **A não distinção clara entre reguladores e regulados acrescentou mais um problema à agenda da saúde: a existência de uma burocracia pública pró-mercado.** O debate sobre a regulação desde a ANS gravita em torno da intensidade da regulação (em outros termos: “quanto as empresas suportariam de intervenção). Ora, essa é uma falsa apreensão, na medida em que existe uma forte intervenção governamental viabilizada mediante subsídios públicos. No entanto, não fomos capazes de substituir a agenda calcada no grau da regulação pelo questionamento referente à natureza das políticas públicas para impedir a concorrência das empresas de planos e seguros de saúde com o SUS. O exemplo mais conspicuo é o do ressarcimento ao SUS, que foi completamente desnaturado por sucessivas regras emitidas pela própria ANS.

# Escolhas

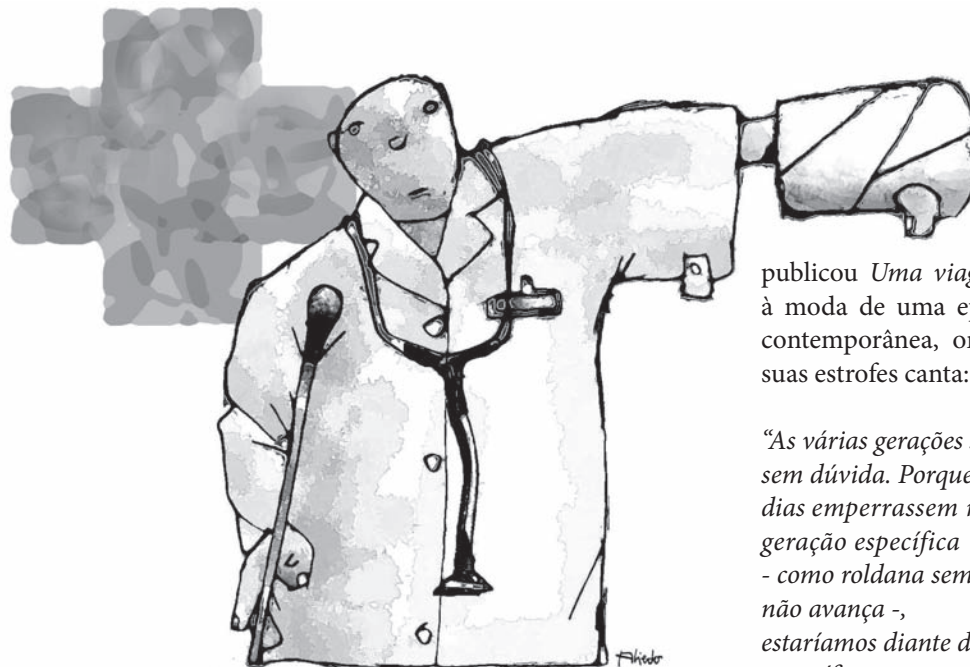
■ José Carvalho de Noronha\*  
Gustavo Souto de Noronha\*

“A sociedade burguesa se encontra diante de um dilema: ou avanço para o socialismo ou recuada na barbárie.” Friedrich Engels *apud* Rosa Luxemburgo (in: A Crise da Social-Democracia – Folheto Junius)

## O Plano de Fundo

O dilema socialismo ou barbárie é de fundamental importância para qualquer discussão sobre a organização do Estado desde o século XIX. O padrão de produção, distribuição, acumulação e consumo hoje existente nas nações europeias e americanas do norte não é reproduzível para o conjunto das pessoas do mundo. Nos dias de hoje, já se consomem por ano as reservas de uma Terra e meia. Se os sete bilhões de habitantes da Terra adotassem o padrão de consumo dos Estados Unidos, seriam imediatamente necessárias quatro Terras e meia! Vivenciamos uma crise ecológica sem precedentes e, como dizia Marx, a “produção capitalista só se desenvolve exaurindo as fontes originais de toda riqueza: a terra e o trabalhador”. Para evitar a barbárie, que, aliás, já se abate em várias partes do mundo, há que se agregar a defesa do planeta como parte indissociável da luta pelo socialismo.

Enquanto perdurou a ameaça do triunfo comunista com o “sucesso” soviético, o capitalismo europeu construiu estruturas de bem estar social. Este componente político também permitiu uma atuação maior do Estado na economia, sem as



publicou *Uma viagem à Índia*, à moda de uma epopeia lírica contemporânea, onde uma de suas estrofes canta:

“As várias gerações são egoístas, sem dúvida. Porque se os dias emperrassem numa geração específica - como roldana sem óleo que não avança -, estaríamos diante de uma magnífica raça eterna.

O que muito faria contentes uns e incomodaria outros: aqueles que ainda não nasceram.”

constantes ameaças dos economistas do mercado. O fracasso soviético fez-se acompanhar da vitória do neoliberalismo e das ideias do Estado mínimo, e com elas a tentativa de desmonte de qualquer noção de proteção social.

## A utopia da vida eterna

A busca da imortalidade está presente na história da humanidade desde seu alvorecer. Praticamente todas as religiões do passado e do presente, expressando a perplexidade com a finitude da vida humana, têm proposto soluções diversas para o que acontece depois que morremos. Rituais mágicos e religiosos também se ocuparam, se ocupam, e certamente se ocuparão dos modos de prolongar a vida na Terra.

As consideradas ciências, baseadas na razão, também se preocuparam com a vida depois da morte. O filósofo britânico John Gray publicou, em 2011, um livro intitulado *A Co-*

*missão da Imortalização*, que tem como subtítulo “a ciência e a estranha busca de trapacear a morte”, onde visita essa tentativa com humor, concisão e abrangência. As ciências também se ocuparam de conseguir a imortalidade aqui na própria Terra, onde o alvorecer da química científica coincidiu com a busca da pedra filosofal e do elixir da longa vida. A Medicina, desde seu nascedouro, aparentemente deixando a busca da imortalidade para outros, sempre tratou de fazer com que a Morte, quando se apresentasse, adiasse sua visita. Ocorre que ela sempre retornava.

