MINISTÉRIO DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ECONOMIA DA SAÚDE

A produção de conhecimento em Economia da Saúde

Uma perspectiva bibliográfica (2004 – 2012)

Brasília – DF
2013

MINISTÉRIO DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ECONOMIA DA SAÚDE

A produção de conhecimento em Economia da Saúde

Uma perspectiva bibliográfica

(2004 – 2012)

Brasília – DF
2013

© 2013 Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Associação Brasileira de Economia da Saúde.
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. Venda proibida. Distribuição gratuita. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 1ª edição – 2013 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento
Esplanada dos Ministérios, bloco G, Anexo B, sala 455
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-3682
Site: www.saude.gov.br/economiadasaude

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
Unidade Técnica de Serviços de Saúde e Unidade Técnica de Medicamentos, Tecnologias e Pesquisa
Setor de Embaixadas Norte, lote 19
CEP: 70800-400 – Brasília/DF
Caixa Postal: 08-729, 70312-970 – Brasília/DF
Tel.: +55 (61) 3251-9595
Site: www.opas.org.br

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ECONOMIA DA SAÚDE
Rua Monte Alegre, 984, 1º andar, sala 122-A
CEP: 05014-901 – Perdizes – São Paulo/SP
Site: www.abresbrasil.org.br
E-mail: contato@abresbrasil.org.br

Créditos da equipe técnica:

Compilação:
Elizabeth Barros
Mariana Ribeiro Jansen Ferreira
Rosa Maria Marques

Normalização:
Eugenia Magna Broseguini Keys
Lucileide A. de Lima do Nascimento

Apoio financeiro:
Ministério da Saúde (MS)
Secretaria-Executiva
Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento

Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)
Unidade Técnica de Serviços de Saúde e Unidade Técnica de Medicamentos, Tecnologias e Pesquisa

Editora responsável:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Documentação e Informação
Coordenação de Gestão Editorial
SIA, Trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794
Fax: (61) 3233-9558
Site: www.saude.gov.br/editora
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial:
Normalização: Amanda Soares
Revisão: Khamila Silva e Marcia Medrado Abrantes
Capa, projeto gráfico e diagramação: Carlos Frederico S. Monici

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.
A produção de conhecimento em Economia da Saúde : uma perspectiva bibliográfica (2004-2012) [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento ; Organização Pan-Americana da Saúde, Unidade Técnica de Serviços de Saúde e Unidade Técnica de Medicamentos, Tecnologias e Pesquisa ; Associação Brasileira de Economia da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.
344 p. : il.

Modo de acesso: <www.saude.gov.br/economiadasaude>.
ISBN 978-85-334-2061-8

1. Economia da saúde – bibliografia. 2. Gastos em saúde. 3. Ciência e tecnologia em saúde. I. Organização Pan-Americana da Saúde. II. Associação Brasileira de Economia da Saúde. III. Título.

CDU 338:614

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2013/0302

Títulos para indexação:
Em inglês: *The production of knowledge in Health Economics*
Em espanhol: *La producción de conocimiento en Economía de la Salud*

Sumário

Apresentação **4**

Área temática 1 – Aspectos Gerais da Economia da Saúde **7**

Área temática 2 – Estado, Mercado e Regulação Econômica em Saúde **43**

Área temática 3 – Financiamento e Gastos em Saúde **127**

Área temática 4 – Avaliação Econômica em Saúde **179**

Área temática 5 – Equidade e Desigualdades em Saúde **251**

Área temática 6 – Gestão em Saúde **283**

ANEXO A – Grupos de Pesquisa de Diretório do CNPq selecionados **333**

ANEXO B – Fontes de informação utilizadas durante o levantamento bibliográfico **341**

Apresentação

Esta publicação é fruto de cooperação técnica estabelecida entre o Ministério da Saúde, a Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES), a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas),a Organização Mundial da Saúde (OMS) e Carta Acordo nº BR/LOA/1200040.001, com o objetivo de difundir, aprimorar e consolidar a área de Economia da Saúde (ES) como instrumento de qualificação da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Para a realização dessa Carta Acordo, foi fundamental a participação do Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (DESID), do Ministério da Saúde (MS). Entre os objetivos específicos da carta, coube à ABrEs investigar e atualizar o estado da arte da economia da Saúde no Brasil, o que resultaria na publicação da atualização das informações sobre grupos de pesquisa e publicações na área da ES no País.

No início de 2004, a partir de iniciativa do Departamento de Economia da Saúde (DES), no âmbito do Projeto *Fortalecendo Sistemas de Saúde para reduzir desigualdades* – que resultava de acordo de Cooperação Técnica Brasil-Reino Unido envolvendo o MS, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e o Department for International Development (DFID/UK) –, foi feito um levantamento sobre a situação da ES no Brasil pelo Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Esse levantamento visava subsidiar a constituição de uma base de dados para um Centro Nacional de Informações em Economia da Saúde e Avaliação Tecnológica[1].

Na versão atual, apresentada nesta publicação, foi feita atualização do levantamento da produção de conhecimento acadêmico e das iniciativas governamentais de disseminação de informações abrangendo o período 2004 – 2012. Certamente, o material aqui apresentado constitui uma rica fonte de pesquisa, podendo ser utilizado tanto por pesquisadores da área de ES como por gestores do SUS.

Expansão do campo da Economia da Saúde

No período considerado neste estudo (2004 – 2012), observa-se uma expressiva expansão do interesse pela ES no universo acadêmico e entre os gestores do SUS. O levantamento realizado na base de dados, Diretório de Grupos de Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), gerou um total de 355 grupos de pesquisa certificados que informaram se dedicar aos temas da Economia da Saúde (ES)[2]. Utilizando palavras-chave que os identificariam, foram feitas buscas por Economia da Saúde (130); Avaliação econômica em Saúde (31); Avaliação de tecnologias em Saúde (35); Farmacoeconomia (17); Financiamento da Saúde (17), Gastos em Saúde (11), Custos em Saúde (44); Alocação de recursos em Saúde (5); Equipamentos médicos (4); Equipamentos hospitalares (10); Inovação tecnológica em Saúde (51).

---

[1] Os resultados da análise do levantamento são apresentados em ANDRADE, Eli Iola Gurgel et al. **Análise de situação da Economia da Saúde no Brasil**: perspectivas para a estruturação de um centro nacional de informações. Belo Horizonte: Ed. COOPMED, 2004. 168 p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/livro_gpes_ufmg .pdf>. Acesso em: 27 mar. 2013.

[2] Esses Grupos de Pesquisa estão vinculados a uma instituição acadêmica, de modo que não incluem os grupos ou núcleos de pesquisa existentes em instituições de outra natureza, tal como o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Suas produções, contudo, foram captadas no levantamento da literatura na área de ES.

As relações obtidas nestas investigações não são mutuamente excludentes, de forma que muitos grupos foram relacionados em várias buscas. Além disso, em uma revisão a partir dos programas de pesquisa informados, muitos grupos não se revelaram como de pesquisadores em economia da Saúde, mas com outros focos (em particular, os de avaliação tecnológica). Ainda assim, após essa revisão, restaram 110 grupos (Anexo A), pertencentes a 52 instituições acadêmicas. Esses grupos distribuem-se por todas as regiões do País, em 15 estados. Embora continue havendo grande concentração nas regiões Sudeste (69 grupos localizam-se em São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais) e Sul (16 grupos espalhados no Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná) – vale destacar a existência de 18 grupos certificados no Nordeste (5 na Bahia, 5 no Rio Grande do Norte, 3 na Paraíba, 3 em Pernambuco, 1 em Alagoas e 1 no Ceará). Na Região Centro-Oeste, foram identificados 4 grupos (2 no Distrito Federal e 2 em Goiás) e apenas 1 na Região Norte (no AM). A despeito de diferenças metodológicas entre os levantamentos, o número de grupos agora identificados sugere a existência de expressiva ampliação da área, pois, em 2004, haviam sido listados apenas 51 grupos (ver Tabela). Esses grupos estão constituídos em universidades ou centros de pesquisa públicos e privados, ainda que predominem instituições federais de ensino superior.

Tabela 1 – Grupos de pesquisa em ES, certificados, na base de dados do Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq

(2004 – fevereiro de 2013)

	Nº de Grupos ES			Nº de Grupos ES	
UF	2004*	2013	UF	2004*	2013
SP	17	29	SC	1	3
RJ	11	25	PE	1	3
MG	4	16	DF	0	2
RS	5	9	GO	0	2
BA	2	5	AM	0	2
RN	1	5	AL	0	1
PR	3	4	MS	1	0
PB	2	3	CE	3	1
Total Geral				51	110

Fonte: Elaboração própria.
*Extraído do levantamento realizado pela UFMG em 2004.

Embora predomine a vinculação à área de Saúde Coletiva, estudos que se dedicam a temas e utilizam recursos da ES estão presentes em varias áreas do conhecimento (Farmácia, Economia, Administração, Odontologia, Medicina, Engenharia Biomédica, Enfermagem, Ciência da Informação, Sociologia, Ciência Política, Serviço Social).

No âmbito da gestão do sistema de Saúde, também é significativo o crescimento da presença da ES, perceptível na criação de núcleos de ES nas secretarias estaduais e no grande número de publicações que incorporam temas ou utilizam metodologias próprias desse campo.

Em nove estados, já estão constituídos núcleos de ES nas secretarias estaduais de Saúde (AL, BA, CE, DF, MS, PA, PB, PE e RS), que atuam subsidiando as decisões da gestão estadual no que se refere aos assuntos de Economia da Saúde. Esses núcleos integram a Rede de Economia da Saúde (Rede Ecos) para a Gestão do SUS, rede de cooperação técnica liderada pelo Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (DESID/SE/MS), que tem por objetivo principal contribuir para o desenvolvimento do campo da Economia da Saúde no SUS, disponibilizando ferramentas para subsidiar o processo de tomada de decisão em relação a políticas e programas no âmbito do SUS, a fim de qualificar a gestão e melhorar o acesso dos cidadãos às ações e aos serviços de Saúde.

Instituída em 17 de maio de 2011, a Rede Ecos é constituída pelos Núcleos de Economia da Saúde das secretarias de estado da Saúde, pelo Ipea, pela ABrES, por universidades, institutos de pesquisa, escolas de saúde pública e pelo Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento/SE do Ministério da Saúde, que exerce o papel de coordenador. É aberta a todas as instituições que queiram trabalhar em rede e cooperar para o aperfeiçoamento da gestão do SUS, por meio da aplicação do conhecimento em Economia da Saúde.

Publicações governamentais relacionadas à área também se tornaram mais frequentes, particularmente por iniciativa do Ministério da Saúde, das agências reguladoras (ANS, Anvisa), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Ipea, instituição pioneira nesse esforço.

Identificação de trabalhos produzidos e publicados no período 2004 a 2012

Para a identificação de trabalhos produzidos e publicados no período de 2004 a 2012, o levantamento considerou as dissertações e as teses; os artigos publicados em revistas; anais de eventos; livros publicados; manuais e publicações governamentais não periódicas (Anexo B). Para tanto, foram utilizados como termos de busca: avaliação econômica em Saúde; complexo produtivo da Saúde; custo efetividade em Saúde; custo eficiência em Saúde; custos em Saúde; economia da Saúde; financiamento da Saúde; gasto social (+ saúde); gastos em Saúde; políticas de Saúde (+ gasto + financiamento + regulação); seguridade social (+ saúde); equidade e desigualdade em Saúde.

Os trabalhos identificados são apresentados nesta publicação segundo áreas temáticas. Para essa classificação, foram utilizadas as áreas temáticas adotadas pela Biblioteca Virtual em Saúde – Economia da Saúde (BVS-Ecos), a saber: Aspectos Gerais da Economia da Saúde; Estado, Mercado e Regulação Econômica em Saúde; Financiamento e Gastos em Saúde; Avaliação Econômica em Saúde; Equidade e Desigualdades em Saúde; Gestão em Saúde. Apenas em relação a este último grupo há uma pequena mudança, na medida em que nele foram incluídos trabalhos relativos à gestão do sistema de Saúde e de políticas de Saúde, ampliando o campo correspondente para Gestão em Saúde.

Área temática 1

Aspectos Gerais da Economia da Saúde

Aspectos Gerais da Economia da Saúde 2004

CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE, 2., 2004, Brasília. **Anais eletrônicos**... Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série D. Reuniões e Conferências). 164 p. ISBN 85-334-0796-3. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/popup/04_0537.htm>. Acesso em: 2 fev. 2013.

Resumo: Apresenta a programação, o documento-base da Conferência e a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, que orientaram as discussões da 2ª CNCTIS, cujo tema central foi: *Produzir e aplicar conhecimento na busca da universalidade e eqüidade, com qualidade da assistência à saúde da população*. Esses documentos subsidiaram as discussões em sua etapa municipal, estadual e nacional, que foram orientadas por dois eixos temáticos: 1) Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde; e 2) Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde. O documento-base representa a síntese atual das discussões realizadas no Ministério da Saúde, na Comissão Intersetorial de Ciência e Tecnologia do Conselho Nacional de Saúde (CICT/CNS) e na comunidade científica e tecnológica. Identifica lacunas e desafios a serem enfrentados e propõe diretrizes no sentido de fomentar o avanço do conhecimento científico no setor Saúde; de orientar o desenvolvimento tecnológico e de inovação da indústria de equipamentos, medicamentos, imunobiológicos e outros insumos básicos à saúde; e de promover maior convergência entre a Política Nacional de Ciências, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTI/S) e as necessidades de saúde da população brasileira.

Palavras-chave: Saúde – Inovação. Política de Saúde – Pesquisa. Tecnologia em Saúde.

LOBATO, Lenaura de Vasconcellos Costa. Seguridade social, saúde e eqüidade no Brasil: elementos para reatualizar o debate. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 6, 2004. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6769/5351>. Acesso em: 4 fev. 2013.

Resumo: Discute elementos para a retomada do debate sobre seguridade social no Brasil, com especial atenção para a área de Saúde. Toma os preceitos acerca da seguridade e de como esta foi incorporada na Constituição de 1988, discutindo se alguns pontos polêmicos incorporados nas reformas recentes da Previdência Social e, por fim, os avanços e limites na saúde nestes 13 anos de SUS, mostrando que o debate sobre a seguridade precisa ser atualizado e ter o foco voltado para a redução das desigualdades.

Palavras-chave: Seguridade social. Reformas em Saúde. Desigualdades sociais.

MAIA, Ana Carolina. **Seleção adversa e risco moral no sistema de saúde brasileiro**. 2004. 97 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

Resumo: Analisa empiricamente duas consequências da presença de informação assimétrica no mercado de bens e serviços de Saúde do sistema de Saúde brasileiro: a seleção

adversa e o risco moral. A seleção adversa consiste na seleção, ex-ante ao estabelecimento de um contrato de seguro de saúde, por parte da seguradora de um grupo específico de indivíduos com características de risco superiores as características da população. O risco moral, ex-post ao estabelecimento de um contrato de seguro de saúde, é caracterizado como a sobreutilização dos serviços na presença do seguro. O sistema de Saúde brasileiro é caracterizado pelo mix público privado, onde setor público assegura acesso integral, universal e gratuito a todos os cidadãos, enquanto o setor de cobertura privada suplementar, atuando basicamente por meio dos planos de saúde, responde por cerca de 25% do mercado de assistência médica.

O trabalho está dividido em dois artigos. No primeiro artigo analisamos a presença de seleção adversa na decisão de adquirir plano e no segundo mensuramos o risco moral na utilização do cuidado de saúde. Duas variáveis de utilização foram selecionadas: o número de consultas médicas e o número de dias internado; essas variáveis representam tanto diferentes tipos de cuidado médico quanto diferentes processos de decisão. Para analisar a seleção adversa, modelamos a decisão de adquirir plano com base em uma escolha binária, em que a seleção é mensurada por características de risco observáveis e não observáveis, o modelo é estimado por máxima verossimilhança com informação completa. Para mensurar o risco moral, a metodologia adotada consiste em uma análise contrafactual, em que a utilização dos cuidados é estimada por um modelo binomial negativo. A base de dados utilizada é a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) de 1998. Em 1998, foi a campo um suplemento que indaga sobre os aspectos de saúde dos indivíduos. Neste trabalho, utilizamos apenas dados referentes aos chefes de família; essa opção se justifica por serem estes os agentes diretamente envolvidos na decisão de adquirir plano. Os principais resultados indicam a presença de seleção adversa para características observáveis e risco moral na utilização dos cuidados, tanto para hospitalização quanto para consultas médicas.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS). Economia da Saúde. Seguro de saúde.

MEDEIROS, Marcelo; DINIZ, Debora. **A nova maneira de se entender a deficiência e o envelhecimento**. Brasília: IPEA, set. 2004. (Texto para discussão, n. 1.040). Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4238>. Acesso em: 4 fev. 2013.

Resumo: Mostra uma aproximação entre a discussão sobre envelhecimento e o tema da deficiência, pois, com o envelhecimento da população, o principal grupo de deficientes concentra-se entre os idosos. Revela também como a emergência da corrente conhecida como modelo social da deficiência muda a forma tradicional de compreensão da questão ao transferir do indivíduo para a sociedade a responsabilidade pelas desvantagens relacionadas à deficiência. O modelo social da deficiência é uma discussão extensa sobre políticas de bem-estar e de justiça social, em que a explicação médica para a exclusão não é mais considerada suficiente.

Palavras-chave: Envelhecimento – Brasil. Brasil – População – Envelhecimento. Modelo social da deficiência.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; PIRES, Denise Elvira Pires de. Direito à saúde: um convite à reflexão. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 753-760, 2004. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v20n3/12.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2013.

Resumo: As alterações e rupturas que vêm ocorrendo na sociedade contemporânea em relação ao direito à saúde como valor universal, consoantes às orientações das agências multilaterais veiculadas especialmente a partir dos anos 90, constitui-se o foco central do presente estudo. A partir da gênese dos direitos sociais e do resgate da interdependência entre os aspectos sociais e econômicos na conformação da cidadania social nos países capitalistas democráticos, apresenta os dois paradigmas que delimitam o encaminhamento da atenção à saúde no início do século XXI. O paradigma da cidadania plena, no qual o direito à saúde é um valor universal, e o da cidadania social restrita, em que o direito à saúde é orientado pelo critério da eficiência e da racionalidade econômica. Essas proposições alinham-se ao paradigma da Economia da Saúde, que defende a focalização dos recursos para atenuar as condições de miserabilidade, reduz o papel do Estado, sugere a alocação de recursos para a saúde aliada à proteção social e coloca o mercado como o regulador privilegiado das ações de Saúde.

Palavras-chave: Direito à Saúde. Política Social. Ética.

PIOLA, Sérgio Francisco; JORGE, Elias Antonio (Org.). **Prêmio em Economia da Saúde**: 1° Premio Nacional - 2004: coletânea premiada. Brasília: IPEA, jun. 2005. 365 p. Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_ content&view=article&id=5492>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: Reúne os trabalhos premiados no Prêmio em Economia da Saúde (2004), uma iniciativa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e do Ministério da Saúde, com o apoio da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES). Objetiva estimular a produção científica em Economia da Saúde por se tratar de uma área de conhecimento relativamente nova no País, que vem despertando interesse de gestores governamentais, instituições acadêmicas e pesquisadores voltados ao desenvolvimento do Sistema Único da Saúde (SUS).

Palavras-chave: Economia da Saúde. Pesquisa.

VIANA, Valdilene Pereira. **A universalidade do direito à saúde no governo de Fernando Henrique Cardoso**. 2004. Tese (Doutorado) – Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2004.

Resumo: Analisa a efetivação de direitos sociais, no Brasil, nos anos 1990, particularmente o direito universal à saúde. A universalidade na Saúde ocorre em tempos de crise do capitalismo mundial e do *Welfare State*, de crise fiscal e contrarreformas do Estado, levando à implantação da política de ajuste macroeconômica neoliberal para os países periféricos. Supomos que essa universalização do direito à saúde sofreu um processo de redução, por meio de focalização de gastos e ações de saúde, do duplo movimento de descentralização e centralização, sob a influência de diretrizes e normas impostas por organismos internacionais de financiamento.

Este estudo teve por objetivo geral identificar e analisar o desempenho estatal na efetivação do direito à saúde, na gestão de Fernando Henrique Cardoso – FHC (1995 – 2002). Identificamos que se configurou na gestão de FHC uma "universalidade seletiva", o que, na perspectiva orientadora da nossa discussão, é uma contradição. O ordenamento político-institucional, da política de Saúde, assenta-se em um duplo movimento: por um lado, afirma a universalização como princípio básico do sistema em todo o arcabouço formal e, por outro, aciona mecanismos de segmentação de grupos, seletividade de programas e focalização dos gastos, colocando em marcha um processo de expansão dos serviços de atenção básica, ao mesmo tempo em que delega ao setor privado os serviços de média e alta complexidade, convertendo-os em mercadorias. Assim sendo, a focalização/seletividade configura um processo lento e gradual de reversão da universalidade.

Palavras-chave: Serviço social – Saúde pública. Estado e Sociedade civil – Controle social. Organismos internacionais – Banco Mundial e FMI. Países dependentes – Interferência na Política social. Conselho Nacional de Saúde – Política de Saúde.

Aspectos Gerais da Economia da Saúde 2005

BAHIA, Ligia. Padrões e mudanças no financiamento e regulação do Sistema de Saúde Brasileiro: impactos sobre as relações entre o público e privado. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 9-30, 2005. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/sausoc/v14n2/03.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2013.

Resumo: Sistematiza as matrizes interpretativas envolvidas no debate sobre o sistema de Saúde brasileiro e avança hipóteses sobre as extensas e dinâmicas fronteiras de interseção público-privadas que o caracterizam. Considerando que o hiato entre as concepções sobre o sistema de Saúde baseadas em modelos puros e a realidade brasileira, na qual predominam as formas híbridas de prestação e organização de redes de serviços, constitui, *per se*, um foco permanente de tensões; o estudo destaca e dimensiona: a utilização de fontes públicas de financiamento à demanda e à oferta dos planos de saúde; o afluxo de clientes de planos a uma capacidade instalada de recursos físicos e humanos constituída e reproduzida com recursos públicos; a inserção público-privada de profissionais de Saúde e as franquias para dirigentes de empresas privadas assumirem cargos públicos e vice-versa. Os reflexos da estrutura e formas de articulação entre o público e o privado nas agendas dos mais importantes fóruns de debate e formulação de diretrizes para o sistema de Saúde, as conferências de Saúde (previstas pela Lei n° 8.142, de 28 de dezembro de 1990, como instâncias de avaliação e elaboração de diretrizes para a saúde nas três esferas de governo), e das instituições governamentais relacionadas diretamente com o SUS são analisados. Conclui que as tensões, os conflitos e as proposições, sobre o considerado componente público do sistema de Saúde, estão direcionados a arenas específicas de debate.Paralelamente renovaram-se e constituíram-se outros fóruns de negociação sobre o componente privado. Portanto, a segmentação das demandas reflete-se, de maneira quase automática, no âmbito setorial, na definição de "pautas especializadas" – ou no público ou no privado.

Palavras-chave: Regulação. Relações entre público e privado. Financiamento.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Economia da Saúde. **Glossário temático**: economia da saúde. 1. ed.; 1. reimpr. Brasília, 2005. 56 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). ISBN 85-334-0855-2. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_economia_saude.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2013.

Resumo: Sistematiza produto do Projeto de Terminologia da Saúde, que visa à padronização e ao aperfeiçoamento de termos e siglas utilizados para representar e recuperar a produção técnico-científica da saúde pública brasileira nas bases de dados bibliográficas e de legislação, principalmente no âmbito da Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde.

Palavras-chave: Economia da Saúde – Glossário. Glossário temático – Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental e economia solidária**: inclusão social pelo trabalho. 1. ed.; 1. reimpr. Brasília, 2005. 133 p. (Série D. Reuniões e Conferências). ISBN 85-334-0943-5. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_mental_economia_solidaria.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2013.

Resumo: Apresenta resultados da Oficina de Experiências de Geração de Renda e Trabalho, que os ministérios da Saúde e do Trabalho e Emprego realizaram em novembro de 2004. Enfatiza o presente resultado como compromisso assumido pelos dois ministérios e pelo governo federal, e expresso pela Portaria Interministerial n° 353, de 7 de março de 2005, de incluir definitivamente a aliança entre Saúde Mental e Economia Solidária na agenda social da política brasileira. Relata algumas experiências significativas do campo da Saúde Mental, dialogam com a Economia Solidária, gerando propostas de políticas voltadas para a geração de renda e a inclusão social.

Palavras-chave: Saúde mental. Economia solidária.

FLEURY, Sonia. A seguridade social e os dilemas da inclusão social. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, 2005. Disponível em: <bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6776/5358>. Acesso em: 4 fev. 2013.

Resumo: Apresenta um breve histórico da proteção social no Brasil, a partir dos modelos paradigmáticos da assistência social, do seguro social e da seguridade social. Considerando que a Constituição Federal de 1988 representou uma ruptura com o padrão vigente até então, caracterizado por uma mescla de assistência e seguro, inaugurou-se um novo padrão baseado no modelo de seguridade social, incluindo a previdência, a saúde e a assistência social. No entanto a implantação deste padrão de políticas universais, democraticamente geridas e descentralizadas, deparou-se com um contexto adverso, de ajuste econômico e predomínio da ideologia liberal, resultando na ênfase da focalização das políticas sociais. Ao lado dos avanços na legislação social, assistimos à deterioração das condições de sociabilidade nas grandes cidades, caracterizada pela explosão da violência. A incapacidade de inclusão de grandes massas urbanas na condição de cidadania tem sido o grande desafio na implantação de uma efetiva seguridade social. Algumas experiências de gestão da política de assistência têm sido capazes de responder a este desafio de forma criativa e inovadora, demonstrando as potencialidades da universalização da cidadania.

Palavras-chave: Seguridade social. Cidadania. Políticas sociais.

JACCOUD, Luciana (Org.). **Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo**. Brasília: IPEA, 2005. Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=5491>. Acesso em: 28 jan. 2013.

Resumo: Examina a formação histórica do mercado de trabalho brasileiro, tanto no campo como nas cidades com a consolidação dos setores de subsistência e informal. Apresenta o

quadro geral das políticas sociais no âmbito federal implementadas no período 1990 – 2002. Destaca o papel que a sociedade vem assumindo na formação, implementação e no controle das políticas públicas. Convida o leitor para uma reflexão sobre as interações entre desenvolvimento e política social. Focaliza a questão da saúde nos capítulos 5 – Políticas sociais no Brasil: organização, abrangência e tensões da ação estatal; Capítulo 6 – Políticas sociais no Brasil: gasto social do governo federal de 1988 a 2002; e Capítulo 7 – Políticas sociais no Brasil: restrições macroeconômicas ao financiamento social no âmbito federal entre 1995 e 2002.

Palavras-chave: Saúde – Política social. Política social – Brasil. Brasil – Questão social. Desenvolvimento social.

LIMA, Nísia Trindade et al. (Org.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 504 p. ISBN 85-741-058-X.

Resumo: Trata-se de um dos mais abrangentes, profundos e qualificados exercícios analíticos sobre o sistema de Saúde brasileiro desenvolvido nos últimos anos. O livro inclui artigos de diferentes autores sobre as diversas fases do SUS, abordando temas como situação de saúde, financiamento do SUS, C&T em Saúde, os trabalhadores da Saúde no País, a descentralização, os conceitos de saúde, a universalização *versus* a focalização, o público e o privado, o modelo de atenção à saúde praticado e a Estratégia da Saúde da Família.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS) – História – Brasil. Política Nacional de Saúde – História – Brasil.

NUNES, André. **Ensaios em economia da saúde**. 2005. Tese (Doutorado) – Universidade de Brasília, 2005.

Resumo: Desenvolve o estudo por meio de dois eixos estruturantes. Em um deles, a preocupação, de natureza conceitual e empírica, volta-se para a atenção privada à saúde; no outro, o marco central do processo investigatório propõe uma reflexão crítica dos serviços de provisão pública oferecidos pelo Sistema Único de Saúde no Brasil. O primeiro eixo da pesquisa, explorado nos dois primeiros ensaios, diz respeito à provisão de saúde pelo mercado privado e as políticas regulatórias implementadas no mercado de Saúde Suplementar. O primeiro ensaio consta de uma base teórica referente à Economia da Saúde, com o objetivo de apresentar as distinções desse mercado quando se toma como referência um mercado de concorrência perfeita. No segundo ensaio, aprofunda-se a discussão sobre a regulação do setor Saúde Suplementar e mostra-se que a obrigatoriedade da assistência integral à saúde, a proibição da seleção de risco e demais regulamentações, que deveriam melhorar a situação dos consumidores, podem provocar efeitos indesejáveis, como elevação na concentração e na exacerbação da seleção adversa. O objetivo específico é avaliar, empiricamente, se a implantação do plano-referência, que obriga a operadora a oferecer uma cobertura ampla ao segurado, não induz a seleção adversa. Os resultados, sensíveis ao modelo de utilização empregado, corroboram a ideia de que há um agravamento da seleção adversa após a implantação da regulação no setor. Os dois últimos ensaios constituem o eixo relacionado à provisão de saúde pública e gratuita pelo Estado. O terceiro analisa as teorias de justiça, des-

tacando o arcabouço teórico dos modelos de provisão de saúde universal. Mostra-se que os critérios de justiça postulados não são atingidos na prática, vez que não há como pensar em justiça sem considerar as restrições impostas pela escassez de recursos econômicos. O quarto ensaio tem como objetivos analisar o processo de alocação de recursos públicos federais para a saúde no Brasil e propor nova metodologia para alocação deles. A proposta que incorpora a capacidade de financiamento do município, como variável relevante no mecanismo de distribuição, representa a contribuição original oferecida pelo segundo eixo de pesquisa.

Palavras-chave: Atenção privada à saúde. Mercado de Saúde Suplementar. Mercado de serviços de Saúde. Assistência médica.

SECOLI, Silvia Regina et al. Farmacoeconomia: perspectiva emergente no processo de tomada de decisão. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 287-296, 2005. Suplemento. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v10s0/a29v10s0.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2013.

Resumo: A Farmacoeconomia, uma disciplina nova, surgida no cenário internacional na década de 1980, tem crescido de forma expressiva, especialmente no âmbito dos sistemas de Saúde. Sua forma de investigação mais difundida é a avaliação econômica da terapia medicamentosa, em que são usados métodos oriundos da Economia da Saúde. A Farmacoeconomia identifica, calcula e compara custos (recursos consumidos), riscos e benefícios (clínicos, econômicos, humanísticos) de programas ou terapias específicas, e determina quais são as alternativas que produzem os melhores resultados em face dos recursos investidos.

O presente artigo aborda os princípios norteadores da Farmacoeconomia; descreve os tipos de análise e discorre sobre as aplicações da disciplina nos diferentes segmentos da sociedade. A Farmacoeconomia pode constituir-se em um importante instrumento de auxilio à tomada de decisões, pois introduz nos serviços de Saúde, entre os profissionais, a racionalidade econômica, como o intuito de complementar a clínica. A utilização correta dos termos e o conhecimento da metodologia são, porém, pré-requisitos indispensáveis para aplicar e interpretar, corretamente, os resultados das investigações.

Palavras-chave: Farmacoeconomia. Avaliação econômica. Análise custo-efetividade.

Aspectos Gerais da Economia da Saúde 2006

BOLAÑO, César Ricardo Siqueira; SILVA, Luiz Marcos de Oliveira. As especificidades do setor de saúde e os limites à subsunção do trabalho intelectual no capital. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA POLÍTICA, 11., 2006, Vitória. [**Anais...**]. Disponível em: <www.sep.org.br/artigos/download?id=1154&title=As%20Especificidades%20do%20Setor%20de%20Sa%C3%BAde%20e%20os%20Limites%20%C3%A0%20Subsun%C3%A7%C3%A3o%20do%20Trabalho%20Intelectual%20no%20Capital>. Acesso em: 12 fev. 2013.

Resumo: É necessário resgatar a tradição de análise dos sistemas de atenção à saúde baseada na economia política, que considera as determinações mais gerais dos níveis de saúde da população e que vê o setor de Saúde como um espaço diferenciado de acumulação de capital, cujas características econômicas e sociais merecem análises mais críticas e reflexivas. Ademais, é fundamental discutir a questão da saúde em uma perspectiva histórica, considerando as transformações técnico-sociais do processo produtivo e o ambiente político-econômico em que se inserem**.** Nessa perspectiva, o trabalho mostra que o setor de Saúde apresenta especificidades que o tornam um espaço de acumulação diferenciado dos demais, principalmente por sua grande propensão a gerar falhas de mercado, o que historicamente tem justificado a presença de inúmeras instituições não mercantis responsáveis pelo provimento desses serviços. Tomando por base a análise das particularidades da subsunção do trabalho médico no capital realizada em outro texto dos autores, este artigo trata de apontar que aquelas características do setor de serviços de Saúde decorrem das especificidades do processo de valorização do capital no seu interior, que segue uma lógica híbrida, em função da subsunção de um tipo de trabalho que se mantém ainda essencialmente artesanal.

Palavra-chave: Economia da Saúde.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **SUS**: avanços e desafios. Brasília, 2006. 164 p. ISBN 85-89545-07-5. Disponível em: <www.conass.org.br/pdf/Livro_Sus.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2013.

Resumo: Registra os grandes avanços do SUS nos últimos anos, em pouco mais de uma década e meia de existência, e apresenta propostas embasadas tecnicamente para o enfrentamento dos desafios que impedem a consolidação do sistema público de qualidade a toda a população brasileira. Focaliza, entre os desafios, o da universalização, o dilema entre a universalização e a segmentação do sistema de Saúde, o do financiamento do SUS, enfatizando a regulamentação da Emenda Constitucional n° 29, de 13 de setembro de 2000, e os desafios relativos à ineficiência de escala e a alocativa, assim como questões sobre equidade do financiamento. Trata também dos desafios associados ao modelo institucional e ao modelo de atenção à saúde do SUS, à gestão do trabalho e à participação social.

Palavras-chave: Economia da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS).

FERNANDES, Ana Cristina; LIMA, João Policarpo R. Lima. Cluster de serviços: contribuições conceituais com base em evidências do pólo médico do Recife. **Nova Economia**: Revista do Departamento de Ciências Econômicas da UFMG, Belo Horizonte, v. 16, n. 1, p. 11-47, 2006. Disponível em: <web.face.ufmg.br/face/revista/index.php/novaeconomia/article/view/462/458>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: Analisar o setor terciário sob o enfoque de *cluster* constitui objeto pouco discutido na literatura. Tal análise consiste em um desafio em si próprio, uma vez que o terciário envolve grande variedade de atividades, com especificidades em termos de trajetória e dinâmica de mercado que dificultam a generalização conceitual. O presente artigo pretende contribuir para essa análise, abordando a definição de *cluster* valendo-se da experiência do agrupamento territorial de empresas do chamado Polo Médico do Recife. Interessa-nos verificar se os elementos conceituais que dão suporte à ideia de *cluster* podem também ter aplicação no setor terciário. Para isso, procuramos conciliar diferentes referenciais teóricos – a literatura sobre distritos industriais, transações econômicas e economia de inovação, todas focadas no setor secundário – com as especificidades do setor de serviços de assistência de Saúde, objeto de nossa análise.

Palavra-chave: *Cluster*. Setor terciário. Aglomerações produtivas. Polo médico – Recife.

GERSCHMAN, Silvia; SANTOS, Maria Angélica Borges dos. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. **Revista Brasileira Ciências Sociais**, São Paulo, v. 21, n. 61, p. 177-190, 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v21n61/a10v2161.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2013.

Resumo: Compreende uma retrospectiva histórica das políticas e do mercado setoriais da Saúde no Brasil ao logo do século XX, buscando reconstruir as bases para o surgimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir de pesquisa não sistemática de bibliografia, bancos de dados e relatórios de pesquisa nacionais e internacionais sobre o sistema de Saúde brasileiro, as analisa, à luz de contribuições do marco teórico do neoinstitucionalismo histórico, as arenas institucionais e as relações específicas entre pagadores, provedores e credores relevantes para as sucessivas configurações adquiridas pelas políticas de saúde e o sistema de Saúde brasileiro. Arranjos institucionais resultantes das relações entre sucessivos atores políticos parecem ter tido um papel relevante na configuração da oferta de serviços de Saúde e para os limites e desafios com que se depara o SUS.

Palavras-chave: Políticas de Saúde. Setor de Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS) – Arranjos institucionais. Serviços de Saúde.

PELIANO, Anna Maria (Org.). **Desafios e perspectivas da política social**. Brasília: IPEA, dez. 2006. (Texto para discussão, n. 1.248). Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4810>. Acesso em: 28 fev. 2013.

Resumo: Apresenta os resultados do processo de discussão, no âmbito da Diretoria de Estudos Sociais (Disoc), do Ipea, a respeito dos avanços, problemas e desafios das políticas sociais no Brasil. Para sua elaboração, a Disoc organizou intenso debate, visando à construção de consensos entre os seus integrantes, por entender que a situação exigia mais que a simples expressão de posições ou opiniões pessoais. Apresenta o resultado, na forma de textos autorais, e está concentrado em temas que a diretoria considerou especialmente relevantes na atual conjuntura e sobre os quais possui conhecimento acumulado. Analisa as seguintes questões: Política de Valorização do Salário Mínimo; Previdência Social e Reformas; Efeitos dos Benefícios Previdenciários, Assistenciais e das Transferências de Renda sobre a Indigência e a Pobreza; Desafios postos ao Sistema Nacional de Saúde; Subsídios para Melhorar a Educação Brasileira; e Sistema Público de Emprego, Trabalho e Renda: limites e possibilidades. Destaca na agenda para a Saúde três temas vitais para a melhoria das condições da saúde no País. Em primeiro lugar, a necessidade de estabelecer adequada coordenação de políticas intersetoriais em resposta ao desafio representado pela crescente importância das doenças crônicas não transmissíveis e das causas externas de mortalidade. Em segundo lugar, a compatibilização de critérios e a busca de sinergia entre os múltiplos atores institucionais que atuam em forma complementar ou adicional ao Sistema Único de Saúde (SUS). Finalmente, a sugestão de medidas de aperfeiçoamento do SUS, que é a principal rede de atenção à saúde da população, especialmente da maioria pobre.

Palavras-chave: Brasil – Política social. Economia da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS).

Aspectos Gerais da Economia da Saúde 2007

ANDRADE, Eli Iola Gurgel et al. Pesquisa e produção científica em economia da saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 2, 2007. Disponível em: <bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6584/5168>. Acesso em: 21 jan. 2013.

Resumo: Elabora um diagnóstico sobre a área de Economia da Saúde (ES) no Brasil, a partir de inquérito enfocando os grupos de pesquisa em ES cadastrados no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e de levantamento da produção científica brasileira em ES, publicado entre janeiro de 1999 e junho de 2004 e disponibilizado na Biblioteca Virtual em Saúde Bireme (Paho/WHO). Os dados foram descritos considerando regiões geográficas, tipos de instituições e áreas temáticas de pesquisa. Dos grupos de pesquisa com trabalhos relacionados às áreas temáticas em ES, 48 apresentam ampla diversidade de atuação e concentram-se na Região Sudeste do País. Apenas 14% (376) das 2.617 publicações avaliadas se relacionam à ES. A maioria dos estudos foi publicada em 2002 e apresenta como principais temas: gestão, financiamento, eficiência alocativa e equidade na distribuição de recursos de Saúde. A análise permite identificar aspectos importantes para compreender o desenvolvimento do campo da ES no Brasil, entre 1999 e 2004.

Palavras-chave: Economia da Saúde. Produção científica. Grupos de pesquisa. Inquérito.

CARVALHO, Felipe Dias. **Avaliação econômica do impacto da atividade de atenção farmacêutica na assistência à saúde:** aspectos metodológicos. 2007. 103 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP), 2007.

Resumo: A atenção farmacêutica (Atenfar) é uma nova prática clínica, inerente ao profissional farmacêutico, que tem como principais objetivos a prevenção de doenças, a promoção e a recuperação da saúde de usuários de serviços sanitários por meio do fomento ao uso racional de medicamentos. A análise das publicações encontradas por intermédio da revisão bibliográfica realizada permitiu concluir que: • As análises econômicas tipo custo-minimização, tipo custo-efetividade, tipo custo-utilidade e tipo custo-benefício são aplicáveis a serviços de Atenfar; • Os custos relativos aos salários dos farmacêuticos, dos auxiliares e dos demais membros da equipe de Saúde; ao transporte do paciente ou da equipe de Saúde; aos materiais de consumo; aos medicamentos; às internações hospitalares; aos atendimentos médicos de urgência; às sensações de dor, de tristeza, de mal-estar; aos dias de trabalho perdidos; à necessidade de um cuidador; ao aluguel do espaço destinado ao serviço são custos que devem ser levantados em uma avaliação econômica de serviços de Atenfar; • A melhoria em parâmetros clínicos e na qualidade de vida de pacientes atendidos por serviços de Atenfar e a economia de recursos financeiros são possíveis resultados gerados por esses serviços; • As análises econômicas de serviços de Atenfar podem ser realizadas sob a perspectiva do paciente, da instituição de Saúde, do plano de saúde, do sistema de Saúde, da sociedade ou de qualquer outro agente que tenha interesse em realizar uma avaliação

econômica de tais serviços; • Os modelos de estudos epidemiológicos mais indicados para serem utilizados em análises econômicas de serviços de Atenfar são o modelo experimental e o modelo observacional longitudinal tipo coorte prospectivo.

Palavras-chave: Atenção farmacêutica – Uso racional de medicamentos. Economia da Saúde – Avaliação econômica de serviços de atenção farmacêutica.

O'DONNELL, Owen. Acesso aos cuidados de saúde nos países em desenvolvimento: rompendo barreiras contra a demanda. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 2820-2834, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v23n12/02.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: Nos países em desenvolvimento, as intervenções efetivas na saúde são subutilizadas, enquanto a utilização mostra disparidades associadas à renda. O autor resume as evidências sobre esse problema de acesso e identifica as causas existentes no lado da demanda. Em seguida, o autor analisa estratégias amplas para enfrentar o problema de acesso por meio de mudanças nos incentivos econômicos. O autor argumenta que é necessário ir além da identificação de estratégias amplas para elaborar e avaliar medidas políticas específicas. Somente por meio da experimentação e da avaliação poderemos aprender como aumentar a utilização dos cuidados em saúde, particularmente entre os pobres no mundo em desenvolvimento.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de Saúde. Países em desenvolvimento. Equidade.

PORTO, Silvia et al. Avaliação de uma metodologia de alocação de recursos financeiros do setor saúde para aplicação no Brasil. **Cad. Saúde Pública** [*online*], Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1393-1404, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v23n6/13.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: No início da década de 1990, foi desenvolvida na Inglaterra uma nova metodologia para alocação de recursos financeiros aos serviços de Saúde baseada nas necessidades de saúde da população. Essa metodologia caracteriza-se por adotar o modelo teórico de demanda aos serviços de Saúde e por empregar dados de utilização dos serviços para estimar o uso com base na necessidade de saúde. Este artigo objetivou avaliar a aplicabilidade dessa metodologia para alocação de recursos federais no Brasil. Empregaram-se dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) sobre as internações de curta permanência ocorridas no Brasil em 1999. Foram analisadas 134 áreas geográficas, que cobrem o País em sua totalidade. Os modelos estatísticos para estimar o uso testaram as seguintes variáveis de necessidades: mortalidade infantil; mortalidade geral padronizada; percentual de analfabetos; percentual de domicílios permanentes chefiados por mulheres e média de pessoas por domicílio. Todos os modelos de estimativa do uso de testados apresentaram coeficientes de regressão com sinal negativo, o que indica que a metodologia estudada apresenta restrições em contextos com grandes desigualdades sociais no uso de serviços de Saúde, como o do Brasil.

Palavras-chave: Alocação de recursos. Necessidades e demandas de serviços de Saúde. Equidade – Metodologia.

SANTOS, Marcelo Justus dos; KASSOUF, Ana Lúcia. Uma investigação dos determinantes socioeconômicos da depressão mental no Brasil com ênfase nos efeitos da educação. **Econ. Aplic.**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 5-26, mar. 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ecoa/v11n1/01.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: Este estudo investigou a relação entre fatores socioeconômicos e depressão mental com ênfase nos efeitos da educação, objetivando avançar no conhecimento e discussão sobre a relação entre fatores socioeconômicos e saúde. Foram utilizados dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) de 2003 e de seu suplemento especial sobre saúde. Foram estimadas, separadamente, equações para homens e mulheres. Constatou-se que as condições socioeconômicas podem interferir na probabilidade de ambos os gêneros desenvolverem sintomas depressivos. Contudo o efeito destas condições é maior nas mulheres. Por fim, concluímos que um maior nível educacional pode reduzir o risco de depressão.

Palavras-chave: Economia da Saúde. Saúde mental. Depressão mental.

GIOVANELLA, Ligia et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: CEBES; Fiocruz, 2008. 112 p. ISBN 978-85-7541-157-5.

Resumo: Consolida o conhecimento crítico sobre o sistema de Saúde brasileiro produzido ao longo dos últimos 30 anos. Conhecimento militante na defesa do direito universal à saúde e do acesso aos serviços de um sistema nacional de Saúde de qualidade para todos e de políticas de Saúde que promovam a redução das desigualdades sociais. Um livro didático e de referência que inclui os eixos de análise individual/coletivo, clínico/epidemiológico e público-privado, além de congregar autores com experiência na gestão de serviços e do próprio sistema, nos três níveis da Federação.

Palavras-chave: Política de Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS) – Brasil. Público-privado.

SANCHO, Leyla Gomes. Revisitando a literatura sobre custo-efetividade e utilidade em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2735-2746, 2008. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v24n12/02.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2013.

Resumo: Este trabalho tem por finalidade contribuir com a disseminação do conteúdo teórico desta área do conhecimento, assim como oferecer subsídios para reflexões no que tange à consecução de estudos, os quais resultem em reais benefícios para a população e a gestão do sistema de Saúde. Para tanto, realizou-se, sob uma perspectiva histórica e com base no ponto de vista de reconhecidos autores, ampla revisão da literatura que abrangeu desde sua fundamentação teórica até a formalização de guias metodológicos. O estudo ressalta, inclusive, as controvérsias metodológicas consequentes da diversidade das abordagens teóricas. E, como decorrência, recomenda a realização de pesquisas sobre a fundamentação teórica, particularmente a abordada pelos extrawelfaristas.

Palavras-chave: Análise Custo-Benefício. Gestão em Saúde. Revisão.

SZWARCWALD, Célia Landmann; VIACAVA, Francisco. Pesquisa Mundial de Saúde: aspectos metodológicos e articulação com a Organização Mundial da Saúde. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 11, p. 58-66, 2008. Suplemento 1. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbepid/v11s1/05.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2013.

Resumo: No ano 2000, o relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) foi dedicado à proposição de uma metodologia para a avaliação de desempenho dos sistemas de Saúde dos países- membros. O Relatório 2000 trouxe à agenda da OMS o comprometimento com os objetivos louváveis de avaliação dos sistemas de Saúde, monitoramento das desigualdades em Saúde e alcance da equidade no financiamento da Saúde. Entretanto o instrumental utilizado foi exposto a inúmeras críticas, tanto de cunho metodológico como conceitual. Como parte deste processo, para suprir informações sobre o estado de saúde das populações, a OMS propôs a elaboração da Pesquisa Mundial de Saúde (PMS) em vários países-membros.

No Brasil, a PMS foi conduzida no ano de 2003 e objetivou estabelecer parâmetros consistentes para avaliar o estado de saúde da população e a assistência prestada de acordo com as expectativas da população usuária, além de mensurar as desigualdades socioeconômicas em Saúde. O inquérito foi realizado em 5.000 indivíduos com 18 anos e mais de idade, em âmbito nacional. A amostragem foi realizada em três estágios. No primeiro, foram selecionados 250 setores censitários, com probabilidade proporcional ao tamanho. Em cada setor, foram selecionados 20 domicílios, por amostragem inversa. Em cada domicílio, um morador adulto foi selecionado com equiprobabilidade. O questionário modular, originalmente desenvolvido pela OMS, foi adaptado para se adequar às características do nosso meio. Nesse artigo, são descritos os aspectos metodológicos da pesquisa e o processo de articulação com a Organização Mundial da Saúde para a condução da PMS no Brasil.

Palavras-chave: Avaliação. Sistema de Saúde. Inquérito. OMS. Brasil.

THIEDE, Michael; MCINTYRE, Di. Informação, comunicação e acesso eqüitativo aos cuidados de saúde: um comentário conceitual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1168-1173, 2008. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v24n5/25.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: Este artigo conceitual discute a meta política do acesso equitativo à assistência em Saúde, com um foco especial no papel da escolha. Estabelece um arcabouço teórico baseado nas três dimensões do acesso: disponibilidade, acessibilidade financeira e aceitabilidade. No que diz respeito a cada uma dessas dimensões, o "grau de ajuste" entre o sistema de Saúde e os indivíduos ou comunidades tem papel determinante no nível de acesso aos serviços de Saúde, na medida em que define o conjunto de escolhas. No entanto, em última análise, é o grau de informação sobre as escolhas que determina o acesso aos serviços de Saúde. Portanto, acesso é definido como liberdade de utilização. O artigo analisa a informação e suas características (que atravessam as diversas dimensões do acesso), argumentando que uma política de Saúde equitativa deve estimular a ação comunicativa para fortalecer os indivíduos e as comunidades na expansão dos seus conjuntos de escolhas subjetivas.

Palavras-chave: Equidade no acesso. Acesso aos serviços. Comunicação em Saúde.

TRAVASSOS, Claudia; VIACAVA, Francisco; LAGUARDIA, Josué. Os suplementos saúde na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) no Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 11, p. 98-112, 2008, suplemento 1. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbepid/v11s1/09.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: As mudanças socioeconômicas, demográficas e tecnológicas e suas implicações nas políticas públicas demandam dos órgãos governamentais a produção de informações. As informações atualizadas de base populacional e de âmbito nacional são essenciais ao processo de planejamento e ao acompanhamento pela sociedade do cumprimento dos princípios constitucionais da Saúde, como direito ao acesso igualitário aos serviços de Saúde. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) é uma fonte de dados importante

para o conhecimento e o monitoramento de aspectos relevantes da situação de saúde da população brasileira e do acesso, utilização e financiamento de serviços de Saúde.

Neste artigo, faz-se um breve histórico da evolução dos objetivos, da periodicidade e da abrangência geográfica ao longo de quatro décadas da Pnad no Brasil, enfatizando-se os principais aspectos incluídos nos suplementos de saúde em 1981, 1986, 1998 e 2003. A produção de textos técnicos e acadêmicos, gerados a partir desses suplementos, tem permitido conhecer aspectos importantes da saúde da população brasileira e monitorar, em diferentes recortes geográficos e socioeconômicos, as políticas voltadas para o acesso e uso de serviços de Saúde. Argumenta-se sobre a necessidade de iniciar uma discussão mais profunda sobre a continuidade da série histórica iniciada em 1998, diante da implantação, em futuro próximo, do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD) pelo IBGE.

Palavras-chave: Inquéritos domiciliares. Pnad. Saúde. Acesso a serviços de Saúde. Utilização de serviços de Saúde.

Aspectos Gerais da Economia da Saúde 2009

FAVERET, Ana Cecilia de Sá Campello (Org.). **Prontuários de bases de dados**: informação sistematizada para as contas de saúde do Brasil. Brasília: IPEA, 2009. Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Livro_prontuarios_BasesDados.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2013.

Resumo: Consolida 26 fichas de Qualificação e *Status* de Uso de Bases de Dados que foram identificadas pelo Grupo Executivo do projeto Contas de Saúde do Brasil como relevantes para o desenvolvimento de seu trabalho. Trata do resultado da implementação da estratégia de registro padronizado das bases de dados que foi prevista no âmbito dos produtos 3 e 7 do Plano de Trabalho do projeto para o período de agosto de 2006 a dezembro de 2007. Os produtos englobam o Cadastro de Estabelecimentos e os Sistemas de Informação, Bases de Dados e de Registros Administrativos a serem potencialmente utilizados para a elaboração da Conta-Satélite de Saúde. A estratégia foi desenhada com base em recomendações contidas no Capítulo 6 do *Roteiro para Produção de Contas Nacionais*, elaborado pela Organização Mundial da Saúde, pelo Banco Mundial e pela United States Agency for International Development (USAID). Segundo o documento, a elaboração de plano de informação deve ser precedida da definição do escopo das Contas de Saúde, de modo a dar foco ao processo de coleta de informações. Além disso, esclarece que cabe à equipe nacional das Contas de Saúde catalogar o que foi identificado como fonte de informação, examinar suas características, compará-la com outras fontes e, por fim, decidir se deve ou não fazer parte do rol de bases de dados a serem efetivamente utilizadas nas diversas tabelas. O presente documento está organizado em três partes, além desta Apresentação. Na Seção 2, é apresentado o instrutivo elaborado pela Coordenação Técnica do Projeto para orientar os membros do Grupo Executivo e demais colaboradores responsáveis pelo preenchimento das diversas fichas. O instrutivo procura esclarecer o conteúdo esperado de cada campo da ficha e só será alterado caso alguma mudança significativa na estrutura da ficha venha a ser implementada. Na Seção 3, encontra-se quadro-resumo das 26 bases de dados estudadas, incluindo os respectivos nomes, objetivos e aplicações na Conta-Satélite de Saúde. Por fim, na Seção 4, encontram-se as fichas propriamente ditas.

Palavras-chave: Sistema de Saúde. Bases de dados. Sistemas de informação. Levantamentos cadastrais.

BARROS, Gabriel Leal de. **Saúde pública:** falta de recursos ou de gestão?: diagnóstico da saúde pública no Brasil: impressões iniciais e reflexões. Rio de Janeiro: FGV; IBRE, dez. 2012. Disponível em: <http://portalibre.fgv.br/main.jsp?lumPageId=402880811D8E34B9011D9CCBFDD1784C&contentId=8A7C82C53CAC196A013CDF1E4865364D>. Acesso em: 21 jan. 2013.

Resumo: Contextualiza a evolução das medidas de caráter legal e normativas, quanto às responsabilidades dos governos. Aponta que apesar de a saúde ser um direito de todos e dever do Estado, as diversas diretrizes constitucionais e infraconstitucionais relativas ao provimento de serviços de Saúde, os conceitos de equidade, universalidade e integralidade não são cumpridos, conforme apontam os relatórios do Tribunal de Conta da União. Faltam

transparência e prestação de contas, e os dados apresentados pelo Ministério da Saúde não são confiáveis. Existe problema de ordem sistêmica relacionado ao planejamento e controle dos programas e recursos financeiros, com reflexos diretos sobre a eficiência e a efetividade das políticas públicas de Saúde nos três níveis de governo, de acordo com diversos especialistas. Necessita atacar a defasagem gerencial e empreender esforços na implementação de uma gestão eficiente dos recursos públicos.

Palavras-chave: Saúde pública – Brasil. Economia da Saúde. Gestão da Saúde – Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Glossário temático**: economia da saúde. 2. ed. ampl. Brasília, 2009. 60 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). ISBN 85-334-1282-7. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/popup/glossario_ecos2.htm>. Acesso em: 17 jan. 2013.

Resumo: Sistematiza produto do Projeto de Terminologia da Saúde, que visa à padronização e ao aperfeiçoamento de termos e siglas utilizados para representar e recuperar a produção técnico-científica da saúde pública brasileira nas bases de dados bibliográficas e de legislação, principalmente no âmbito da Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde.

Palavras-chave: Economia da Saúde – Glossário. Glossário temático – Saúde.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **SUS 20 anos**. Brasília, 2009. 282 p. ISBN 978-85-89545-54-9. Disponível em: <www.conass.org.br/publicacoes/sus20anosfinal.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2013.

Resumo: Trata do esforço de estruturar e consolidar o SUS, como sistema público de Saúde de enorme relevância, bem como procura refletir sobre o que esperar do SUS para os próximos 20 anos. Aborda as questões estruturais e estratégicas para o SUS como a gestão e gerência, o financiamento, o planejamento, os recursos humanos, a participação da comunidade; o desafio da incorporação tecnológica e a relevância da gestão do conhecimento, da avaliação tecnológica e da avaliação econômica em sua realização. Na sequência, temas ligados ao processo de implementação do SUS como a construção do Pacto pela Saúde e a organização da atenção primária e das redes de atenção à saúde, trazendo propostas concretas para superar os desafios que se impõem para a organização do sistema de Saúde brasileiro. Inclui, nos últimos dois capítulos, temas que, pela sua importância dentro da agenda recente dos gestores do SUS, precisam ser debatidos à luz de uma nova abordagem, que envolva ações intersetoriais efetivas com forte participação da sociedade brasileira: o enfrentamento da violência e da dengue.

Palavras-chave: Economia da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS) – Gestão. Saúde – Financiamento.

ENGEL-COX, Jill et al. Modelo conceitual de indicadores de desempenho abrangentes para a melhoria da saúde humana e do meio ambiente. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 519-531, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a20v14n2.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: A avaliação de desempenho compreendia predominantemente resultados de curto prazo avaliados por meio de bibliometria, mas recentemente a ênfase voltou-se à prestação de contas dos investimentos com base em resultados a longo prazo. Nosso objetivo é criar um modelo lógico e métricas associadas para que possamos avaliar a contribuição de programas de pesquisa em saúde ambiental para melhorar a saúde humana, o meio ambiente e a economia. Desenvolvemos um modelo lógico que define os componentes e elos entre os programas de pesquisa em saúde ambiental extramuros subsidiados e os resultados relacionados à saúde e ao bem-estar social, qualidade ambiental e sustentabilidade, economia e qualidade de vida, com ênfase no portfólio de pesquisa em saúde ambiental do National Institute of Environmental Health Sciences (NIEHS), divisão de pesquisa e treinamento extramuros, delineando caminhos para as contribuições de cinco tipos de parceiros institucionais no processo de pesquisa. O modelo está sendo usado em aplicações específicas do NIEHS e na comunidade de pesquisa como um todo. Analisamos brevemente dois exemplos e os pontos fortes e limitações da avaliação baseada em resultados dos programas de pesquisa.

Palavras-chave: Desenvolvimento de modelo conceitual. Pesquisa em saúde ambiental. Desenvolvimento de métrica. Avaliação de desempenho. Avaliação de impacto de pesquisa.

FREITAS, Maurício Assuero Lima de. **Economia da saúde**: uma abordagem usando modelos macroeconômicos. 2009. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre (RS), 2009.

Resumo: Analisa a influência do setor de Saúde no crescimento econômico ótimo. Discute as propriedades desejáveis de uma função que represente o esforço do sistema de Saúde na recuperação dos doentes e chega a resultados como: nos modelos utilizados, o tamanho ótimo do setor de Saúde limita o crescimento tecnológico do setor de produção, o sistema de Saúde aumenta o bem-estar social, a taxa de mordibade tem um custo relacionado com os preços relativos de capital e mão de obra, e o trabalho fornece uma alternativa de crescimento econômico com crescimento populacional negativo. Utiliza as ferramentas da teoria do controle ótimo para encontrar as condições necessárias que justificam a existência de crescimento balanceado.

Palavras-chave: Economia da Saúde. Função esforço do sistema de Saúde. Recursos em Saúde. Administração em Saúde.

IPEA. Diretoria de Estudos e Políticas Sociais. **Políticas sociais**: acompanhamento e análise: vinte anos da Constituição Federal. Brasília, 2009.

Resumo: Composta por três volumes, a edição especial do periódico Políticas Sociais: Acompanhamento e Análise recupera, de maneira analítica, a trajetória das políticas sociais no período de duas décadas após a promulgação da Constituição de 1988. No primeiro volume, os pesquisadores da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc) analisam as áreas sociais vinculadas à proteção social, unidas desde a Constituição de 1988 sob o conceito de seguri-

dade social. Além de um capítulo sobre a importância da seguridade social como princípio norteador para a proteção social no País, a obra traz, ainda, análises sobre as conquistas, os desafios e as perspectivas da previdência social, da assistência social, da segurança alimentar e saúde. O segundo volume traz a análise dos pesquisadores da Disoc sobre as políticas sociais que pretendem garantir oportunidades iguais de acesso aos recursos e benefícios conquistados pela sociedade, seja pela formação, qualificação e desenvolvimento ou pela redistribuição direta de ativos. O terceiro e último volume reúne as análises dos pesquisadores da Disoc sobre temas relacionados à promoção e à garantia de direitos: direitos humanos, cidadania, acesso à justiça, segurança pública, igualdade de gênero e igualdade racial.

Palavras-chave: Política social – Brasil. Seguridade social. Direitos sociais. Proteção social.

MOULD QUEVEDO, Joaquín F. et al. **O conceito de *willingness to pay* em questão**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 352-358, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v43n2/7156.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2013.

Resumo: São revisadas as limitações do uso do conceito de willingness to pay (disposição a pagar) nas avaliações econômicas que se realizam no campo da Saúde. Há na literatura econômica muitos investigadores que assinalam os múltiplos problemas metodológicos inerentes às estimações de *willingness to pay*. Por outro lado, o debate teórico-conceitual acerca da agregação das preferências individuais dentro de uma demanda agregada não está totalmente resolvido. Contudo, durante os últimos 20 anos, a estimação da disposição a pagar calculada pelos estudos tem aumentado de forma significativa, sendo, em muitos casos, um dos principais fatores de tomada de decisão em políticas de Saúde. São apresentadas algumas das limitações desta técnica, assim como o possível efeito de distorção que poderia ter sobre as avaliações econômicas em Saúde.

Palavras-chave: Método de Controle de Pagamentos – Recursos em Saúde – Provisão e distribuição – Técnicas de estimativa – Economia da Saúde.

PIOLA, Sérgio Francisco et al. **Estado de uma nação**: textos de apoio – Saúde no Brasil: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: IPEA, fev. 2009. (Texto para discussão, n. 1.391). Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4709>. Acesso em: 15 mar. 2013.

Resumo: Compila textos preparados pela equipe de Saúde da Disoc/Ipea para apoiar a elaboração do livro "Brasil: o estado de uma nação de 2007". Analisa a situação de saúde da população brasileira nas últimas décadas, as inovações trazidas pela Constituição de 1988 para o campo da Saúde e o papel do Estado na área. Discute problemas relacionados ao financiamento, à regulação do setor e à provisão de serviços pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Mostra que, apesar dos avanços obtidos, existem vários problemas, muitos relacionados à gestão, a serem equacionados para se obter maior efetividade e eficiência no desempenho do sistema.

Palavras-chave: Brasil – Saúde – financiamento e gestão. Sistema Único de Saúde (SUS) – Brasil.

PIOLA, Sérgio Francisco; VIANNA, Solon Magalhães (Org.). **Saúde no Brasil**: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: CEPAL, abr. 2009. 83 p. (LC/BRS/R. 200).

Resumo: Discute sobre a saúde da população brasileira nos últimos anos e inovações trazidas pela Constituição de 1988 para o campo da Saúde e o papel do Estado na área. Aborda vários aspectos relacionados ao financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), à regulação setorial e à provisão de serviços. Salienta, como um ponto fundamental para aumentar a efetividade do Sistema Único de Saúde, a reorientação do modelo de atenção, para que possa melhor responder às novas exigências decorrentes do quadro epidemiológico, com predomínio das doenças crônicas não transmissíveis e à necessidade de garantir, de forma eficiente e oportuna, o princípio da integralidade da atenção. Enfatiza que, apesar dos avanços (Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90), 18 anos após o início da estruturação do SUS, questões fundamentais para a sua consolidação ainda persistem parcialmente irresolutas. Avalia que a questão dos recursos financeiros é uma das poucas que permite consenso entre atores sociais, públicos e privados comprometidos com o desenvolvimento do sistema de Saúde brasileiro. Considera que o desafio remanescente é obter a aprovação no Congresso da lei complementar que regulamenta a EC nº 29/2000, dando condições de um acompanhamento mais efetivo e transparente do comprometimento dos recursos públicos para o SUS e para a definição de critérios ancorados na equidade para as transferências federais aos entes subnacionais.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS) – Brasil. Política Nacional de Saúde – Brasil. Saúde – financiamento – Brasil. Economia da Saúde. Saúde – Estado e regulação.

SOAREZ, Patrícia Coelho de; NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh; SARTORI, Ana Marli Christovan. **Impacto da metodologia nos resultados de avaliações econômicas de programas de vacinação da varicela**: é importante para o processo de tomada de decisão?. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, suppl. 3, p. S401-S414, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v25s3/06.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2013.

Resumo: Objetiva rever a literatura sobre avaliação econômica de programas de vacinação infantil contra varicela e discutir como a heterogeneidade em aspectos metodológicos e na estimativa dos parâmetros pode afetar os resultados dos estudos. Após aplicação dos critérios de inclusão, 27 estudos do período de 1980 a 2008 foram analisados com relação às diferenças metodológicas. Observou-se grande heterogeneidade na perspectiva adotada, valoração dos custos indiretos, tipo de modelo empregado, modelagem do efeito no herpes zoster, e na estimativa dos parâmetros de preço e eficácia da vacina. O fator que mais impactou os resultados foi a inclusão dos custos indiretos seguido da perspectiva e do preço de vacina adotados. A escolha de um determinado aspecto metodológico ou parâmetro afetou os resultados e conclusões dos estudos. É de fundamental importância que os autores apresentem essas escolhas com transparência para que os usuários das avaliações econômicas compreendam as repercussões dessas escolhas e em qual direção os resultados das análises foram conduzidos.

Palavras-chave: Avaliação de Custo-Efetividade. Custos e análise de custo. Programas de imunização. Varicela.

VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Equidade em saúde**: uma análise crítica de conceitos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, p. s217-s226, 2009. Suplemento 2. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v25s2/04.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: A equidade em Saúde tem sido estudada principalmente a partir de uma perspectiva epidemiológica e pouca atenção tem sido dada às questões conceituais. Em grande parte dos estudos revisados, a equidade tem sido utilizada como sinônimo de igualdade, e seu oposto, a iniquidade, como de desigualdade. As tentativas de melhor precisar seus significados têm sido, em boa parte, descritivas, com lacunas no que diz respeito à discussão das relações entre equidade em Saúde, justiça e o processo de determinação social da saúde-doença. Neste ensaio, pretendemos analisar criticamente a série significante diversidade, diferença, desigualdade, iniquidade, distinção no que concerne à produção da saúde-doença-cuidado em grupos sociais e suas possibilidades de articulação a uma Teoria Social da Saúde. Nesse percurso, estaremos apoiados, por um lado, no conceito de Perelman de equidade e em alguns dos argumentos de Heller sobre a justiça e, por outro, na sociologia das práticas de Bourdieu, com o objetivo de melhor desenvolver esses conceitos, procurando discutir implicações para a formulação de políticas públicas no campo da Saúde.

Palavras-chave: Equidade em Saúde. Desigualdade em Saúde. Formação de conceito.

Aspectos Gerais da Economia da Saúde 2010

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO-MARTINEZ, Francisco Javier. Modelos avaliativos e reforma sanitária brasileira: enfoque qualitativo-participativo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 566-570, 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v44n3/22.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2013.

Resumo: Ao longo dos últimos anos, registra-se um crescente interesse por propostas avaliativas não tradicionais e mais abrangentes nos movimentos de reforma sanitária em curso na América Latina. Este estudo teve por objetivo analisar potencialidades do enfoque avaliativo qualitativo-participativo ante o desafio de fortalecer as reformas sanitárias na região, particularmente aquelas que se configuram progressistas, como o caso brasileiro. Há necessidade de se avaliar as reformas sanitárias rigorosa e permanentemente, sobretudo a incongruência do emprego de modelos normativos para avaliar sistemas de Saúde baseados nos princípios de universalização, integralidade, humanização e gestão democrática. Além da demanda por estratégias e instrumentos de avaliação, a reforma sanitária brasileira requer a adoção de propostas e práticas avaliativas fundamentadas em outros paradigmas distintos daquele ainda hegemônico no âmbito da avaliação em Saúde. Advoga-se pela utilização de modelos emergentes de avaliação, tais como os de corte qualitativo-participativo.

Palavras-chave: Reforma sanitária. Serviços de Saúde. Pesquisa interdisciplinar. Pesquisa qualitativa. Planos e programas de pesquisa em Saúde. Avaliação da pesquisa em Saúde.

CASTRO, Jorge Abrahão de et al. (Org.). **Perspectivas da política social no Brasil**. Brasília: Ipea, 2010. 452 p. (Série: Eixos Estratégicos do Desenvolvimento Brasileiro, livro 8). Projeto: Perspectivas do Desenvolvimento Brasileiro. ISBN 978-85-7811-063-5. Disponível em: <ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livros/Livro_perspectivasdapolitica.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2013.

Resumo: Trata do Estado "social" desenhado na Constituição de 1988 e da moldagem, à sua imagem e semelhança, de uma economia igualmente "social". Avalia que essa economia, que tem vínculos orgânicos com a política – criticados pela perspectiva liberal –, tem se mostrado, nos últimos anos, capaz de crescer e distribuir bem-estar a extensas parcelas da população brasileira. Colabora com o debate, abrindo novas possibilidades de análise de tal economia. Organiza a obra em duas partes distintas, mas também complementares. Detém a primeira parte, com um foco geral, em aspectos da relação entre a regulação social e a dinâmica socioeconômica e explora os traços que podem ser assumidos por essa relação em um futuro próximo, tendo como referência o ano de 2022 – bicentenário da independência política brasileira. Adota, na segunda parte, um enfoque setorial, oferecendo análises sobre educação, cultura, reforma agrária, trabalho, saúde, garantia de renda e igualdade de gênero, contemplando a composição do gasto social do governo nas três esferas e os efeitos econômicos do gasto social no Brasil.

Palavras-chave: Economia da Saúde. Política social – Brasil. Brasil – Questão social. Desenvolvimento social. Brasil – Regulação social e dinâmica socioeconômica.

OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin de; ASSIS, Marluce Maria Araújo; BARBONI, André René. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 3561-3567, 2010. Suplemento 3. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a31.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: Este artigo é um estudo de revisão teórica que discute a Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde, resgatando-se brevemente a história da Política Nacional de Medicamentos, os mecanismos de financiamento no processo de descentralização da Saúde e a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde. A ampliação do acesso da população ao sistema de Saúde exigiu mudanças na distribuição de medicamentos, de maneira a aumentar a cobertura e, ao mesmo tempo, minimizar custos. Identificam-se avanços no arcabouço jurídico e institucional: descentralização da gestão das ações da assistência farmacêutica; ampliação do acesso da população aos medicamentos essenciais; e estruturação da assistência farmacêutica nos municípios. No entanto persistem ações prioritárias em relação ao financiamento e à cobertura populacional, em detrimento da qualidade dos processos. Conclui-se que em muitos municípios brasileiros ocorrem baixa disponibilidade e descontinuidade da oferta de medicamentos essenciais; dispensação por trabalhadores sem qualificação; condições inadequadas de armazenamento que comprometem a qualidade dos medicamentos; prescrição de medicamentos que não pertencem à Relação Nacional de Medicamentos Essenciais; e problemas relacionados ao acesso dos usuários à farmacoterapia.

Palavras-chave: Assistência farmacêutica. Atenção básica à Saúde.

Aspectos Gerais da Economia da Saúde 2011

FERNANDEZ, Rodrigo Nobre; CARRARO, André; MENEZES, Gabrielito. Parcerias público-privadas: um modelo teórico aplicado a hospitais. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA 39., 2011, Foz do Iguaçú (PR). [**Anais...**]. Niterói: ANPEC, 2011. Disponível em: <anpec.org.br/encontro/2011/inscricao/arquivos/000-6c6ec0d6af5c4ed101bcd1cd169cf7d2.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: A parceria público-privada (PPP) é um novo modelo de contratação pública, o qual consiste na relação contratual entre o ente público e o privado. Um dos seus aspectos mais relevantes é o compartilhamento de riscos entre esses dois setores e a possibilidade de investimentos em obras de infraestrutura, superando as restrições orçamentárias do Estado. Neste trabalho, avaliou-se um modelo teórico de PPPs aplicado a hospitais. Dentro desse contexto, viu-se que, devido ao problema de risco moral, a melhor alternativa para o governo é realizar contratos separados e terceirizar a contratação dos prestadores de serviços clínicos. Além disso, essas parcerias apresentam-se como um mecanismo de política pública se o Estado conseguir equilibrar os parâmetros que ajustam sua restrição orçamentária e estabelecer regras contratuais que especifiquem da melhor forma o nível de qualidade necessário de determinado serviço.

Palavras-chave: Parcerias público-privadas. Infraestrutura em Saúde. Risco moral.

GALVÃO, Luiz Augusto C.; FINKELMAN, Jacobo; HENAO, Samuel (Orgs.). **Determinantes ambientais e sociais da saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz: OPS/OMS, 2011. 601 p. ISBN 978-92-75-73129-1.

Resumo: Objetiva disseminar no Brasil análises e debates para a redução dos danos à saúde associados a problemas ambientais. Os organizadores chamam atenção para a crescente medicalização das agendas de Saúde, ignorando com frequência a crescente massa de evidências que associam uma boa ou má saúde individual e coletiva a um grau de determinantes ambientais e sociais, dominados por amplas iniquidades sociais e econômicas que limitam o bem-estar e o progresso de amplos setores da população. A coletânea é dividida em três partes. A primeira discute as novas agendas de Saúde, o desenvolvimento sustentável e a governança da saúde ambiental. A segunda reúne trabalhos sobre temas técnicos de caráter geral, como epidemiologia, toxicologia, mudanças climáticas, doenças infecciosas emergentes e comunicação de riscos. Aborda também o papel dos laboratórios de saúde ambiental, a deterioração dos ecossistemas e a proteção à saúde do consumidor. Já a terceira parte analisa questões mais específicas ligadas à energia, à universalização do saneamento básico, aos alimentos geneticamente modificados, aos desastres naturais e aos cuidados com a primeira infância.

Palavras-chave: Saúde. Ambiente.

GONÇALVES, Ludmilla R. C.; GONÇALVES, Eduardo; OLIVEIRA JR., Lourival Batista de. Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional. **Nova Economia**, Revista do Departamento de Ciências Econômicas da UFMG, Belo Horizonte, v. 21, n. 2, 2011. Disponível em: <web.face.ufmg.br/face/revista/index.php/novaeconomia/article/view/1483/917>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: A Organização Mundial da Saúde avalia o suicídio como um problema de saúde pública, estando entre as dez causas mais frequente de morte, além de ser a segunda ou terceira causa de morte entre 15 e 34 anos de idade. Estimativas mostram que para cada suicídio, existem pelo menos dez tentativas suficientemente sérias que exigem atenção médica e para cada tentativa de suicídio registrada, existem quatro não conhecidas. O objetivo desse artigo é avaliar os determinantes socioeconômicos das taxas de suicídio por microrregiões brasileiras, levando em consideração aspectos espaciais do problema. A hipótese desse artigo é que existe um "efeito contágio" espacial para o suicídio, ou seja, as taxas de suicídio dos vizinhos de uma microrregião são importantes determinantes do comportamento dessa variável em outra microrregião. Para tal, são usadas técnicas de econometria espacial que permitem avaliar se existe dependência espacial entre as taxas de suicídio das microrregiões.

Palavras-chave: Mortalidade. Taxas de suicídio. Econometria espacial – Brasil.

MARTINS, Vidigal Fernandes et al. Reestruturação dos serviços públicos de saúde no Brasil: um olhar sobre a Medida Provisória 520 que cria a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, São Paulo, v. 3, n. 3, set. 2011. Disponível em: <www.jbes.com.br/images/v3n3/art08.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2013.

Resumo: Neste trabalho, pretendeu-se debater a Medida Provisória n° 520/10, criada em 31 de dezembro pelo então presidente Lula, que implicou no surgimento da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). O objetivo deste artigo é descrever o modelo de gestão dessa nova organização. Trata-se de um estudo teórico, baseado na revisão e na análise da literatura sobre o tema. O modelo de gestão da EBSERH foi descrito e analisado à luz das considerações sobre estrutura organizacional e burocracia profissional de Mintzberg (1993, 2003).

Palavras-chave: Saúde pública – Brasil. EBSERH – Estrutura organizacional.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **Critérios de justiça distributiva em saúde**. Brasília: IPEA, mar. 2011. (Texto para discussão n. 1591). Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1591.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2013.

Resumo: São discutidas, neste trabalho, diferentes concepções sobre critérios distributivos em Saúde com base na noção de equidade. Tem-se como principal pressuposto que as necessidades de saúde constituem simultaneamente necessidades de segurança social. As questões da equidade e dos limites da distribuição de serviços de Saúde são analisadas

a partir da conformação histórica da seguridade social no Brasil e dos ideais de igualdade e universalidade de acesso e integralidade da assistência defendidos pelo Movimento Sanitário nos anos 1980, os quais deram origem ao Sistema Único de Saúde (SUS). É salientada a emergência, ao longo dessa história institucional, de conflito entre racionalidades distributivas de três tipos: a securitária, a sanitária e a seguridade social. A articulação filosófica entre a saúde e a segurança social é realizada por meio do conceito de habilidade fundamental, tendo por referência o pensamento de Martin Heidegger e a noção similar apresentada por Amartya Sen. Conclui-se ser necessário que as políticas do SUS se pautem mais explicitamente pela racionalidade da seguridade social, ao considerar a saúde como sustentáculo das habilidades fundamentais humanas.