Não bastasse o retorno da morte, sua ausência acarretaria problemas dramáticos, retratados na literatura pelo escritor português José Saramago, no livro *As intermitências da morte*, onde narra o sucedido a partir de um dia quando, em Portugal, as pessoas simplesmente param de morrer. Outro escritor português, Gonçalo Tavares,

Tem a duração da vida um limite? Vários demógrafos têm se dedicado a analisar a evolução da duração da vida ao longo do tempo. Embora de maneira desigual, a esperança de vida ao nascer tem aumentado, fundamentalmente graças à redução da mortalidade na infância. Robine, demógrafo francês, em trabalho sobre a evolução secular da mortalidade em adultos, identificou uma idade modal de morte com relativa estabilidade que passa a ser detectável na Suécia aos fins do século XVIII, e na Suíça no século XIX, e se situa em torno dos 75 anos. O Japão, para os anos 1950, evidenciaria o que seria o fim da transição epidemiológica, situando a idade modal em torno dos 80 anos, bastante próxima da atual em todos os países do mundo desenvolvido.

James Fries, médico, introduziu, em 1980, a ideia da





Gustavo Souto de Noronha

“Compressão da Morbidade”, sugerindo que o aumento da esperança de vida se faria acompanhar de um encurtamento da extensão da vida com morbidade. Ele acreditava que as mesmas forças que resultaram na diminuição da mortalidade estariam associadas a uma menor incidência de doenças crônicas e a um aumento da idade de início dessas doenças. Entretanto, inúmeros estudos desde meados dos anos 70 têm demonstrado que isso não ocorre. Uma pessoa que morre aos 65 anos, por infarto agudo do miocárdio, por exemplo, consome bem menos serviços e produtos de saúde do que se sobreviver ao infarto e vier a falecer de câncer aos 90 anos. A redução da mortalidade não se acompanha necessariamente de uma redução da incidência, e aumenta o número de sobreviventes portadores de problemas de saúde que estarão sujeitos à ocorrência de problemas de saúde adicionais. Fará sentido a busca incessante por tecnologias de prolongamento exaustivo de nossas vidas? Como trazer aos dias de hoje aqueles que, como na África subsaariana, mal chegam aos 52 anos? E os bolsões de miseráveis que ain-

da vivem entre nós e em vários países de renda média?

### Os gastos em saúde

O debate sobre o financiamento da saúde deve partir, portanto, da premissa de que quanto mais saúde um povo tem, mais assistência médica ele precisa. Como corolário, quanto maior o gasto em saúde hoje, maior ele será amanhã. As medidas preventivas são necessárias e boas porque nos permitem viver mais e melhor, não porque barateiam os gastos globais do sistema.

Ponto relevante é o custo dos tratamentos. Quantas pessoas poderiam ser tratadas de diabetes ou hipertensão com o que se gasta para tornar viável um recém-nascido de 450 gramas? Com apenas um quarto dos cerca de 160 milhões de reais que o Ministério da Saúde gastou, em 2009, para aliviar os sintomas de 4.700 pacientes com artrite reumatoide ou psoríase com a droga adalimumabe, cujo uso ainda não está inteiramente consagrado, seriam tratados, e em sua maioria curados, todos os 73.000 casos novos de tuberculose pulmonar identificados naquele ano. Isso ilustra a equivocada noção de que os recursos existentes para a saúde são suficientes, mas mal geridos. Escolhas de eficiência podem obrigar a discussão de soluções finais à moda nazista. Não quer dizer que maior eficiência e eficácia não sejam necessárias, entretanto os ganhos dessa natureza são marginais.

### ○ *Homo ricus*

Cacá Diegues publicou uma crônica na revista Piauí, intitulada *A Evolução das Espécies por Seleção Artificial*, onde trata do aparecimento, no futuro, do *Homo ricus*, desenvolvido a partir de uma parcela da popu-



José Carvalho de Noronha

lação que tem acesso a serviços avançadíssimos de terapia genética na fronteira tecnológica dissociada dos demais *Homo sapiens*. Os “lucros com esta se tornaram de tal modo elevados que os laboratórios deixaram de fabricar os medicamentos convencionais” para os homens comuns. O uso do planeta pelos mais ricos e a não construção de um sistema público universal de saúde que forneça à toda a população os produtos e serviços de saúde mais avançados certamente transformará a divisão de classes na divisão de espécies sugerida por Diegues.

### A escolha

Da forma como hoje está colocado o debate sobre gastos públicos em saúde, os gestores públicos são cotidianamente submetidos a escolhas de Sofia, decidindo quem deve viver e quem deve morrer. Todavia, jamais é dito claramente para a sociedade que os impostos que deveriam financiar a saúde, educação e outros gastos governamentais são na realidade destinados ao sistema financeiro. Os encargos financeiros responderam em 2010 a uma apropriação de 41,90% de toda a despesa do governo federal.

A seguridade social, dentro da qual estão inseridos os gastos de saúde, apropriou-se de 40,08% das despesas (3,71% na Assistência Social, 31,14% na Previdência Social e 5,22% na Saúde). Como sabemos, há quem chame esses gastos destinados ao sistema financeiro de “bolsa banqueiro”...

Qual seria, então, o cenário se não for revertida essa lógica? Como os recursos destinados à saúde são insuficientes para atender à demanda, teríamos que construir câmaras de gás para os cidadãos que atingissem uma determinada idade em que o seu custo em saúde seria excessivo – 75 anos, por exemplo –, a não ser para aqueles abastados que fossem capazes de cobrir privadamente seus gastos. Ou ainda, editaríamos um decreto estabelecendo que bebês com menos de um quilo, salvo com cobertura privada, seriam deixados para morrer. Não demoraria que alguém propusesse a esterilização em massa das camadas mais pobres, chegando-se à solução final para a pobreza: a eliminação física dos pobres – e junto com eles a contenção do gasto em saúde com estas pessoas. Ou pior, como Diegues escreve a certa altura, “Os decadentes *Homo sapiens* seguiam espalhados em desordem pelo planeta, vagando pelas áreas mais pobres dos continentes, com famílias numerosas e sobrevivência cada vez mais curta.” Até que finalmente “por diversão e esporte, os *Homo ricus* passaram a caçar os *Homo sapiens*...” Será essa nossa escolha?

\* José Carvalho de Noronha é médico sanitário, doutor em Saúde Coletiva e pesquisador do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica da Fundação Oswaldo Cruz.

\* Gustavo Souto de Noronha é economista e superintendente regional do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária do Estado do Rio de Janeiro.