Palavras-chave: Equidade. Seguridade Social – Brasil. Saúde pública. Sistema Único de Saúde (SUS).

PAIM, Chennyfer da Rosa Paino. **Indicadores econômicos e de saúde**: a relação entre inflação, desemprego, renda e mortalidade. 2011. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo (SP), 2011.

Resumo: Correlaciona os indicadores de saúde Mortalidade Geral, Mortalidade Infantil, Materna e por Causas Externas com os indicadores macroeconômicos: inflação, desemprego e renda no Brasil durante o período de 1980–2009, contribuindo para a reflexão se as instabilidades ou recessões econômicas interferem na saúde dos indivíduos. A fundamentação teórica tem como base a literatura sobre condições macroeconômicas e saúde. Verifica que existem diversos trabalhos relacionando a mortalidade com renda e desemprego, porém poucos agregam a variável inflação, sendo que, entre eles, nenhum especifica uma série histórica do Brasil. O método aplicado foi empírico-analítico de séries históricas dos indicadores propostos, sendo que, para os resultados das correlações, utilizou-se a técnica de regressão linear simples, por meio do *software* STATA. Os resultados favoreceram a hipótese de Philips, ou seja, quando existe queda da inflação, o desemprego aumenta e consequentemente a renda diminui; o que em tese temos piores condições de vida e saúde, com maiores taxas de mortalidade. Nas correlações entre mortalidade infantil, materna eexterna, encontramos esse resultado; nas recessões econômicas, as taxas de mortalidade aumentam. Acredita ser necessário certo grau de cautela na interpretação dos resultados, a fim de evitar a aceitação de associações definitivas sem considerar outras variáveis não analisadas nessa tese que podem sofrer variações por outros fatores. Sugere pelas análises de regressão efetuadas que existe uma relação entre os indicadores de saúde e econômicos estudados, em que baixa inflação ocasiona aumento do desemprego e baixa renda, levando a pior condição de saúde e a elevadas taxas de mortalidade.

Palavras-chave: Inflação. Mortalidade. Desemprego. Renda. Indicadores básicos de saúde. Saúde coletiva.

VIANA, Ana Luiza d`Ávila; LIMA, Luciana Dias de (Org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. 216 p. ISBN 978-85-7740-095-9.

Resumo: Resulta de projeto que contou com o apoio financeiro do Ministério da Saúde, e com ampla equipe de pesquisadores do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz e do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Mato Grosso. Apresenta o marco teórico-conceitual que deu embasamento ao estudo, que integra linha de pesquisa sobre federalismo, relações intergovernamentais e políticas de Saúde. Seguem-se à introdução, seis capítulos organizados em três partes. Na primeira parte, apresenta os condicionantes relacionados ao contexto nacional que informam as políticas sociais e as políticas de descentralização e de regionalização do SUS. Na segunda parte, enfoca condicionantes estruturais da regionalização, no que se referem às particularidades socioeconômicas, às características das redes de serviços nas regiões e às condições de financiamento público em Saúde e sua interação com o processo de regionalização. A última parte trata dos condicionantes históricos e político-institucionais da regionalização no plano estadual e o papel das Comissões Intergestores Bipartites na regionalização em Saúde.

Palavras-chave: Saúde – Financiamento. Economia da Saúde. Saúde – Regionalização.

VICTORA, Cesar Gomes et al. (Org.). **Saúde no Brasil**: a série 'The Lancet', 2011. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. 196 p. ISBN 978-85-7541-221-3.

Resumo: A renomada revista inglesa The Lancet avaliou como oportuna a produção de uma série de artigos sobre a saúde no Brasil, a exemplo do que já havia sido feito com a África do Sul e a China – outras duas economias emergentes e promissoras no contexto mundial. Publicado em maio de 2011, o número temático da revista sobre o Brasil teve grande repercussão dentro e fora do País. Com o objetivo de aumentar o acesso do público brasileiro ao conteúdo desses artigos, The Lancet autorizou a Editora Fiocruz a traduzir a edição especial para o português e adaptá-la para a forma de livro. Desse modo, com o lançamento deste título, abre-se nova oportunidade para que trabalhadores e gestores do SUS, estudantes, docentes e pesquisadores da saúde pública, e participantes dos movimentos sociais e órgãos de controle social da Saúde tenham acesso a uma das publicações recentes mais completas sobre a saúde em nosso País. Os seis capítulos do livro – que refletem os seis artigos do número temático – abordam o SUS; a saúde materno-infantil; doenças infecciosas; doenças crônicas não transmissíveis; violências; e inovações nas políticas de Saúde.

Palavras-chave: Economia da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS) – Gestão. Saúde – Financiamento. Saúde materno-infantil. Doenças infecciosas. Doenças crônicas não transmissíveis. Saúde – Inovação.

Aspectos Gerais da Economia da Saúde 2012

ARRETCHE, Marta. **Democracia, federalismo e centralização no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz: FGV, 2012. 232p. Apoio Fapesp e Centro de Estudos da Metrópole. ISBN 978-85-7541-298-5.

Resumo: As primeiras avaliações após a Constituição de 1988 foram de que a Federação brasileira – União, estados e municípios –, operando de forma descentralizada, fortaleceria a democracia. Passada a euforia inicial, emergiram as críticas, segundo as quais essa descentralização poderia, ao contrário, funcionar como um obstáculo à democracia, pois a autonomia de estados e municípios dificultaria ações unificadas, gerando desequilíbrios entre as unidades constituintes. Neste livro, com base em evidências empíricas de longas séries históricas e informações abrangentes, a autora discorda das duas abordagens anteriores e apresenta uma nova leitura: o sistema federativo brasileiro é bastante centralizado, o que não deve ser confundido com ausência de mecanismos de frear a influência do governo central – apesar da forte presença da União, estados e municípios, atores relevantes na formulação e na implementação de políticas públicas.

Palavras-chave: Sistema federativo brasileiro. Democracia – Brasil. Federalismo – Brasil. Políticas públicas – Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Glossário temático**: saúde suplementar. 2. ed. Brasília, 2012. ISBN 978-85-334-1601-7. Disponível em: <www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/saude-sup_glossario_site-1.pdf>. Acesso em: 8 fev. 2013.

Resumo: Sistematiza produto do Projeto de Terminologia da Saúde, que visa à padronização e ao aperfeiçoamento de termos e siglas utilizados para representar e recuperar a produção técnico-científica da saúde pública brasileira nas bases de dados bibliográficas e de legislação, principalmente no âmbito da Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde.

Palavras-chave: Saúde suplementar – Glossário. Glossário temático – Saúde suplementar.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento. **Guia de seleção de documentos para a base de dados da produção científica em economia da saúde no Brasil**. Brasília, 2012. 40 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). ISBN 978-85-334-1916-2. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_selecao _documentos_economia_saude.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2013.

Resumo: Este guia contém critérios de seleção de documentos para incorporação na Base de Dados Ecos, Base de Dados de Economia da Saúde do Brasil. É composto de duas seções principais: cobertura da base de dados e critérios de seleção por tipo de literatura, além de anexos. A primeira seção corresponde às definições da cobertura temática, cronológica, geográfica e idiomática da Base de Dados Ecos, disponibilizada na BVS/Ecos – Portal Nacional de Informação em Economia da Saúde. A segunda seção corresponde ao critério especí-

fico de seleção por tipo de literatura, como publicações periódicas, livros, teses e outros. O projeto que desenvolve a BVS/Ecos – Portal Nacional de Informação em Economia da Saúde conta com o financiamento do Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde.

Palavra-chave: Economia da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento. **Macroeconomia**. Marcelo Chaves de Castro (elaboração). Brasília, 2012. 62 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde. Cadernos de Economia da Saúde, v. 3). ISBN 978-85-334-1931-5. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_economia_saude_3_macroeconomia.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2013.

Resumo: Aborda conceitos fundamentais de macroeconomia com o objetivo de colaborar com a construção da base teórica necessária para a compreensão dessa interseção entre o campo da Saúde e o da Economia.

Palavras-chave: Macroeconomia. Economia da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento. **Microeconomia**. Brasília, 2012. Marcelo Chaves de Castro (elaboração). 67 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde. Cadernos de Economia da Saúde, v. 2). ISBN 978-85-334-1930-8. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_economia_saude_2_microeconomia.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2013.

Resumo: Aborda conceitos fundamentais de microeconomia com o objetivo de colaborar com a construção da base teórica necessária para a compreensão dessa interseção entre o campo da Saúde e o da Economia.

Palavras-chave: Microeconomia. Economia da Saúde.

GIOVANELLA, Lígia et. al (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz: Cebes, 2012. 1.100 p. ISBN 978-85-7541-417-0.

Resumo: Consolida o conhecimento crítico sobre o sistema de Saúde brasileiro produzido ao longo dos últimos 30 anos. Como desconhecer o que é a política de Saúde, o que é o Sistema Único de Saúde (SUS), os determinantes sociais, as condições de saúde e as desigualdades do acesso no Brasil? Conhecimento militante na defesa do direito universal à saúde e do acesso aos serviços de um sistema nacional de Saúde de qualidade para todos e de políticas de Saúde que promovam a redução das desigualdades sociais. Inclui os eixos de análise individual/coletivo, clínico/epidemiológico e público-privado, além de congregar autores com experiência na gestão de serviços e do próprio sistema, nos três níveis da federação. A construção do SUS há muito deixou de ser obra exclusiva de intelectuais capazes de ler em língua estrangeira. Temos *construtores* que leem na realidade concreta dos serviços e da gestão, e que participam ativamente do complexo processo de construção cotidiana da saúde.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS). Políticas públicas de Saúde – Gestão – Brasil. Política Nacional de Saúde – Brasil.

IAQUINTO, Kalinka. Saúde: em busca de tratamento. **Revista Conjuntura Econômica**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 3, mar./2012. Disponível em: <portalibre.fgv.br/main.jsp?lumPageId=4028809A203E1B74012048F081154692&contentId=8A7C82C53616219F0136178871F12D7C>. Acesso em: 21 jan. 2013.

Resumo: O Brasil, a sexta economia mundial, tem o difícil desafio de construir um sistema de Saúde compatível com essa posição, especialmente no que diz respeito à eficiência e à qualidade. Hoje, o setor é um dos campeões em rejeição pelos brasileiros. De acordo com pesquisa da Confederação Nacional da Indústria (CNI/Ibope), de janeiro deste ano, 61% da população considera o sistema ruim ou péssimo.

Palavras-chave: Aspectos gerais da Economia da Saúde. Sistema Único da Saúde (SUS). Financiamento da Saúde. Planos de saúde. Economia da Saúde. Gestão da Saúde.

MACHADO, Cristiani Vieira; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; LIMA, Luciana Dias de (Org.). **Políticas de saúde no Brasil**: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. 324 p. ISBN 978-85-7541-419-4.

Resumo: Analisa o contexto e a dinâmica da política de Saúde brasileira, com ênfase nos anos 2000. Traz uma síntese da política de Saúde contemporânea e apresenta perspectivas para o futuro. Ainda que com base em perspectivas teóricas e recortes empíricos distintos, os capítulos caracterizam-se pela valorização da dimensão histórica e a consideração da multiplicidade de fatores – econômicos, políticos e sociais – que influenciam a formulação e a implementação das políticas setoriais. Organizado o livro em três partes: contexto, caminhos e processos. Discute na primeira as relações entre desenvolvimento, atuação do Estado nas políticas sociais e na saúde, e a dinâmica dos mercados em Saúde no Brasil no período recente. Analisa na segunda parte o planejamento, o modelo regulatório, o financiamento, a atenção primária à saúde, a gestão do trabalho e da educação em Saúde. Aborda ainda a dinâmica da agenda federal da Saúde, com destaque para a condução de diferentes políticas, como o Brasil Sorridente, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e a Farmácia Popular. Abrange na terceira parte os processos de interação entre atores relevantes para a construção das políticas nacionais de Saúde: as relações intergovernamentais, particularmente na descentralização e regionalização; as relações entre Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde e movimentos sociais, associadas a iniciativas de fortalecimento da gestão participativa na Saúde; a atuação do Legislativo e suas relações com o Executivo na definição da política setorial.

Palavras-chave: Políticas públicas de Saúde – Gestão – Brasil. Política Nacional de Saúde – Brasil. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Saúde – Financiamento e gestão – Brasil.

NOGUEIRA, Roberto Passos Nogueira. Perspectivas críticas acerca da relação entre saúde e desenvolvimento com foco nos países BRIC. **Revista Análise Econômica**, Faculdade de Ciências Econômicas da UFRGS, Porto Alegre, v. 30, n. especial, set. 2012. Disponível em: <seer.ufrgs.br/AnaliseEconomica/article/view/26226/21541>. Acesso em: 21 jan. 2013.

Resumo: A bem conhecida interpretação do desenvolvimento como crescimento econômico e industrialização é analisada em suas origens em programas e políticas internacionais após a Guerra de 1940, e correlacionada com a doutrina da Comissão Econômica para a América Latina eo Caribe (Cepal) acerca do círculo vicioso entre doença e pobreza. É evidenciado que a evolução posterior das políticas internacionais de Saúde veio a enfatizar os problemas que afetam o conjunto da população, independentemente de seu nível de renda. Dois enfoques contemporâneos da questão são discutidos: a saúde como capacidade humana, de Amartya Sen, e a inovação tecnológica em Saúde, como uma proposta de inspiração schumpeteriana. Os pressupostos desses dois enfoques são comentados *vis-à-vis* os dados contextuais dos países Bric, de modo a avaliar seus problemas de saúde e possibilidades de desenvolvimento.

Palavras-chave: Saúde e desenvolvimento. Economia da Saúde – Países Bric.

OLIVEIRA, Robson Rocha de; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Conceitos de regulação em saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 571-576, 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v46n3/3741.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2013.

Resumo: São revisados os conceitos de regulação em Saúde empregados em publicações científicas nacionais sobre gestão em Saúde. Elaborou-se uma tipologia para os conceitos de regulação a partir das ideias mais correntes em cinco disciplinas: Ciências da Vida, Direito, Economia, Sociologia e Ciência Política. Quatro ideias destacaram-se: controle, equilíbrio, adaptação e direção, com maior ênfase para a natureza técnica da regulação. A natureza política da regulação ficou em segundo plano. Considera-se que a discussão do conceito de regulação em Saúde relacionou-se com a compreensão do papel que o Estado exerce nesse setor. A definição das formas de intervenção do Estado é o ponto fundamental de convergência entre as distintas formas de se conceituar regulação em Saúde.

Palavras-chave: Regulação e fiscalização em Saúde. Direito sanitário. Políticas públicas de Saúde. Sistemas de Saúde. Gestão em Saúde. Sistema Único de Saúde. Revisão.

PEDROSO, Marcelo Caldeira; MALIK, Ana Maria. Cadeia de valor da saúde: um modelo para o sistema de saúde brasileiro. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2757-2772, 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/24.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: Apresenta um modelo de cadeia de valor da saúde que representa, de maneira esquemática, o sistema de Saúde do Brasil. O modelo proposto tem como intuito apresentar uma adequação à realidade brasileira, bem como abrangência e flexibilidade para utilização em atividades acadêmicas e análises do setor de Saúde do Brasil. O modelo coloca ênfase em três componentes: principais atividades dessa cadeia, agrupadas em elos verticais e horizontais; missão de cada um desses elos; e principais fluxos da cadeia. A cadeia proposta é formada por seis elos verticais e três horizontais, perfazendo um total de nove: desenvolvimento de conhecimento em Saúde; fornecimento de produtos e tecnologias; serviços de Saúde; intermediação financeira; financiamento da Saúde; consumo de Saúde; regulação; distribuição de produtos de Saúde; e serviços de apoio e complementares. A análise da cadeia proposta

pode ser realizada por meio de quatro fluxos: inovação e conhecimento; produtos e serviços; financeiro; e de informação.

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Saúde – Gestão estratégica. Serviços de Saúde. Cadeia de valor.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; SOUSA, Maria Helena Lima de. Rede de economia da saúde para a gestão do SUS – Rede ECOS. **Revista Análise Econômica**, Porto Alegre, v. 30, n. especial, set. 2012. Disponível em: <seer.ufrgs.br/AnaliseEconomica/article/view/25585/21546>. Acesso em: 21 jan. 2013.

Resumo: Este artigo tem por objetivo discutir alguns aspectos da recém-criada Rede de Economia da Saúde para a Gestão do SUS (Rede Ecos), analisando seu potencial e os desafios que lhe são inerentes. Apresenta-se o histórico de sua criação abordando as razões para sua existência e as vertentes de trabalho delineadas. Os principais atores são discutidos, bem como a interdependência entre eles, evidenciando as relações não hierárquicas entre as organizações, as quais pertencem a diferentes esferas de governo e campos de atuação. São discutidos, ainda, o capital social, a institucionalização, a sustentabilidade, a estrutura e instrumentos de coordenação, a comunicação e a informação na rede. Por fim, enfatiza-se o seu potencial no campo da Economia da Saúde, seja na implementação de políticas públicas, produção e disseminação de informação ou capacitação e formação de pessoas.

Palavras-chave: Redes de políticas públicas. Economia da Saúde. Governança. Políticas públicas de Saúde.

Área temática 2

Estado, Mercado e Regulação Econômica em Saúde

Estado, Mercado e Regulação Econômica em Saúde 2004

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003**. Rio de Janeiro, 2004. (Série Regulação e Saúde – v. 3). Tomo 1. ISBN 85-334-0763-7. Disponível em: <www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_Serie_regulacao_e_saude_Vol_3_Tomo_1.pdf>. Acesso em: 8 fev. 2013.

Resumo: Publica parte dos trabalhos científicos de pesquisadores que, a convite da Agência Nacional de Saúde (ANS), discorre sobre temas considerados os mais relevantes para construir a avaliação dos avanços, dos rumos e das dificuldades por que passa o Setor de Saúde Suplementar. Os temas apresentam conceitos, marcos e a descrição do setor e do mercado em saúde suplementar. São discutidos os impactos, as informações e os limites da regulação exercida pelo governo. Conclui com temas que discorrem sobre os desafios a serem enfrentados.

Palavras-chave: Sistema de Saúde. Política de Saúde. Regulação. Saúde suplementar.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Informes sobre regulação de medicamentos e Sistema de Controle de Infecção Hospitalar. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 145-148, fev., 2004. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v38n1/18467.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2013.

Resumo: Com a criação das novas regras de regulação econômica do mercado farmacêutico, instituídas pela Medida Provisória nº 123, de 26 de junho de 2003, e pelo Decreto nº 4.766, da mesma data, o Ministério da Saúde passou a ocupar a presidência da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (Cmed), que antes era do Ministério da Justiça, mantendo à Anvisa o papel de Secretaria-Executiva. Permanecem o Ministério da Saúde e a Anvisa, portanto, no topo do processo regulatório do setor farmacêutico brasileiro, ao lado de outros ministérios. Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos é composta por representantes dos ministérios da Saúde, Fazenda, Justiça e Casa Civil, e a sua Secretaria-Executiva funciona na Anvisa. A Cmed existe para acompanhar os números do mercado, criar políticas de regulação, além de evitar e coibir excessos em relação a preços. O novo marco regulatório instituído pelo governo federal com a MP nº 123 e o Decreto nº 4.766, de junho deste ano, que criam e dão poderes à Cmed, prevê a adoção de medidas adicionais ao novo modelo de regulação do mercado como o incremento da política de genéricos com o objetivo de reduzir o preço médio dos tratamentos dos consumidores, considerando-se o fato de que genéricos são sempre, em média, 40% mais baratos que os produtos de referência.

Palavras-chave: Regulação de medicamentos. Mercado farmacêutico. Medicamento. Infecção hospitalar – Prevenção e controle, diagnóstico.

ALVES, Sandro Leal. Estimando seleção adversa em planos de saúde. **Revista Economia:** selecta, Brasília, v. 5, n. 3, dez. 2004. Disponível em: <www.anpec.org.br/revista/vol5/vol5n3p253_283_english.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2013.

Resumo: Verifica a existência do fenômeno da seleção adversa no mercado de saúde suplementar brasileiro. Por meio da utilização de metodologia recentemente desenvolvida, não foi possível confirmar sua existência para o período pré-regulamentação. Estes resultados lançam novos desafios para a regulação atual especialmente porque alertam para o possível *trade-off* entre garantia de acesso e eficiência econômica quando ocorre o estabelecimento de coberturas mínimas.

Palavras-chave: Seleção adversa. Regulação. Seguro de saúde.

ARAUJO, Angela Maria. **A regulação do mercado de saúde suplementar no Brasil:** barreiras à entrada e à saída de operadoras de planos privados de assistência à saúde. 2004. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, ENSP, Rio de Janeiro, 2004.

Resumo: Estuda os instrumentos regulatórios mais utilizados para a intervenção do Estado na regulação da atividade econômica, concentrando-se na instituição de barreiras à entrada e à saída das operadoras de planos privados de assistência à saúde no mercado de saúde suplementar e demonstrar a adequação das operadoras à legislação vigente. O mercado de saúde suplementar envolve diferentes atores, com interesses e diretrizes próprios; a ação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) deve promover o equilíbrio entre os consumidores, os agentes econômicos e o Estado, procurando fazer com que os poderes normatizador, regulador e fiscalizador da Agência sejam exercidos com independência. Desenvolve estudo sob a perspectiva das teorias da regulação econômica, demonstrando que a regulação e a normatização estabelecidas pela ANS, na área contábil e econômico-financeira, definem as condições de entrada, permanência e saída, obrigando a constituição de reservas e garantias. Sob este prisma, a ANS pretende dar segurança ao consumidor, garantindo a capacidade econômico-financeira das operadoras para cumprir os contratos firmados, além de assegurar a transparência e a competitividade do setor.

Palavras-chave: Economia da Saúde. Regulação. Saúde pública. Mercado de serviços de Saúde.

BAHIA, Ligia; SIMMER, Elaine; OLIVEIRA, Daniel Canavese de. Cobertura de planos privados de saúde e doenças crônicas: notas sobre utilização de procedimentos de alto custo. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 921-929, 2004. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a13v9n4.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2013.

Resumo: Com o objetivo de contribuir para especificar a origem das fontes de remuneração dos procedimentos de alto custo, relacionados com a assistência a doenças crônicas, o presente trabalho examina a utilização de procedimentos médicos selecionados por clientes vinculados a planos privados de saúde e pelos segmentos populacionais cobertos exclusivamente pelo SUS. Baseia o estudo na comparação entre taxas de utilização dos procedimentos selecionados, obtidos por meio de informações solicitadas a empresas de planos de saúde, consultas às fontes oficiais e estimativas fornecidas por informantes-chave. Apesar de possíveis problemas de classificação, as taxas de utilização dos clientes de planos privados de saúde para revascularização do miocárdio, angioplastia, artroplastia de quadril, e cirurgia de obesidade mórbida são mais elevadas do que as estimadas para os segmentos popula-

cionais exclusivamente cobertos pelo SUS. Por outro lado, as proporções de transplantes hepáticos e terapias renais substitutivas remuneradas diretamente pelo SUS variam de 89% a 96%. Tais resultados sinalizam uma divisão de atribuições entre as esferas pública e privada no que se refere às fontes de remuneração dos procedimentos de alta complexidade.

Palavras-chave: Planos de saúde. Uso de procedimentos de alto custo. Fontes públicas e privadas de remuneração.

CAJUEIRO, Juliana Pinto de Moura. **Saúde pública no Brasil nos anos noventa:** um estudo das políticas e dos seus limites e condicionantes macroeconômicos. 2004. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

Resumo: A partir dos anos 1990, ocorre uma profunda inflexão na política econômica do País, refletindo as mudanças no cenário internacional, o que nos deixou sem quase autonomia de política pública. Esse contexto, no qual o Brasil inseriu-se de forma passiva e tardia a partir de 1990, tem condicionado, de forma expressiva, os rumos da política social, de um modo geral, e, especificamente, da política de Saúde. Desse modo, a pesquisa realizada visou compreender como a política de Saúde se insere neste contexto, sendo que o foco do trabalho se volta para a relação entre macroeconomia e política de Saúde. No Capítulo 1, foi realizado um levantamento da evolução institucional do setor Saúde, a fim de observar os principais avanços alcançados, os elementos constitutivos e norteadores do SUS e os pontos de estrangulamento e as principais dificuldades enfrentadas. No Capítulo 2, é apresentado um estudo a respeito do financiamento e do gasto do setor Saúde nos anos 1990, com uma introdução que descreve o financiamento e o gasto social, destacando o caso da Seguridade Social. No Capítulo 3, é feita a análise específica dos constrangimentos da política de Saúde decorrentes da política macroeconômica. Diante disso, foi possível chegar a algumas conclusões com relação aos limites e aos condicionantes da política de Saúde diante da política macroeconômica. Entretanto, apesar desses focos de tensão, dos próprios problemas ainda não resolvidos no sistema de Saúde e da tendência ao aumento dos gastos com Saúde, decorrente de fatores universais e específicos do País, foram observados alguns avanços institucionais no sistema nacional de Saúde.

Palavras-chave: Saúde pública – Financiamento – Brasil. Política de Saúde – Brasil. Economia da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS).

FERNANDES, Antonio Luiz de Carvalho. **Pequenas empresas de saúde em Salvador**: impactos no desenvolvimento econômico local. 2004. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Salvador, 2004.

Resumo: Investiga o processo de crescimento das pequenas empresas de Saúde em Salvador e identifica os principais fatores que teriam contribuído para a expansão e a consolidação do setor privado de serviços médicos, no contexto histórico das políticas de Saúde implementadas pelo Estado brasileiro. Trata da questão do financiamento das políticas públicas de Saúde e das limitações de recursos para atender às demandas por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Aborda o processo de crescimento da assistência médica suplementar, capitaneada

pelos planos e seguros de saúde e empresas de autogestão, as quais se constituíram em âncoras para a expansão do setor privado. Traz como resultado das pesquisas empíricas a evolução das clínicas e laboratórios de análises clínicas em Salvador entre 1999 e 2002. Ao analisar a questão da localização das empresas, identifica as disparidades entre espacialização da oferta de serviços privados e públicos e a distribuição da população residente por Região Administrativa. Finalmente, indica alguns fatores que poderiam explicar as desigualdades que mancam a assistência à saúde, dentro do sistema público e privado.

Palavras-chave: Economia da Saúde. Serviços de Saúde – Demanda e oferta – Salvador. Serviços de Saúde – Ocupação e renda – Salvador.

GODOY, Márcia Regina; SILVA, Everton Nunes da; BALBINOTTO NETO, Giácomo. Plano de saúde e a teoria da afirmação assimétrica. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA POLITICA, 9. 2004, São Paulo. [**Anais...**]. São Paulo: PUC, 2004. Disponível em: <www.sep.org.br/artigos/download?id=771&title=PLANOS%20DE%20SA%C3%9ADE%20E%20A%20TEORIA%20DA%20INFORMA%C3%87%C3%83O%20ASSIM%C3%89TRICA>. Acesso em: 12 fev. 2013.

Resumo: O mercado de seguro-saúde constitui um exemplo típico de mercado no qual a assimetria de informação (seleção adversa, risco moral e relação de agência) pode gerar desvios de eficiência ou até mesmo a extinção do mercado. Neste trabalho, foi discutido o mercado de planos e seguro-saúde utilizando a Teoria da Informação e, além disso, é discutido a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Com uma nova regulamentação para o setor de Saúde, houve elevação do prêmio e redução da demanda por seguro-saúde por, pelo menos, 3 milhões de pessoas.

Palavras-chave: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Economia da Saúde.

MAIA, Ana Carolina Maia; ANDRADE, Mônica Viegas; OLIVEIRA, Ana Maria Hermeto Camilo de. O risco moral no sistema de saúde suplementar brasileiro. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA, 32., João Pessoa (PB), 2004. [**Anais...**]. Niterói: ANPEC, 2004. Disponível em: <www.anpec.org.br/encontro2004/artigos/A04A099.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2013.

Resumo: Mensura a presença do risco moral no sistema de Saúde suplementar brasileiro. A base de dados utilizada é a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) de 1998. O sistema brasileiro é caracterizado pelo *mix* público-privado, onde o setor público assegura o acesso integral, universal e gratuito a todos os cidadãos, enquanto o setor de cobertura privada suplementar, atuando basicamente por meio dos planos de saúde, responde por cerca de 25% do mercado de assistência médica. Utiliza apenas dados referentes aos chefes de família; essa opção se justifica por serem estes os diretamente envolvidos na decisão de adquirir plano. Seleciona duas variáveis de utilização do cuidado médico: o número de consultas médicas e o número de dias internado; essas variáveis representam tanto diferentes tipos de cuidado médico quanto diferentes processos de decisão. Adota como metodologia a análise contrafactual, em que a utilização dos cuidados é estimada por um modelo binomial negativo. Salienta que os principais resultados indicam a presença de risco moral tanto para

hospitalização quanto para consultas médicas. Para o modelo de consultas, o resultado encontrado indica que cada indivíduo utiliza, na média, 36% mais serviços que se não tivesse plano. Para o modelo de dias de internação, o resultado encontrado indica que cada indivíduo utiliza, na média, 56% mais serviços que se não tivesse plano privado.

Palavras-chave: Risco moral. Sistema de Saúde. Demanda por serviços de Saúde.

NITÃO, Samara Rachel Vieira. **Saúde suplementar no Brasil:** um estudo da dinâmica industrial pós-regulamentação. 2004. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, 2004.

Resumo: O novo padrão de intervenção do Estado no mercado de saúde suplementar, com a edição da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), promoveu profundas alterações na dinâmica da indústria de planos privados de assistência à saúde e nas estratégias competitivas das firmas no Brasil. Analisa estas mudanças, utilizando a técnica de análise das indústrias descrita por Porter. Para tanto, as informações disponíveis nos bancos de dados da ANS sobre as empresas, seus beneficiários, produtos e balanços econômico-financeiros mostraram-se de grande valia para a análise setorial e necessitam ser mais usados em estudos posteriores. Os resultados apresentados apontam para um setor fortemente assimétrico em termos de tamanho das empresas, mostrando concentração do mercado e uma grande diversidade no número de empresas e produtos, em termos nacionais e regionais. Conclui-se que a regulação introduziu fortes barreiras de entrada e saída das empresas no mercado, aumentou a rivalidade entre as empresas e trouxe maiores garantias assistenciais para os beneficiários.

Palavras-chave: Cobertura de serviços privados de Saúde. Economia da Saúde. Política de Saúde. Competição econômica.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **Challenges of the Private Health Plans Regulation in Brazil.** Rio de Janeiro, IPEA, mar. 2004. (Texto para discussão, n. 1013). Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1013.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2013.

Resumo: A ideia que defende uma regulação dos planos de saúde em favor dos grandes *players* e do *managed care* é incompatível com as diretrizes do Sistema Único de Saúde(SUS); por isso, defendemos a adoção de um tipo de ação regulatória em direção ao fortalecimento da esfera pública. Em particular, apontamos como essa alternativa poderia capacitar a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) no enfrentamento da crise econômica do mercado de planos, desfazendo a ficção de que o mercado, uma vez fortalecido, cooperará com o SUS, ao invés de contaminá-lo.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde(SUS). Planos de saúde – Regulação. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

SANTOS, Maria Angélica Borges dos; GERSCHMAN, Silvia. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil: arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 795-806, 2004. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a25v09n3.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2013.

Resumo: A partir de revisão bibliográfica e dados do DATASUS, IBGE e agências internacionais, discute segmentações e especializações na oferta de serviços de Saúde no Brasil. A leitura institucionalista do caso brasileiro destaca transformações que vem sofrendo o SUS, com ênfase em relações público-privadas e no papel e estratégias dos vários atores para formatar o sistema de Saúde segundo seus interesses e suas convicções. Os constrangimentos ao desenvolvimento das políticas sociais gerados pelo ajuste macroeconômico e consensos entre atores políticos de maior peso contribuem para a tendência atual de especialização do setor público em tecnologias de cuidados de baixo custo e complexidade, enquanto o setor privado, mais dinâmico, passa a priorizar os segmentos de atenção de média e alta complexidade mais bem-remunerados pela tabela SUS e mais valorizados por compradores de planos de saúde privados. Um fortalecimento da presença de conselhos de Saúde e de atores ainda pouco representados na arena política poderia contribuir para maior atenção aos impactos potenciais desse padrão de especializações.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS). Saúde suplementar. Políticas públicas. Financiamento da Saúde.

Estado, Mercado e Regulação Econômica em Saúde 2005

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Duas faces da mesma moeda**: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar. Rio de Janeiro, 2005. 270 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). ISBN 85-334-0988-5. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Regulacao_Saude_4.pdf>. Acesso em: 8 fev. 2013.

Resumo: Apresenta, de forma conjunta, dois estudos – sobre modelos assistenciais e sobre mecanismos de regulação. São pesquisas que trazem contribuições que sugerem os caminhos a serem trilhados pelo setor e apontam que uma regulação assistencial pode ter profundo impacto no resultado final do atendimento prestado. As mudanças nos modelos assistenciais e nos processos de gestão das operadoras são questões apontadas nas pesquisas, que aborda e analisa a microrregulação praticada pelas operadoras investigadas, os modelos assistenciais na saúde suplementar a partir da produção do cuidado e os modelos assistenciais praticados nas operadoras investigadas.

Palavras-chave: Planos de pré-pagamento em Saúde. Serviços de Saúde. Assistência médica. Prestação de cuidados de saúde.

BIANQUIN, Andréa Hopf. **As políticas de saúde na América Latina a partir da década de 90:** a conformação dos sistemas de saúde na Argentina e no Brasil. 2005. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria (RS), 2005.

Resumo: As políticas de Saúde foram um dos eixos das reformas sociais mais enfatizadas na América Latina, desde a década de 1980, com objetivo de melhorar a eficiência da provisão de serviços e de fortalecer, ao mesmo tempo, os processos de democratização, iniciados na região, por meio da promoção e ampliação da equidade dessas políticas. Examina a conformação dos sistemas de Saúde em dois países da América Latina (Argentina e Brasil). Considerando a complexidade desses processos, constata-se que as transformações ocasionadas consolidam uma série de inovações, sob diferentes atores institucionais, públicos ou privados, os quais pressupunham modificações de cunhos estruturais, como no financiamento, nas atribuições e no controle social, entre outros. Primeiramente, parte-se de uma discussão acerca dos eixos conceituais, os quais os processos se amparam, em que se introduz a questão do Estado, qualificando-o como uma entre outras organizações legítimas na prática de políticas sociais; uma discussão a respeito da instrumentabilidade do princípio descentralizador; e, finalmente, a origem e os propósitos das políticas públicas de Saúde como políticas propulsoras de desenvolvimento. O ambiente propício à conformação dos objetivos das reformas da Saúde na América Latina, a partir da questão do financiamento econômico como eixo dessas mudanças, também é considerado a fim de introduzir a descentralização dos sistemas de Saúde de cada país, a partir de seus cenários, atribuições e resultados alcançados a partir da análise da conformação de cada sistema, sob estratégia que se sustentaram em similares metas de qualidade e otimização dos recursos, destacam-se as heterogêneas condições e implicações dos processos, diante de suas especificidades econômico-sociais, confirmadas nas distintas operacionalidades dos processos das atribuições

aos níveis governamentais e institucionais envolvidos na reestruturação e condução das responsabilidades. Ademais, os efeitos dessas reformas sobre a eficiência técnica e social são promissores, embora ainda limitados a setores específicos e, inclusive, deficitários quanto aos meios de participação comunitária e acesso a muitos serviços.

Palavras-chave: Políticas sociais. Sistema de Saúde. Descentralização.

GODOY, Mária Regina; BALBIOTTO NETO, Giacomo; BARROS, Pedro Pita. A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil e risco moral: uma aplicação da regressão quantílica para dados de contagem. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA, 37, 2009, Foz do Iguaçu. [**Anais...**]. Niterói: ANPEC, 2009. Disponível em: <www.anpec.org.br/encontro2009/inscricao.on/arquivos/000d2d788670ce2776dc3c62e0d8ba6b355.doc>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: O setor de Saúde suplementar brasileiro operou desde os anos de 1940 sem regulamentação. Em 1998, o governo legislou sobre este setor. A regulamentação melhorou o nível de cobertura dos planos de saúde, estabelecendo a ilimitação das consultas médicas. O objetivo deste trabalho é medir os efeitos – em particular, da utilização de consultas médicas – da regulamentação do setor. Para isto, foram utilizados três métodos econométricos: regressão de Poisson, regressão binomial negativa e regressão quantílica dos dados de contagem. Os dados utilizados provêm da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios de 1998 (antes da regulamentação) e 2003 (depois da regulamentação). O estimador de diferenças em diferenças foi utilizado para estimar o impacto da regulamentação. Os resultados mostraram que os indivíduos com plano de saúde têm maior número de consultas, sugerindo a existência de risco moral, e que, após a regulamentação, não aumentou o número de consultas médicas dos possuidores de plano de saúde.

Palavras-chave: Planos de saúde. Risco moral. Modelos de contagem. Regressão quantílica para dados de contagem.

GRIGIO, Maycon Rogerio. **Politicas econômicas e politicas de saúde no Brasil de 1979 a 2008**. 2009. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

Resumo: Estuda as relações entre a política fiscal e o financiamento federal da Saúde nas três últimas décadas – 1979 a 2008 –, considerando que o desconhecimento das políticas macroeconômicas, sobretudo da política fiscal, que restringe os recursos do SUS, impede a adequada compreensão de seus limites de financiamento. Para tanto, acompanha a evolução dos sucessivos ajustes fiscais impostos ao País, para os quais foram desviados recursos de contribuições sociais destinadas às políticas de saúde, previdência e assistência social desde 1988. O embate entre as duas lógicas – econômica e social – ainda presentes no Brasil de hoje é uma explicação, senão a mais importante, para a virtual paralisia dos avanços do SUS no campo do financiamento, em franca contradição com os avanços de concepção do sistema, no campo da gestão e da descentralização.

Palavras-chave: Financiamento federal do SUS. Política fiscal.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. SUS e seguridade social: em busca do elo perdido. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 39-49, 2005. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/sausoc/v14n2/05.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2013.