# Acesso a medicamentos e políticas públicas

■ Jorge Bermudez\*

## O acesso como um desafio global

A exclusão social nos sistemas de saúde dos países em desenvolvimento não deixa de ser um fato alarmante, em especial atingindo os grupos e populações mais vulneráveis e necessitadas. Os padrões de inequidade, desequilíbrio, extrema concentração de renda e as injustiças decorrentes são dramas que os países da nossa região enfrentam em seu dia a dia, mas que vêm sendo cada vez mais objeto de discussão e de ações concretas no que tange ao desenvolvimento social e econômico. Cada vez mais, a questão do acesso a medicamentos e outros insumos em saúde faz parte prioritária das ações de governo e das discussões nos âmbitos regional e global, nos mais variados foros relacionados com a saúde pública. Não apenas como objeto de

saúde pública, mas de maneira especial, o Brasil vem liderando movimentos mundiais para a inclusão desse tema nas agendas dos organismos das Nações Unidas. Entretanto, em que pese todos esses movimentos, contingentes enormes da população mundial permanecem excluídos do acesso aos medicamentos essenciais. Por outro lado, o mercado farmacêutico mundial é concentrado e distorcido, com apenas 20% da população mundial (nos países do Norte) absorvendo 80% do mercado farmacêutico mundial. Neste sentido,

inequidades, monopólios e oligopólios, dependência tecnológica e econômica são características do mercado farmacêutico que impactam de maneira negativa os países do Sul.

No que se refere ao conceito de acesso, consideramos a definição que envolve “o grau de ajuste entre os recursos de saúde ofertados e a população e suas necessidades”. Especificamente ao lidar com medicamentos, os mecanismos de acesso envolvem uma complexa rede de atores, públicos e privados, que desempenham diferentes papéis em função do complexo econômico, social e político dos diversos países. Com base nas dimensões envolvidas e refletindo a realidade nacional, optamos por formular a proposta de definição de acesso a medicamentos essenciais como a “relação entre a necessidade de medicamentos e a oferta dos mesmos, na qual essa necessidade é satisfeita no momento e no lugar requerido pelo paciente (consumidor), com a garantia da qualidade e da informação suficiente para o uso adequado”.

Temos chamado a atenção para o fato de que o acesso a medicamentos deve ser considerado no contexto do acesso a sistemas e serviços essenciais de saúde. Da mesma maneira, o acesso à saúde deve ser considerado como um

direito humano fundamental. A nossa Constituição de 1988 e a regulamentação adicional consagram esse direito como responsabilidade do Estado. Devemos ainda considerar que em âmbito global, os Estados Membros das Nações Unidas assinaram os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, incluindo nas metas relacionadas com saúde o acesso a medicamentos como uma meta estratégica. Neste contexto, sabemos que o desabastecimento, a irregularidade do suprimento de produtos essenciais ou a falta de acesso comprometem os serviços de saúde e desmotivam os profissionais de saúde, com impacto negativo na qualidade e resolutividade dos serviços. Temos advogado que o acesso aos medicamentos deve ser considerado no contexto das políticas de saúde e do direito universal à saúde. Devemos considerar os insumos essenciais para ações de saúde com uma visão diferenciada em relação a outros insumos. Nesse sentido, podemos considerar que o acesso a medicamentos e a assistência farmacêutica envolvem um componente não apenas de saúde, mas também um componente político e econômico. A agenda internacional e a agenda para o desenvolvimento têm ressaltado de maneira especialmente visível e clara estas relações durante os anos recentes. A dimensão econômica da saúde também tem sido ressaltada em publicações recentes, considerando que a sua base produtiva gera um número considerável de empregos e movimenta uma parcela significativa do PIB e dos in-



vestimentos com P&D. O denominado Complexo Industrial da Saúde é caracterizado por Gadella et al como a junção dos subsistemas das indústrias de base química/biotecnológica; mecânica, eletrônica e de materiais; e de serviços de saúde.

No campo da saúde pública, o acesso a medicamentos essenciais tem estado permanentemente no centro das discussões da consolidação do Sistema Único de Saúde. O Programa Brasileiro de DST/AIDS tem sido colocado mundialmente como um exemplo ou modelo de políticas solidamente construídas e respaldadas nos necessários instrumentos legais e políticos. O equilíbrio entre ações de prevenção e de tratamento, a participação da sociedade civil organizada nas discussões e consensos, a produção local de ARVs e a atenção a populações mais vulneráveis têm permeado a decisão política de prover acesso universal às ações de prevenção e tratamento no Brasil. Cabe ainda ressaltar que, ao longo dos anos, diversas ações sequenciais, políticas e técnicas no âmbito da saúde pública reforçaram e permitiram uma ação coesa e bem estruturada para o controle de doenças, incluindo o fortalecimento da capacidade nacional na produção de medicamentos essenciais, em especial como estratégia estruturante nos anos mais recentes. Com a extinção da Central de Medicamentos, foco de diversas denúncias de corrupção; a explicitação da Política Nacional de Medicamentos; as sucessivas revisões da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), com base nos conceitos enunciados pela OMS; o Programa Farmácia Básica e a descentralização da assistência farmacêutica básica a estados e municípios; a política de agências regulado-

Peter Illiciev



ras e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); a Lei 9.787/99, conhecida como Lei dos Genéricos, sucedendo o Decreto 793/93 da denominação genérica dos medicamentos; a utilização do poder de compra da esfera federal do SUS; todos estes são elos da cadeia de atos governamentais que alicerçaram o patamar que o Brasil vem atingindo hoje em suas políticas de saúde e industrial.

### Tempos modernos: as políticas públicas no Brasil

Durante os anos mais recentes e de maneira especial na atual gestão, a interação entre o Sistema Único de Saúde e o Sistema de Ciência, Tecnologia e Inovação vem sendo discutida e implementada de maneira harmônica, propiciando o desenvolvimento de parcerias e da capacitação tecnológica nacional. Por um lado, o setor de saúde vem sendo considerado de relevância estratégica no desenvolvimento nacional. Por outro lado, as empresas brasileiras de capital nacional vêm investindo na sua capacitação para novas áreas de interesse, como é o caso da Biotecnologia. Acrescesse o fato de a pesquisa em saúde vir aumentando em função da

disponibilidade de recursos para seu financiamento. A Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa em Saúde, lançada em 2004 pelo Ministério da Saúde, foi reforçada e complementada com a publicação de “Pesquisas Estratégicas para o Sistema de Saúde - PESS”. Esta publicação configura 16 objetivos estratégicos para o SUS, refletindo as necessidades no campo da saúde e alinhando as prioridades do governo federal entre saúde e P&D.

A sequência de políticas envolvendo o setor produtivo, entre as quais destacamos a Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior, PITCE, de 2003; a Política de Desenvolvimento Produtivo, ou PDP, lançada em 2008; e, mais recentemente, o Plano Brasil Maior de 2011, vem propiciando a oportunidade de desenvolvimento de PPPs (parcerias público-públicas e público-privadas) para a internalização da produção de medicamentos estratégicos. Este desenvolvimento envolve laboratórios públicos, laboratórios privados e empresas farmacêuticas para a produção de matérias primas ou IFAs (insumos farmacêuticos ativos). Esta política certamente virá aumentar nossa capacitação nacional e diminuir nossa dependência externa, fortalecendo o setor produtivo de capital nacional e possibilitando melhorar a balança comercial. É importante ressaltar que este tipo de iniciativa não se restringe às últimas etapas de formulação de produtos acabados, mas incide na cadeia produtiva ao possibilitar também o desenvolvimento de intermediários no país.

Finalizamos destacando uma iniciativa recente, o estabelecimento da Subcomissão Especial de Desenvolvimento do Complexo Industrial em Saúde, Produção de Fármacos, Equipa-

mentos e outros insumos, no âmbito da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados. O relatório da Subcomissão, sob a Presidência da Deputada Federal Jandira Feghali, apontou para a importância do complexo industrial da saúde, do setor farmacêutico e farmoquímico, da biotecnologia, P&D, regulação sanitária, propriedade intelectual, de questões tributárias, do marco regulatório de proteção ao patrimônio genético e de uma série de questões críticas para a pesquisa, desenvolvimento e inovação no Brasil. O relatório também propõe uma série de medidas e Projetos de Lei para enfrentar os problemas levantados e assegurar um maior acesso a medicamentos, vacinas e outros insumos relevantes para melhorar as condições de saúde da população brasileira e permitir avanços ainda maiores na capacitação tecnológica nacional. A Fundação Oswaldo Cruz, vinculada ao Ministério da Saúde, certamente vai ter um papel de ponta na implementação das medidas propostas.

Certamente que ainda permanece uma série de desafios a enfrentar, mas avanços concretos são evidenciados e as ações articuladas das três esferas de governo no setor de saúde, aliadas à forte ação governamental interministerial, nos dão a certeza de que estamos no caminho certo. A liderança do Brasil é indiscutível em escala mundial, mostrando que o pioneirismo e os modelos implementados em um país continental de 200 milhões de habitantes, embora difíceis, são possíveis.

\* Jorge Bermudez é médico, doutor em Saúde Pública, vice-presidente de Produção e Inovação em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e autor de várias publicações na área de Saúde Pública e acesso a medicamentos.



## Prêmio de Monografia

A publicação de resumos dos textos vencedores do 21º Prêmio de Monografia Economista Celso Furtado tem continuidade com o trabalho de conclusão de curso de Rômulo Guilherme Barbosa, da Universidade Federal Fluminense, terceiro colocado no concurso.

# A Árdua Tarefa da Identificação de Cartéis

■ Rômulo Guilherme Barbosa\*

O objetivo do trabalho é entender como funciona a identificação de um cartel na literatura econômica. Para isso, é preciso entender que existem diferentes formas de cartel e que o caso mais conhecido, isto é, aquele em que as empresas se unem para elevar os preços, é somente o caso mais comum, conhecido como cartel tipo I. E é devido a uma característica desse tipo de prática – o paralelismo – que as pessoas não estudadas denunciam ao Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência (SBDC) tantos casos em que elas suspeitam de cartel estabelecido.

A grande questão é que o paralelismo, a prática de realizar ações iguais às dos rivais, não é uma consequência do cartel apenas. Se o fato de duas firmas determinarem preços iguais ou definirem aumentos praticamente simultâneos deles fosse apenas resultado de cartel, os economistas não teriam qualquer trabalho em solucionar essas denúncias, bastaria observar o paralelismo que estaria definida a infração.

Estruturas de mercado como concorrência perfeita ou

alguns oligopólios também observam paralelismo. Como a concorrência perfeita é uma estrutura por demais utópica, é mais interessante estudar a questão em mercados mais realistas, os oligopólios. Essa foi a principal razão de o trabalho ter se concentrado no mercado de revenda de combustíveis, além do fato de que é um mercado estratégico, por ser uma das bases do setor energético, e é o mercado que gera maior número denúncias de cartel por parte do público.

Primeiramente, é necessário entender que o próprio paralelismo possui diversas formas. Existem inúmeras maneiras pelas quais firmas podem agir de maneiras iguais e, na análise de defesa da concorrência, é importante entendê-las individualmente. Especificamente no mercado de postos de gasolina, além da já supracitada igualdade de preços, há a ocorrência de elevações (quase) similares de preços, a observância de preços maiores em um município em relação a um vizinho e a assimetria de custos (esse último observa respostas mais rápidas a elevações de custos comparadas às reações aos custos em queda).

A questão do paralelismo nos oligopólios que a econo-



mia tradicional falhava em reconhecer é que nessa estrutura de mercado existe interdependência oligopolista, estratégica. Como a tradição era uma análise estática, ela não conseguia reconhecer que as firmas sabem que suas ações afetam suas rivais e que as ações das rivais as afetam. O resultado dessa questão é que as firmas podem reconhecer que é interessante para elas agirem de forma similar a suas rivais, mesmo que não seja combinado.

Essa é a razão de a legislação brasileira, através da Lei 8.884/94, a lei de defesa da concorrência, seguindo a regra da razão, entender que o cartel só está estabelecido na existência de alguma prova adicional. Em outras pa-

lavras, a regra da razão prevê que uma prática tipificada por lei como possível de ser anticompetitiva somente a é se houver, de fato, dano à sociedade e intencionalidade dos agentes. Se a evolução natural do mercado levou àquele resultado, não há qualquer infração, pois o resultado foi consequência da racionalidade do agente, sem qualquer combinação de resultado anterior. Logo, o paralelismo é somente um indício de prática anticompetitiva, é ainda necessário algum fator a mais, motivo pelo qual essa doutrina é conhecida como paralelismo-plus<sup>1</sup>.

É justamente nesse ponto que reside todo o problema. Os modelos de oligopólio tradicionais não tratavam da interdependência oligopolista, mas os modelos mais modernos reconhecem uma fundamental questão desses mercados: o conluio tácito. Em outras palavras, é possível que, ao interagir ao longo do tempo, as firmas reconheçam que podem estar em situação melhor ao não agredir, isto é, tentar roubar mercado das suas rivais, diminuindo seus preços ou elevando suas quantidades, enquanto as rivais reconhecem o mesmo em relação à firma.

O grande problema é que o resultado do conluio tácito é exatamente o mesmo do conluio explícito, o cartel.