Resumo: Passados 17 anos da inscrição do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Brasileira, a definição anual de seu financiamento não é isenta de conflitos. Esses conflitos cristalizam-se na luta por recursos entre os diferentes ramos da Seguridade e/ou na tentativa recorrente da equipe econômica em reduzir sua despesa ou em alterar a definição do que se entende por ações e serviços de saúde pública. Mesmo depois da aprovação da Emenda Constitucional n° 29/2000, os objetivos expressos na política econômica do Governo Lula obstaculizam sua implementação, colocando recorrentemente em choque os princípios fundadores, tanto da Seguridade como do SUS. Este artigo reconstrói o percurso do financiamento da Seguridade Social e do SUS, com destaque para os embates com a área econômica dos governos FHC e Lula.

Palavras-chave: Financiamento da Seguridade Social.Financiamento do SUS. Governo Lula.

NORONHA, Kenya Valeria Micaela de Souza; ANDRADE, Mônica Viegas. O efeito da distribuição de renda sobre o estado de saúde individual no Brasil. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA, 33., 2005, Natal. [**Anais...**]. Niterói: ANPEC, 2005. Disponível em: <www.anpec.org.br/encontro2005/artigos/A05A161.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2013.

Resumo: Um dos principais problemas socioeconômicos observados em grande parte dos países, especialmente nas economias menos desenvolvidas, é a presença da elevada desigualdade de renda e nível de pobreza. No Brasil, essas questões são particularmente importantes uma vez que o País apresenta uma das piores distribuições de renda do mundo, com um coeficiente de Gini em torno de 0,607. Objetiva estudar a relação entre o estado de saúde individual e a distribuição de renda no Brasil. Mais especificamente, estamos interessados em avaliar como a distribuição de renda impacta o estado de saúde individual. A metodologia utiliza o modelo *logit* multinível. Utiliza como base de dados a Pnad 98 que apresenta um suplemento especial contendo informações sobre o estado de saúde. Revela, a partir dos principais resultados encontrados, que a distribuição de renda afeta o estado de saúde individual: quanto maior a distribuição de renda, menor é a chance de o indivíduo reportar um melhor estado de saúde.

Palavras-chave: Saúde. Distribuição de renda.

OCCHINI, Rubens. **Perfil da oferta de serviços hospitalares e sua utilização nos hospitais filantrópicos em Piracicaba:** uma análise do período de 2000 a 2004. 2005. Dissertação (Mestrado) – Fundação Getúlio Vargas (SP), São Paulo (SP), 2005.

Resumo: Analisa a oferta de serviços hospitalares e sua utilização nos hospitais filantrópicos no Município de Piracicaba no período de 2000 a 2004. Os métodos de coleta de dados utilizados foram por meio de questionários estruturados e de entrevistas com os administradores dos hospitais, da diretora responsável pela Direção Regional da SES-SP e do secretário municipal de Saúde de Piracicaba. Os resultados mostraram que a oferta de serviços hospi-

talares nesses estabelecimentos teve pequena evolução no período, com aumento de leitos SUS e redução de leitos utilizados por planos de saúde/particulares e limitado incremento de equipamentos. A análise do indicador tempo médio de permanência por financiador, detalhado por grupos de diagnósticos da CID-10, revelou diferenças importantes que podem limitar a utilização dos serviços pelo SUS. No período de análise, a prestação de serviços hospitalares atendeu, além de Piracicaba, outros 242 municípios de diversos estados do País. Na visão dos entrevistados, apesar de o município ter apresentado tímido incremento na oferta de leitos e equipamentos, ainda há carência para atender à demanda existente. O excesso de oferta de serviços de cardiologia foi mencionado, mormente devido à transferência de alguns procedimentos cardíacos para hospitais universitários, o que deve reduzir a utilização desse serviço pelo SUS no município. É percebida pelos entrevistados a presença dos movimentos de ambulatorização e desospitalização devido à incorporação de novas tecnologias e aos procedimentos médicos, à redução de custos e à expansão de serviços de hospital-dia no município. Existem duas centrais de regulação de vagas, a da Direção Regional de Saúde DIR XV e a do município, sendo esta última a responsável pelas autorizações de internação de urgência de outros municípios nos hospitais da cidade.

Palavras-chave: Hospitais – Piracicaba (SP). Hospitais filantrópicos – Piracicaba (SP). Política de Saúde – Brasil. Serviços de Saúde – Financiamento – Brasil. Seguro – Saúde – Brasil. Indicadores de Saúde – Brasil.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; SILVEIRA, Fernando Gaiger. **O mercado de planos de saúde no Brasil**: uma criação do Estado? Rio de Janeiro: IPEA, jun. 2005. (Texto para discussão, n. 1.094). Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4681>. Acesso em: 29 jan. 2013.

Resumo: Demonstra a existência de uma articulação entre o padrão de financiamento público e o mercado de planos de saúde. De um lado, a partir de evidências teóricas, encontramos argumentos que explicam os motivos dessa articulação, em especial no campo do financiamento setorial. De outro, em um primeiro exame, observa que, historicamente, determinadas ações governamentais acabaram patrocinando os planos e seguros privados no Brasil, reforçando, em termos concretos, a percepção da presença de uma relação sistemática entre o mercado e o Estado, na área da Saúde.

Palavras-chave: Mercado da Saúde. Planos de saúde – Regulação. Economia da Saúde. Política de governo – Saúde.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **A reforma institucional do mercado de planos de saúde**: uma proposta para criação de benchmarks. Rio de Janeiro: IPEA, mar. 2005. (Texto para discussão, n. 1.075). Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4255>. Acesso em: 29 jan. 2013.

Resumo: Mostra que a regulação pode funcionar como um instrumento para corrigir as falhas do mercado de planos de saúde. No entanto, apesar das normas que defendem o consumidor e a concorrência regulada, tais ações podem, paradoxalmente, trazer uma con-

centração maior do mercado se o poder dos oligopólios privados não for enfrentado. Considerando os conflitos decorrentes da ação regulatória e a crise econômica do mercado, criticamos esse tipo de gestão, sugerindo que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) induza a formação e a criação de novas instituições que funcionem como *benchmarks*, em particular, para afirmar o interesse público presente na área da Saúde e reduzir os preços dos prêmios dos planos de saúde.

Palavras-chave: Mercado da Saúde. Planos de saúde – Regulação. Economia da Saúde. Política de governo – Saúde.

PINHEIRO, Eloan dos Santos et al. **Identificação de oportunidades de investimentos no setor de fármacos**: lista tentativa de farmoquímicos e introdução à eleição de uma política. Brasília: CEPAL, Escritório no Brasil, jan. 2005. 241 p. (LC/BRS/R.153).

Resumo: Na década de 1990, o mercado farmacêutico, até então dominado pelas grandes multinacionais, foi marcado pela entrada dos países emergentes (Índia, China, *tigres asiáticos*), que criaram um ambiente favorável para a inserção de suas empresas farmoquímicas/farmacêuticas no mercado mundial. A partir deste fato, as estratégias de mercado, então pautadas no domínio de mercado e monopólio de lucro máximo, começaram a ser questionadas. Os altos investimentos nos *blockbusters* evidenciaram o seu caráter de alto risco para as empresas, desafiadas pela ampla introdução dos genéricos, e pela superação em vendas das estratégias *me-too* ou *me-better* dos concorrentes, uma vez que a absorção do *know-how* tecnológico para capacitar a produção de cópias dos produtos inovadores, associada a uma política de P&D consistente, consolidou este trajeto. Já o Brasil adotou na época um conjunto de políticas na contramão daquelas que foram implantadas nos países emergentes, fato que acabou por acarretar a ruína da sua incipiente indústria farmoquímica. Faz-se necessário retomar as políticas de longo prazo, que venham estimular a produção de tais mercadorias essenciais, sendo necessário, também, visualizar as oportunidades de mercado dentro da perspectiva mundial atual, incorporando seus novos paradigmas e identificando os nichos de competitividade na área. As estratégias de conquista de mercado devem conviver com as necessidades de suprir as demandas sociais de um país em desenvolvimento, e a absorção de tecnologias, que contribuam efetivamente com as questões referentes à sustentabilidade e à autonomia da nação. O presente trabalho objetiva contribuir com o debate sobre as bases estratégicas para o desenvolvimento da indústria farmoquímica brasileira, terminando por sugerir uma listagem de produtos com as melhores possibilidades de atrair investimentos e também agregar uma crescente base tecnológica às empresas nacionais.

Palavras-chave: Mercado farmacêutico. Indústria farmoquímica mundial. Indústria farmoquímica – Brasil. Medicamento.

SILVA, João José Cândido da. **Saúde no Brasil**: evolução histórica, SUS e desafios futuros. 2005. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

Resumo: Em certo período deste século, existiam somente entidades filantrópicas, ainda não se falava em hospitais públicos, pois os mesmos eram mantidos por contribuições e

auxílio do governo. O único hospital existente era aquele que sempre contava com o trabalho de pessoas voluntárias. Com o passar dos tempos, surgiu a crise socioeconômica e a sanitária, em decorrência do vultoso crescimento econômico, alastrando as epidemias e as endemias no País. Foi neste período que foram criadas medidas, por meio das campanhas sanitárias, para que pudéssemos salvar a população, quanto à sua saúde. Mais adiante, deparou-se com a necessidade de criarem o Ministério da Saúde, para novos serviços na saúde pública. Com este acontecimento, foi dada oportunidade à população em ter melhores condições na área da Saúde, com a criação do Centro de Atenção Psicossocial (Caps) e, mais tarde, com a criação do Instituto de Assistência e Proteção Social (Iaps). Houve a divisão no setor da Saúde: de um lado, a saúde pública e, de outro, a assistência médica, por intermédio da Previdência Social. Houve, também, reivindicação para uma reforma sanitária, entretanto a saúde da população piorava. O surgimento dos convênios deu-se com a insatisfação do atendimento médico, entretanto as empresas contratavam as particulares que prestavam serviços médicos aos funcionários das empresas contratantes. A política de Saúde no Brasil com a Reforma do Sistema de Saúde, passou por várias transformações do SUDS, até o período da criação do SUS, modelo hoje existente no Brasil. A crise da Saúde deu-se ao quadro deteriorado do financiamento acrescido do agravamento das questões sociais do País, trazendo doenças e epidemias. Com isso, os seguros e planos de saúde, de ordem privada, se aproveitando da fragilidade, ganharam mercado, expandindo a mercantilização da saúde e desfigurando o serviço público. A ausência de mecanismos eficazes de regulação e ordenamento da oferta busca viabilizar o acesso e a melhor utilização dos serviços do SUS por parte dos usuários, nos níveis macro e micro-organizacionais, contribui de forma decisiva para a persistência de problemas relacionados à baixa eficácia do sistema de Saúde brasileiro. Avalia-se as reformas introduzidas no setor Saúde, no que se refere à cobertura, ao financiamento, à regionalização e à gestão, que têm contribuído para melhorar o acesso e ampliar a utilização dos serviços de Saúde essenciais.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS) – Brasil. Administração. Política de Saúde – Brasil – História.

VARELA, Patricia Siqueira. **Indicadores sociais no processo orçamentário do setor público municipal de saúde**: um estudo de caso. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

Resumo: Compreende e descreve o atual estágio de evolução do uso das informações e indicadores sociais no processo de planejamento e orçamento do setor público municipal de Saúde, utilizando-se, como referencial teórico de análise, as concepções de reforma do aparelho do Estado das duas últimas décadas. Para consecução deste propósito, escolhe uma abordagem metodológica empírico-analítica com a condução de um estudo de caso da gestão da política de Saúde do município de Brumadinho/MG. Na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), observam-se ações voltadas para a garantia do acesso integral e universal a todos os cidadãos e promoção da participação social e, contraditoriamente, políticas de financiamento restritivas inerentes ao ajuste fiscal. Os critérios de distribuição da principal fonte de financiamento da área, recursos da União, restringem a autonomia dos municípios, haja vista o acesso a recursos adicionais ter como condição a aceitação de ações

e programas predeterminados pelo Ministério da Saúde. A ênfase da abordagem tradicional do orçamento público, voltado para o controle dos gastos públicos em termos de elemento de despesa, não favorece a integração entre a gestão da política de saúde e a gestão financeira. Agrega-se às restrições da administração pública municipal a dificuldade de operacionalização dos indicadores, mormente, quanto à limitação de indicar conceitos complexos, à identificação da relação dos programas com as mudanças nos indicadores de efetividade, à determinação das medidas das ações governamentais e à não ligação direta entre indicadores de desempenho e indicadores de efetividade. Apesar de todas as restrições, acredita-se na possibilidade de utilização de indicadores sociais no processo orçamentário. Para isso, recomenda o aprofundamento do estudo do tema em outros municípios, estados e União, com o intuito de trazer reflexões sobre a superação dos obstáculos e contribuir para o desenvolvimento do referencial conceitual sobre indicadores sociais.

Palavras-chave: Contabilidade pública. Orçamento público.

VIANNA, Solon Magalhães. A seguridade social e o SUS: re-visitando o tema. **Saúde Soc**., São Paulo, v. 14, n. 1, p. 7-22, 2005. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/sausoc/v14n1/03.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2013.

Resumo: Esta é uma revisita feita pelo próprio autor a artigo publicado em Saúde e Sociedade em seu número inaugural, em 1992. A constatação básica desta revisita é a atualidade, 13 anos depois, da temática abordada. O texto discute os argumentos mais frequentes contrários e favoráveis à vinculação orçamentária no âmbito do SUS e os principais aspectos da CPMF, criada para incrementar recursos para a Saúde e da EC n° 29/2000. Aborda, ainda as mudanças constitucionais e legais recentes, ocorridas nos campos tributário e previdenciário. Conclui que dificilmente haverá no Brasil um sistema de Saúde universal, igualitário que ofereça atenção integral de qualidade, tal como nos países de *Welfare State* consolidado, enquanto os segmentos sociais de maior capacidade de pressão resolverem suas necessidades de atendimento médico fora desse sistema. Contudo reconhece os avanços importantes presentes no desenvolvimento do SUS, o qual, a despeito de suas vicissitudes, tem permanecido à margem do *main stream* das reformas sanitárias internacionais de corte neoliberal.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS). Seguridade social. Reforma previdenciária. Financiamento do SUS. Vinculação de recursos.

Estado, Mercado e Regulação Econômica em Saúde 2006

ANDRADE, Mônica Viegas; MAIA, Ana Carolina. Demanda por planos de saúde no Brasil. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA, 34., 2006, Salvador. [**Anais...**]. Niterói: ANPEC, 2006. Disponível em: <www.anpec.org.br/encontro2006/artigos/A06A106.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2013.

Resumo: Analisa os determinantes da demanda e da escolha do grau de cobertura por planos de saúde privado no Brasil. A base de dados utilizada é a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) de 1998 e 2003. O sistema suplementar de Saúde brasileiro cobre, atualmente, cerca de um quarto da população e essa cobertura tem se mantido estável nos últimos oito anos. Para analisar a demanda por plano de saúde, estima dois modelos logísticos: o primeiro para a decisão de ter plano de saúde e o segundo para a decisão de ter plano de saúde individual. Na análise da escolha de cobertura do plano, adota o método multinomial e elege como amostra os indivíduos que decidiram adquirir plano de saúde individual. Supõe que existem três categorias de cobertura: ambulatorial, hospitalar ou completo. Mostra, a partir dos principais resultados da análise de demanda, que a renda é a principal variável explicativa e que ela ganha importância quando analisamos a demanda por plano individual. Na escolha de cobertura do plano de saúde, o plano ambulatorial tem maior probabilidade de ser escolhido *vis-à-vis* a cobertura completa, quanto mais jovem, quanto menor o poder de compra e quanto menor é a escolaridade.

Palavras-chave: Economia da Saúde. Pnad. Saúde pública. Mercado de serviços de Saúde.

BAHIA, Ligia et al. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: uma abordagem exploratória sobre a estratificação das demandas segundo a PNAD 2003. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 951-965, 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v11n4/32332.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2013.

Resumo: A partir dos dados do Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) 1998, diversos estudos evidenciaram a presença de diferenças significativas nos padrões socioeconômicos, acesso, utilização de serviços de Saúde e condições de saúde entre os segmentos populacionais cobertos e não cobertos por planos de saúde. Buscando contribuir para aprimorar o acervo dos conhecimentos sobre a estrutura e a dinâmica do mercado de planos e seguros de saúde no Brasil, admite-se e procura-se evidenciar a heterogeneidade dessas demandas. Para tanto, foi definida uma tipologia de planos de saúde, fundamentada nas origens institucionais das demandas e, subsequentemente, pelas relações de dependência com titulares de planos e seguros de saúde, integrada por três categorias principais: os planos empresariais privados, os planos empresariais públicos e os planos individuais. As características etárias, socioeconômicas e de condições de saúde variam segundo os diferentes tipos de plano, sugerindo a presença de padrões distintos de demandas, especialmente entre os planos empresariais privados e os planos individuais.

Palavras-chave: Planos privados de Saúde. Seguros privados de Saúde. Segmentação da demanda. Tipologia de planos de saúde.

CADERNO DE INFORMAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde, mar. 2006. Trimestral. Substituição de: Caderno de Informação de Beneficiários, Operadoras e Planos: dados do setor. ISSN 1981-3627. Disponível também online em: <www.ans.gov.br/portal/site/informacoesss/informacoesss.asp>. Acesso em: 8 fev. 2013.

Resumo: Apresenta dados sobre beneficiários, planos e operadoras, inclusive receitas de contraprestações e despesas das operadoras, despesa assistencial e taxa de sinistralidade das operadoras de planos privados de Saúde.

Palavras-chave: Saúde suplementar. Assistência médica suplementar.

CHAVES, Catari Vilela; ALBUQUERQUE, Eduardo da Motta e. Desconexão no sistema de inovação no setor saúde: uma avaliação preliminar do caso brasileiro a partir de estatísticas de patentes e artigos. **Econ. Aplic.**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 523-539, 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ecoa/v10n4/a03v10n4.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2013.

Resumo: Formula uma conjectura sobre o sistema de inovação no setor Saúde no Brasil: a existência de uma "desconexão" entre as produções científica e tecnológica. Avalia a conjectura por meio de estatísticas de patentes e artigos científicos. Utiliza essas estatísticas para localizar a posição do Brasil no cenário internacional e para cotejar as especializações de mesorregiões do País em termos de ciência e tecnologia. A desconexão no sistema de inovação do setor Saúde investigada no artigo está relacionada à forte presença de patentes da área entre as patentes de não residentes no Brasil e a problemas na balança comercial do setor.

Palavras-chave: Economia da tecnologia. Sistema de inovação. Ciência e tecnologia em Saúde.

FIGUEIREDO, Ireni Marilene Zago. **Desenvolvimento, globalização e politicas sociais:** um exame das determinações contextuais dos projetos de reforma da educação e da saúde brasileiras da última década. 2006. Tese (Doutorado) – Universidade de Campinas (UNICAMP), Campinas (SP), 2006.

Resumo: As políticas de Educação e Saúde são produtos de relações complexas entre as dimensões econômico-social e político-ideológica de um determinado contexto histórico de desenvolvimento do capitalismo. Nesse movimento, busca compreender as categorias do desenvolvimentismo e da globalização e as relações estabelecidas com a Educação e a Saúde, ultrapassando a análise interna das instituições públicas, visto que o estudo crítico das políticas dessas áreas , por meio da apreensão da sua relação com a base econômica e a superestrutura ideológica, só é possível pela análise do modelo de produção capitalista e seus modos de desenvolvimento. Sustenta que, no contexto da ideologia da globalização, a educação e a saúde básicas são consideradas variáveis fundamentais para administrar a pobreza, contribuindo para a estabilidade política e social e, ao mesmo tempo, criando as condições favoráveis mínimas para o implemento das políticas de ajuste econômico, pois, no processo de implementação dessas políticas, existe um consenso entre o BID e o BIRD de que o Estado deve oferecer os serviços essenciais básicos, de Educação e de Saúde, para dar

resposta às demandas imediatas, visando à proteção dos grupos vulneráveis. A articulação e a convergência das orientações e das propostas nos projetos financiados pelo BIRD e pelo BID para as reformas da educação básica (ensino fundamental) e da saúde modificaram as formas de financiamento e administração dessas áreas, mediante as estratégias de descentralização (por meio da privatização, da participação das ONGs na prestação desses serviços, da realização de parcerias com a comunidade e da municipalização do ensino e da saúde), baseadas na construção de critérios gerenciais para promover a concorrência, a qualidade, a produtividade (eficiência interna e externa, eficácia) e a racionalidade econômica (relação custo-benefício) no processo de distribuição e utilização dos recursos públicos.

Palavras-chave: Política social. Reforma do Estado. Políticas de Educação.

GADELHA, C. A. G. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial**. Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. especial, p. 11-23, 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30617.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2013.

Resumo: Situa a questão da saúde no contexto do desenvolvimento nacional e da política industrial. Toma a ideia de corte estruturalista, marxista e schumpeteriano, nas quais a indústria e as inovações constituem os elementos determinantes do dinamismo das economias capitalistas e de sua posição relativa na economia mundial. Todos os países que se desenvolveram e passaram a competir em melhores condições com os países avançados associaram uma indústria forte com uma base endógena de conhecimento, de aprendizado e de inovação. Todavia, na área da Saúde, essa visão é problemática, uma vez que os interesses empresariais se movem pela lógica econômica do lucro e não para o atendimento das necessidades da saúde. A noção de complexo industrial da Saúde constitui uma tentativa de fornecer um referencial teórico que permita articular duas lógicas distintas: a sanitária e a do desenvolvimento econômico. Procura mostrar, com base em dados de comércio exterior, como a desconsideração da lógica do desenvolvimento nas políticas de Saúde levou a uma situação de vulnerabilidade econômica do setor que pode limitar os objetivos de universalidade, equidade e integralidade. Nesse contexto, propõe uma ruptura cognitiva e política com as visões antagônicas que colocam, de um lado, as necessidades da saúde e, de outro, da indústria. Um país que pretende chegar a uma condição de desenvolvimento e de independência requer, ao mesmo tempo, indústrias fortes e inovadoras, e um sistema de Saúde inclusivo e universal.

Palavras-chave: Indústrias – Economia. Indústrias – Tendências. Indústria de assistência à saúde. Desenvolvimento tecnológico. Gestão de ciência – Tecnologia e saúde. Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação.

SAÚDE. In: IPEA. Diretoria de Estudos Sociais. **Radar Social 2006**. Brasília, IPEA, 2006. Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/04_saude.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2013.

Resumo: O Radar Social é um panorama geral dos principais problemas sociais do País. O leitor encontra dados nacionais e para cada estado da Federação, de modo a identifi-

car os desafios futuros. Comparações com outros países auxiliam aqueles que tiverem interesse em ver como o Brasil se apresenta no plano internacional. Já estão disponíveis os dados atualizados.

Palavras-chave: Mortalidade infantil. Mortalidade materna. Mortalidade.

MANFREDINI, Marco Antonio; BOTAZZO, Carlos. Tendências da indústria de equipamentos odontológicos no Brasil entre 1990 e 2002: notas prévias. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 169-177, 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29461.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2013.

Resumo: Analisa a tendência da indústria de equipamentos odontológicos no Brasil, no período entre 1990 e 2002. Inserido no campo da Economia da Saúde, o estudo fundamenta-se no conceito de complexo médico-industrial, formulado originalmente por Hésio Cordeiro. O estudo é exploratório das tendências desta indústria, em face da pequena produção científica sobre o tema na área acadêmica. Por meio da revisão da bibliografia e da coleta de informações nos órgãos governamentais e da indústria, observa grandes disparidades nos dados existentes, diante das mudanças de classificações e divergências nas informações provenientes das diversas fontes. Sugere que, mesmo com as limitações metodológicas detectadas, a indústria de equipamentos odontológicos no Brasil apresenta características que as diferenciam em vários aspectos do restante deste parque produtor de bens. Entre essas, destaca a participação expressiva das exportações em relação às importações; a grande quantidade de países para onde são exportados os produtos; uma suficiente produção realizada no próprio País e a pequena participação do setor público nos canais de comercialização destes produtos.

Palavras-chave: Complexo Industrial da Saúde. Complexo médico-industrial. Economia da Saúde. Equipamentos odontológicos.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. Implementação da reforma sanitária: a formação de uma política. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 72-87, 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n2/08.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2013.

Resumo: Interpreta o processo de implementação da reforma do sistema de Saúde ocorrida na década de 1990. A implantação de uma política é dotada de autonomia e envolve decisões, além de ser um processo de adaptação em função das mudanças do contexto, portanto, sua implementação exige decisão e iniciativa governamental, e instrumentos para efetivá-la, entre os quais a disponibilidade de recursos financeiros e o suporte político organizado, particularmente, por parte dos grupos sociais afetados positivamente. O processo de implementação da reforma da política de Saúde não é simplesmente a tradução concreta de decisões, mas um processo ainda de formulação da política de Saúde. Durante esse processo, tiveram grande importância não apenas os efeitos do contexto político-econômico de ajustes e a reconfiguração da agenda pública, mas principalmente os efeitos de *feedback* das políticas de Saúde anteriores, que se traduziram na ausência de suporte político, no subfinanciamento e na incapacidade de publicização da rede de serviços, os quais funcio-

naram como constrangimentos à implementação completa da reforma nos termos de seus formuladores. Dentro desses limites, foram tomadas decisões cruciais que redefiniram a reforma, sendo as mais significativas o estabelecimento do marco regulatório da assistência privada, que explicita a segmentação e derruba formalmente as pretensões universalistas, e as relacionadas ao financiamento, que ainda configurava objeto de disputa. O resultado foi a consolidação de um sistema de Saúde dual – público e privado.

Palavras-chave: Política de Saúde. Implementação. Suporte político. Financiamento. Efeitos de *feedback*.

NISHIJIMA, Marislei; BIASOTO JR., Geraldo; CYRILLO, Denise Cavallini. Análise econômica da interação entre saúde pública e privada no Brasil: tratamentos de alta complexidade. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA, 34., 2006, Salvador. [**Anais...**]. Niterói: ANPEC, 2006. Disponível em: <www.anpec.org.br/encontro2006/artigos/A06A107.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2013.

Resumo: Analisa como a Constituição de 1988 – que garante direitos universais aos bens de saúde – pode ter causado, paradoxalmente, um impacto negativo sobre o acesso dos brasileiros de baixa renda aos bens públicos de saúde de alta complexidade em decorrência da estrutura produtiva dos bens de assistência médica estabelecida no País. Para dar suporte aos argumentos apresentados, são calculadas estatísticas utilizando os microdados do Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (Pnad) de 1998, avaliados por modelos com variáveis dependentes qualitativas na forma de respostas binárias. Os resultados, embora obtidos de maneira indireta, sugerem evidências favoráveis aos argumentos apresentados.

Palavras-chave: Assistência médica. Saúde pública e privada. Bem-estar. Seguro de saúde.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; SILVEIRA, Fernando Gaiger. O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do estado? **Rev. Econ. Contemp.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 157-185, 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rec/v10n1/07.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2013.

Resumo: A hipótese central do trabalho afirma que o mercado de planos de saúde se expandiu no Brasil contando com o apoio do padrão de financiamento público mediante a aplicação de um conjunto variado de incentivos governamentais. Os procedimentos metodológicos adotados para investigar esta hipótese se apoiaram no estudo de parte da produção teórica que ilumina a área da Economia Política da Saúde e na descrição de determinadas ações do Estado no campo das políticas de Saúde, que acabaram patrocinando o crescimento dos planos e seguros privados de saúde nos últimos 40 anos.

Palavras-chave: Análise dos mercados de atenção médica. Saúde pública.

OLIVEIRA NETO, José Carneiro da Cunha; PIRES, Manoel Carlos de Castro. Indicador Municipal de Saúde: uma análise dos Sistemas Municipais de Saúde no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n. 29, jun./dez. 2006. Disponível em: <www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/viewFile/44/43>. Acesso em: 25 jan. 2013.

Resumo: Avalia as políticas públicas em Saúde a partir da construção de um indicador que mensure o estágio de desenvolvimento dos sistemas de saúde municipais brasileiros e de sua posterior comparação com a atual política pública empreendida nessa área. Observa uma clara distinção entre tendências municipais, em que algumas localidades estão claramente buscando alternativas para melhor atender às suas populações, enquanto outras muito pouco têm feito para mudar a realidade com a qual se deparam. Em outro ponto estão os municípios mais desenvolvidos, que também se dividem em dois grupos: o dos que aderiram maciçamente aos novos programas ofertados a partir de 1996 e o dos que pouco aderiram a eles, seja por não conseguirem ser habilitados para receber os novos recursos, seja por não concordarem com as novas doutrinas.

Palavras-chave: Política de governo – Saúde. Sistema municipal de saúde – Brasil. Atenção básica à saúde.

RUMEL, Davi; NISHIOKA, Sérgio de Andrade; SANTOS, Adélia Aparecida Marçal dos. Intercambialidade de medicamentos: abordagem clínica e o ponto de vista do consumidor. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 5, p. 921-927, 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v40n5/24.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2013.

Resumo: A construção racional do arsenal terapêutico, considerando a necessidade do paciente, a segurança e a disponibilidade do medicamento, e o melhor custo-benefício, pressupõem embasamento na tríade: segurança, eficácia e qualidade. Mas, na prática diária, a efetividade do medicamento é o que mais influencia a decisão do prescritor, que considera critérios que aumentem a adesão ao tratamento, tais como toxicidade relativa, conveniência de administração, custo e experiência de emprego. A entrada no mercado de novas moléculas para mesmos fins terapêuticos, acompanhada de grande publicidade, interfere no processo decisório do prescritor, assim como práticas de bonificações da indústria para venda nos balcões das farmácias repercutem na decisão de compra do paciente. O confronto entre a conhecida variabilidade biológica dos seres humanos e a não similaridade absoluta entre medicamentos da mesma classe terapêutica ou mesmos medicamentos genéricos tem impacto na lista individualizada de medicamentos, que deve englobar os conceitos de droga de primeira escolha e segunda escolha. O desconhecimento desta discussão por parte dos prescritores é determinante do uso irracional de medicamentos, um problema de saúde pública. Assim, o objetivo do trabalho foi apresentar aos prescritores de medicamentos informações que possam auxiliar na construção mais racional do arsenal terapêutico utilizado para seus pacientes, com base em experiência na regulação de medicamentos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Palavras-chave: Prescrição de medicamentos. Uso de medicamentos. Medicamentos genéricos. Medicamentos similares. Autorreferência médica, ética.

SANTOS, Fausto Pereira dos. **A regulação pública da saúde no Brasil**: o caso da saúde suplementar. 2006. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), 2006.

Resumo: Analisa o processo de implantação da regulação pública no setor de Saúde Suplementar. Discute as tensões anteriores e posteriores à Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998,

caracteriza o posicionamento dos atores envolvidos, os normativos editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Apresenta as mudanças provocadas e discute as lacunas no processo regulatório. As mudanças são: a) a mobilidade da rede de serviços visando à sua redução, racionalizando-as e buscando a redução de custos; b) a redução do número de empresas em função de dois movimentos: declínio das operadoras ativas e o aumento das operadoras canceladas; c) o número de beneficiários apresentou estabilidade nos planos médico-hospitalares e grande expansão dos planos exclusivamente odontológicos, nos últimos cinco anos; d) a base da pirâmide dos beneficiários é mais estreita, o ápice é mais alargado, proporcionalmente a pirâmide da população geral, o setor concentra mais idosos e um número menor de jovens; e) o decréscimo do número de beneficiários nas operadoras menores de 10 mil beneficiários. As de maior porte, acima de 200 mil beneficiários, aumentaram sua participação relativa; f) o crescimento da participação dos planos novos sujeitos ao controle da ANS (preços, regras); g) a coletivização da forma de adesão dos beneficiários aos planos de saúde; h) a cobertura dos planos de saúde incluindo a obrigatoriedade do atendimento a todas as doenças do CID-10 e edição de um rol mínimo de procedimentos. As lacunas do processo regulatório foram: aspectos concorrenciais e de transparência da operação no setor, a relação público e privado e a autossuficiência do setor, o modelo de atenção à saúde, a existência de planos anteriores à regulamentação, a insuficiência de alguns sistemas de informações e os institutos públicos fora da regulamentação.

Palavras-chave: Política de saúde. Sistema Único de Saúde SUS – Brasil. Planejamento em Saúde. Serviços de Saúde.

SILVA, Rodrigo Alberto Correia da. **A iniciativa privada em saúde e a Constituição de 1988**. 2006. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, 2006.

Resumo: O acesso aos produtos e serviços deSsaúde é garantido pela Constituição Federal de 1988, que dispõe que estes serão fornecidos tanto pelo Estado quanto pela iniciativa privada. Todavia, a despeito da determinação constitucional, temos uma crise social, pois nem todas as pessoas têm acesso aos medicamentos e planos de saúde que viabilizem tratamentos de saúde, cujo fornecimento pelo Estado é muito menos abrangente do que o necessário às hordas de miseráveis que vivem no Brasil. O trabalho analisa o controle de preços de medicamentos e de planos de saúde realizados no Brasil, respectivamente pela Câmara de Medicamentos e pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, em face da sistemática da ordem econômica brasileira, colocada pela Constituição Federal de 1988, bem como pelos objetivos de ampliação de acesso a produtos e serviços de Saúde também impostos pela Constituição Federal de 1988. A análise de constitucionalidade dos mencionados controles de preços é realizada por meio do estudo do sistema jurídico nacional, da avaliação econômica dos mercados em questão e da inter-relação entre esses dois aspectos do objeto estudado. Ao longo do trabalho, discorre-se sobre os serviços públicos e os poderes do Estado em relação aos prestadores privados desses serviços, sejam concessionários ou permissionários dos serviços públicos, e os diferencia dos agentes privados que prestam serviços não privativos do Estado. Por fim, são analisados aspectos microeconômicos dos mercados de medicamentos e planos de saúde para entender o impacto e os limites da regulação estatal destes e dos mecanismos de controle de preços ali empregados. A conclusão considera o

controle de preços inconstitucional, por ferir os princípios da livre concorrência e da livre-iniciativa, entre outros, e por sua ineficácia comprovada para atingir a finalidade constitucional da regulamentação estatal que é a ampliação de acesso da população a esses produtos e serviços.

Palavras-chave: Constituição. Saúde. Medicamento. Plano de saúde.

SOARES, Rodrigo R. Health and the evolution of Welfare across brazilian municipalities. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA, 34., 2006, Salvador. [**Anais...**]. Niterói: ANPEC, 2006. Disponível em: <www.anpec.org.br/encontro2006/ artigos/A06A105.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2013.

Resumo: Descreve o padrão de redução de mortalidade entre municípios brasileiros entre 1970 e 2000, e discute suas causas e consequências. Mostra que, assim como no contexto internacional, a relação entre renda *per capita* e esperança de vida tem se deslocado consistentemente no passado recente. Usa uma abordagem de diferenciais compensatórios para estimar o valor monetário das mudanças nas taxas de mortalidade. Os resultados sugerem que os de aumentos na esperança de vida representaram ganhos de bem-estar equivalentes a 39% do aumento de renda observado no período, sendo assim responsáveis por 28% dos ganhos totais de bem-estar. Em seguida, usa um painel dinâmico para estimar os determinantes dessas mudanças. Mostra que 71% da variação de mortalidade dentro de municípios (*within*) pode ser explicada por mudanças na renda *per capita* (33%), acesso à água tratada (16%), alfabetização (16%) e saneamento básico (6%). Educação e infraestrutura de saúde pública aparecem como determinantes importantes das mudanças em mortalidade não explicadas por aumentos na renda *per capita*.

Palavras-chave: Mortalidade. Esperança de vida. Valor da vida. Desigualdade. Saúde.

WEIGELT, Leni Dias. **Políticas públicas de saúde:** um estudo sobre o processo de implementação da descentralização/regionalização da saúde na região do Vale do Rio Pardo – RS. 2006. Tese (Doutorado) – Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul (RS), 2006.

Resumo: A implementação dos princípios do SUS enfrenta múltiplos desafios, pelas características próprias da configuração do País e das diversas instituições envolvidas. A regionalização da Saúde tem sido um modelo de estratégia adotado pelo Ministério da Saúde com vistas a orientar a organização desse sistema. O objetivo é o de conformar uma rede hierarquizada, atuando articulada em um território regional uma vez que a maioria dos municípios apresenta recursos humanos, materiais, tecnológicos e orçamentários aquém das necessidades dos usuários. Na dinâmica de implementação da política de regionalização da Saúde, pode-se detectar uma diversidade de interesses e jogos de poder, envolvendo diferentes atores e instâncias de governo, arranjos institucionais e organizacionais que influenciam e norteiam a implementação e a formulação da política, assim como a dinâmica decisória – quais os atores são mais presentes nas disputas, quais se colocam de forma periférica, atuando decisivamente apenas em momentos estratégicos. Como fatores obstaculizadores ao processo estudado aparecem as condições dos municípios da região por suas

diversidades econômicas e populacionais, relevantes por deixarem explícitas as diferenças de postura e de capacidade política para se integrarem em um processo de concertação. Ao potencializarem as contradições a partir dos interesses distintos, comprometem os processos de mediação das relações regionais. Além disso, a situação financeira do setor Saúde é um dos fatores mais declarados e apontados como entrave. O término do mandato e a alternância de governos também, de alguma forma, interferem nas políticas de Saúde, e os recursos que já são parcos acabam sendo diluídos em diversos e novos programas. As iniciativas pontuais que respondem a demandas emergenciais de cada município, desarticuladas do contexto coletivo, enfraquecem a articulação dos gestores enquanto grupo. Nesse cenário de diferenças e múltiplos interesses, o estudo revelou a necessidade de acompanhamento constante e efetivo da Coordenadoria Regional de Saúde na coordenação desse processo. Tal interferência pode ser decisiva para transformar a cultura competitiva em cooperação e solidariedade entre os municípios.

Palavras-chave: Política de Saúde (Brasil). Regionalização da Saúde – Vale do Rio Pardo (RS). Conselhos municipais de Saúde.

Estado, Mercado e Regulação Econômica em Saúde 2007

ALVES, Sandro Leal. Saúde suplementar: evidências de seleção adversa após regulação. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA, 35., 2007, Recife. [**Anais...**]. Niterói: ANPEC, 2007. Disponível em: <www.anpec.org.br/encontro2007/artigos/ A07A081.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: Analisa o efeito da recente regulamentação do mercado de planos e seguros de saúde no Brasil sobre a eficiência do setor. Grande parte da regulamentação está centrada na proteção e na ampliação de direitos de alguns grupos de consumidores, o que pode ter efeitos sobre a eficiência econômica do mercado e sua sustentabilidade em longo prazo. A partir da implementação de testes econométricos, identifica a presença de seleção adversa no setor após a regulamentação. Esta evidência aponta para o possível *trade-off* entre a proteção objetivada pela regulação e o desenvolvimento do mercado.