Ou seja, como a economia encontra muita dificuldade em separar os casos de conluio tácito dos de cartel, ela não consegue, em geral, ter grande utilidade na identificação do mesmo. Historicamente, seu papel se restringiu ao cálculo das perdas geradas para a sociedade por um cartel que foi provado por outros meios. A economia só conseguiria gerar uma prova se não fosse possível gerar nenhuma explicação racional para a prática em análise. Para entender em quais momentos não há racionalidade, é necessário entender aqueles em quais há, é preciso entender o conluio tácito.

A grande evolução da análise oligopolista foi o desenvolvimento da teoria dos jogos. Essa evolução permitiu entender de forma ampla os efeitos que ações de uma firma teriam sobre as rivais e quais reações as ações poderiam gerar. As firmas dão grande valor à sua sustentabilidade, portanto dão grande valor à sua rentabilidade futura. Ao reconhecer que, ao não se agredirem mutuamente, são capazes de dividir o mercado sem qualquer necessidade de acordo explícito, as firmas passam a maximizar o lucro total da indústria, que dividem tacitamente entre si. Em outras palavras, elas têm

como obter o mesmo resultado do cartel por práticas completamente racionais.

Portanto, cabe ao economista de defesa da concorrência reconhecer as características de mercado que facilitam a ocorrência de conluio tácito, para que ele não puna inocentes. Há inúmeras características que facilitam sua ocorrência, notando não ser necessária a ocorrência de todas para que um conluio ocorra. De fato não deve existir nenhum mercado em que tantas características sejam observadas, ainda que algumas sejam correlatas. No mercado de revenda de combustível, especificamente, as características facilitadoras comumente observadas são: a frequência das interações, a transparência de preços, a simetria entre as empresas, a homogeneidade do produto e a baixa elasticidade-preço da demanda.

Outra questão fundamental é que um conluio, seja ele tácito ou explícito, só se estabelece no caso de as firmas terem a certeza que serão punidas ao agirem não cooperativamente, roubando mercado de suas parceiras. As firmas precisam crer que suas rivais reagiriam às tentativas de obtenção de lucros de curto prazo (de roubo de mercado) com aplicação de práticas punitivas, em geral, o estabelecimento da concorrência no mercado, caso contrário as firmas cai-

riam em tentação. Em outras palavras, uma firma qualquer precisa ter a certeza de que é mais vantajoso para as outras punir do que se ajustar ao seu desvio. Essa questão também é fácil no varejo de combustíveis, devido ao fato de que as firmas podem ajustar quase instantaneamente seus preços e praticamente sem qualquer custo.

Mas então uma pergunta surge: a economia pode fazer alguma coisa para ajudar na questão? A resposta parece ser sim. Enquanto de fato a teoria econômica não consegue gerar provas, ela pode ser útil para filtrar os casos mais absurdos, eliminando-os e deixando para os órgãos investigadores legais aqueles que possuem maiores evidências de prática anticompetitiva.

O método proposto pelo SBDC para o mercado de revenda de combustíveis é baseado em três critérios: “a evolução da margem de revenda do município no tempo; a relação entre a evolução dessa margem e a variabilidade dos preços; e a evolução das variáveis municipais frente às variáveis médias estaduais” (RAGAZZO; SILVA; 2006; p.27).

Essa abordagem engloba os principais pontos da literatura referentes ao cartel, em que os preços são mais altos e a variação dos preços é menor (FLORES; 2006). O terceiro critério é incluído porque não se espera que um

cartel seja estabelecido a um nível maior que o municipal – um cartel estadual, por exemplo, geraria custos tais de monitoramento que não seria economicamente viável para as firmas.

Fazendo uso do método de filtragem de denúncias utilizado pela Secretaria de Acompanhamento Econômico, vinculada ao Ministério da Fazenda (SEAE/MF), o trabalho buscou analisar se, no período de maio de 2004 a agosto de 2009, no município de Niterói-RJ, houve algum indício de cartel, que poderia ter sido mais bem investigado pelas autoridades.

O resultado foi que, enquanto no período completo não houve indícios de cartel em Niterói, um período específico, do final de 2006 ao início de 2008, gerou resultados contraditórios, de forma que talvez fosse possível uma maior investigação durante esse período. Não se deve esquecer, no entanto, de notar que essa recomendação perde força pelo resultado ter desaparecido após o período suspeito, isto é, como, caso tenha ocorrido, o cartel não se sustentou no longo prazo, não há porque gastar recursos na investigação do mercado, como prevê a literatura.

\* Rômulo Guilherme Barbosa é mestrando do Programa de Pós-Graduação em Economia da UFF. Ele agradece ao orientador Claudio Considera e à Sonia Prieto pela correção ortográfica.

1 “Plus” significa “mais” em inglês.

## REFERÊNCIAS

- FLORES, Gustavo Abrahão. *Cartel: Teoria Econômica e Prática Antitruste no Brasil*. 2006. 122f. Dissertação (Mestrado em Economia) – Programa de Pós-Graduação em Economia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2006. Disponível em: <[http://www.uff.br/cpgeconomia/novosite/dsp/dsp\\_dtl\\_tese.php?tese=140](http://www.uff.br/cpgeconomia/novosite/dsp/dsp_dtl_tese.php?tese=140)>
- RAGAZZO, Carlos Emmanuel Joppert; SILVA, Rutelly Marques da. Aspectos econômicos e jurídicos sobre cartéis na revenda de combustíveis: uma agenda para investigações. *Documento de Trabalho n. 40*. Brasília: SEAE, 2006. Disponível em: <[http://www.seae.fazenda.gov.br/central\\_documentos/.../dt\\_40.pdf](http://www.seae.fazenda.gov.br/central_documentos/.../dt_40.pdf)>

# O Direito de Ser Humano e Trabalhar

O fim da escravidão formal, o trabalho assalariado e a instituição de relações trabalhistas transformaram a força de trabalho em mercadoria. Entretanto, consideramos o trabalho como um direito inerente ao ser humano. Com este pensamento, o FPO promoveu o debate “O Direito de Ser Humano e Trabalhar”, que contou com a presença do Prof. Carlos Eduardo Martins, sociólogo (UFRJ), da prostituta aposentada Gabriela Leite (fundadora da grife Daspu e da ONG Davida) e do Prof. José Roberto Novaes, economista (UFRJ).

Serão divulgados neste artigo os apontamentos do debate, bem como os dados orçamentários municipais e estaduais relativos à questão do trabalho.