Palavras-chave: Economia da Saúde. Regulação. Seguro de saúde. Saúde suplementar. Regulação.

AZEVEDO, Nara et al. (Org.). **Inovação em saúde**: dilemas e desafios de uma instituição pública. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 424 p. ISBN 978-85-7541-134-6.

Resumo: A inovação tecnológica vem ocupando progresivamente uma posição de destaque na agenda política e nas ações governamentais no campo da Saúde. Este é o tema central de Inovação em saúde: dilemas e desafios de uma instituição pública, que aborda, em diversas perspectivas, o campo da produção de imunobiológicos no Brasil, por meio da trajetória do Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos(Biomanguinhos), da Fundação Oswaldo Cruz. Aos estudos de caráter histórico e econômico, soma-se a palavra dos atores que participaram do processo de construção institucional, oferecendo um panorama que articula o contexto institucional de produção pública e o cenário econômico e social, nacional e internacional, desde a década de 1970 até os dias atuais.

Palavras-chave: Desenvolvimento tecnológico. Saúde. Febre amarela. Imunização. Vacinas.

GAMA, Denise Travassos. **Por uma releitura principiológica do direito à saúde:** da relação entre o direito individual a medicamentos nas decisões judiciais e as políticas públicas de saúde. 2007. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

Resumo: Investiga a eficácia do direito à saúde, erigido à categoria de direito fundamental no art. 196 da Constituição de 1988. A hipótese central do trabalho está relacionada à possibilidade de, a partir de uma leitura principiológica da Constituição, o Judiciário desempenhar um papel relevante na realização desse direito, aplicando-o individualmente, sem, no entanto, eliminar um princípio basilar do Estado Democrático de Direito: o da separação dos poderes. Delimita a análise a partir do direito individual à concessão de medicamentos gratuitos pelo Estado. Verifica que a discussão sobre o papel do Judiciário na efetivação de direitos sociais é permeada por três posições básicas: (i) convencionalista, que toma os direitos individuais como titularidades egoísticas anteriores à vida social e contra ela operantes, que

ou nega a possibilidade de um direito à saúde como tal, ou que, paradoxalmente, ao alegar um pretenso princípio da separação dos poderes, condiciona a garantia desse direito à detalhada e específica regulamentação legislativa; (ii) postura axiológica, que se preocupa em garantir o direito à saúde, porém desrespeita a separação de poderes e a própria noção de direitos fundamentais; e (iii) uma terceira posição que, de há algum tempo, vem obrigando o Estado a prestações positivas em casos individuais garantindo, com base no direito fundamental à saúde, medicamentos ao cidadão, reconhecendo o direito individual e fortalecendo o direito coletivo à saúde, na medida em que remete para o Executivo e o Legislativo a formulação de uma política pública adequada. Testa as teses sustentadas nas três posições a partir da teoria da integridade, de Ronald Dworkin, que possibilita uma leitura principiológica dos direitos fundamentais. Nega as duas primeiras premissas e acata a terceira.

Palavras-chave: Constituição – Direito à saúde.

GIFFIN, Karen Mary. Financeirização do estado, erosão da democracia e empobrecimento da cidadania: tendências globais?. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1491-1504, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v12n6/v12n6a09.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: Aborda a questão do avanço internacional do regime neoliberal, contexto da formulação de políticas que focalizam a pobreza, inclusive em países centrais. Em debates recentes, termos como 'cidadania' e 'democracia' têm sido sujeitos à interrogação crítica, revelando mudanças na relação cidadão/Estado que acompanham a hegemonia de critérios econômicos e a financeirização dos estados nacionais. Argumentamos que tais processos globais requerem uma abordagem ampla, de uma perspectiva de economia política, capaz de iluminar como a substância da democracia e a legitimidade da autoridade estatal têm sido condicionadas pelo avanço de novos atores globais que representam os interesses do capital, favorecendo a concentração da riqueza e o aumento da pobreza, da desigualdade e da exclusão, e instaurando uma insegurança vital que atinge a maioria da população em nível mundial.

Palavras-chave: Globalização. Política neoliberal. Estado de bem-estar. Pobreza. Capitalismo.

GIOVANELLA, Ligia et al. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, p. S251-S266, abr. 2007. Suplemento 2. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v25n4/24.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2013.

Resumo: No contexto de formação de mercados comuns, as regiões de fronteira adquirem especial atenção, pois antecipam efeitos dos processos de integração. Nas fronteiras convivem diferentes sistemas políticos, monetários, de segurança e proteção social, e a intensificação de fluxos decorrentes da integração gera novos desafios para os sistemas de Saúde, exigindo políticas específicas direcionadas à garantia do direito à saúde nas regiões fronteiriças. Este trabalho apresenta resultados de pesquisa com o objetivo de analisar condições de acesso e demandas por serviços de Saúde em cidades fronteiriças do Mercosul.

Foi realizado inquérito com secretários municipais de Saúde das 69 localidades brasileiras da linha de fronteira com países do Mercosul referentes aos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná e Mato Grosso do Sul. Buscou-se identificar ações demandadas pela população fronteiriça, mecanismos utilizados para acesso, fluxos entre serviços e sistemas, estratégias de resposta e acordos locais. Iniciativas de cooperação entre gestores locais brasileiros e estrangeiros, identificadas em quase metade dos municípios, podem orientar a formulação de diretrizes para situações de fronteira que possibilitem a melhoria do acesso integral à atenção à saúde.

Palavras-chave: Política de Saúde. Gestão em Saúde. Sistemas de Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS).

IBANHES, Lauro Cesar et al. Governança e regulação na saúde: desafios para a gestão na região metropolitana de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 575-584, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/16.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: Discute a relação público-privado no Sistema Único de Saúde (SUS) da perspectiva do gestor municipal, a partir de pesquisa cujo objetivo foi identificar estratégias e mecanismos de governança na relação público-privado do setor Saúde na busca da equidade na região metropolitana de São Paulo, Brasil. Governança é ferramenta analítica. O problema é a regulação do sistema de Saúde. O material para análise foi obtido por meio de entrevistas com secretários municipais e estaduais de Saúde, conselheiros e técnicos do SUS. Assim, foi possível agregar os resultados em: (a) mecanismos e instrumentos de regulação; (b) espaços de poder; e (c) posição do ator SUS sobre a relação público-privado. Há mecanismos e instrumentos de regulação utilizados nos municípios para serviços estatais. Para o setor complementar e suplementar a ação regulatória, neste nível de gestão, praticamente inexiste. Os espaços de poder institucionais são inúmeros e reconhecidos como lugares para encaminhamento de demandas mais do que fóruns de pactuação. Apesar dos avanços, a governança apresentou-se como de tipo formalista. O debate da regulação na relação público-privado mostrou-se necessário para avanços na gestão do sistema.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS). Sistemas de Saúde. Gestão em Saúde.

IVANAUSKAS, Terry Macedo. **Uma síntese sobre o mercado de saúde**. 2007. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

Resumo: Constrói um modelo microeconômico estático baseado nas teorias do consumidor e da firma para sintetizar o funcionamento do mercado de Saúde. O modelo envolve os três principais agentes no setor privado: o consumidor, o provedor e o segurador. Objetiva representar simultaneamente os três problemas tradicionais do mercado de Saúde: a seleção adversa, o perigo moral e a demanda induzida. Desses três problemas, o perigo moral é o que recebe a atenção mais completa. Não obstante, ao invés da usual distorção do preço da assistência médica observado pelo consumidor segurado, a explicação do modelo para o problema do perigo moral está no custo da cooperação entre os consumidores segurados

de um fundo de seguro-saúde. Por sua vez, a seleção adversa aparece no modelo como um viés entre a porcentagem observada de doentes na população e a porcentagem esperada de doentes no fundo, na medida em que a porcentagem no fundo permanece acima da porcentagem na população antes de igualá-la. Por último, a demanda induzida surge como uma discriminação do preço da assistência médica entre os pacientes segurados e não segurados de um provedor. Demonstra a aplicação do modelo por meio da simulação de um mercado de Saúde com dados relativamente parcimoniosos sobre uma população, uma doença e a cura para essa doença. Entre os resultados, destaca-se o efeito de uma melhor distribuição de renda em reduzir o preço do seguro-saúde e diminuir a distância entre pacientes segurados e não segurados.

Palavras-chave: Economia da Saúde – Modelos.

MASSON, Fatima de Maria. **Ideologia e prática na saúde a questão da reforma sanitária**. 2007. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), 2007.

Resumo: A base histórico-filosófica da Reforma Sanitária Brasileira tem raízes no projeto da modernidade, no movimento democrata radical da medicina social do século XIX, nos fundamentos da universalidade, da igualdade e da determinação social da saúde e da doença. Sua vocação socializante se materializa, parcialmente, no Sistema Único de Saúde (SUS) que, além dessas noções, inova com a proposição de modelo de Atenção Integral à Saúde, proporcionando *status* legal aos profissionais de diferentes áreas do conhecimento na categoria "profissionais de Saúde". As principais forças ameaçadoras do SUS inscrevem-se em um conjunto de propostas reformistas afinadas com a ideologia da "terceira via" neoliberal, que atribuem a "crise da saúde" ao modelo do SUS quando a "crise" é consequente do subfinanciamento público de Saúde, das sequelas de uma economia neoliberal e do modelo hegemônico curativo e hospitalocêntrico, cuja origem é anterior ao SUS. A perda da memória da perspectiva histórica e dialética das lutas de classes golpeou o sentido socializante da Reforma Sanitária: neutralizou a crítica das forças ideológicas que disputam a direção social da Saúde Pública; deslocou o debate sobre os antagonismos sociais para acirradas "disputas metodológicas" e favoreceu a emersão de ideologias relativas a um "terceiro caminho" teórico-filosófico, nem positivista e nem materialista dialético. Neste contexto, coloca-se em questão a contribuição dos profissionais de Saúde dos hospitais universitários públicos na formação de profissionais que atuarão na rede pública. Profissionais que poderão dificultar ou fazer avançar a realização dos princípios e do modelo do SUS como garantido na Constituição Federal de 1988.

Palavras-chave: Serviço social. Reforma sanitária. Saúde.

MASCARENHAS, Neil Patrick. **Análise de um processo em construção**: a regulação da saúde suplementar no Brasil. 2007. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 2007.

Resumo: Trata-se de uma pesquisa qualitativa composta por análise bibliográfica categorial com foco em reforma do Estado e regulação, por um levantamento da estrutura do mercado

e das atas de reunião da Câmara de Saúde Suplementar (CSS) e por entrevistas semiestruturadas com os principais atores desta câmara, buscando entender posicionamentos e principais pontos em debate, construindo um quadro de referência do setor, visando identificar sucessos e lacunas do processo. A pergunta central é até que ponto a regulação, a partir do modelo de agência adotado no Brasil para o setor de Saúde Suplementar, não estaria atingindo os objetivos propostos quando da sua criação, ou seja, de defender o interesse público na assistência suplementar à saúde. As entrevistas com os atores da CSS revelam que há consenso quanto a Reforma do Estado ser a origem da regulação via agência, porém se discute sua autonomia, distanciamento do controle social do SUS, falta de integração com políticas do Ministério da Saúde, interfaces entre os sistemas público e privado, renúncia fiscal, subordinação entre SUS e sistema suplementar, efetividade dos contratos pré-regulação e participação (ou interferência) do Judiciário no processo. Conclui-se que a regulação em saúde suplementar atingiu uma fase em que nenhum ator está satisfeito, mesmo entendendo ser este um processo em construção e dadas as divergências de interesses e limitações do fórum de discussão, a construção de consensos via CSS é complexa, podendo não ocorrer. Adicionalmente, os posicionamentos e as lacunas da agência no processo não permitem enxergá-la como efetiva defensora do interesse público em saúde suplementar.

Palavras-chave: Saúde. Políticas de Saúde.

MENDOSA, Douglas. **Tensões em torno da efetivação do direito à saúde no Sistema Único de Saúde**. 2007. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

Resumo: O Sistema Único de Saúde é fruto das lutas sociais ocorridas no Brasil, nas décadas de 1970 e 1980 do século XX. Seus principais objetivos eram a ampliação da noção do direito à saúde e a superação do acesso diferencial da população brasileira aos cuidados médicos. A criação de um espaço institucional em que esses objetivos pudessem se tornar realidade foi a maior conquista daquelas lutas. Passado o período de sua institucionalização, esse espaço estruturante e estruturador da ação dos cidadãos brasileiros na busca por saúde mostra-se incapaz de concretizar aqueles objetivos. Nesse cenário, a experiência dos indivíduos e as normas que procuram materializar aqueles velhos ideais indicam-nos alguns focos recorrentes de tensão em relação à possibilidade de efetivação do direito à atenção e à recuperação da saúde. Ao nos fixarmos na questão de como os cidadãos-usuários estão ou não conquistando o atendimento, não podemos escapar da inevitável reafirmação da precariedade do sistema público de Saúde. Essa característica, por seu turno, indica-nos a manutenção do padrão de acesso diferencial aos bens e serviços destinados à recuperação da saúde individual, já que o espaço do SUS continua sendo o espaço ocupado por aqueles em situação de vulnerabilidade social.

Palavras-chave: Direito à saúde. Sistema Único de Saúde (SUS). Estratificação social.

NERI, Marcelo C.; SOARES, Wagner Lopes. Estimando o impacto da renda na saúde através de programas de transferência de renda aos idosos de baixa renda no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1845-1856, ago. 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v23n8/11.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: Nível de renda e estado de saúde são variáveis correlacionadas tanto pelo fato de aumentos, da primeira propiciar maior acesso a bens e serviços, que se refletem em melhorias no estado de saúde das pessoas, como pelos ganhos de produtividade e de renda propiciados por melhorias da saúde do trabalhador.

Este artigo estuda os impactos da renda na saúde no Brasil, tendo como instrumento para lidar com o problema de simultaneidade as mudanças observadas em políticas de transferência de renda aos idosos de baixa renda. A estratégia usada foi comparar o estado de saúde de pessoas idosas de baixa renda – sem contar o efeito dos benefícios – antes e depois do incremento exógeno do recebimento de novos programas de transferência de renda. Utilizamos um estimador de diferenças em diferenças, baseado em regressões logísticas sobre suplementos especiais de saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) 1998 e 2003. O trabalho demonstra uma melhora diferenciada do estado de saúde de pessoas idosas de baixa renda, o que não nos permite rejeitar a hipótese de que mudanças de renda causam melhorias nas condições percebidas de saúde.

Palavras-chave: Idoso. Pobreza. Renda. Equidade em saúde.

NISHIJIMA, Marislei; POSTALI, Fernando Antonio S.; FAVA, Vera Lucia. Consumo de serviços médicos e risco moral no mercado de seguro de saúde brasileiro. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA, 35., 2007. [**Anais...**]. Niterói: ANPEC, 2007. Disponível em: <www.anpec.org.br/encontro2007/artigos/ A07A046.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: Investiga se a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que estabeleceu o novo marco regulatório do mercado brasileiro de seguro privado de saúde, resultou em aumento do consumo de serviços médicos por parte dos portadores de seguros/planos privados de saúde, caracterizando comportamento de risco moral, uma vez que a lei estabelece garantias mínimas aos segurados. A literatura sobre o tema apresenta evidências de sólida conexão entre risco moral e consumo de serviços médicos por segurados de saúde. Sob a hipótese de que a aprovação da nova lei representa um experimento natural, e a partir do uso de estimador diferenças em diferenças, investigou-se se houve mudança de comportamento dos segurados em relação ao consumo de serviços médicos. Para esta finalidade, foram utilizadas as Pnads de 1998 e 2003, que contêm informações suplementares de saúde. Evidencia, pelos resultados efeitos, de risco moral no mercado de Saúde brasileiro. Entretanto a nova legislação parece não ter alterado este quadro, sugerindo uma carência de *enforcement* da nova lei no sentido de proteger os segurados.

Palavras-chave: Risco moral. Serviços médicos. Diferenças em diferenças. Regulação. Seguro de saúde.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Os desafios da ANS frente à concentração dos planos de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 1041-1050, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/22.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: Aborda os efeitos da concentração econômica do mercado de planos de saúde, pois tal movimento pode resultar no fortalecimento das grandes operadoras, com conse-

quências sobre o financiamento do Sistema Único de Saúde. A partir da ótica da economia política do setor, reflete sobre as características dessa concentração e discute se o aumento do poder de mercado exige do Estado uma postura mais ativa, em especial caso se queira preservar os princípios normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – em defesa do consumidor, da concorrência regulada e do interesse público.

Palavras-chave: Política governamental. Regulação. Análise do mercado de atenção médica. Saúde.

OLIVEIRA, Vanessa Elias de. **O municipalismo brasileiro e a provisão local de políticas sociais**: o caso dos serviços de saúde nos municípios paulistas. 2007. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

Resumo: Examina o municipalismo brasileiro após a Constituição de 1988, verificando como os municípios se saem no provimento dos serviços locais de Saúde face à descentralização dessa política com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Argumenta que o processo de descentralização da Saúde desenvolveu-se, ao longo dos anos 1990, em duas fases distintas: a fase da descentralização autonomista, entre 1990 e 1998, quando os municípios tinham total liberdade nas escolhas da política local de Saúde, e a fase da descentralização dirigida, após a introdução do Piso de Assistência Básica (PAB), quando os municípios começaram a receber recursos "carimbados", destinados exclusivamente a determinados programas de saúde, determinados pelo Ministério da Saúde. Todavia, conforme demonstrado, ambas as fases não foram capazes de minorar as desigualdades regionais existentes, em termos de oferta, acesso e financiamento aos serviços municipais de Saúde. Enfim, demonstra que as desigualdades em saúde produzidas pelo nosso federalismo não foram equacionadas pelo desenho adotado pela política de municipalização da Saúde. Somado a isso, demonstra que os argumentos normalmente utilizados pela literatura sobre federalismo e municipalismo no Brasil, críticos à "onda municipalista" e à existência de milhares municípios pequenos e altamente dependentes dos repasses do Fundo de Participação dos Municípios, não são suficientes para explicar a produção local de políticas sociais, dado que não são estes os municípios que apresentam os piores resultados na política de Saúde no que tange à oferta, acesso e financiamento da Saúde pelos gestores municipais. Por fim, demonstra que o consorciamento pode ser um mecanismo eficiente na superação de um dos principais problemas enfrentados pelos pequenos e carentes municípios na provisão de serviços de Saúde: o acesso a serviços de maior complexidade.

Palavras-chave: Descentralização. Municipalismo. Federalismo. Cooperação.

PEREIRA NETO, Manoel Galdino. **Controle de agenda nas negociações do TRIPS e saúde pública em Doha, 2001**. 2007. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

Resumo: Explica as razões para a "vitória" da coalizão liderada pelo Brasil nas negociações do TRIPs (Trade-Related Intellectual Property Subjects) e Saúde Pública da Organização Mundial do Comércio (OMC), que culminaram na Declaração de Doha em 2001. Partindo da lite-

ratura de teoria dos jogos aplicada aos estudos legislativos, procura mostrar que era possível adaptar para a OMC os resultados dessa literatura, em particular a ênfase na ideia de controle de agenda. Basicamente, a tese central do trabalho é que, para o caso ora em tela, são as regras institucionais que determinam os resultados das negociações, pois determinam a distribuição de poder em barganhas. Assim, acredita que é possível explicar o resultado final das negociações em TRIPs e Saúde Pública a partir da regra do consenso com a neutralidade no controle de agenda e a distribuição da impaciência dos atores. A análise sugere uma fecunda agenda de pesquisa tanto no estudo de quaisquer jogos não cooperativos em instituições internacionais, bem como para uma formulação do poder em relações internacionais de cunho institucionalista.

Palavras-chave: OMC. Patentes. Saúde Pública. Teoria dos jogos. Controle.

POCHMANN, Marcio. Política social na periferia do capitalismo: a situação recente no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1477-1489, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v12n6/v12n6a08.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: Por ser um País situado na periferia do capitalismo mundial, uma vez que não dispõe de moeda de curso internacional e apresenta-se com débil capacidade de produção e difusão tecnológica, o Brasil desenvolve, com muita especificidade, a sua política social. Em grande medida, as últimas duas décadas, por força da Constituição de 1988, foram de reconhecidos avanços na política social, apesar dos constrangimentos considerados no comportamento mais geral da economia diante do seu baixo dinamismo e as consequências do aumento do desemprego e da precarização dos postos de trabalho. Simultaneamente, a condição de semiestagnação da renda *per capita* dos brasileiros tem sido acompanhada de medidas de constantes ajustes fiscais, que constrangem a evolução mais recente do gasto social. Todo esse esforço fiscal termina, muitas vezes, sustentando o ciclo da financeirização de riqueza, especialmente para a diminuta parcela da sociedade que se coloca na condição de detentores dos títulos da dívida pública. A análise dessa especificidade nacional pode permitir compreender a perda atual da oportunidade de superação de grande parte das mazelas sociais do País. Isso porque a política social possui uma importante ação sobre a população de menor renda.

Palavras-chave: Desemprego. Salário mínimo. Rendimento. Pobreza. Desigualdade. Tributação.

QUEIROZ, Luisa Guimarães. **Integração econômica regional e políticas de saúde:** União Européia e Mercosul. 2007. Tese (Doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), 2007.

Resumo: Tese desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da ENSP/Fiocruz/MS, linha de pesquisa Políticas e Sistemas de Saúde em Perspectiva Comparada, no período de 2003 a 2007. Estuda as repercussões da integração econômica regional nas políticas e sistemas de Saúde na União Europeia e no Mercosul. Na União Europeia, o estudo trata do acesso às ações de Saúde garantido em todo o mercado interno por regulamen-

tos europeus, de repercussões no sistema de Saúde espanhol das liberdades de circulação de pessoas, produtos, serviços e capital, e de projetos fronteiriços em Saúde com recursos de fundos de coesão europeus. No Mercosul, aborda a construção de agenda regional de Saúde na perspectiva institucional, o perfil sociodemográfico e da rede de municípios brasileiros fronteiriços e iniciativas cooperativas em Saúde, fluxos e relações entre as comunidades de cidades-gêmeas relacionados à extensão de direitos de saúde, e a percepção de atores sanitários quanto às repercussões da integração na Saúde. A metodologia consta de revisão bibliográfica e documental, entrevistas semiestruturadas, inquéritos e coleta de dados secundários, visitas de estudo e estágio de doutorado na Espanha. Os resultados indicam repercussões da integração econômica regional nas políticas e sistemas de Saúde. A experiência europeia demonstra que a integração econômica regional repercute de modo esperado, e não esperado na Saúde e nos sistemas. Enquanto, no Mercosul, observa-se: a inscrição da Saúde em dois espaços institucionais distintos e a incorporação recente de temas de proteção à saúde para além do comércio de produtos na agenda regional. Nas fronteiras do Mercosul, constata o duplo movimento: da comunidade em busca da extensão de direitos e dos governos fronteiriços para expandir ações de Saúde em iniciativas cooperativas. Aponta desafios relevantes para políticas regionais de Saúde no Mercosul que reduzam desigualdades e promovam a coesão social, como parte da sustentação e dos benefícios processos de integração.

Palavras-chave: Integração econômica e saúde. Mercosul. Coesão Social. União Europeia.

SANTOS, Angela Moulin S. Penalva; UGÁ, Maria Alícia Dominguez. Reformas do estado, descentralização e política de saúde: uma análise comparada entre Argentina, Brasil, Colômbia e México. **Ensaios FEE**, Porto Alegre, v. 28, n. 2, out. 2007. Disponível em: <revistas.fee.tche.br/index.php/ensaios/article/view/2146/2530>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: A crise fiscal eclodida no início da década de 1980 do século XX marcou o esgotamento dos processos de desenvolvimento latino-americanos baseados na condução, pelos estados nacionais, dos processos de industrialização substitutiva de importações. Desde então, foram inicialmente adotados planos de estabilização macroeconômica até meados dessa década, que focalizavam o reequilíbrio do balanço de pagamentos, e, a partir daí, ganharam força os programas de ajuste de cunho neoliberal, afetando as políticas sociais na sua essência. A tônica desse ajuste passou a ser a diminuição do protagonismo estatal, incluindo a descentralização das políticas entre as esferas governamentais. As reformas nos sistemas de Saúde inscrevem-se nesse contexto, o que se reflete, na maioria dos casos, no fortalecimento do setor privado e das instâncias infranacionais de poder, e têm potencial para afetar a organização do território. Este estudo analisa, comparativamente, esses processos na Argentina, no Brasil, na Colômbia e no México.

Palavras-chave: Reforma do Estado. Descentralização. Sistema de Saúde.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 429-435, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a19v12n2.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: Propõe ao movimento da Reforma Sanitária Brasileira, incluindo os gestores do SUS, uma reflexão e um posicionamento sobre os rumos da implementação desse sistema. Aponta sinalizações para a identificação dos rumos "maiores" gerados no pacto social de 1988, e os rumos "adicionais" gerados a partir de 1990. Refere o conflito entre as duas reformas do Estado iniciadas em 1990: a atrelada aos princípios e às diretrizes constitucionais, na qual o SUS é a maior realização, e a comandada pela área econômica. Esta incorpora a marcante inclusão social promovida pelo SUS, mas impediria os avanços estruturantes da realização da integralidade e igualdade na construção da universalidade, assim como induziria a hegemonia das práticas e valores individuais do mercado, para o centro do sistema de Saúde. Sugere que os aclaramentos dos rumos desejáveis e dos desviantes poderão contribuir sensivelmente na conquista da realização integral, igualitária e universal dos direitos sociais na Saúde.

Palavras-chave: Direito social à saúde. Políticas de Saúde. Público e privado em Saúde. Implementação de política pública.

SATO, Fábio Ricardo Loureiro. A teoria da agência no setor da saúde: o caso do relacionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar com as operadoras de planos de assistência supletiva no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, 2007. Disponível em: <bibliotecadigital.fgv.br/ ojs/index.php/rap/article/view/6879/5452>. Acesso em: 21 jan. 2013.

Resumo: O relacionamento entre os atores do sistema supletivo de assistência à saúde no Brasil é caracterizado por uma complexa trama de conflitos de interesse e de poder, que podem ser analisados à luz da teoria da agência. Ela emprega elementos da ciência econômica, principalmente das teorias do consumidor e do funcionamento de mercado com ideias derivadas dos estudos organizacionais e comportamentais, faz uma divisão entre os agentes econômicos em principais e agentes. Analisando o mercado de assistência supletiva, pode-se constatar que ele possui inúmeros atores, que exercem, ao mesmo tempo, papéis de agentes e principais. É justamente dessa dualidade de papéis que surgem grande parte dos conflitos e, por meio de diversos mecanismos de regulação, tenta-se reduzir os custos de agência, derivados dos conflitos de interesse, que são a causa principal dos problemas de agência dentro desse setor.

Palavras-chave: Teoria da agência. Setor de assistência supletiva à saúde.

SILVA, Simone Mendes da. **Espaços para combater a pobreza a partir das práticas de saúde no SUS**. 2007. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

Resumo: Contribui para a retomada mais ativa de interesse e preocupação com a pobreza nas práticas de saúde. Também objetiva contribuir para a articulação de melhores respostas aos problemas das pessoas atendidas nos serviços de Saúde, principalmente em municípios como Eldorado e região do Vale do Ribeira. A pobreza, queira-se ou não, é parte intrínseca da contemporaneidade brasileira e a sua redução exigirá não somente políticas econômicas e sociais de âmbito nacional, mas também ações específicas nos espaços locais e no terreno

da convivência diária. A pesquisa mostra que muitas práticas de saúde desconectam da ajuda necessária às pessoas que procuram os serviços, uma vez que a condição de pobreza em que vivem impõe uma série de revisões quando se fala em Saúde, ou seja, nas próprias práticas de saúde, na formação profissional, na organização dos serviços, na política de Saúde e na gestão da Saúde no município. As conversas sobre a pobreza nos levaram à compreensão em relação às condições e situações de saúde com as quais os profissionais se deparam no dia a dia. Quanto a lidar ou combater a pobreza, tivemos respostas tradicionais ou que dependem de características pessoais e de vida do profissional – posicionamento que não nos parece justo para os profissionais da Saúde, tampouco suficiente para a situação vivida em Eldorado. Sugere que a temática da pobreza precisa de maior reconhecimento enquanto questão que envolve saúde, principalmente no que se refere às práticas diárias de saúde.

Palavras-chave: Saúde. Pobreza. Práticas de saúde. Psicologia social.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; OLIVEIRA, Vanessa Elias de. Reforma(s) e estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 7-17, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n1/02.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2013.

Resumo: Apresenta uma descrição cronológica e uma análise crítica das reformas realizadas no Sistema de Saúde Britânico (NHS) a partir da década de 1990. Aborda as bases político-administrativas dessas reformas, as formas de financiamento delas resultantes e as repercussões no processo de atenção à saúde. O aprofundamento político organizacional desse processo de reforma do NHS permite a identificação de analogias com o Sistema Único de Saúde (SUS). Estratégias inovadoras como: a) a busca de maior autonomia e de aumento da eficiência como a criação dos Grupos de Atenção Primária; b) as fundações dos hospitais públicos britânicos; c) a distribuição dos gastos públicos em Saúde; d) as inovações introduzidas na reforma da reforma em 1997 foram analisadas comparativamente com o SUS. Apesar do distinto contexto histórico de construção desses dois sistemas universalistas, é possível identificar experiências e lições que poderão ser úteis ao processo de aprimoramento dos princípios de universalidade, integralidade e equidade, proposto pelo SUS.

Palavras-chave: Políticas de saúde. Reformas de sistemas de Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS). Sistema Britânico de Saúde.

TOMACHESKI, João Alberto. **Condições sociais de surgimento e implementação de uma política pública:** burocratas e médicos na formação das políticas de saúde no Brasil (1963–2004). 2007. Tese (Doutorado) – Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

Resumo: As políticas públicas do setor Saúde no Brasil entre 1963 e 2004, se consideradas somente no seu aspecto legal, seguiram o caminho da incorporação crescente de parcelas cada vez maiores da população, até a universalização do direito à saúde, na segunda metade da década de 1980, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, apesar de todas essas transformações legais, as políticas de Saúde, se consideradas em sua dinâmica social, mantêm um padrão no qual as divisões sociais determinam o acesso à assistência à saúde. As modificações constitucionais ao longo do período não foram suficientes para

modificar o caráter fragmentário e residual da ação estatal no setor Saúde. Nesse período, dois grupos de interesse permanecem como os principais mediadores da política no setor: a burocracia de Estado e os médicos. A burocracia, devido à sua posição estratégica dentro do Estado. Os médicos, devido à sua posição estratégica dentro da organização do setor Saúde. Como o estudo de caso canadense parece mostrar, não existe um antagonismo entre a "prática liberal" e a expansão do Estado no setor Saúde, desde que essa expansão seja mantida por um teto financeiro e permita a atuação do profissional tanto no setor público quanto no privado. Isso foi preservado no caso do Brasil. Mas, ao preservar essa inserção liberal do médico, se preserva as condições de expansão do setor, sem resolver o problema de acesso. Conclui-se que a distância entre o modelo universalista e a dinâmica social residual das políticas de Saúde no período são resultado das disputas entre os grupos sociais para manter a sua posição dentro do setor e/ou sua participação na distribuição dos bens de Saúde.

Palavras-chave: Políticas públicas. Profissões. Burocracia.

TOSTES, Monica Curcio de Souza. **Pacto federativo e a política sanitária municipal brasileira:** os casos do Rio de Janeiro e de Niterói pós 90. 2007. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal Fuminense, Niterói (RJ), 2007.

Resumo: Analisa o sistema federativo brasileiro e as políticas de Saúde a partir dos anos 1990, destacando principalmente a atuação da esfera municipal e sua relação com as outras esferas. Verifica-se que o pacto federativo brasileiro tem sido afetado pelas organizações partidárias. Opta por realizar um estudo de caso das políticas de Saúde dos municípios do Rio de Janeiro e Niterói, com o intuito de observar se a questão político-partidária tem afetado o financiamento destas políticas.

Palavras-chave: Federalismo. Ciência política. Política social. Relações intergovernamentais. Financiamento.

VECINA NETO, Gonzalo; MALIK, Ana Maria. Tendências na assistência hospitalar. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 825-839, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/02.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: Analisa as tendências observadas na assistência hospitalar brasileira, no que diz respeito ao cenário, situação atual, desafios e ao que necessita ser feito, tendo em vista os itens anteriores. As variáveis com as quais se trabalhou o cenário geral foram a demografia, o perfil epidemiológico, os recursos humanos, a tecnologia, a medicalização, os custos, a revisão do papel do cidadão, a legislação, a equidade, o hospitalocentrismo e a regionalização, o fracionamento do cuidado e a oferta de leitos. O cenário nacional foi estudado mediante o modelo empregado na assistência médica supletiva, o financiamento e a cadeia de produção na área de serviços de Saúde. A situação atual apresenta os modelos de avaliação externa, a terceirização, o relacionamento público-privado, a desospitalização e o financiamento. Os desafios a serem enfrentados analisam a necessidade de se olhar, em longo prazo, a busca por novos modelos jurídicos para o "negócio", o uso da informação e a informatização, o controle de custos e a necessidade do aumento da eficiência e do cumprimento dos ditames

legais, de garantia de acesso e de integralidade na assistência, a incorporação da prevenção primária ao processo de atenção, a integração entre os setores público e privado e a incorporação do médico na solução dos problemas.

Palavras-chave: Gestão hospitalar. Tendências na assistência hospitalar.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; ELIAS, Paulo Eduardo M. Saúde e desenvolvimento. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, supl., p. 1765-1777, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v12s0/02.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: Considerando que os modernos sistemas de Saúde são o resultado da complexa interação de processos econômicos, políticos e sociais, discute a relação entre saúde e desenvolvimento no Brasil, mostrando que o esgotamento do modelo liberal de política econômica abre nova perspectiva para a retomada do desenvolvimento, entendido como combinação entre crescimento da economia, mudanças na estrutura produtiva e melhora das condições de vida da população. O complexo produtivo da Saúde joga papel decisivo nesse processo, pois constitui um campo em que inovação tecnológica e acumulação de capital geram oportunidades de investimento, trabalho e renda, além de produzir avanços importantes para melhorar o estado de saúde das pessoas. A recente adoção de políticas públicas voltadas para articular, de forma positiva, aspectos da política econômica e da política social revela que a questão do desenvolvimento nacional ganhou nova centralidade na agenda governamental, o que abre a perspectiva de maior integração entre a lógica econômica e a lógica sanitária. Entretanto é preciso reconhecer que o Brasil ainda não logrou alcançar uma associação virtuosa entre saúde e desenvolvimento.

Palavras-chave: Saúde e desenvolvimento. Setor Saúde e modelo liberal. Inovação tecnológica em Saúde. Intersetorialidade.

VIDOTTI, Carlos Cezar Flores. **Medicamentos novos e as necessidades do Sistema Único de Saúde:** políticas públicas para pesquisa e desenvolvimento de fármacos no Brasil. 2007. Tese (Doutorado) – Universidade de Brasília, Brasília (DF), 2007.

Resumo: Descreve os fármacos novos lançados no período de 1994 a 2004, cotejando-os com as doenças prioritárias para o Sistema Único de Saúde, e conhece iniciativas de pesquisa e desenvolvimento de fármacos e medicamentos no País. O método utilizado foi o de estudo de caso, sendo realizada análise documental, questionários e entrevistas. Nos resultados, foram identificados 440 fármacos novos, com média de 40 por ano, que, majoritariamente, não apresentavam avanço terapêutico e foram introduzidos, principalmente, para tratar doenças não infecciosas. As doenças prioritárias para o SUS – hanseníase, tuberculose, hipertensão e diabetes – foram caracterizadas epidemiologicamente e, para as três últimas, foram obtidas estimativas de custos de tratamento. Os fármacos novos foram cotejados com os tratamentos recomendados, sendo que um (0,2%) fármaco descrito foi selecionado para a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, o Metoprolol, um anti-hipertensivo. Os custos da tuberculose equivalem aos custos para a pesquisa e desenvolvimento de medicamento. A Talidomida continua a ser utilizada em programa do Ministério da Saúde, cau-

sando novos casos de focomelia. Conclui que o registro de fármacos novos segue orientação majoritariamente comercial, com grande quantidade de fármacos que não apresentam avanço terapêutico. Há doenças de controle estratégico para o SUS que não são contempladas pelos medicamentos novos. Esta é uma lacuna para a pesquisa de novos fármacos. O Brasil entrou em novo momento histórico de pesquisa e desenvolvimento integral de medicamentos. Para utilizar esse potencial em favor do SUS, propõe a criação de agência de medicamentos e um modelo de pesquisa e desenvolvimento que considere as necessidades de saúde, articule competências e tenha a participação de usuários na sua gestão.

Palavras-chave: Medicamento. Economia do medicamento. Farmacologia.

Estado, Mercado e Regulação Econômica em Saúde 2008

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; KORNIS, George Edward Machado. Padrões de acumulação setorial: finanças e serviços nas transformações contemporâneas da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1409-1420, 2008. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v13n5/07.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: Introduz elementos da reprodução econômica da sociedade capitalista na avaliação da dinâmica contemporânea da acumulação da saúde. Identifica a direção e o sentido da acumulação de capital e o ambiente onde se desenvolvem os atuais processos de competição. Considera a hipótese da hipertrofia da órbita financeira como um modo de estruturação da economia capitalista desde o último quartel do século XX, em que ficam embaçadas e corroídas antigas delimitações entre produção de bens e prestação de serviços. Mudam os padrões de competição entre as empresas, bem como as contradições internas e externas ao setor Saúde. A abordagem é teórico-histórico-conceitual, visando aportar elementos para uma abordagem contemporânea do tema "complexo médico-industrial". Identifica as transformações internacionais e nacionais referentes à dinâmica do capital no complexo, com destaque para o crescente papel dos serviços. Elabora a nova abordagem a partir do pensamento econômico de Marx, acrescido da discussão contemporânea sobre financeirização e novas configurações produtivas da grande empresa. Ao final, problematiza o caráter das contradições existentes no interior do complexo produtivo da saúde.

Palavras-chave: Economia Política da Saúde. Complexo médico-industrial. Expansão da esfera financeira. Serviços de Saúde. Seguros de saúde.

BAHIA, Ligia. A janela demográfica, crescimento econômico e as políticas de saúde e proteção social. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1112-1114, ago. 2008. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v13n4/03.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: O contexto de retomada do Estado como propulsor do planejamento e desenvolvimento econômico – expressa no Plano de Aceleração de Crescimento –, a janela demográfica e as possibilidades de reinserção do Brasil no cenário internacional viabilizam e estimulam o redesenho de políticas de articulação do crescimento econômico e solidariedade social. Por outro lado, as tentativas de reduzir o denominado *greying* dos orçamentos públicos, que está por trás dos argumentos sobre as virtudes dos programas voltados aos jovens e as mazelas da Previdência Social, não contribuem para a compreensão da complexidade que envolve os valores de solidariedade gerados pelas relações e intermediações entre o mercado e as instituições políticas. As desigualdades distributivas, sejam as econômicas, as sociais e as culturais, clamam pela efetivação de programas complementares e reafirmação de valores de justiça distributiva envolvendo as atuais e futuras gerações.

Palavras-chave: Economia da Saúde. Saúde pública. Política de Saúde.

BUSS, Paulo Marchiori; CARVALHEIRO, José da Rocha; ROMERO CASAS, Carmen Phang (Orgs.). **Medicamentos no Brasil**: inovação e acesso. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 440 p. ISBN 978-85-7541-165-0.

Resumo: Reúne os pontos de vista da academia, do governo e do setor produtivo público e privado em 22 capítulos divididos em seis partes. Com abordagens que privilegiam o contexto nacional, mas também refletem sobre a posição brasileira no cenário internacional, a obra apresenta um diagnóstico da área de medicamentos no País, avalia seus problemas e potencialidades e faz recomendações concretas para a superação dos obstáculos e o melhor aproveitamento das oportunidades. Destaca que este é o segundo volume de uma série temática sobre pesquisa, desenvolvimento e inovação nos segmentos industriais da Saúde, parte destacada do Projeto Inovação em Saúde, da Presidência da Fiocruz, que teve início com o livro Vacinas, soros e imunizações no Brasil, de 2005.

Palavras-chave: Preparações farmacêuticas. Indústria farmacêutica. Acesso aos serviços de Saúde. Desenvolvimento tecnológico e inovação. Política de Saúde.

EUGÊNIO, Alisson. **Reforma dos costumes:** elite médica, progresso e o combate às más condições de saúde no Brasil do século XIX. 2008. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

Resumo: Até a ilustração, em decorrência da grande influência da religião no imaginário popular, das enormes limitações do saber médico e da ausência de serviço público de Saúde, o êxito do processo de cura dos enfermos era predominantemente concebido, antes de tudo, como uma graça de Deus, concedida aos que fossem dignos de merecê-la. A partir de então, com o impulso dado à ciência, que já vinha sendo estimulada desde a Renascença, a elite médica começou a reformular as bases da Medicina. Em meio a isso, foi mostrando a possibilidade de os problemas de saúde serem combatidos, inclusive preventivamente, por meio da combinação entre as técnicas de tal campo de conhecimento e as ações governamentais. No Brasil, a elite médica que aqui atuou no século XIX, em sintonia com a reformulação do seu saber que estava ocorrendo na Europa e com alguns ideais da Ilustração, sobretudo o de progresso, empenhou-se para apresentar meios que pudessem superar a péssima situação sanitária do País. Dessa forma, seguindo a tendência de seus pares europeus, ela buscou promover a institucionalização da Medicina, criando instituições de pesquisa e divulgação de conhecimento, para defender seus interesses corporativos e combater as causas que muito comprometiam a saúde dos indivíduos em geral, inclusive dos escravos. Desse modo, eles acabaram, por meio dessa aproximação e do esforço destinado a promover uma reforma dos costumes prejudiciais à saúde, sendo convertidos na sociedade brasileira em um dos seus principais agentes reformadores a partir do século XIX.

Palavras-chave: Ilustração – Progresso – Elite médica. Medicina – Saúde Pública.

GERSCHMAN, Silvia. Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto de sistemas públicos de saúde: União Européia e Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1441-1451, 2008. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v13n5/10.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: Analisa a política de Saúde Suplementar nos anos recentes no Brasil e em países europeus. A abordagem proposta é a análise comparativa de políticas de planos e seguros privados no contexto de sistemas públicos de Saúde, União Europeia e Brasil. Compara as políticas dos países acima mencionados, o que possibilitou estabelecer parâmetros e categorias de análise capazes de evidenciar as semelhanças e as diferenças que tais experiências comportam. Aprofunda a discussão destas variáveis/categorias de análise, para o caso do Brasil, utilizando resultados de pesquisa recentes sobre o setor privado da Saúde no contexto do SUS. Indaga especialmente: os convênios e contratos do setor público com o privado, as atribuições dos planos privados no sistema de Saúde, a produção, a capacidade instalada e o financiamento dos setores público e privado e, por último, a regulação e o ressarcimento dos planos privados ao SUS. Nas conclusões, retoma a discussão da perspectiva teórico-conceitual na análise de políticas comparadas de sistemas de Saúde e os aportes que nosso estudo providenciou.

Palavras-chave: Políticas comparadas – Público-privado. Sistema de Saúde.

MESQUITA, Ana Cleusa Serra. **Crise do estado nacional desenvolvimentista e ajuste liberal**: a difícil trajetória de consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS (1988/2007). 2008. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), 2008.

Resumo: A conquista do direito à saúde no Brasil representou um avanço expressivo no campo da proteção social do País. Contudo, apesar da importante vitória associada à construção jurídico-legal do SUS, a implementação do novo sistema encontra uma série de obstáculos, revelando a dificuldade para consolidar um sistema de saúde universal de fato, e não apenas de direito. Esse descompasso está relacionado ao momento histórico da construção do SUS: os avanços na universalidade da cobertura na Saúde coincidem com a crise do Estado Nacional Desenvolvimentista no Brasil. Segue-se então uma etapa de crise econômica, baixo crescimento e ênfase na reforma do Estado visando ao ajuste fiscal. Este contexto é agravado ainda pela rearticulação das forças conservadoras a partir de 1990 e pelo ressurgimento vigoroso do ideário liberal. Coloca-se, assim, um cenário hostil (pós-1988) para a consolidação de um sistema de saúde universal e redistributivo. Heranças do passado redobram seu fôlego. O estreitamento das bases de financiamento e as dificuldades de superar interesses privatistas poderosos, arraigados na política de Saúde desde o final dos anos 1960, colocam sérios obstáculos para a consolidação plena do SUS.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde – Brasil. Reforma sanitária. Saúde.

MOTA, Daniel Marques et al. Uso racional de medicamentos: uma abordagem econômica para tomada de decisões. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 589-601, 2008. Suplemento. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v13s0/a08v13s0.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: Aborda o Uso Racional de Medicamentos (URM) sob um ponto de vista da economia. O URM, para ser implementado, implica custos e envolve a apropriação de conhecimentos e mudanças de conduta de diversos agentes. A dificuldade na adoção da prática do

URM pode estar relacionada a problemas de escassez, à assimetria de informação, à informação incompleta, a incertezas nas decisões clínicas, a externalidades, ao preço-tempo, aos incentivos para prescritores e dispensadores, a preferências dos prescritores e à utilidade marginal. Assim, cabe às autoridades sanitárias, entre outras entidades, regular, reduzir e controlar essas falhas que poderão introduzir ineficiências na assistência farmacêutica, bem como produzir riscos à vida humana.

Palavras-chave: Economia do medicamento. Farmacoeconomia. Medicamento. Uso racional.

MOULD QUEVEDO, Joaquín F. et al. Competência no setor saúde: análise da reforma sueca (1992-1995). Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 356-364, 2008. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v42n2/6425.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2013.

Resumo: Revisa os êxitos e fracassos da reforma do setor de Saúde sueco, assim como as lições que deixou em sua proposta de alcançar melhores resultados financeiros e padrões de qualidade.

Palavras-chave: Reforma dos Serviços de Saúde. Sistemas Locais de Saúde. Economia da Saúde. Administração de Serviços de Saúde. Suécia.

PERILLO, Eduardo Bueno da Fonseca. **Importação e implantação do modelo médico-hospitalar no Brasil:** um esboço de história econômica do sistema de saúde 1942-1966. 2008. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

Resumo: O atual modelo de atenção à saúde do Brasil tem suas origens no modelo biomédico flexneriano, idealizado e implantado nos Estados Unidos por meio da ação combinada do corporativismo médico local e do grande capital. Sua importação e implantação inserem-se nas relações gerais de dependência econômica e subordinação política do nosso País aos interesses norte-americanos, desde as últimas décadas do século XIX até as primeiras décadas do século XX. O objetivo desta tese é identificar e analisar como as grandes fundações norte-americanas, financiadoras do modelo de atenção médica originado a partir da publicação do Relatório Flexner em 1910, mais os interesses capitalistas, tanto do grande capital internacional quanto nacionais, e o corporativismo médico brasileiro construíram o modelo de atenção médico-hospitalar no Brasil e o moldaram à sua conveniência, de sorte a torná-lo hegemônico, preparando o terreno para a implantação da fase seguinte, a do complexo médico-industrial. Para tanto, apropriando-se do discurso dominante da ciência, deverão introduzir-se no Estado ou com ele manter estreito relacionamento, de forma a controlá-lo ou dirigi-lo ainda que parcialmente, privilegiando seus interesses, enquanto vestidos de um discurso que se pretende assistencialista, promovendo a expansão da base de assistência médica individual para cristalizar um padrão hospitalocêntrico e crescentemente tecnificado.

Palavras-chave: Sistema de Saúde – História – Brasil. Sistema de Saúde – Aspectos econômicos – Brasil.

RIBEIRO, José Mendes et al. Procedimentos e percepções de profissionais e grupos atuantes em mercados de planos de saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro,

v. 13, n. 5, p. 1477-1487, 2008. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v13n5/13.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: Analisa o modo como, no Brasil, operadoras de planos e seguros de saúde, serviços hospitalares e médicos organizam o acesso aos serviços de Saúde, e que mecanismos utilizam para economia de custos e de decisões. A análise faz uso da literatura de regulação em Saúde e da estratégia do *managed care*. A partir de uma seleção intencional de operadoras baseada em número de beneficiários, modalidade organizacional e abrangência geográfica, seleciona amostras probabilísticas de médicos e de serviços hospitalares. Os dados foram obtidos por intermédio de questionários com representantes das operadoras, médicos e hospitais a elas credenciados. Os resultados sugerem que as relações entre operadoras, médicos e hospitais se estabeleceram em bases herdadas do antigo sistema previdenciário, com pagamento predominante de serviços por tabelas fixas e contas abertas. Mecanismos mais complexos de financiamento, de compartilhamento de riscos e de busca pela eficiência são pouco experimentados. São frágeis os mecanismos de redução de agravos, assim como os incentivos ao uso adequado das tecnologias. Fatores moderadores de consumo ou barreiras de acesso são o meio mais comum de controle de custos. Pode-se concluir que a agenda do *managed care* é incipiente no caso brasileiro.

Palavras-chave: Planos de saúde. Saúde suplementar. Atenção gerenciada.

ROCHA, Romero Cavalcanti B.; SOARES, Rodrigo Reis. Impacto de programas de saúde a nível familiar e comunitário: evidências do Programa Saúde da Família. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA, 36., Salvador. [**Anais...**]. Niterói: ANPEC, 2008. Disponível em: <www.anpec.org.br/encontro2008/artigos/200807211610510-.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: Calcula o impacto de programas de saúde em nível familiar e comunitário nas reduções de mortalidade que aconteceram nos países em desenvolvimento a partir da década de 1960. Para isto, usa as evidências do Programa Saúde da Família (PSF), criado pelo governo federal do Brasil em 1994. O PSF é um programa de atenção básica à saúde, com foco na prevenção e na detecção rápida de doenças, no qual unidades de saúde públicas são colocadas à disposição da população com um médico, um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem. Além disso, seis agentes comunitários de saúde visitam os cerca de 800 domicílios cadastrados naquela equipe, estabelecendo um vínculo entre as equipes e a população. Calcula o impacto do programa na redução de mortalidade por faixa etária, por região, por quartil de mortalidade inicial e por causa de morte. O resultado do trabalho aponta para uma redução da taxa de mortalidade nas quatro faixas etárias escolhidas (infantil, de criança, de adultos e de idosos) nos municípios que receberam o programa. Além disso, o efeito parece ter sido maior nos municípios que estavam em piores condições em termos de taxa de mortalidade, nos municípios do Norte e Nordeste e nas causas de morte que dependem mais de atenção básica.

Palavras-chave: Programa – Saúde – Família. Comunidade. Mortalidade.

SALVADOR, Evilásio da Silva. **Fundo público no Brasil:** financiamento e destino dos recursos da seguridade social (2000 a 2007). 2008. Tese (Doutorado) – Universidade de Brasília, Brasília (DF), 2008.

Resumo: Estuda o padrão de Estado Social determinado pela inter-relação entre orçamento fiscal e orçamento da seguridade social na conformação do fundo público no Brasil. Descreve como os recursos destinados às políticas de previdência social, assistência social e saúde são apropriados pelo orçamento fiscal. Em particular, são analisados o financiamento e o destino dos recursos aplicados pelos fundos sociais que integram a seguridade social brasileira: o Fundo do Regime Geral da Previdência Social (FRGPS), o Fundo Nacional de Saúde (FNS) e o Fundo Nacional da Assistência Social (Fnas), no período de 2000 a 2007. Identifica as bases econômicas de incidência tributária (renda, consumo e patrimônio) no financiamento do fundo público no Brasil. O resultado da pesquisa demonstra que a estruturação do fundo público no Brasil configura um Estado Social que não reduz a desigualdade social porque se assenta no financiamento regressivo de suas receitas, com o predomínio de tributos indiretos, onerando os mais pobres e os trabalhadores e privilegiando a acumulação capitalista, especialmente o capital financeiro. As políticas sociais que integram a seguridade social têm padrão restritivo e básico, não universalizando direitos, pois metade da população economicamente ativa não tem proteção previdenciária. Na Saúde, a estreita relação dos recursos do FNS com o setor privado é ameaça constante à universalização. O montante dos gastos públicos em saúde no Brasil é claramente insuficiente para estabelecer um sistema de saúde público, universal, integral e gratuito. Os recursos que compõem as fontes de financiamento da seguridade social desempenham um papel relevante na política econômica e social, pois são retidos pelo orçamento fiscal, alocados no *superavit* primário e canalizados para a esfera financeira da economia na forma de pagamento de juros da dívida pública. As despesas da seguridade social estão infladas com gastos da área fiscal, mas sem o devido aporte de recursos. Com isso, vem ocorrendo o enfraquecimento do sistema de seguridade social na sua totalidade e restringindo-se sua possibilidade de reduzir as desigualdades sociais.

Palavras-chave: Fundo Público. Orçamento. Financiamento.

SILVA, André Ricardo Batista de Barros e. **Avaliação de políticas públicas:** estudo do comportamento de indicadores relacionados com a saúde em municípios do Estado de Pernambuco após a Emenda Constitucional n° 29. 2008. Dissertação (Mestrado) – Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro (RJ), 2008.

Resumo: O Sistema Único de Saúde (SUS), definido pela Constituição de 1988, está prestes a completar 20 anos, constituindo-se em um marco para as políticas públicas no setor da Saúde. Ao longo desses anos, diversas foram as alterações na legislação, no sentido de dar prioridade à aplicação de recursos públicos em um setor tão carente como é o da Saúde e, em especial, chama-se atenção para a Emenda Constitucional n° 29, de 13 de setembro de 2000, que estabeleceu vinculação mínima de aplicação de recursos de impostos em ações e serviços de Saúde. Como toda política pública deve ser sistematicamente avaliada, e partindo da premissa de que, de acordo com a teoria incrementalista, mais recursos aplicados em saúde tenderiam a resolver a crise na Saúde, esta dissertação apresenta como resultado

um estudo do comportamento de um conjunto de indicadores relacionados com a saúde, em municípios do Estado de Pernambuco após a Emenda Constitucional n° 29. O período da avaliação compreende os anos de 2002 a 2005 e a região avaliada está localizada no agreste meridional do Estado de Pernambuco. Foram selecionados dez indicadores relacionados com a saúde que integram a Portaria n° 493 do Ministério da Saúde. Como resultado, constatou-se que, no período, o percentual médio aplicado em saúde era superior a 15% desde o ano de 2002. Todavia o valor *per capita* relativo à parcela municipal foi reduzido no período de 2002 a 2004, sendo elevado no ano de 2005, devendo ser destacado que os municípios arcaram com a metade dos gastos em Saúde. Constatou-se, ainda, que os municípios com menor renda *per capita* foram os que tiveram os maiores valores *per capita* aplicados em Saúde. No que diz respeito ao coeficiente de mortalidade infantil para a região, verificou-se que o valor da média do período, 33 para cada grupo de mil crianças nascidas vivas, é classificado como "médio", de acordo com o padrão definido pela Portaria n° 493. Não foi constatada correlação estatisticamente significativa entre valores aplicados em saúde e coeficiente de mortalidade infantil.

Palavras-chave: Políticas Públicas. Avaliação. Financiamento da saúde.

SILVA, Flavio Dias da. **A atenção básica do Sistema Único de Saúde no contexto do ajuste neoliberal do estado brasileiro:** análise das relações entre a estratégia de Saúde da Família, pacotes clínicos-essenciais e novo universalismo. 2008. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), 2008.

Resumo: Iniciada em 1993, a reorganização da Rede de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde, que tem como seu elemento central o Programa de Saúde da Família (PSF), assenta-se na necessidade de democratizar o acesso da população à saúde a partir da atenção primária, tornando o PSF um elemento fundamental na garantia do cumprimento de um preceito legal do sistema, a universalidade de acesso. No entanto é na perspectiva de ação edificante deste princípio do SUS que o programa apresenta suas maiores contradições. A partir de pesquisa bibliográfica, com base em análise documental de fontes secundárias indexadas e documentos oficiais de agências de fomento e do Ministério da Saúde, esta investigação teve como objetivo geral identificar as relações do modelo adotado na reorganização da atenção básica do SUS com as medidas de ajuste propostas pelas principais agências internacionais de fomento à reforma de sistemas de Saúde. Preliminarmente, o PSF apresenta métodos e ferramentas semelhantes aos propostos pelas agências internacionais, contudo de baixo impacto sistêmico à luz dos objetivos específicos dessas agências, tendo em vista sua posição heterogênea no sistema de Saúde.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS). Programa de Saúde da Família (PSF). Serviços básicos de Saúde. Reforma. Saúde coletiva.

Estado, Mercado e Regulação Econômica em Saúde 2009

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Atenção à saúde no setor suplementar:** evolução e avanços do processo regulatório. Rio de Janeiro, 2009. 80 p. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_setor_suplementar.pdf>. Acesso em: 8 fev. 2013.

Resumo: Aborda as inovações na regulação da Saúde Suplementar no Brasil. Apresenta a consolidação das informações assistenciais pelo Sistema de Informações de Produtos da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Trata ainda da atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação sobre a promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças no setor de assistência privada à saúde; a regulação do modelo de atenção obstétrica e o incentivo ao parto normal no setor suplementar de saúde; a gestão de tecnologias em Saúde na Saúde Suplementar, focalizando o processo de revisão do rol de procedimentos e eventos em saúde; a atenção à saúde mental no setor de planos privados de saúde e a portabilidade de carências.

Palavras-chave: Atenção à Saúde. Saúde Suplementar. Regulamentação Governamental.

ANDRADE, Monica Viegas; MAIA, Ana Carolina. Diferenciais de utilização do cuidado de saúde no sistema suplementar brasileiro. **Estud. Econ.**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 7-38, mar. 2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ee/v39n1/v39n1a01.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: Investiga os diferenciais de utilização de serviços no sistema de Saúde brasileiro a partir de uma análise contrafactual utilizando os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) de 1998 e 2003. Seleciona duas variáveis de utilização do cuidado médico: consultas médicas e dias de internação. Os resultados sugerem a presença de sobreutilização para os dois tipos de cuidado, mas a magnitude desse diferencial é mais elevada para consultas do que para internações: para consultas, verifica-se que os indivíduos que têm plano de saúde utilizam, em média, 25% a mais do que utilizariam se estivessem no sistema de saúde público e, para internações, esse diferencial está no intervalo de 8% a 15%. Para contornar a endogeneidade entre as decisões de ter plano de saúde e de utilização, propõe três procedimentos. Avalia que os resultados são bastante robustos e estão em consonância com a evidência empírica internacional.

Palavras-chave: Risco moral. Sistemas de Saúde. Demanda por serviços de Saúde.

BARBOSA, Pedro Ribeiro. **Inovação em serviços de saúde**: dimensões analíticas e metodológicas na dinâmica de inovação em hospitais. 2009. Tese (Doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, ENSP, Rio de Janeiro, 2009.

Resumo: Articula, a partir de uma nova abordagem econômica para a Saúde, a dimensão sociossanitária à dimensão econômica, tomando a inovação como elemento fundamental para o dinamismo econômico em Saúde. Discorre sobre o campo da Saúde não apenas como

espaço a contribuir com o desenvolvimento social das sociedades, mas também na condição de alavanca de desenvolvimento econômico, em uma relação potencialmente virtuosa entre saúde e desenvolvimento. Contribui para incorporar a dimensão serviços e particularmente hospitalar, no campo analítico da dinâmica setorial de inovação, destacando-se o papel estratégico dos hospitais complexos para o sistema de inovação em saúde no País. Apresenta dimensões analíticas e metodológicas para análise estratégica das condições institucionais, tecnológicas e de gestão em hospital especializado que favoreça a geração de inovações endógenas e a sua participação e contribuição com processos inovativos de origem externa ao hospital. Realiza estudo de caso, a partir das dimensões analíticas formuladas a partir de duas inovações selecionadas em um hospital público. Considera o potencial e os limites do modelo analítico utilizado, visando à sua possível generalização ao segmento serviços de Saúde. Finalmente, e em decorrência do estudo, valoriza o papel dos serviços na dimensão política e de modelos de atenção que integrem de modo virtuoso as dimensões econômica, sanitária e de desenvolvimento.

Palavras-chave: Inovação em saúde. Inovação em hospitais.

BARROS, Ana Luisa da Silva. **A condução federal da política de atenção primária à saúde no Brasil**: continuidades e mudanças no período de 2003 a 2008. 2009. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), 2009.

Resumo: Analisa a atenção primária na política nacional de saúde brasileira no período de 2003 a 2008, a partir da compreensão da inserção dessa política na nova agenda federal que se inicia com a ascensão de Lula à Presidência da República. Sustenta a metodologia do estudo no marco teórico do institucionalismo histórico e no conceito de *path-dependence*, compreendendo uma diversidade de estratégias, tais como: realização de revisão bibliográfica; análise documental; análise de bases de dados secundários; análise orçamentária e realização de sete entrevistas com atores-chave. Identifica elementos de continuidade e mudança na condução federal da política nacional de Atenção Primária à Saúde (APS) no Governo Lula. Entre as estratégias federais prioritárias no âmbito da APS, identifica a ênfase no Programa de Saúde da Família (PSF), que permanece ao longo de todo o período analisado. Entretanto observa, no período de 2003 a 2005, a presença de visões distintas em relação ao modelo de atenção básica e a inserção do PSF, enquanto no período seguinte, 2006 a 2008, houve a reafirmação deste programa como a estratégia prioritária de organização da APS no País. A inovação mais expressiva pode ser atribuída à criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. No que concerne ao modelo de intervenção do gestor federal nesta política específica, destaca o papel residual de execução direta das ações e serviços de Saúde, fragilidades no que diz respeito ao planejamento e ênfase na regulação e no papel de financiador de programas e políticas. Em todo o período analisado, a formulação da política de APS no âmbito nacional foi amplamente compartilhada com os diferentes atores nos espaços formais de pactuação e deliberação. Avanços ocorreram no que diz respeito à APS no Governo Lula. Observa, além de elementos de continuidade, mudanças incrementais e algumas inovações importantes, tais como a ampliação da cobertura e do escopo das ações no âmbito da Atenção Primária à Saúde, ainda que desafios antigos não tenham sido superados.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde – Brasil. Programa de Saúde da Família (PSF). Serviços de Saúde.

BJORKMAN, James Warner. Reformas de saúde em perspectiva comparada: uma questão sem fim .... ou uma busca improvável. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 763-770, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/12.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: Considerando a natureza problemática das tentativas de reformar os sistemas nacionais de prestação de serviços em Saúde, aborda o contexto e a lógica das reformas do setor. Após um retrospecto das abordagens do aumento de capacitação em três gerações de reformas do setor público, examina as reformas aplicadas ao financiamento, à organização e à prestação dos serviços de Saúde, e sugere estratégias para reformas que levem a capacidade em consideração.

Palavras-chave: Reforma. Assistência médica. Setor público. Sistemas nacionais. Estratégias.

CADERNO DE INFORMAÇÃO DE RESSARCIMENTO E INTEGRAÇÃO COM O SUS. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, n. 1, jul. 2009 – . Semestral. v. 5. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/caderno_informacao_ressarcimento_2009_jul.pdf>. Acesso em: 8 fev. 2013.

Resumo: Informações sobre o processo de ressarcimento ao SUS. Foram publicados seis números desde 2005 (julho/2009; junho/2008; dezembro/2006; junho/2006; abril/2006; dezembro/2005). A edição mais recente é a de julho de 2009.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Integração com o SUS. Ressarcimento ao SUS. Saúde Suplementar.

CASAS, Carmen Nila Phang Romero. **O complexo industrial da saúde na área farmacêutica**: uma discussão sobre inovação e acesso no Brasil. 2009. Tese (Doutorado). Fiocruz, Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), 2009.

Resumo: Aprofunda no marco analítico das relações entre inovação farmacêutica e acesso, explorando as atuais políticas públicas em construção relacionadas ao desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde (CIS) no campo farmacêutico. A metodologia inclui uma revisão sistemática da literatura relacionada, o estudo do caso brasileiro na geração de políticas orientadas à inovação e acesso em saúde (1990 – 2008), e uma análise da percepção dos atores organizacionais. Constata-se que os conceitos analisados, inovação e acesso, embora oriundos de áreas de conhecimento diferentes, estejam fortemente inseridos na dinâmica de desenvolvimento da indústria farmacêutica. Identifica os atores, organizações e instituições que estruturam o Sistema Nacional de Inovação (SNI) em Saúde no Brasil. A tensão das relações econômicas em torno da saúde e da assistência médica reproduz-se na própria formulação e implantação das políticas industrial e sanitária. O papel do Estado é fundamental na governança do SNI em Saúde; nesse sentido, a ausência de atores sociais importantes, como a classe médica e as instâncias representativas da sociedade civil, debilitam a articulação

do SNI em Saúde. As dinâmicas da inovação e do acesso a produtos farmacêuticos não são naturalmente convergentes. Nem toda inovação farmacêutica reflete uma melhoria de acesso e nem sempre uma qualidade maior no acesso a medicamentos está ligada a uma maior incorporação de inovações na assistência à saúde. Um modelo próprio de desenvolvimento para orientar a inovação farmacêutica e a melhoria do acesso aos produtos farmacêuticos essenciais no SUS deverá ser pensado no Brasil. A tese apontou elementos para essa discussão.

Palavras-chave: Indústria farmacêutica. Inovação. Desenvolvimento.

COHEN-CARNEIRO, Flávia et al. Oferta e utilização de serviços de saúde bucal no Amazonas, Brasil: estudo de caso em população ribeirinha do Município de Coari. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1827-1838, ago. 2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v25n8/19.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2013.

Resumo: O presente estudo de caso teve o objetivo de descrever a oferta e utilização de serviços odontológicos em duas comunidades ribeirinhas do Município de Coari, Amazonas, Brasil. Para tanto, foram colhidos dados sobre frequência de utilização de serviços de saúde bucal, por entrevistas estruturadas com indivíduos acima de 18 anos, e dados sobre oferta de serviços obtidos por entrevistas semiestruturadas com informantes-chave. Nas análises bivariadas, embora sem diferença estatística, os indivíduos da comunidade mais distante da sede do município apresentaram maior tempo decorrido da última consulta, e menor proporção de atendimentos pelo serviço público e por barcos de Saúde. A análise qualitativa das entrevistas revelou: ausência de serviço odontológico permanente nas comunidades; oferta esporádica por meio de barcos da Saúde, com menor ocorrência dos serviços na comunidade mais distante; alto custo do deslocamento do ribeirinho à sede do município; e tratamento odontológico voltado para o controle da dor, basicamente resumindo-se à extração dentária. O acesso precário dos ribeirinhos aos serviços de saúde bucal aponta para a necessidade de implantação de medidas amplas de promoção de saúde, aliada a maior oferta de serviços.

Palavras-chave: Serviços de saúde bucal. Acesso aos serviços de Saúde. População ribeirinha.

GODOY, Mária Regina; BALBIOTTO NETO, Giacomo; BARROS, Pedro Pita. A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil e risco moral: uma aplicação da regressão quantílica para dados de contagem. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA, 37., 2009, Foz do Iguaçú. [**Anais...**]. Niterói: ANPEC, 2009. Disponível em: <www.anpec.org.br/encontro2009/inscricao.on/arquivos/000-d2d788670ce2776dc3c62e0d8ba6b355.doc>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: O setor de saúde suplementar brasileiro operou desde os anos de 1940 sem regulamentação. Em 1998, o governo legislou sobre este setor. A regulamentação melhorou o nível de cobertura dos planos de saúde, estabelecendo a ilimitação das consultas médicas. O objetivo deste trabalho é medir os efeitos – em particular, da utilização de consultas médicas – da regulamentação do setor. Para isto, foram utilizados três métodos econométricos: regressão de Poisson, regressão binomial negativa e regressão quantílica

dos dados de contagem. Os dados utilizados provêm da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 1998 (antes da regulamentação) e 2003 (depois da regulamentação). O estimador de diferenças em diferenças foi utilizado para estimar o impacto da regulamentação. Os resultados mostraram que os indivíduos com plano de saúde têm maior número de consultas, sugerindo a existência de risco moral, e que, após a regulamentação, não aumentou o número de consultas médicas dos possuidores de plano de saúde.

Palavras-chave: Planos de saúde. Risco moral. Modelos de contagem. Regressão quantílica para dados de contagem.

HOLGUIN, Tassia Gaze. **Padrões de consumo privado com saúde das famílias da Região Norte**. 2009. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), 2009.

Resumo: Os gastos das famílias com saúde no Brasil podem refletir tanto a sua capacidade de consumo como a política social dos governos no âmbito da Saúde. O peso da saúde no orçamento das famílias ajuda a identificar possíveis falhas na política do Estado. Os dispêndios com saúde nas famílias têm-se tornado um item importante em relação aos outros grupos de despesas (habitação, alimentação, transporte, vestuário e outros), de acordo com a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF – IBGE). Discute o consumo de bens e serviços de Saúde das famílias da Região Norte, analisando suas especificidades de modo a contribuir para a formulação de políticas sociais e de saúde. Segundo a POF, o peso dos gastos com assistência à saúde no orçamento das famílias da Região Norte é menor do que nas demais regiões. Nas famílias com faixa de renda até R$ 400,00, os dispêndios com remédios possuem um peso maior no orçamento, em ambas as regiões. As maiores diferenças entre as regiões Norte e Sudeste estão nos gastos com planos de saúde e serviços odontológicos (onde a Região Sudeste possui um gasto relativo e absoluto mais elevado) e tratamento ambulatorial (o peso no orçamento é maior na Região Norte). Já na faixa de renda entre R$ 1.200,00 e R$ 1.600,00, os gastos relativos com remédios e consulta médica são mais elevados na Região Norte, enquanto que plano de saúde, tratamento dentário e ambulatorial possuem um peso maior na Região Sudeste. Na faixa de renda acima dos R$ 6.000,00, as diferenças nos gastos com assistência à saúde entre as regiões aumentam. Além disso, os dispêndios com planos de saúde superam os medicamentos. Inclusive, a Região Norte apresenta gastos relativos mais elevados do que o Sudeste nos itens remédios e consulta médica. Enquanto isso, a Região Sudeste gasta mais com seguro-saúde, serviços odontológicos e tratamento ambulatorial. O percentual de pessoas que já utilizaram serviços odontológicos é maior na Região Sudeste. Além disso, dados da Pesquisa Médico-Sanitária (1999, 2002 e 2005) comprovam que a oferta desses serviços é bem menor na Região Norte. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), os dados referentes à morbidade e demanda por serviços de Saúde não são muito diferentes entre as regiões. Os gastos das famílias com saúde na Região Norte refletem a baixa capacidade de consumo destas, assim como a insuficiência da política social dos governos municipal, estadual e federal no âmbito da Saúde. Embora os gastos absolutos sejam baixos, o peso no orçamento das famílias é alto, o que mostra possíveis falhas na condução da política por parte do Estado.

Palavras-chave: Economia da Saúde – Desigualdades regionais – Região Norte. Mercado de serviços de Saúde – Região Norte.

IPEA. Diretoria de Estudos e Políticas Sociais. **Políticas sociais:** acompanhamento e análise: vinte anos da Constituição Federal. Brasília: IPEA, 2009. v. 1. Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/bps_completo_1.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2013.

Resumo: Composta por três volumes, a edição especial do periódico Políticas Sociais: Acompanhamento e Análise recupera, de maneira analítica, a trajetória das políticas sociais no período de duas décadas após a promulgação da Constituição de 1988. Nas quase 1.000 páginas da publicação, cerca de 80 técnicos do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) analisam o desempenho do País em 12 áreas sociais e mostram os avanços conquistados, as lacunas ainda existentes e os desafios para os próximos anos. Neste primeiro volume, os pesquisadores da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc) analisam as áreas sociais vinculadas à proteção social. Unidas desde a Constituição de 1988 sob o conceito de seguridade social, elas destinase a reduzir e mitigar riscos e vulnerabilidades a que os indivíduos estão expostos em uma sociedade de mercado. Além de um capítulo sobre a importância da seguridade social como princípio norteador para a proteção social no País, a obra traz, ainda, análises sobre as conquistas, desafios e perspectivas da previdência social, assistência social, segurança alimentar e saúde. O segundo volume da obra traz a análise dos pesquisadores da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc) sobre as políticas sociais que pretendem garantir oportunidades iguais de acesso aos recursos e benefícios conquistados pela sociedade, seja pela formação, qualificação e desenvolvimento ou pela redistribuição direta de ativos. Nos quatro capítulos deste volume, estão retratados os avanços e os desafios na educação brasileira; a democracia cultural e a trajetória da intervenção do Estado na cultura; a regulação de trabalho no Brasil, suas consequências e alcance; e os avanços e derrotas da reforma agrária, além dos embates permanentes que envolvem o tema.

Palavras-chave: Política social – Brasil. Seguridade social. Direitos sociais. Proteção social.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. Dilemas da institucionalização de políticas sociais em vinte anos da Constituição de 1988. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 721-730, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/08.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: Discute e analisa alguns elementos do processo de institucionalização de políticas sociais no Brasil pós-Constituição de 1988, em especial as de Seguridade Social. Parte-se do pressuposto de que esse processo apresenta híbridos que comprometem os resultados previstos no modelo constitucional. Por um lado, verifica avanços importantes no aparato político-organizacional e na concepção da questão social (aqui tratados por meio dos elementos de constitucionalização, abrangência e ampliação). Enfatiza que persistem entraves, em especial na universalização, no financiamento e na qualidade dos serviços prestados que são contraditórios aos avanços alcançados. A permanência desses híbridos impede a equidade e a cidadania propostas no modelo da Constituição de 1988.

Palavras-chave: Política social. Institucionalização de políticas sociais. Seguridade social no Brasil.

MATTOS, Enlinson et al. Economias de escala na oferta de serviços públicos de saúde: um estudo para os municípios paulistas. **Revista Economia**, Niterói, v. 10, n. 2, maio/ago. 2009. Disponível em: <www.anpec.org.br/revista/vol10/vol10n2p357_386.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: Avalia os efeitos das variáveis de escala na oferta de serviços públicos de Saúde dos municípios paulistas, com o objetivo de investigar os possíveis efeitos do processo de descentralização dos serviços de Saúde a partir da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Constrói indicadores de eficiência dos gastos municipais em Saúde pela técnica de Free Disposable Hull (FDH), tendo sido estimados os efeitos das variáveis de escala não só sobre a eficiência, mas também diretamente sobre os indicadores de desempenho e sobre os gastos *per capita*. Conclui que os municípios menores, além de terem maior gasto *per capita* em Saúde, oferecem piores condições de acesso ao sistema. Além disso, pequenos municípios não oferecem melhores serviços de prevenção de doenças infecciosas, apesar de terem, a princípio, melhores condições de conhecer as necessidades dos cidadãos. Em consonância com o trabalho de Sampaio de Souza et al. (2005), conclui que a excessiva descentralização na gestão pode levar à perda de eficiência, aumentando gastos sem necessariamente melhorar a qualidade.

Palavras-chave: Gastos em saúde. Economias de escala. FDH.

OLIVEIRA, Celina Maria Ferro de. **Utilização de serviços do Sistema Único de Saúde por beneficiários de planos de saúde**. 2009. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), 2009.

Resumo: Analisa a utilização de serviços de Saúde financiados pelo Sistema Único de Saúde por beneficiários de planos de saúde e pretende contribuir para o debate sobre o *mix* público-privado no sistema de Saúde brasileiro. Trata-se de um estudo quantitativo baseado nos microdados de 1998 e 2003 da Pnad/IBGE e em dados secundários provenientes de bases de dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Com base na tipologia de *mix* público-privado proposta pela Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD, 2004) e no referencial teórico acerca do acesso e utilização dos serviços de Saúde, analisa aspectos relacionados à cobertura duplicada do segmento privado de Saúde brasileiro e as desigualdades no uso dos serviços de Saúde, a partir dos tipos de serviços mais utilizados, das diferenças regionais do uso do SUS por pessoas com cobertura de planos de saúde, do perfil dos usuários e das características dos planos de saúde, cujos beneficiários mais fazem uso do sistema público no atendimento às demandas por serviços de Saúde. Como resultado, conclui que, a despeito dos avanços alcançados com a regulamentação do setor suplementar, o SUS é responsável por uma parcela importante na assistência à saúde dos beneficiários de planos de saúde, tanto para as internações (10,7%) como para os demais atendimentos (11,0%), sendo a única fonte de financiamento que

apresentou incremento da participação relativa entre 1998 e 2003 (+12,5% nas internações e +29,6% nos atendimentos), contribuindo para a existência de desigualdades no sistema de Saúde brasileiro.