## Município

### Função Trabalho

Função é a classificação de uma área de atuação governamental, como por exemplo, saúde, educação etc. O Gráfico 1 apresenta os dados da execução orçamentária da Função Trabalho e a porcentagem do montante realizado advindo de convênios majoritariamente com o Ministério do Trabalho e Emprego.

Cabe destacar a variação entre os anos de 2002 e 2003, a elevação de quase R\$ 10 milhões para R\$ 40 milhões no valor liquidado, ocasionada pela ação relativa à capacitação de profissionais vinculada ao programa Favela-Bairro. Já a variação 2009-2010 foi causada pela parceria com o Ministério do Trabalho e Emprego, através dos programas Projovem, Plansine e PlanteQ, que visam à qualificação e colocação da mão de obra no mercado de trabalho, dentro da ação Qualificação e Empregabilidade, que será destacada a seguir.

### Qualificação e Empregabilidade

A principal ação da Secretaria Municipal do Trabalho e Emprego (SMTE), responsável pela maior parte do orçamento destinado à Função Trabalho, tem como foco as micro, pequenas e médias empresas, assim como a formalização de trabalhadores e empreendimentos.

A ação Qualificação e Empregabilidade é responsável pela execução de cursos de formação profissional, assim como pela emissão de carteiras de trabalho e a intermediação da mão de obra. A média das metas de atendimentos

Tabela 1

	Previsto	Liquidado	Meta Física
2010	769.161,94	436.864,07	1.800
2011	1.100.544,73	714.100,86	2.750
2012	1.000,00		2.750

Fonte: Prestação de Contas 2010, FINCON em 28/11/2011, PLOA 2012 e PPA 2010-2013. Ressalte-se a “janela orçamentária” para 2012 de apenas mil reais, que gera uma incerteza quanto à sua continuidade, pois a realização dessa ação dependerá de fatores não consignados na proposta orçamentária.

anuais é de 10,5 mil pessoas, cerca de 0,3% da População Economicamente Ativa<sup>2</sup> (PEA) carioca.

Porém, ocorreu uma mudança de ênfase da ação, pois nos últimos anos o atendimento se concentrou nos jovens e nas áreas com Unidades de Polícia Pacificadora (UPP). Cabe salientar a relevância dessa priorização, pois segundo dados divulgados pela mídia<sup>1</sup> há cerca de 3.600 jovens desempregados que antes trabalhavam para o tráfico.

Dentro desse contexto, destaca-se a ação *Empresa Bacana*, iniciada em 2010 nas regiões das UPPs, cujo objetivo é qualificar profissionalmente os trabalhadores informais – ambulantes e pequenos empreendedores – através de cursos na área gerencial.

A Tabela 1 apresenta a execução orçamentária e a meta de pessoas atendidas.

## Estado

### Função Trabalho

Os dados orçamentários da Função Trabalho nos últimos 10 anos se mantiveram estáveis, variando entre 25 e 45 milhões de reais, escudados por uma continuidade das ações.

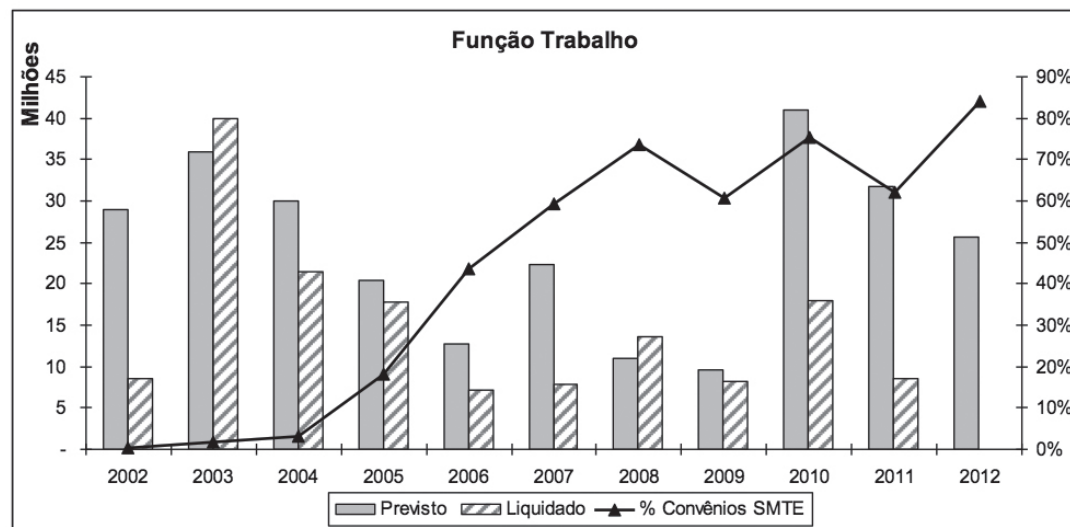
A atuação estadual se concentra em intermediação de mão de obra, qualificação profissional e seguro-desemprego. A partir de 2009, o seguro desemprego deixa de ser executado, porém o reforço financeiro nas outras ações compensa e o patamar aplicado até aumenta. Entretanto, em 2011, até 28 de novembro, o volume efetivado é reduzido a um nível mais baixo que o de 2002.

## Debate

O professor Carlos Eduardo Martins ressaltou a importância da questão do trabalho e de sua precarização, principalmente após a ascensão neoliberal na década de 1980. Segundo ele, o Estado cumpriu um papel fundamental no processo de deslocamento da acumulação do setor real para a esfera financeira, o que teve gigantescos impactos no mundo do trabalho.

O aumento do pagamento da dívida pública no período faz com que esta seja a maior parcela do orçamento da União, ou seja, a prioridade governamental é a remuneração do capital não aplicado na produção. Em consequência, observaram-se (e ainda observam-se) quedas na taxa de investimento, bem como aumen-

Gráfico 1<sup>1</sup>



Fonte: Prestação de Contas 2002-2010, FINCON (28/11/2011) e PLOA 2012.



tos na taxa de desemprego.

Martins também enfatizou outra causa do desemprego: o nível de escolaridade da força de trabalho, que tem suas origens no abandono da educação pública e na ainda insuficiente oferta de vagas para o ensino superior do Brasil – um dos mais privatizados do mundo.

Já a fundadora do movimento de prostitutas, Gabriela Leite, abordou a luta pela formalização das relações trabalhistas de sua classe. A postura da sociedade é contraditória em relação a esta atividade, pois o ato de se prostituir não constitui um crime, contudo manter uma casa de prostituição sim. Tal contradição faz com que as prostitutas fiquem à mercê dos donos dos prostíbulo, com a cobrança de “taxas” pela utilização do local.