Palavras-chave: *Mix* público-privado. Sistema de Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS). Cobertura duplicada. Planos de saúde.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **O acesso aos medicamentos de alto custo nas Américas**: contexto, desafios e perspectivas. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Ministério das Relações Exteriores, 2009. 78 p. (Medicamentos Essenciais, Acesso e Inovação – THR/EM, 1). ISBN 978-85-7967-009-1. Disponível em: <new.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=1209&Itemid=423>. Acesso em: 20 jan. 2013.

Resumo: Informa tratar-se de publicação do Projeto de Medicamentos Essenciais e Produtos Biológicos (THR/EM), Área de Tecnologia, Atendimento à Saúde e Pesquisa (THR), da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS). O documento foi preparado a partir das conclusões do Primeiro Encontro Internacional sobre Acesso a Medicamentos de Alto Custo e Fontes Limitadas, realizado em novembro de 2008 e promovido pela Opas/OMS no Brasil e pelos ministérios da Saúde e das Relações Exteriores do Brasil, do qual participaram delegações da Argentina, Barbados, Brasil, Bolívia, Colômbia, Costa Rica, Chile, Equador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Jamaica, México, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Suriname e Uruguai.

Palavras-chave: Medicamento de alto custo. Medicamento.

PEREIRA, Rosemary Correa; SILVESTRE, Rosa Maria (org.). **Regulação e modelos assistenciais em saúde suplementar**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009. (Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde/OPAS n. 14), 484 p. ISBN 978-85-87943-94-1.

Resumo: A Unidade Técnica de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde/Opas apresenta a série técnica como um das atividades de gestão do conhecimento, necessária à construção e à consolidação deste sistema de Saúde.

Palavras-chave: Saúde pública – Brasil. Cuidados médicos – Brasil. Política médica – Brasil. Seguro de Saúde – Brasil.

RAMALHO, Pedro Ivo Sebba (Org.). **Regulação e agências reguladoras**: governança e análise de impacto regulatório. Brasília: Anvisa, 2009. 288 p. ISBN 978-85-88233-27-0. Disponível em: <www.anvisa.gov.br/divulga/public/Regulacao.pdf>. Acesso em: 3 fev. 2013.

Resumo: Deriva do Seminário Internacional de Avaliação do Impacto Regulatório: experiências e contribuições para a melhoria da qualidade da regulação, realizado em outubro de 2007. O evento foi organizado e promovido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)

com a Casa Civil da Presidência da República e os ministérios da Fazenda e do Planejamento, Orçamento e Gestão, com apoio da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Além dos palestrantes e debatedores, outros especialistas compõem a publicação, que pretende ser referência para pesquisadores do tema da regulação e operadores da política regulatória e da regulação no Estado brasileiro. O livro está dividido em quatro partes. A primeira apresenta aspectos relacionados à teoria utilizada para exercer a regulação econômica de mercados. Na segunda parte do livro, os capítulos têm em comum a valorização do arranjo institucional para compreender o funcionamento do sistema regulatório e o de defesa da concorrência no Brasil. A terceira parte do livro aborda iniciativas do governo federal para ampliação da governança regulatória por meio do fortalecimento da capacidade institucional do sistema regulatório, refletindo as apresentações realizadas pelos autores no painel Governança Regulatória: experiências e contribuições para uma melhor qualidade regulatória, durante o seminário. A Parte 4 do livro apresenta visões de especialistas estrangeiros sobre a análise de impacto regulatório, na perspectiva de sua implantação no Brasil.

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Política de Saúde. Atenção em saúde.

RIBAS, Barbara Kirchner Corrêa. **Processo regulatório em saúde suplementar:** dinâmica e aperfeiçoamento da regulação para a produção da Saúde. 2009. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba (PR), 2009.

Resumo: Analisa o processo regulatório no setor de Saúde Suplementar em desenvolvimento desde a edição da Lei n° 9.656, de junho de 1998 que regulamentou a operação de planos privados de saúde no Brasil. Esta atividade econômica, construída para garantir acesso à prestação de serviços de Saúde, passou a ser regulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) com a Lei n° 9.961/2000. O tema tem sua importância revelada pelo artigo 197 da Constituição Brasileira, que consagra a relevância pública das ações e serviços de Saúde, e pelos artigos 199, que assegura a assistência à saúde como livre à iniciativa privada, e 174 que autoriza a ANS, enquanto agente normativo e regulador, a exercer funções de fiscalização, regulamentação e controle setorial. O modo de organização das políticas sociais de Saúde no Brasil – voltado especificamente para categorias profissionais até a universalização promovida pela Constituição de 1988 – e a saúde enquanto atividade econômica que se estruturou a partir de demanda criada pelo modo de financiamento escolhido pelo Estado nos anos 1960, determinaram a consolidação do setor de planos de saúde, hoje responsável pela assistência de 40,8 milhões de beneficiários em planos de assistência médica e 10,4 milhões em planos exclusivamente odontológicos. A novidade trazida pelos instrumentos desenvolvidos para dar aplicabilidade à Lei n° 9.656/1998 revela a importância da análise jurídica ora empreendida. Nos anos que se seguiram à edição da Lei n° 9.656/1998, a atuação estatal esteve centrada na busca de informações mais precisas sobre o setor, voltando-se para a sustentabilidade econômico-financeira das operadoras de planos de saúde. Ao longo de dez anos, foram definidas as linhas gerais do processo regulatório em conformidade com as diretrizes estratégicas e indicadores de desempenho acordados por meio de Contrato de Gestão formalizado entre a ANS e o Ministério da Saúde.

Palavras-chave: Processo regulatório. Saúde suplementar. Planos de saúde – Brasil.

SANTOS, Isabela Soares. **O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro:** elementos para a regulação da cobertura duplicada. 2009. Tese (Doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), 2009.

Resumo: Este trabalho originou-se de três perguntas: (i) qual a função do segmento suplementar no sistema de Saúde brasileiro?; (ii) o segmento suplementar desonera o SUS financeiramente e na diminuição da demanda por serviços?; e (iii) como a regulação governamental sobre o segmento suplementar interfere sobre o arranjo público-privado? Analisa o *mix* público-privado no sistema de Saúde brasileiro, seus efeitos na desigualdade de uso, financiamento e oferta de serviços de Saúde e o modelo de regulação vigente. As evidências identificadas em estudos internacionais acerca da cobertura duplicada mostram que este arranjo está associado a desigualdades próprias deste tipo de *mix* e é prejudicial ao sistema de Saúde em sua totalidade. O mesmo ocorre no sistema brasileiro, no qual o aspecto negativo da dualidade de nosso *mix* público-privado se deve não à cobertura de serviços além-SUS (suplementar), mas à que concorre com o SUS (duplicada). A análise da regulação brasileira leva a autora a concluir que esta aprofunda a duplicação da cobertura e contribui para a manutenção da segmentação do sistema de Saúde e da sociedade brasileiros, privilegiando a elite e o mercado de bens e serviços privados de saúde, além de operar como ferramenta para o Estado continuar subsidiando a existência do segmento de saúde suplementar no País. A nossa regulação distancia-se do caminho escolhido pelos países com cobertura duplicada, que é de fortalecer o sistema público como a principal forma de proteção social aos riscos à saúde. Da agenda de questões a serem incorporadas ao debate sobre o *mix* público-privado proposta, destaca-se que a regulação deve objetivar a defesa do sistema púbico, sem se restringir ao segmento suplementar e contemplando todo o *mix* púbico-privado. Com isso, este trabalho inova ao introduzir no debate brasileiro o conceito da cobertura duplicada e suas consequências, bem como ao abordar criticamente a função do Estado e da sociedade brasileiros no que tange à regulação do arranjo público-privado do sistema de Saúde.

Palavras-chave: Política de Saúde. Setor privado. Setor público. Saúde suplementar. Assistência à Saúde. Regulação governamental.

SILVA, Luiz Marcos; MATTOS, Fernando Mansor de. Welfare state e emprego em saúde nos países avançados desde o pós-segunda guerra mundial. **Revista de Economia Política**, São Paulo, v. 29, n. 3, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rep/v29n3/a08v29n3.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2013.

Resumo: The article analyzes the economic importance of the health activities in the developed countries in the last decades of the twentieth century. It takes into consideration the evolution of the weight of the employment in the health activities in European countries' and also in the United States' labour markets, which will be compared in an historical perspective. The evolution and the weight of the public expenditure in the health activities will also be taken into account so as to analyze the economic importance of the sector

in the last decades of twentieth century. The role played by the political, economic and social context of the Post-Second World War in the construction of the system of social protection (Welfare State) and its effects over the health activities will be also considered.

Palavras-chave: Welfare state. Saúde – Empregos.

SOARES, Adilson. Empréstimos externos para o setor saúde no Brasil: soluções ou problemas. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 18, p. 72-78, 2009. Suplemento 2. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/sausoc/v18s2/12.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2013.

Resumo: Discute o alinhamento das políticas do governo brasileiro, a política acordada com as agências multilaterais de financiamento a exemplo do Banco Mundial e Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) – a partir da análise do pagamento da dívida externa dos empréstimos contraídos pelo governo federal para o setor Saúde, dentro do orçamento do Ministério da Saúde. O estudo está circunscrito ao período de 1995 a 2004 e foi desenvolvido por meio de um estudo exploratório, utilizando os recursos da pesquisa documental. Descreve os gastos em Saúde do Ministério da Saúde no período de 1995 a 2004, apontando para a instabilidade e a dificuldade de evolução do orçamento, os gastos em Saúde em países selecionados, e o comportamento do pagamento da dívida externa total do governo federal, da Saúde e dos projetos do Banco Mundial e do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). Por fim, conclui que o percentual de recursos públicos gastos em Saúde no Brasil é baixo, quando comparado com os gastos públicos do grupo de países de renda alta. Conclui, ainda, que a política econômica dos governos FHC e Lula seguiu as orientações de política econômica indicadas pelas agências de crédito – entre elas, o compromisso com o pagamento da dívida – consubstanciadas nos documentos dos acordos de empréstimos condicionados, e quando verificado o comportamento dos pagamentos da dívida externa dos empréstimos contraídos pelo governo federal para investimentos no setor Saúde.

Palavras-chave: Economia da Saúde. Gastos em Saúde. Empréstimos externos. Política de Saúde. Financiamento em Saúde. Saúde pública.

STEGMULLER, Klaus. O agir econômico como motor da política de saúde na Alemanha: consequências para a prevenção e promoção da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 889-897, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/24.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: Desde os anos 1970, a política de Saúde alemã concentrou-se na contenção de custos – mais precisamente, na redução da contribuição do empregador para o seguro de saúde estatutário (SHI). As estruturas expandidas do SHI relacionadas ao financiamento, à provisão e ao gerenciamento permaneceram inalteradas até o início dos anos 1990. Porém o período seguinte foi marcado por ampla transformação. Desenvolveram-se instrumentos regulatórios para criar incentivos financeiros a fundos de Saúde, fornecedores de assistência médica e segurados/pacientes para reduzir os gastos. Essa transformação baseou-se no princípio normativo, que considera os interessados como sujeitos econômicos agindo de forma racional. O objetivo deste trabalho é avaliar os impactos desejados e não desejados de uma mudança de paradigma, em que a solidariedade é sobrepujada pela competição,

copagamento e privatização. Mostra-se onde essa mudança paradigmática pode ser vista e os instrumentos usados para que se realizasse. Em seguida, analisam-se as reações dos fundos de Saúde, provedores de assistência médica e segurados/pacientes a essa mudança. Por fim, demonstra-se, com exemplos de prevenção e promoção de saúde, que o foco exclusivo neste modelo econômico não permite que a política de Saúde realize adequadamente seus objetivos.

Palavras-chave: Política de Saúde. Comportamento econômico. Privatização. Comercialização. Políticas de promoção de saúde e prevenção.

TIBURI, M. F. O cenário da saúde suplementar: a relação entre planos de saúde e medicina baseada em evidências sob a perspectiva econômica. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, São Paulo, v. 1, n. 3, dez. 2009. Disponível em: <www.jbes.com.br/images/v1n3/jbes-v1n3-08-opiniao.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2013.

Resumo: Nos últimos anos, o aumento crescente dos gastos em Saúde e a limitação de recursos destinados a essa área reforça a importância do papel da economia como aspecto fundamental para a apropriada avaliação dos sistemas de Saúde, particularmente no que se refere ao sistema gerenciado de atenção. Neste artigo, são abordados temas envolvendo a relação entre planos de saúde e a medicina baseada em evidências sob a perspectiva econômica, pertinentes ao cenário da saúde suplementar no Brasil. Os tópicos incluem o panorama atual e as perspectivas futuras sobre gastos em Saúde, modelos de análise econômica e seu relacionamento com protocolos clínicos, o envolvimento entre planos de saúde, práticas baseadas em evidências e custos e considerações sobre possíveis estratégias para a solução dos impasses que se apresentam.

Palavras-chave: Saúde suplementar. Planos de saúde. Medicina baseada em evidências.

UGA, Maria Alicia Domínguez et al. Mecanismos de microrregulação aplicados por operadoras de planos de saúde sobre hospitais privados. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 832-838, set., 2009. Epub Sep 18. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v43n5/160.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2013.

Resumo: Objetiva analisar os mecanismos de microrregulação aplicados pelas operadoras de planos de saúde nas práticas de gestão da clínica e de qualificação assistencial em hospitais prestadores de serviços. Aponta resultados como a microrregulação que as operadoras de planos de saúde exercem sobre os hospitais em termos da qualificação da assistência foi muito baixa ou quase nula. A atuação das operadoras foi majoritariamente destinada ao intenso controle da quantidade de serviços utilizados pelos pacientes. Os hospitais que prestavam serviços a operadoras de planos de saúde não constituíam microssistemas de saúde paralelos ou suplementares ao Sistema Único de Saúde (SUS). A intervenção das operadoras de planos de saúde, enquanto gestoras de sistemas de cuidado, foi incipiente ou quase ausente. Aproximadamente a metade dos hospitais declarou adotar diretrizes clínicas, enquanto apenas 25,4% afirmaram exercer a gestão da patologia e 30,5% mencionaram a gestão dos casos. Conclui-se que as relações contratuais entre hospitais e operadoras de planos de saúde constituem-se em contratos meramente comerciais com pouca ou nenhuma

incorporação de aspectos relativos à qualidade da assistência contratada, limitando-se, em geral, a aspectos como definição de valores, de prazos e procedimentos para pagamento.

Palavras-chave: Saúde suplementar – Organização e administração. Sistemas pré-pagos de Saúde. Serviços contratados – Normas. Serviços hospitalares. Hospitais privados.

Estado, Mercado e Regulação Econômica em Saúde 2010

AGUSTINI, Josiane; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. A descentralização da política nacional de saúde nos sistemas municipais na linha da fronteira Mercosul. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 102, p. 222-243, 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/sssoc/n102/a03n102.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: Analisa a diretriz da descentralização contida na Política Nacional de Saúde, executada pelos sistemas municipais localizados na linha de fronteira com os demais países do Mercosul. Apresenta a metodologia utilizada para coleta das informações a partir de dois bancos de dados existentes, usando indicadores relacionados à descentralização dos sistemas de Saúde. Como resultado, identifica de que modo e em que medida as inovações decorrentes das normas, das regras e dos pactos orientadores da descentralização vêm sendo materializadas nos sistemas locais de Saúde, conferindo padrões de institucionalidade passíveis de garantir o direito à saúde aos não nacionais. Constata as adequações e arranjos realizados, expressando nível reduzido de adoção das inovações institucionais do SUS, e sinaliza para os desafios colocados aos profissionais de Serviço Social.

Palavras-chave: Institucionalidade. Política de Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS). Sistemas de Saúde. Sistemas locais de Saúde. Descentralização.

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de et al. A agenda da reforma dos benefícios tributários das famílias e das empresas com saúde: entre o particular e o geral. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba, v. 18, n. 35, p. 151-165, fev. 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsocp/v18n35/v18n35a10.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: Analisa a relação do benefício fiscal à saúde do Imposto de Renda (Pessoa Física e Jurídica) com a demanda privada de saúde. Procuramos identificar embates e acordos em torno do tema, em especial, propostas de mudanças no marco regulatório. Para fazer isso, efetuamos estudos documentais e entrevistas semiestruturadas com representantes de organizações nacionais de sujeitos sociais relevantes ao tema. Verifica-se que o debate alcançou arenas importantes de definição das políticas de Saúde, mas propostas de mudança não lograram viabilizar-se. As entrevistas sugerem convergência com estudos econométricos internacionais sobre a inelasticidade da demanda para atenção à saúde acentuadamente para as famílias, e menos para as empresas. Isso sugere que a questão deve estar inserida em um contexto mais geral em relação à equidade no financiamento, não se atendo isoladamente no ponto específico da eliminação do referido subsídio que aumentaria a participação da saúde no orçamento familiar e, também, a carga tributaria das famílias, sem que houvesse, automaticamente, uma alocação compensatória de mais recursos públicos para o setor.

Palavras-chave: Gastos tributários. Gastos privados em saúde. Relações p*úblico*-privadas em saúde. Economia política da Saúde. Políticas de saúde no Brasil.

BARBOSA, Nelson Bezerra. Regulação do trabalho no contexto das novas relações público *versus* privado na saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2497-2506, 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a24.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: Discute a gestão das relações de trabalho no contexto das novas formas de relação público-privado no setor Saúde, toma como referência a experiência de habilitação de organizações sociais (OS), responsáveis pelo gerenciamento de um conjunto de unidades hospitalares no Estado de São Paulo. A emergência desta modalidade de gestão apoiada nesta figura jurídica (OS) tem implicações sobre a gestão de recursos humanos em saúde (RHS), por meio da adoção de mecanismos de flexibilização deste processo, que inclui formas de seleção, contratação e descontratação, formas de remuneração e de progressão funcional mais próximas das práticas adotadas pelo mercado. Esta modalidade de gestão remete ao novo paradigma proposto pela reforma administrativa gerencial, que sugere o esgotamento do modelo burocrático para promover adequação da administração pública às transformações decorrentes da nova etapa de internacionalização da economia e seus desdobramentos do mundo do trabalho, bem como aos novos padrões de exigência de desempenho do setor público. Aspectos relativos à gestão de RHS são abordados por meio de abordagem comparativa entre as duas modalidades prevalentes na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), com hospitais da administração direta (HADs) e hospitais sob a modalidade de organizações sociais (HOSS).

Palavras-chave: Público-privado em Saúde. Recursos humanos em Saúde. Organizações sociais de Saúde.

BARUFI, Ana M. B.; HADDAD, Eduardo A.; PAEZ, Antonio. Regional dimensions of infant mortality rate in Brazil, 1980-2000. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA, 38., 2010, Salvador. [**Anais...**]. Niterói: ANPEC, 2010. Disponível em: <www.anpec.org.br/encontro2010/inscricao/arquivos/164-cfc23b9807d0c177be30c85c335c475d.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: O desenvolvimento pode ser estudado sob diversas perspectivas. Dentre estas, destaca-se a de Amartya Sen, na qual o objetivo maior de uma política de desenvolvimento é o de expandir a liberdade de escolha dos indivíduos. Partindo da ideia de ampliação das *capabilities*, define-se uma das dimensões consideradas como essenciais, a saúde, mais especificamente a mortalidade infantil, como objeto de estudo. Um dos papéis do Estado deve ser o de garantir a provisão de serviços de Saúde para todos os indivíduos, já que ela pode ser classificada como um bem meritório. Em busca dos determinantes do padrão regional recente da mortalidade infantil no Brasil, utiliza-se o modelo de determinantes proximais proposto por Mosley e Chen[3], no qual os fatores socioeconômicos influenciam indiretamente o resultado observado da variável de interesse. No Brasil, houve uma redução expressiva dos níveis de mortalidade infantil nas últimas décadas, mas ainda assim persiste uma intensa desigualdade regional. Com o objetivo de comparar os resultados alcançados localmente no País, é necessário incluir a dimensão espacial em um modelo econométrico para que os problemas decorrentes da dependência espacial possam ser evitados. Após utilizar o filtro

[3] MOSLEY, W. H.; CHEN, L. C. An analytical framework for the study of child survival in developing countries. **Popul. Dev. Rev**., [S.l.], v. 10, p. 25-45, 1984.

espacial para tanto, estimando *cross-sections* para 1980, 1991 e 2000, o trabalho conclui que a infraestrutura de Saúde, enquanto medida pelo número de leitos e de estabelecimentos, perdeu importância na explicação do padrão da mortalidade infantil ao longo do tempo. Em contrapartida, as variáveis socioeconômicas tornaram-se mais relevantes e significativas. A implicação mais direta disso é que futuras políticas devem buscar melhorar o acesso das famílias aos serviços públicos de saneamento, reduzir a pobreza e a desigualdade e aumentar o nível educacional da população. Ou seja, o estímulo à prevenção familiar contra problemas que possam ocasionar a morte prematura torna-se cada vez mais essencial.

Palavras-chave: Economia da Saúde. Mortalidade. Mortalidade infantil. Nascimento. Filtro espacial. Desenvolvimento regional.

BRASIL. Ministério da Saúde; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Planejamento da produção local de insumos farmacêuticos utilizados em fármacos e medicamentos priorizados pelo Ministério da Saúde**: avaliação do status de patenteamento dos fármacos antirretrovirais Efavirenz, Ritonavir, Lopinavir, Atazanavir, Tenofovir e Darunavir e de produtos relacionados. Brasília, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <new.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=1185&dir=DESC&order=name&Itemid=423&limit=5&limitstart=5>. Acesso em: 29 jan. 2013.

Resumo: Avalia a situação de patenteamento, no Brasil, dos princípios ativos antirretrovirais Efavirenz, Ritonavir, Lopinavir, Atazanavir, Tenofovir e Darunavir, bem como dos produtos contendo-os. Esclarece que esta avaliação tem por meta fornecer informações essenciais no estabelecimento de estratégias para o planejamento da produção local de insumos farmacêuticos utilizados em fármacos e medicamentos priorizados pelo Ministério da Saúde.

Palavras-chave: Medicamentos. Antirretrovirais. Patente de medicamentos.

BRAVO, Maria Inês Souza. A saúde no Brasil e em Portugal na atualidade: o desafio de concretizar direitos. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 102, p. 205-221, 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/sssoc/n102/a02n102.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2013.

Resumo: Analisa a política de Saúde no Brasil e em Portugal desde a garantia da universalidade, no processo de redemocratização dos dois países, até os dias atuais. Ressalta as modificações ocorridas após os anos 1990 nos dois países, com destaque para a gestão dos serviços de Saúde com a criação de "novos" modelos gerenciais. Aborda-se também, de forma sucinta, a temática do aborto como questão de saúde pública, pois é um tema em debate na atualidade em ambos os países, embora não seja objeto deste texto.

Palavras-chave: Política de Saúde. Alterações no sistema de Saúde. Gestão da Saúde.

BUENO, Ricardo Luiz Pereira. **A decisão de incorporação de tecnologias em saúde no SUS**: a questão dos medicamentos. 2010. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre (RS), 2010.

Resumo: Na sociedade brasileira, o acesso à saúde é constitucionalmente definido como "direito de todos e dever do Estado". No entanto, no Sistema Único de Saúde (SUS), política social de amplo espectro cuja principal atividade é a regulação da assistência prestada em espaços assistenciais de saúde, as despesas aumentam em proporção maior do que a ampliação dos recursos disponíveis para o setor, de modo que a tomada de decisão é um mecanismo central para a alocação eficiente dos recursos. Para melhor compreender os processos decisórios administrativos, inúmeras pesquisas foram desenvolvidas no campo da tomada de decisão organizacional (TDO) a partir da segunda metade do século XX. Entretanto não há estudos que enfoquem a lógica que embasa a decisão acerca da incorporação das tecnologias e medicamentos em saúde, levando em conta as diversas vozes envolvidas no processo decisório. Assim, o presente estudo analisa e compara o processo decisório na incorporação de tecnologias em Saúde no SUS a partir das abordagens administrativa, comportamental e estratégica da tomada de decisão. A tomada de decisão diferiu, nos dois casos abordados, em decorrência dos distintos processos sociais e pressões institucionais aos quais os gestores devem responder. Observa também que o sistema negligencia substancialmente a participação dos usuários no processo decisório e muitos dos problemas atribuídos à incorporação de tecnologias ao SUS são, na verdade, manifestações de problemas crônicos do sistema. Além disso, os gestores subnacionais do SUS encaram sua participação nas instâncias relativas à incorporação de tecnologias não como espaço para representação e construção democrática, mas como forma de encaminhar demandas ao gestor federal. Entende, a partir dos resultados, que a incorporação de novas perspectivas diante do processo decisório permite melhor compreensão dos diferentes movimentos, formas e intensidades, segundo as quais as tecnologias se incorporam à dinâmica de funcionamento do SUS.

Palavras-chave: Tecnologias de Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS). Tomada de decisão organizacional.

CAETANO, Rosângela et al. Análise dos investimentos do Ministério da Saúde em pesquisa e desenvolvimento do período 2000 – 2002: uma linha de base para avaliações futuras a partir da implementação da agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2039-2050, 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v15n4/a18v15n4.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: Examina os investimentos em pesquisa e desenvolvimento em saúde (P&D/S) do Ministério da Saúde (MS) durante 2000 – 2002, buscando confrontá-los com os itens da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, de modo a estabelecer uma linha de base que possibilite posteriores avaliações de seu papel indutor. Utiliza os dados procedentes de pesquisa realizada com a finalidade primária de mensurar os recursos investidos em P&D/S no País no período, sendo considerados apenas os investimentos oriundos do próprio MS. Categoriza as pesquisas, independentemente, por dois pesquisadores, segundo as 24 subagendas que compõem a agenda. O volume de recursos aplicados no período foi de R$ 199,3 milhões. A maior proporção de dispêndios esteve relacionada a pesquisas nas áreas de doenças transmissíveis (31,5%), sistemas e políticas de Saúde (16,3%), e comunicação e informação em Saúde (8,6%). Condições que representam significativa carga de doença (doenças não transmissíveis, saúde mental, violência, acidentes e traumas) receberam vo-

lumes relativamente pequenos de financiamento. Pretende estabelecer um marco zero, a partir do qual os gestores da política científico-tecnológica possam avaliar a progressiva capacidade indutora da agenda e a redução dos desequilíbrios identificados.

Palavras-chave: Pesquisa e desenvolvimento em saúde. Prioridades em pesquisa. Financiamento em pesquisa.

CASTRO, Ana Luisa Barros de; MACHADO, Cristiani Vieira. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 693-705, abr., 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v26n4/12.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: Analisa a condução federal da política de atenção primária à saúde no Brasil de 2003 a 2008, considerando as funções de Estado na saúde de planejamento, regulação, financiamento e execução direta de serviços. A pesquisa compreende revisão bibliográfica, realização de entrevistas semiestruturadas com atores-chave da política, análise documental, orçamentária e de bases de dados secundários. Observa redução na execução federal direta das ações e fragilidades no que diz respeito ao planejamento. A atuação federal caracterizou-se principalmente pela regulação, baseada na emissão de portarias atreladas a mecanismos financeiros. No que concerne ao financiamento, houve discreto aumento da participação da atenção básica no orçamento federal, reajustes e criação de novos incentivos, alguns visando à equidade. Embora tenham ocorrido avanços no período, permanece o desafio de reconuração do modelo regulatório federal e a garantia de um aporte maior de recursos para este nível de atenção, a fim de que ocorra o efetivo fortalecimento da atenção primária no País.

Palavras-chave: Financiamento da Saúde. Gestão em Saúde. Política de Saúde. Atenção primária à saúde.

CASTRO, Jorge Abrahão de et. al. (Org.). **Perspectivas da política social no Brasil**. Brasília: IPEA, 2010. Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro08_perspectivasdapolitica.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2013.

Resumo: Parte do projeto *Perspectivas do Desenvolvimento Brasileiro*, obra que trata do fato de o Estado "social" desenhado na Constituição de 1988 ter conseguido moldar, à sua imagem e semelhança, uma economia igualmente "social". Essa economia, que tem vínculos orgânicos com a política – criticados pela perspectiva liberal –, tem se mostrado, nos últimos anos, capaz de crescer e distribuir bem-estar a extensas parcelas da população brasileira. Colabora com o debate, abrindo novas possibilidades de análise de tal economia. A obra está organizada em duas partes distintas, mas também complementares. Com um foco geral, a primeira parte detém-se em aspectos da relação entre a regulação social e a dinâmica socioeconômica e explora os traços que podem ser assumidos por essa relação em um futuro próximo, tendo como referência o ano de 2022 – bicentenário da independência política brasileira. Já a segunda parte adota um enfoque setorial, oferecendo análises sobre educação, cultura, reforma agrária, trabalho, saúde, garantia de renda e igualdade de gênero.

Palavras-chave: Política social – Brasil.

ANEXO: Indicadores de equidade do sistema tributário nacional. In: CASTRO, Jorge Abraão de; SANTOS, Cláudio Hamilton Matos dos; RIBEIRO, José Aparecido Carlos (Org.). **Tributação e equidade no Brasil:** um registro da reflexão do IPEA no biênio 2008-2009. Brasília: Ipea, 2010. 514 p. ISBN 978-85-781-1050-5. Disponível em: <www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_tributacaoequidbrasil.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2013.

Resumo: Registra as reflexões do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) no biênio 2008 – 2009, constitui momento importante na retomada, pelo Ipea, da temática tributária – nesta ocasião, centrada nas questões relativas à equidade. Para dar concretude a este propósito, trabalha o tema de forma transversal, por meio do envolvimento da totalidade da produção técnica realizada nos últimos anos em todas as diretorias da instituição. Com isto, contempla diversos olhares a respeito do tema e, apesar da diversidade encontrada, ordena os diversos estudos segundo aspectos mais agregados, específicos e alguns tópicos diversos. Contempla a questão da saúde em seu Capítulo 8 – Gasto tributário e conflito distributivo na saúde, de autoria de Sérgio Francisco Piola, Maria Elizabeth Diniz Barros, Luciana Mendes Santos Servo, Roberto Nogueira, Edvaldo Batista de Sá e Andrea Barreto de Paiva.

Palavras-chave: Saúde – Tributação. Economia da Saúde.

CHIEFFI, Ana Luiza; BARATA, Rita de Cássia Barradas. Ações judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 421-429, 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v44n3/05.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2013.

Resumo: Objetiva analisar a concentração na distribuição dos processos judiciais segundo medicamento (fabricante), médico prescritor e advogado impetrante da ação. Em 2006, apresentou os seguintes resultados: foram gastos 65 milhões de reais pelo Estado de São Paulo com o cumprimento das decisões judiciais para atender a cerca de 3.600 pessoas. O gasto total em medicamentos foi de 1,2 bilhão de reais. No período estudado, analisaram-se 2.927 ações, que foram ajuizadas por 565 agentes, dos quais 549 eram advogados particulares (97,2% do total de agentes). Os medicamentos solicitados nas demandas judiciais examinadas foram prescritos por 878 médicos diferentes. Ao analisar o número de ações ajuizadas por advogado, observa-se que 35% das ações foram apresentadas por 1% dos advogados. Conclui-se que os dados das ações com os medicamentos classificados pelo seu fabricante mostram que poucos advogados são responsáveis pela maioria das demandas judiciais desses medicamentos. A observação de que mais de 70% das ações ajuizadas para certos medicamentos são de responsabilidade de um advogado pode sugerir uma relação estreita entre o advogado e o fabricante do medicamento.

Palavras-chave: Decisões judiciais. Uso de medicamentos – Legislação e jurisprudência. Custos de medicamentos. Indústria farmacêutica. Política Nacional de Medicamentos. Sistema Único de Saúde (SUS).

DANTAS, Alexis Torbio; AGUIAR, Bruna Santos. Regulação de saúde suplementar no Brasil: análise da estrutura e do desempenho do setor a partir da criação da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA POLITICA, 15., 2010. [**Anais...].** Uberlândia: SEP, 2010. Disponível em: <www.sep.org.br/artigos/download?id=1661&title=Regula%C3%A7%C3%A3o%20de%20Sa%C3%BAde%20Suplementar%20no%20Brasil:%20An%C3%A1lise%20da%20Estrutura%20e%20do%20Desempenho%20do%20Setor%20a%20Partir%20da%20Cria%C3%A7%C3%A3o%20da%20ANS%20(Ag%C3%AAncia%20Nacional%20de%20Sa%C3%BAde%20Suplementar)>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: Analisa o desempenho do setor de Saúde Suplementar a partir das mudanças estruturais ocorridas no setor com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no período de 1998 a 2009. Para tanto, utiliza a análise da estrutura do mercado a partir da aplicação de índices de concentração CR4, CR8 e Hirschman-Herfindahl (HH), além da concentração de beneficiários de 10% e 15% das operadoras. Quanto ao desempenho, utiliza como indicadores a taxa de internação de beneficiário, gasto médio por internação, consultas médicas e gasto médio por consulta e por meio da receita média de contraprestação e da despesa (assistencial e administrativa) média por beneficiário. Como principal resultado, constata que o mercado de Saúde Suplementar, em termos de beneficiários, é concentrado nas maiores operadoras de plano de saúde privado, tanto nas operadoras médico-hospitalares quanto nas exclusivamente odontológicas. Enfatiza ainda sobre a existência de evidências de que as barreiras à entrada impostas pela ANS estejam reduzindo o quantitativo de operadoras ativas no setor e influenciando no desempenho do mercado, principalmente em relação às receitas médias de contraprestação e despesas médias assistenciais.

Palavras-chave: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Saúde Suplementar. Concentração. Agência reguladora.

DOURADO, Daniel de Araujo. **Regionalização e federalismo sanitário no Brasil**. 2010. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 2010.

Resumo: Examina as implicações da estrutura federativa brasileira no processo de regionalização das ações e serviços de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). A ideia nuclear é que, por sua natureza federativa, a regionalização da Saúde no Brasil deve realizar-se no contexto das relações intergovernamentais fundadas na configuração institucional do federalismo cooperativo do País e em sua expressão na área da Saúde. O federalismo sanitário brasileiro é abordado a partir de seu ingresso no ordenamento constitucional, identificando dois períodos bem-delimitados de formação: a descentralização e a regionalização. Agregam-se elementos empíricos de pesquisa em que a regionalização da Saúde é caracterizada a partir de concepções expressas por atores políticos que representam as perspectivas das três esferas de governo. Os condicionantes do processo de regionalização do SUS são, então, explorados à luz do referencial teórico do federalismo em três dimensões de análise: base normativa, estrutura de financiamento e dinâmica política. Assim, identificam-se pontos facilitadores e entraves para a regionalização e apontam-se possibilidades para a efetivação

dessa diretriz organizativa no SUS. Conclui-se que a regionalização da Saúde no Brasil está apoiada em arcabouço normativo bem-definido, proveniente da assimilação dos princípios do federalismo cooperativo no direito sanitário brasileiro, e que encontra obstáculos derivados do modelo federativo de financiamento e relacionados ao funcionamento das relações intergovernamentais instituídas no SUS.

Palavras-chave: Regionalização. Federalismo. Sistema unificado de Saúde.

PEIXOTO, Sandro Garcia D. et al. Descentralização e corrupção: evidência a partir dos programas de atenção básica de saúde. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA, 38., 2010, Salvador. [**Anais...**]. Niterói: ANPEC, 2010. Disponível em: <www.anpec.org.br/encontro2010/inscricao/arquivos/000-8a8eb7c4cb64e13fe518c2ecc44ade13.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: Avalia se a maior descentralização na área de Saúde está associada a um menor nível de corrupção. As medidas de corrupção são construídas a partir dos relatórios de avaliação dos programas de atenção básica dos municípios da Região Sudeste, sorteados entre 2004 e 2006 para auditoria pela Controladoria Geral da União (CGU). Utiliza duas medidas de descentralização como variável de interesse: um indicador de descentralização financeira, dado pela parcela de gastos com Saúde financiada com recursos próprios em relação ao total de gastos do município com Saúde e uma medida de descentralização administrativa, avaliada pelo percentual de produção de serviços ambulatoriais sob gestão municipal. Indica, pelos resultados obtidos, que não existe relação entre descentralização e corrupção, qualquer que seja a medida de descentralização utilizada. Parece, assim, que o sistema de descentralização da Saúde ocorrido desde a Constituição de 1988 não produziu os resultados esperados, pelo menos no que diz respeito à melhora dos indicadores de corrupção.

Palavras-chave: Descentralização. Corrupção. Setor Saúde. Dados de contagem.

PINTO, Cláudia Du Bocage Santos et al. Preços e disponibilidade de medicamentos no Programa Farmácia Popular do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 611-619, 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v44n4/1386.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2013.

Resumo: Objetiva analisar o desempenho do Programa Farmácia Popular do Brasil perante os setores público e privado, em relação à disponibilidade, ao preço e ao custo, para o paciente, de medicamentos para hipertensão e diabetes. Apontam resultados como o FPB-E apresentou maior disponibilidade de medicamentos; e o setor público, a menor. Tanto no setor público quanto no FPB-P o percentual de disponibilidade de similares foi maior que o de genéricos. A comparação de preços entre os setores mostrou menor preço de aquisição no FPB-E, seguido pelo FPB-P. O FPB-E apresentou economia superior a 90% em relação ao setor privado. O número de dias de trabalho necessários para aquisição de tratamentos para hipertensão e diabetes foi menor no FPB-E. Conclui-se que a menor disponibilidade encontrada no setor público pode ser uma das justificativas para a migração dos usuários do setor público para o FPB. Os altos preços praticados pelo setor privado também contribuem para que o programa seja uma alternativa de acesso a medicamentos no País.

Palavras-chave: Preço de medicamento. Medicamentos essenciais. Setor público. Setor privado.

PIRES, Maria Raquel Gomes Maia et al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1009-1019, 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/007.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: Investiga a configuração da oferta e da demanda por serviços de média complexidade do Distrito Federal (DF) e municípios de Goiás próximos à Brasília – entorno. Nossa hipótese é de que a organização da oferta dos serviços de atenção básica (AB) do DF e entorno sobrecarrega os serviços de média complexidade (MC), diminuindo a equidade no acesso. Objetiva analisar a demanda por serviços de MC no DF e sua relação com a AB; quantificar a procedência, problema de saúde, motivo da procura, tempo de deslocamento e procedimentos realizados em pessoas que buscam atendimento nos hospitais do DF; indicar prioridades de mudanças na gestão do SUS para ampliação do acesso. Avaliação por triangulação de métodos, complementaridade das abordagens qualitativa e quantitativa. Estudo da oferta mediante análise dos sistemas de informação do SUS e da demanda por meio de *survey,* com 1.585 usuários de sete hospitais do DF. Ocorre subutilização da oferta de serviços do DF, com duplicidade de ações básicas entre os hospitais e os centros de Saúde. Recomenda-se revisão na regionalização e hierarquização dos serviços de Saúde do DF e Goiás, bem como investimentos na incorporação de tecnologias para a atenção básica.