Segundo Gabriela, num cenário em que a prostituição é tolerada pelo Estado, os prostíbulo proibidos propiciam o estabelecimento de relações ilícitas (e mafiosas), como o pagamento de propina para policiais pelos donos das camufladas casas de prostituição. Dentro deste contexto, as prostitutas ficam desprotegidas, legalmente, em casos de abusos promovidos por seus “empregadores”, devido à cumplicidade do Estado (polícia).

A conjugação desse cenário contraditório e a ausência de legislação trabalhista concorrem para uma situação de dependência financeira, pois o pagamento coercitivo das “taxas” – sem controle – da casa onde trabalham as prostitutas nem sempre é cumprido. Com isso, as dívidas aos donos das casas tendem a se acumular e, sem ter onde recorrer, culminar numa

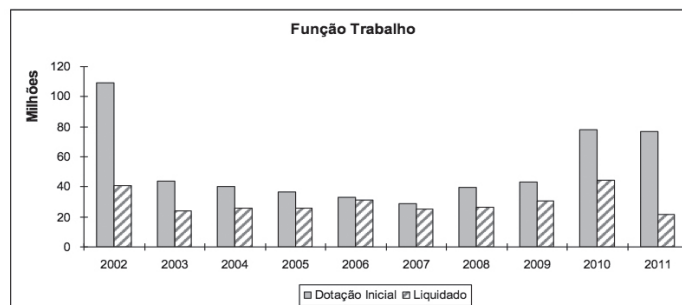
escravidão por dívida.

O terceiro expositor, professor José Roberto Novaes, discorreu sobre as condições de trabalho dos cortadores de cana. Seu raciocínio funda-se na precarização e intensificação do trabalho num contexto de mecanização, expansão e novas formas de gestão e organização do trabalho na agroindústria canieira.

O corte mecanizado reduz o corte manual, mas não o elimina. Pior, a mecanização serve de referência de produtividade. Por conseguinte, os trabalhadores (na maioria, jovens nordestinos) são impelidos a cortar acima de 10 toneladas de cana por dia. Como o ganho é por produção e o preço pago pela tonelada é baixo<sup>3</sup>, é necessário cortar muito além do mínimo para sobreviver. Com esta intensidade de trabalho o corpo jovem dos cortadores fraqueja, as dores aparecem, os riscos de acidente aumentam. Apesar de a legislação prever o uso de equipamentos de proteção, estes são inadequados, não facilitam os movimentos no ato do corte e não são repostos em tempo hábil pelas usinas. Portanto, a legislação trabalhista está desatualizada, não protege os trabalhadores e não evita as mortes nos canaviais por excesso de trabalho. Assim, a tecnologia não liberta, mas escraviza o trabalhador.

Neste contexto, é preciso disciplinar o trabalho: as senzalas de ontem são os alojamentos das “modernas” usinas de hoje e as antigas algemas foram substituídas pelas novas técnicas motivacionais. Para tentar minimizar as contradições entre o capital e o trabalho, os “trabalhadores” tornam-se “colaboradores” e desta forma todos (do dono ao faxineiro) se irmanam

## Gráfico 2



Fonte: Sistema SIG em 28/11/2011.

em busca de um mesmo objetivo: o cumprimento da meta de produção estabelecido pela empresa.

Sendo “O Direito de Ser Humano e Trabalhar” o tema da nossa reflexão, cabe questionar:

- Como reverter esta realidade de precarização do trabalho num cenário de inovação tecnológica, de preços elevados das commodities no mercado internacional, de consolidação do etanol no mercado interno, de expansão e internacionalização da agroindústria da cana?
- Como assegurar a preservação ambiental, a saúde coletiva e do trabalhador, ou seja, a produção sustentável, neste processo expansionista da agroindústria canieira?

### Considerações Finais

Os dados orçamentários demonstrados da política pública estadual e municipal sobre o trabalho nos revelam que são enfatizados cursos de capacitação, emissão de carteiras de trabalho e seguro-desemprego. Também é notável que o tipo e volume de recursos das ações são condicionados pelos programas existentes a nível nacional. Duas constatações preocupantes: a quantidade de pessoas atingidas pela ação municipal gira em torno de 0,5% da PEA e o patamar do

gasto estadual ficou estável durante os dez anos pesquisados.

Os debatedores apresentaram três graves problemas do mercado de trabalho. O primeiro diz respeito ao desemprego decorrente da política econômica – adotada na década de 1990 e ainda vigente – de favorecimento ao capital financeiro em detrimento do capital produtivo, gerador de emprego. Os outros dois podem ser colocados de maneira conjunta, porém em lados opostos. A luta das prostitutas pela formalização de sua profissão é o caminho escolhido para reverter as circunstâncias de trabalho, frágeis e sujeitas a extorsões e chantagens. Ironicamente, os cortadores de cana têm uma atividade formalizada, mas com condições de trabalho muito precárias e propícias à escravidão.

Enfim, essas breves reflexões nos fazem questionar a eficácia tanto da legislação trabalhista quanto das políticas públicas abordadas.

1 A PEA é composta pelas pessoas de 10 a 65 anos de idade que estão ocupadas ou procuraram emprego na semana de referência da pesquisa.

2 Conforme divulgado em matéria de Rafael Galdo e Rogério Daflon (O GLOBO – 04/12/2011).

3 Em torno de R\$ 4,50 a tonelada, dependendo do tipo da cana.

As matérias aqui publicadas são de responsabilidade do Fórum Popular do Orçamento do Rio de Janeiro, através da equipe de apoio do Corecon-RJ e de colaboradores. Nesta edição colaboraram: Prof. Carlos Eduardo Martins, sociólogo (UFRJ); prostituta aposentada Gabriela Leite (Davida); Prof. José Roberto Novaes, economista (UFRJ) e Est. Thiago Barbosa.

### FÓRUM POPULAR DO ORÇAMENTO – RJ

Coordenação: Cons. Renato Elman, Cons. Eduardo Kaplan, Econ. Ruth Espínola Soriano de Mello e Econ. Luiz Mario Behnken. Assistentes do FPO-RJ/Corecon-RJ: Est. Júlia Bustamante, Est. Pedro Aguiar e Est. Talita Araujo. fporiodejaneiro@gmail.com 2103-0121 e 2103-0120

# Corecon obtém sentença favorável em processo contra o CRC

O juiz titular da 5ª Vara Federal, Firly Nascimento Filho, concedeu sentença favorável ao Corecon-RJ em processo contra o Conselho Regional de Contabilidade do Rio de Janeiro,

que visa coibir as ações do CRC contra economistas fluminenses. Em decisão de primeira instância, o juiz ordena que o CRC se abstenha de exigir a inscrição de economistas em seus quadros e de fiscalizar,

lavar autos de infração, instaurar processos administrativos e impor penalidades aos economistas; declara que somente o Corecon possui competência para fiscalizar e eventualmente punir economistas;

anula todos os atos fiscalizatórios e punitivos exarados pelo CRC contra economistas (pessoas naturais ou jurídicas); e condena o CRC nas custas e nos honorários advocatícios de 10% do valor dado à causa.

## Anuidade Vigente - 2012 / Pessoas Físicas e Jurídicas

O Conselho Federal de Economia, fixou os valores, formas de pagamento e correções das contribuições para-fiscais para 2012, de recolhimento obrigatório para os economistas e empresas registradas nos CORECONS.

O CORECON/RJ, através da Resolução nº 099/2011, decidiu praticar os descontos máximos autorizados pelo COFECON, ou seja, 10% de desconto até 31/01/2012 e 5% de desconto do dia 01/02 até 29/02/2012, para as pessoas físicas. Para pessoas jurídicas a anuidade é cobrada apenas em seu valor cheio sem descontos. Decidiu ainda não cobrar a multa de 2% após o vencimento da anuidade integral das pessoas físicas uma vez que na mesma Consolidação o COFECON faculta sua cobrança, ficando a critério de cada Regional a sua aplicação.

### Valores Pessoa Física:

As opções de pagamento podem ser verificadas no carnê de recolhimento encaminhado em dezembro de 2011, como segue abaixo.

Vencimento	Descontos (%)	Valores (R\$)
Até 31/01/2012	10%	R\$ 315,00
Até 29/02/2012	5%	R\$ 332,50
Até 31/03/2012	0%	R\$ 350,00

Obs.: Após o dia 31/03/2012 os valores serão corrigidos pela variação mensal do INPC-IBGE acrescidos de 1% de juros ao mês.

### Valores Pessoa Jurídica:

As anuidades são calculadas de acordo com o capital social da empresa. Ver tabela abaixo.

Faixas de capital social	Valor e vencimento único em 31/03/2012
PJ Individual ou com capital até R\$ 10.000,00	R\$ 379,94
Acima de R\$ 10.000,00 até R\$ 50.000,00	R\$ 500,00
Acima de R\$ 50.000,00 até R\$ 200.000,00	R\$ 1.000,00
Acima de R\$ 200.000,00 até R\$ 500.000,00	R\$ 1.500,00
Acima de R\$ 500.000,00 até R\$ 1.000.000,00	R\$ 2.000,00
Acima de R\$ 1.000.000,00 até R\$ 2.000.000,00	R\$ 2.500,00
Acima de R\$ 2.000.000,00 até R\$ 10.000.000,00	R\$ 3.000,00
Acima de R\$ 10.000.000,00	R\$ 4.000,00

Obs.: Após o dia 31/03/2012 será cobrada multa de 2% mais correção pela variação mensal do INPC-IBGE acrescidos de 1% de juros ao mês.

Juntamente com a guia de recolhimento da anuidade de pessoa jurídica está sendo cobrado o valor de R\$ 64,04 (sessenta e quatro reais e quatro centavos) referente à Certidão de Regularidade de Funcionamento para 2012, necessária para atender a legislação em vigor, principalmente nas licitações que envolvam serviços técnicos de avaliações econômico-financeiras.

### Para pagamento em cota única utilizar somente a primeira guia do carnê

Em virtude de um problema interno, no carnê da anuidade de 2012 das pessoas físicas não consta o valor integral com os descontos de 10% e 5% (R\$ 315 e R\$ 332,50). Para facilitar o seu entendimento e quitação, solicitamos desconsiderá-lo. Um segundo carnê foi enviado no final de dezembro de 2011, e é este que deve ser utilizado para o pagamento. Contudo, esse erro não invalida o primeiro carnê. Os pagamentos em parcelas sem desconto ou no valor integral correto, feitos através do primeiro carnê, são válidos. Nos casos de pagamentos com valores incorretos, solicitamos que o economista entre em contato com o CORECON/RJ.

Alertamos, antecipadamente, que o sistema encontra-se programado para gerar, automaticamente, boleto bancário referente à diferença de valores em caso de pagamento "a menor" e com porcentagem de desconto incorreta.

Informamos que a anuidade devida aos Conselhos de Fiscalização Profissional, por ser considerada juridicamente um tributo, não é passível de anistia, salvo por força de Lei.

Na impossibilidade da quitação integral, verifique no carnê a opção de parcelamento.

Aproveitamos a oportunidade para informar que o CORECON/RJ, embora não faça parte de suas atribuições institucionais, oferece cursos de reciclagem e capacitação profissional e mantém convênios com diversos prestadores de serviços para os economistas adimplentes e seus dependentes. Em alguns casos a economia proporcionada é superior ao valor pago pela anuidade. Para mais informações consulte a página [www.corecon-rj.org.br](http://www.corecon-rj.org.br).

Colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários, na sede deste Conselho, no horário das 10h às 17h, na Av. Rio Branco, nº 109/19º andar, Centro/RJ, pelo FAX (21) 2103-0106 ou pelo correio eletrônico [registro@corecon-rj.org.br](mailto:registro@corecon-rj.org.br) ou através dos contatos:

Equipe	Telefone	Correio eletrônico
Samuel (Atendente)	(21) 2103-0113	<a href="mailto:samuel@corecon-rj.org.br">samuel@corecon-rj.org.br</a>
Cláudio (Atendente)	(21) 2103-0115	<a href="mailto:claudio@corecon-rj.org.br">claudio@corecon-rj.org.br</a>
Carla (Plenária)	(21) 2103-0130	<a href="mailto:carla@corecon-rj.org.br">carla@corecon-rj.org.br</a>
Thiago (Carteiras)	(21) 2103-0131	<a href="mailto:claudio@corecon-rj.org.br">claudio@corecon-rj.org.br</a>
Karina (Dívida Ativa)	(21) 2103-0114	<a href="mailto:karina@corecon-rj.org.br">karina@corecon-rj.org.br</a>
Sâmara (Ofícios e Certidões)	(21) 2103-0116	<a href="mailto:samara@corecon-rj.org.br">samara@corecon-rj.org.br</a>

**É de responsabilidade do economista manter seus dados cadastrais atualizados.**