Palavras-chave: Atenção básica. Sistema Único de Saúde (SUS). Serviços de Saúde.

SANTOS, Anderson Moreira A. et al. Causalidade entre renda e saúde: uma analise através da abordagem de dados em painel com estados do Brasil. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA, 38., Salvador. [**Anais...**]. Niterói: ANPEC, 2010. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-41612012000200001&script=sci_abstract>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: Analisa a relação de causalidade entre renda e saúde, buscando controlar as potenciais diferenças dessa relação ao longo do território brasileiro. Para tanto, aplica três testes de causalidade de Granger para dados em painel para uma base de dados com os estados brasileiros no período de 1981 – 2007. Mostra, a partir dos principais resultados, que quando considerados testes com uma estrutura homogênea nos parâmetros, as conclusões podem ser enganosas. E, assim, o teste proposto por Hurlin e Venet (2004) e Hurlin (2004, 2005), que controla os diferentes tipos de heterogeneidade, aponta que no Brasil as evidências são mais claras para causalidade no sentido da saúde para a renda.

Palavras-chave: Renda. Saúde. Causalidade de Granger. Dados em painel.

SANTOS, Maria Angelica Borges dos; PASSOS, Sonia Regina Lambert. Comércio internacional de serviços e complexo industrial da saúde: implicações para os sistemas nacionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v. 26, n. 8, p. 1483-1493, ago. 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v26n8/03.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

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

Palavras-chave: Comércio. Setor de assistência à Saúde. Economia médica.

VAZQUEZ, Daniel Arias. **A regulação federal como mecanismo de ajuste**: uma análise da lei fiscal e do financiamento das politicas de educação e saúde. 2010. Tese (Doutorado) – Universidade de Campinas (UNICAMP), Campinas (SP), 2010.

Resumo: Analisa os mecanismos institucionais que permitiram maior controle do governo federal sobre a gestão fiscal e a execução das políticas descentralizadas, de competências partilhadas e de caráter universal (Educação e Saúde), no período posterior à implantação do Plano Real. A questão que surge é: como conciliar o ajuste fiscal com a expansão do gasto descentralizado nestas áreas? A resposta está na utilização da regulação federal como mecanismo de ajuste para, primeiramente, adequar o comportamento fiscal dos governos subnacionais às metas de *superavit* primário por meio de regras e limites que restringiram a autonomia decisória dos governantes e, em seguida, estabelecer prioridade de gasto e direcionar recursos para as políticas reguladas por meio de mudanças nas regras de financiamento destas políticas. As estratégias jurídico-institucionais foram bastante diversificadas, com o intuito de fornecer incentivos corretos que contemplassem os interesses federativos e que fossem adequados ao legado da política em questão. Este estudo demonstra que houve convergência em relação ao ajuste e que a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) garantiu um equilíbrio fiscal em longo prazo em nível municipal, bem como foram registrados avanços significativos em relação à ampliação da oferta de matrículas no ensino fundamental e na produção de ações de atenção básica de saúde, com redução das desigualdades horizontais entre os municípios brasileiros. A despeito destes avanços, os níveis de gasto público em Educação e Saúde no Brasil ainda permanecem baixos e foram apontadas evidências dos limites impostos pela política econômica à participação da União no financiamento destas áreas, em função da subordinação do gasto social em relação às despesas financeiras.

Palavras-chave: Política econômica. Regulamentação governamental. Finanças.

Estado, Mercado e Regulação Econômica em Saúde 2011

ALMEIDA, Aléssio Tony C. de; GASPARINI, Carlos Eduardo. Descentralização e produtividade da saúde pública no Brasil – 1996 a 2007. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA, 39., 2011, Foz de Iguaçú (PR). [**Anais**...]. Niterói: ANPEC, 2011. Disponível em: <www.anpec.org.br/encontro_2011.htm#TRABALHOS>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: O Brasil iniciou um processo de descentralização na sua oferta pública de saúde a partir da Constituição Federal de 1988, com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS). A literatura especializada tem apontado o processo de descentralização fiscal como um potencial indutor da eficiência e da produtividade do setor público. Contudo alguns autores questionam se no Brasil o processo geraria desperdício de recursos e problemas na qualidade dos serviços prestados. O presente trabalho utiliza o índice de Malmquist e a abordagem DEA (Análise de Envoltória dos Dados) em dois estágios com dados em painel para avaliar a relação entre descentralização e performance da oferta pública da saúde no País, bem como para fornecer um panorama da dinâmica regional da produtividade do setor entre os anos de 1996 a 2007. Os resultados permitem observar que a descentralização dos gastos em Saúde apresenta uma relação negativa com a produtividade desses serviços, mas a responsabilidade fiscal tem uma forte influência sobre o desempenho dos estados brasileiros. Percebe-se também que a realidade socioeconômica tem um papel relevante sobre o setor de Saúde, uma vez que o indicador de crescimento da produtividade na área apresenta melhor relação nos estados situados nas regiões mais ricas do País – Sul e Sudeste.

Palavras-chave: Investigação de resultados em Saúde – Economia da Saúde – Saúde pública – SUS.

AMARAL, Silvâni Maria Sehnem do; BLATT, Carine Raquel. Consórcio intermunicipal para a aquisição de medicamentos: impacto no desabastecimento e no custo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 799-801, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v45n4/2196.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2013.

Resumo: Analisa o impacto de consórcio para a aquisição de medicamentos no desabastecimento e no custo dos medicamentos do Componente da Assistência Farmacêutica Básica do Município de Indaial, SC. Observa redução aproximada de 12,0% de 2008 para 2007, e de 48,0% de 2009 para 2007 no número de itens que apresentaram falta em pelo menos um dia; a redução foi de 33% no custo total de aquisição quando comparada a aquisição pelo consórcio (2009) com a aquisição municipal (2007), e de 18% quando comparada aos valores médios do Banco de Preço em Saúde do Ministério da Saúde/2009. A aquisição de medicamentos pelo consórcio diminuiu o desabastecimento e apresentou economia, possibilitando aquisição de maior quantidade de produtos com a mesma disponibilidade de recursos.

Palavras-chave: Preparações farmacêuticas. Preço de Medicamento. Proposta de concorrência. Consórcios de Saúde. Assistência farmacêutica – Economia.

BRASIL. Ministério da Saúde; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMNETAR. Atlas econômico-financeiro da saúde suplementar: 2011. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, c2011. 240 p. Disponível em: <www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Atlas/20120619_ATLAS_2011.pdf>. Acesso em: 8 fev. 2013.

Resumo: Dados econômico-financeiros anuais das operadoras de planos de saúde por regiões do País e modalidade de operadora, desde 2005.

Palavras-chave: Saúde suplementar. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil).

BADUY, Rossana Staevie et al. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 295-304, fev. 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/11.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: A produção do cuidado integral e a equidade são desafios na gestão do SUS. Analisou-se um arranjo da gestão municipal para a produção do cuidado implantado por meio da regulação assistencial com o objetivo de enriquecer as reflexões sobre o tema. Foi realizado estudo de caso em que os dados foram obtidos mediante observação, entrevistas, narrativas escritas e análise documental. Os sujeitos da pesquisa foram gestores e trabalhadores da secretaria de Saúde. Como resultado, destaca-se um conceito de rede viva, produzida ativamente pela construção de relações entre os trabalhadores dos diferentes serviços. Destacam-se as ações de apoio ao cuidado produzido pelas equipes, com base na regulação assistencial e na gestão dos processos de trabalho. Os resultados foram expressivos na qualificação do cuidado, na redução das filas às especialidades e na satisfação dos profissionais. Como marca do processo, evidencia-se a necessidade de enriquecer, em ato, os saberes técnicos com as tecnologias leves e os saberes produzidos em movimentos ativos da gestão para a produção do cuidado.

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Assistência integral à Saúde. Saúde da família.

LEÃO, Claudio José Silva. **Produção pública de medicamentos**: uma estrutura de governança possível. 2011. Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia, Bahia (BA), 2011.

Resumo: Ao longo das últimas décadas, a evolução dos gastos com Saúde tem preocupado governos de vários países. Isso porque, mantida a oferta de serviços de Saúde, o crescimento dos gastos supera, em média, as taxas de crescimento real de suas economias. A questão que se coloca não é o gasto em si, que no caso brasileiro ainda está longe de atender às necessidades do sistema de Saúde, mas o impacto em longo prazo sobre as políticas públicas para o setor a ponto de inviabilizá-las. Os gastos em Saúde têm sido uma preocupação que justificaria a produção pública de medicamentos, ao menos daqueles considerados essenciais pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Nessa perspectiva, o propósito dessa tese é analisar a produção pública de medicamentos e o papel dos laboratórios públicos na produção de medicamentos. Para tanto, procuramos identificar as principais estruturas de governança envolvidas na produção de medicamentos no Brasil. A hipótese que orienta essa tese é a de que a produção pública de medicamentos atual é uma estrutura de governança inadequada para ampliar o acesso da população brasileira a esse bem. A análise dos casos

estudados mostrou que o contexto em que a estrutura de produção pública brasileira se insere evoluiu rapidamente e ela não se adaptou a esse novo contexto. Os arranjos institucionais de compras públicas, planejamento da produção, *mix* de produtos, contratos de trabalho, acesso e transferência de tecnologia são entraves à produção pública eficiente. As Parcerias Público Privadas (PPPs) como solução híbrida de opção entre o público e o privado, elegendo uma cooperação entre as duas esferas, em que pese o seu ponto positivo de coordenar as políticas de saúde e econômicas, ainda têm vários problemas em aberto sobre a capacidade desse arranjo institucional no futuro ser a melhor solução para ampliação do acesso a medicamentos no Brasil.

Palavras-chave: Produção pública de medicamento. Laboratórios públicos.

CARIAS, Claudia Mezleveckas et al. Medicamentos de dispensação excepcional: histórico e gastos do Ministério da Saúde do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 233-240, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v45n2/2065.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2013.

Resumo: Objetiva descrever aspectos técnicos do Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional do Ministério da Saúde do Brasil, especialmente em relação aos gastos com os medicamentos distribuídos. Aponta resultados como: o programa mudou, com o aumento do número de fármacos e apresentações farmacêuticas distribuídas e de doenças contempladas. Eram distribuídos 15 fármacos em 31 diferentes apresentações farmacêuticas em 1993, passando para 109 fármacos em 243 apresentações em 2009. Os gastos totais do Ministério da Saúde com medicamentos somaram, em 2007, R$ 1.410.181.600,74, quase o dobro do valor gasto em 2000: R$ 684.975.404,43. Algumas das doenças que representaram maiores gastos nesse período foram: insuficiência renal crônica, transplante e hepatite C. Conclui-se que o Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional está em constante transformação, visando aprimorar os instrumentos e estratégias que assegurem e ampliem o acesso da população aos medicamentos. Devem-se buscar alternativas para reduzir o impacto financeiro do programa para que não haja prejuízos às outras áreas do sistema de Saúde, dado o custo elevado das novas tecnologias.

Palavras-chave: Medicamentos excepcionais. Portarias. Gastos em Saúde. Política Nacional de Medicamentos.

GADELHA, C. A. G. et al. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 3003-3016, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/38.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: A relação entre saúde e desenvolvimento é complexa e remete ao campo da Economia Política, dado que envolve diferentes interesses sociais, políticos e econômicos. No caso brasileiro, esta associação é particularmente relevante no que diz respeito à dimensão territorial, tendo em vista o papel central dos serviços de Saúde para organização da rede urbana e delimitação de escalas e limites territoriais. No campo teórico-conceitual, o artigo explora vertentes analíticas das relações entre saúde e desenvolvimento, bem como entre a saúde e a questão territorial. A seguir, analisa a trajetória da política de descentralização e re-

gionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) e dos investimentos federais, que constituem a base de sua evolução espacial. A partir da revisão conceitual e dos dados empíricos, procura-se estabelecer os nexos teóricos e político-institucionais entre saúde e desenvolvimento, buscando subsidiar a discussão dos desafios para uma nova inserção da saúde no modelo de desenvolvimento brasileiro, historicamente marcado por desigualdades econômicas e sociais com forte expressão territorial.

Palavras-chave: Sistemas de Saúde. Desenvolvimento regional. Investimentos em Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS).

MAGRINI, Camilla M. Vargas Araujo. **As organizações sociais como executoras dos serviços públicos de saúde**. 2011. Dissertação (Mestrado) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo (SP), 2011.

Resumo: Discute o modelo de organizações sociais (OS) como forma alternativa de execução dos serviços públicos de Saúde – SUS. Para isso, leva em consideração tanto o contexto no qual o modelo foi proposto bem como as características do sistema de Saúde. Com esse intuito, por meio da síntese de um conjunto de trabalhos, ainda que focados em diferentes aspectos, faz emergir questões que possam ajudar a esclarecer o funcionamento do modelo das organizações sociais na Saúde. A crença de que o modelo de organização social se aplicaria genericamente à realidade brasileira e que obteria os resultados esperados em qualquer região que fosse adotado revelou-se bastante fragilizada quando levados em consideração os diferentes aspectos econômicos, políticos e sociais existentes no Brasil. Ainda que as experiências relatadas tenham corroborado a hipótese do Plano Diretor da Reforma de 1995 de que as organizações sociais têm maior grau de autonomia gerencial e administrativa, assim como maior flexibilidade no gerenciamento dos recursos ante o setor público, a negligência em relação aos aspectos sociais e econômicos acabou comprometendo a garantia de equidade no acesso dos serviços prestados, bem como o controle público e a coerência entre a demanda da população e a política pública de Saúde. Por fim, constata que o Estado apresentou limitada capacidade em controlar os resultados desse modelo, em outras palavras, os mecanismos de monitoramento utilizados por parte do setor público mostraram-se bastante restritos.

Palavras-chave: Organizações Sociais (OS) – Serviços públicos de Saúde – SUS.

MATOS, João Boaventura B. de. **As transformações da regulação em saúde suplementar no contexto das crises e mudanças do papel do Estado**. 2011. Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), 2011.

Resumo: Analisa a trajetória, os desafios e as perspectivas da regulação em Saúde Suplementar, contextualizados em um ambiente de grandes transformações do papel dos estados nacionais e das relações entre a Economia e a Política no âmbito mundial e no Brasil. As interrelações entre economia e política são a base para importantes mudanças no papel do Estado brasileiro, do arcabouço regulatório e da regulação da Saúde Suplementar em particular. À luz deste arcabouço analítico, desenvolve detalhamento retrospectivo dos prin-

cipais normativos que compuseram a regulação em Saúde Suplementar, editados por intermédio da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Para tanto, constrói um banco de dados que servirá não apenas para a pesquisa da tese, mas para outros trabalhos a serem desenvolvidos posteriormente. O estudo desse material permite identificar uma trajetória da Saúde Suplementar marcada por três diferentes tônicas, que tem se desdobrado a partir da cena das grandes transformações mundiais. As conclusões aqui obtidas sobre a trajetória da regulação foram ainda apreciadas por meio de pesquisa com todos os atuais e antigos dirigentes da ANS. Adiante, realiza breve análise dos efeitos produzidos para cada uma das tônicas anteriormente descritas, bem como discute os principais desafios que se colocam na ordem do dia na agenda da Saúde Suplementar no Brasil. É interessante destacar que discussão da perspectiva futura da regulação da Saúde Suplementar no Brasil se dá sobre um pano de fundo de profundas transformações no plano da política e das relações de hegemonia e poder na esfera global. Por fim, o trabalho aqui apresentado tem a finalidade de contribuir para o desenvolvimento do tema e sugerir aperfeiçoamentos de modo a aprimorar o planejamento, a gestão e a regulação da Saúde Suplementar, buscando relações público-privadas mais harmoniosas e eficientes no tocante à assistência e à promoção da saúde.

Palavras-chave: Regulação da Saúde Suplementar. Planos de saúde.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. A política de saúde no governo Lula. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 522-532, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n2/22.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2013.

Resumo: O ensaio faz uma reflexão sobre a política de Saúde nos oito anos de governo do presidente Lula, identificando-se uma mudança de foco na agenda governamental, passando-se da ênfase exclusiva na implementação gradativa do SUS no primeiro mandato para as condições de vida e os determinantes da saúde no segundo, bem como de sua articulação com o desenvolvimento. Considera-se que políticas de Saúde de um governo não podem ser avaliadas apenas setorialmente, sendo necessário examinar passos, traços e produtos do governo que têm repercussões na saúde da população e na organização do sistema de serviços. O argumento central é que o Governo Lula foi mais inovador na sua atuação sobre os condicionantes da Saúde do que no aspecto endógeno da política de Saúde; no âmbito setorial, os avanços foram incrementais e qualitativos, no processo contínuo e difícil de implantação dos princípios do SUS em um contexto de despolitização da questão da saúde e de um debate restrito ao financiamento sem que sejam colocados na agenda pública os problemas estruturais do sistema de Saúde.

Palavras-chave: Avaliação. Governo Lula. Política de Saúde.

NAVARRO, Julio Cesar Acosta. **O acordo TRIPS e suas repercussões sobre o acesso a medicamentos:** o caso do HIV/AIDS no Brasil e no México: "direito de patente" vs. "direito à vida". 2011. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), 2011.

Resumo: Analisa retrospectivamente o significado da interseção de dois fenômenos sociomodernos. Em primeiro lugar, a epidemia de HIV/aids (Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida), com suas características históricas pouco usuais

e alta letalidade; e, por outro lado, a intrusão de leis de propriedade intelectual na sociedade, como o Acordo TRIPS (Trade-Related Intellectual Property Subjects), com amplas repercussões sobre a saúde pública, assim como sobre o desenvolvimento econômico e tecnológico dos países, sendo aqui tratados especificamente os casos de Brasil e México. Ambos os países modificaram suas leis de propiedade intelectual (LPIs) para implementar o Acordo TRIPS (e, no caso do México, também o Nafta) nas últimas duas décadas, levando a patamares mais elevados de proteção de propriedade intelectual no México, quando comparado ao Brasil. Estas mudanças, porém, podem ter contribuído, no caso do México, para um menor rendimento e eficácia do seu programa de combate à epidemia de aids/HIV já que, para dar cobertura mais adequada de tratamento com medicamentos antirretrovirais (ARVs) para sua população, teve que enfrentar maiores dificuldades para a sua aquisição.

Palavras-chave: Epidemia de HIV/aids – Brasil. Epidemia de HIV/aids – México. Leis de propriedade intelectual – Brasil. Leis de propriedade intelectual – México. Políticas públicas. Saúde pública. Acordo TRIPS. Medicamentos antirretrovirais.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; CARDOSO, Simone de Souza. A regulamentação dos preços dos planos individuais de saúde. **Rev. Econ. Polit**., São Paulo, v. 31, n. 3, p. 455-470, jul./set. 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rep/v31n3/08.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: Aggregate price indices measure variations in nominal prices. In this paper, we compare the inflation rates of the general economy and those of the health sector and private health insurance market between 2001 and 2005, based on the indices of Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos, of Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas, of Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística and IPEADATA database, to the private health insurance readjustment applied by the National Private Health Insurance Agency (ANS). The health sector inflation rate was found stable and inferior to the general one, what would validate applying lower readjustments derived from official price indices.

Palavras-chave: Mercados de cuidados da Saúde. Regulação. Política de governo.

PROVIN, Mércia Pandolfo. **Demandas judiciais deferidas para medicamentos em Goiânia – GO, Brasil, e seus aspectos financeiros**. 2011. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Goiás, Goiás (GO), 2011.

Resumo: O sistema de saúde pública brasileiro é universal e garante assistência terapêutica integral aos seus usuários, inclusive a farmacêutica. Medicamentos elencados como essenciais são disponibilizados gratuitamente em unidades públicas de Saúde. Na última década, inúmeros cidadãos brasileiros têm recorrido à justiça para garantir o acesso aos medicamentos que lhes foram prescritos. Este fenômeno tem provocado muitas discussões entre juristas, gestores e profissionais de Saúde. O trabalho objetiva descrever as ações judiciais impetradas contra a Secretaria Municipal de Saúde, que requereram o fornecimento de medicamentos, e analisar seus aspectos financeiros. Conclui-se que, apesar de o sistema público de Saúde propor assistência universal e integral, o Estado brasileiro não tem conseguido cumprir essa missão de resumo de maneira eficiente, fazendo com que os tribunais de justiça

sejam uma via importante de acesso aos medicamentos, mas de maneira desigual entre as classes sociais. O custo de fornecimento de medicamentos requeridos na justiça ainda pode ser absorvido pelo orçamento da Saúde, porém, se mantido o atual cenário de crescimento, o custeio das demandas judiciais por medicamentos colocará em risco o equilíbrio orçamentário da Saúde e do município em longo prazo.

Palavras-chave: Direito à saúde. Assistência farmacêutica – Goiânia (GO). Medicamentos.

SILVA, Rondineli Mendes da; CAETANO, Rosangela. Um exame dos fluxos financeiros do Ministério da Saúde em pesquisa e desenvolvimento (2003-2005), segundo a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 687-700, abr. 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v27n4/08.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: Mapeia a aplicação dos recursos financeiros em pesquisa e desenvolvimento em saúde (P&D/S) pelo Ministério da Saúde no período 2003–2005, conforme a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS), estabelecida em 2004. Utiliza dados procedentes de pesquisa realizada com a finalidade primária de mensurar esses fluxos de investimento no período. Computa apenas o financiamento direto e efetivamente pago em pesquisas, excluindo-se dispêndios com salários. Categoriza as pesquisas segundo as 24 subagendas da ANPPS por dois pesquisadores independentes, com as discordâncias resolvidas por consenso. Foram aplicados cerca de R$ 409,7 milhões, com uma concentração nas subagendas: doenças transmissíveis, complexo produtivo da Saúde, pesquisa clínica, assistência farmacêutica e doenças não transmissíveis (79% do total). Todas as subagendas receberam algum financiamento no período. O estudo estabelece um marco zero para avaliações do potencial indutor deste instrumento e da aproximação entre os investimentos em P&D/S e as necessidades sanitárias.

Palavras-chave: Recursos financeiros em Saúde. Agenda de prioridades em Saúde. Política de Pesquisa em saúde.

SILVA, Silvio Fernandes da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/14.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: O artigo refere-se às causas da segmentação/fragmentação na atenção à saúde e aos benefícios da integração e constituição de redes para racionalizar gastos, otimizar recursos e promover uma atenção condizente com as necessidades dos usuários. Tem como principal objetivo analisar os desafios presentes no Sistema Único de Saúde (SUS) para promover uma melhor integração entre os serviços e organizar redes. Entre os desafios abordados, destacam-se os relacionados à insuficiência de recursos decorrentes do baixo financiamento público, aos processos de formação e educação e seus reflexos na disponibilização dos profissionais para o sistema público e às dificuldades inerentes à descentralização de ações e serviços de Saúde no contexto do pacto federativo brasileiro. O artigo conclui que, além de esforços para enfrentar esses desafios, a organização de redes regionalizadas e integradas no SUS depende de aperfeiçoamento na gestão intergovernamental nas regiões de Saúde para qualificar a pactuação de responsabilidades entre as esferas de governo e de qualifica-

ção da atenção primária à saúde para coordenar o cuidado e ordenar sua continuidade nos outros níveis do sistema.

Palavras-chave: Redes de atenção à saúde. Regionalização. Assistência integral à Saúde. Atenção primária à saúde. Sistema Único de Saúde (SUS).

SOUZA, André de Mello e. **O acordo sobre os aspectos dos direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (TRIPS)**: implicações e possibilidades para a saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: IPEA, maio 2011. (Texto para discussão, n. 1.615). Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=9779>. Acesso em: 20 jan. 2013.

Resumo: O Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (ADPIC) – Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights (TRIPS) – entrou em vigor em 1995 no âmbito da Organização Mundial do Comércio (OMC). O TRIPS obriga os países-membros da Organização Mundial do Comércio (OMC) a adotar padrões mais rigorosos de proteção patentária, e, consequentemente, encarece o acesso às inovações tecnológicas, inclusive no setor farmacêutico. Ao fazê-lo, o acordo ameaça as políticas de saúde pública, especialmente em países em desenvolvimento. Este estudo discute as principais implicações do TRIPS para o programa brasileiro de tratamento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Sida) – Acquired Immunodeficiency Syndrome (Aids). A chamada Declaração de Doha, que prioriza políticas de saúde pública em detrimento de direitos de patente, constitui a principal realização da diplomacia brasileira nessas negociações. Por fim, fazem-se considerações sobre como o País pode melhor explorar as opções oferecidas pelo TRIPS para garantir a sustentabilidade de seu programa de tratamento da aids, concluindo que a importação da Índia se tornará cada vez mais difícil, e que esse programa depende crucialmente de maiores investimentos na capacitação tecnológica da indústria farmacêutica brasileira.

Palavra-chave: Programa Nacional de DST/AIDS.

VAZQUEZ, Daniel Arias. Efeitos da regulação federal sobre o financiamento da saúde. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 6, p. 1201-1212, jun. 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v27n6/17.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: Analisa os impactos da vinculação de receitas e das transferências condicionadas à oferta sobre o financiamento da Saúde. Após analisar o papel desempenhado por esses mecanismos de regulação federal sobre a gestão descentralizada da atenção básica em saúde, opta por verificar seus efeitos sobre a trajetória do gasto total em Saúde, desagregado por esfera de governo; avaliar se os repasses do SUS acompanharam a evolução da oferta descentralizada; e mensurar as desigualdades entre os valores *per capita* aplicados em Saúde pelos municípios brasileiros. Mostra, pelas conclusões, uma complementaridade entre vinculação de receitas e transferências condicionadas à oferta que: (1) aumentou a participação dos governos subnacionais no financiamento da Saúde; (2) forneceu incentivos para a descentralização da atenção básica, segundo diretrizes definidas centralmente; e (3) reduziu as desigualdades em relação ao gasto *per capita* em Saúde dos municípios.

Palavras-chave: Financiamento em Saúde. Regulamentação governamental. Descentralização. Atenção primária à saúde.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Prisma econômico-financeiro da saúde suplementar**: 3. trimestre 2012. Disponível em: <www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Prisma/prisma_3o_trimestre_2012.pdf>. Acesso em: 8 fev. 2013.

Resumo: Publicação trimestral da ANS, disponível a partir do 3º trimestre de 2009. Apresenta a evolução dos últimos três anos dos aspectos econômico, financeiro e patrimonial das operadoras de planos de saúde, além de suas garantias financeiras, segmentados por modalidade de operadora.

Palavras-chave: Planos de saúde – Regulação.

COSTA, Debora Maltez Farias; GURGEL JÚNIOR, Garibaldi Dantas; GURGEL, Idê Gomes Dantas. Análise das relações entre o financiamento público e o crescimento do mercado de planos de saúde no Brasil. **Revista Análise Econômica**, Porto Alegre, v. 30, n. especial, set. 2012. Disponível em: <seer.ufrgs.br/AnaliseEconomica/article/view/25329/21545>. Acesso em: 21 jan. 2013.

Resumo: Durante muitos anos, o Sistema Único de Saúde (SUS) não possuiu fontes estáveis de financiamento. Em paralelo, o mercado de planos vem sendo incentivado por meio da renúncia fiscal com despesas de Saúde. O presente estudo objetiva compreender as relações entre o financiamento do SUS, a renúncia fiscal com despesas de Saúde e o mercado brasileiro de planos de saúde no período de 1990 a 2008. Trata-se de um estudo de caso, com abordagem qualitativa, no qual foi realizada uma triangulação de fontes de dados coletados a partir de entrevistas, documentos e bases de dados oficiais. Os resultados mostram o crescimento do mercado brasileiro de planos de saúde no período de 1990 a 2008, o incremento da renúncia fiscal referente às despesas médicas, além do pequeno aumento de gastos diretos na Saúde em relação ao PIB, que juntos parecem distanciar o País de concretizar o projeto solidário de saúde para todos, escrito na constituição cidadã.

Palavras-chave: Planos de pré-pagamento em saúde. Financiamento em Saúde. Isenção fiscal.

COSTA, Laís Silveira; GADELHA, Carlos Augusto Grabois; MALDONADO, José. A perspectiva territorial da inovação em saúde: a necessidade de um novo enfoque. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, dez. 2012. Suplemento 1. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v46s1/co4209.pdf >. Acesso em: 28 jan. 2013.

Resumo: A inovação ganha um campo de estudo privilegiado na Saúde, dado que esta é responsável por parcela importante do investimento nacional em pesquisa e desenvolvimento e possui uma base industrial e de serviços que articula tecnologias portadoras de futuro. Assim, estreita-se o relacionamento entre saúde e desenvolvimento também em função do

protagonismo da Saúde na geração de inovação. A despeito disso, persiste a fragilidade da base produtiva da Saúde, prejudicando tanto a prestação universal de serviços em Saúde quanto uma inserção competitiva internacional. Este artigo, que utiliza o arcabouço teórico da Economia Política e dos sistemas de inovação, teve como objetivo identificar variáveis em espaços subnacionais que influenciam a dinâmica de geração de inovação em saúde, a partir de uma abordagem teórica que considera que a inovação é um processo contextualizado e social. Parte do pressuposto de que a fragilidade da base produtiva em Saúde persistirá se novas variáveis envolvidas na dinâmica de inovação não forem consideradas.

Palavras-chave: Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação. Desenvolvimento tecnológico. Desenvolvimento econômico. Assistência à Saúde – Economia. Desenvolvimento Regional.

COSTA, Leila Maria Bedeschi. Política para o complexo industrial da saúde: caminho para universalização? **Revista Análise Econômica**, Porto Alegre, v. 30, n. especial, set. 2012. Disponível em: <seer.ufrgs.br/AnaliseEconomica/article/view/25069/21533>. Acesso em: 21 jan. 2013.

Resumo: Apresenta a política para o Complexo Industrial da Saúde (CIS) em curso no País, avaliando-a enquanto formulação. Investigam-se documentos do Plano Plurianual Federal (PPA) 2008 – 2011 e a legislação federal pertinente. O estudo elenca alguns elementos para pesquisas futuras, bem como para avaliação de eficácia. A política em questão foi formulada com base em concepção, defendida originalmente por Gadelha[4], que articula a visão do desenvolvimento econômico com a perspectiva sanitária. Tem como principal justificativa o grau de dependência externa do País nas indústrias que atendem ao mercado de Saúde, o que pode colocar em risco o objetivo central da Política Nacional de Saúde: a universalização. Esta abordagem retoma a concepção desenvolvimentista/estruturalista, com a incorporação do elemento tecnológico trazido pelos neo-schumpeterianos e inova ao considerar estratégica a indústria que dá base a uma política pública. Conclui que a estruturação em torno do conceito de Complexo Industrial de Saúde expressa avanço na medida em que ataca um importante condicionante da assistência à Saúde. Entretanto traz consigo os riscos e dilemas históricos da política industrial.

Palavras-chave: Política industrial. Complexo Industrial da Saúde. Política Nacional de Saúde. Universalização. PPA-2008-2011. Profarma.

GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. S.; MALDONADO, J. O complexo econômico-industrial da saúde e a dimensão social e econômica do desenvolvimento. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, supl. 1, dez. 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/2012nahead/ao4188.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2013.

Resumo: O papel estratégico da Saúde na agenda de desenvolvimento nacional tem sido crescentemente reconhecido e institucionalizado. Além de sua importância como elemento

[4] GADELHA, C. A. G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003.

estruturante do Estado de Bem-Estar Social, a Saúde é protagonista na geração de inovação – elemento essencial para a competitividade na sociedade do conhecimento. Contudo a base produtiva da Saúde ainda é frágil, o que prejudica tanto a prestação universal de serviços em Saúde quanto uma inserção competitiva nacional em ambiente globalizado. Essa situação sugere a necessidade de uma análise mais sistemática das complexas relações entre os interesses produtivos, tecnológicos e sociais no âmbito da Saúde. Consequentemente, é necessário aprofundar o conhecimento sobre o Complexo Econômico-Industrial da Saúde (Ceis) devido ao seu potencial de contribuir para um modelo de desenvolvimento socialmente inclusivo. Isso significa reverter a hierarquia entre os interesses econômicos e os sociais no campo sanitário e, assim, minimizar a vulnerabilidade da política de Saúde brasileira.

Palavras-chave: Desenvolvimento Tecnológico – Políticas. Setor de Assistência à Saúde – Economia. Gestão de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Políticas e Cooperação em Ciência, Tecnologia e Inovação.

GADELHA, C. A. G. et al. **A dinâmica do sistema produtivo da saúde**: inovação e complexo econômico-industrial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. 221 p. ISBN 978-85-7541-418-7.

Resumo: Para que, no futuro desejado, conforme-se no Brasil um sistema de saúde universal, integral e equânime, o Estado deve ter um papel decisivo na articulação das duas dimensões da Saúde: a social e a econômica. É o que defendem os autores deste livro. Um Complexo Econômico-Industrial da Saúde (Ceis) frágil não atende às exigências de elevação da competitividade brasileira no cenário internacional. Mas não é só isso: essa fragilidade afeta sobremaneira a capacidade de resposta às necessidades sanitárias da população. "Gostaríamos que esta publicação se configurasse, sobretudo, como um convite para o debate e para o fortalecimento deste campo científico, com um padrão de desenvolvimento que articule, ao mesmo tempo, o dinamismo econômico com os direitos sociais e a conformação de um Estado de bem-estar no Brasil", diz o secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, Carlos Gadelha, coordenador do livro. A publicação apresenta a dinâmica dos investimentos no complexo produtivo da Saúde, no mundo e no Brasil, analisando seus diferentes subsistemas: de base química e biotecnológica; de base mecânica, eletrônica e de materiais; e de serviços de Saúde. Ao final, traz uma síntese analítica e discute políticas para o desenvolvimento do Ceis.

Palavras-chave: Economia da Saúde. Saúde pública. Assistência sanitária.

GADELHA, C. A. G. et al. A relação entre saúde e desenvolvimento: um novo olhar para as políticas públicas. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA POLITICA, 17.,Rio de Janeiro. [**Anais...**]. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Economia Política (SEP): Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IE/UFRJ), 2012. Disponível em: <www.sep.org.br/artigos/download?id=1926&title=A%20rela%C3%A7%C3%A3o%20entre%20sa%C3%BAde%20e%20desenvolvimento:%20um%20novo%20olhar%20para%20as%20pol%C3%ADticas%20p%C3%BAblicas>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: A sustentabilidade estrutural do sistema de Saúde brasileiro remete à necessidade de avaliar o padrão de desenvolvimento do País em função da maneira como este se repro-

duz no âmbito sanitário. Este fato decorre tanto da dimensão social da Saúde, direito garantido na Constituição Federal e elemento estruturante do Estado de Bem-Estar, como também de sua dimensão econômica, dado que a sua base produtiva responde por parcela importante do Produto Interno Bruto (PIB), da geração de empregos, assim como mobiliza parcela significativa do investimento em P&D. A partir desta constatação, o objetivo deste estudo é identificar e analisar a relação entre os campos da saúde e do desenvolvimento no Brasil, assim como as dinâmicas que reforçam e limitam a política sanitária no País. Para tal objetivo, será usada a abordagem da economia política da Saúde, incluindo elementos fundamentais nesta relação como a organização do Estado, a questão territorial e as especificidades de políticas de Saúde. Assim, com o intuito de detalhar a articulação entre saúde e desenvolvimento, além da introdução, é apresentada a abordagem teórica utilizada para a análise da relação em questão, assim como os conceitos adotados para ambas variáveis. Na sequência, apontam-se exemplos concretos da institucionalização desta relação e são identificados os principais desafios desta agenda. Este texto finaliza com propostas de investigações voltadas para o estabelecimento de uma relação virtuosa entre saúde e desenvolvimento.

Palavras-chave: Sistema de Saúde – Brasil. Economia da Saúde. Políticas da Saúde – Brasil.

GALLO, Edmundo et al. Saúde e economia verde: desafios para o desenvolvimento sustentável e erradicação da pobreza. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 1457-1468, 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v17n6/v17n6a10.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: Em um cenário onde os serviços ecossistêmicos vão sendo esquecidos e há graves iniquidades sociais, é necessário um novo modelo de crescimento capaz de promover o desenvolvimento social com a redução da pegada ecológica. A "economia verde" é um dos modelos propostos. Este trabalho analisa os impactos ambientais, sociais e individuais da "economia marrom" na saúde humana e aborda as contribuições da "economia verde" para a promoção da equidade e saúde. Assume que o desenvolvimento econômico e a sustentabilidade ambiental não são incompatíveis e contribuem para o combate à pobreza. A transição para uma economia sustentável depende de decisões políticas e vai além do desenvolvimento de tecnologias, devendo implantar um novo modo de produção, consumo e organização social que promova a justiça socioambiental, incentivando a participação social e as formas democráticas de governança para definir uma agenda concreta de implementação de objetivos para o desenvolvimento sustentável e de mecanismos capazes de realizá-los em todos os níveis.

Palavras-chave: Complexo produtivo da Saúde. Desenvolvimento sustentável. Capitalismo. Economia marrom. Rio+20. Justiça socioambiental.

MOTA, Fábio Batista; CASSIOLATO, José Eduardo; GADELHA, Carlos Augusto Grabois. Articulação da indústria farmacêutica brasileira com o exterior: há evidências de especialização regressiva?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 527-536, mar. 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v28n3/13.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2013.

Resumo: Em caráter exploratório, investiga se há indícios de especialização regressiva no padrão de comércio exterior da indústria farmacêutica brasileira, a partir da liberalização

comercial dos anos 1990. Para tanto, realiza uma análise estatística descritiva valendo-se de dados de comércio exterior de produtos farmacêuticos e químicos orgânicos, disponíveis no sistema ALICEweb, do Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior, abrangendo os períodos 1989 – 1995 e 1996 – 2008. Os resultados, sobretudo a evolução do padrão de comércio com países desenvolvidos, sugerem indícios de especialização regressiva.

Palavras-chave: Indústria farmacêutica. Comercialização de medicamentos. Comércio.

HARRIS, Matthew. Pagamento para desempenho no Programa Saúde da Família: lições do *Quality and Outcomes Framework* da Inglaterra. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 577-582, 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v46n3/3640.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2013.

Resumo: Esquemas de pagamento para desempenho recompensam o médico baseado na qualidade e no resultado do tratamento dos seus pacientes. O Ministério da Saúde brasileiro analisa seu uso em hospitais públicos e alguns municípios estão desenvolvendo estratégias de pagamento por desempenho para o Programa de Saúde da Família (PSF). No artigo, discute-se o *Quality and Outcomes Framework* – esquema de pagamento para desempenho usado no Reino Unido desde 2004, bem como sua experiência para elaborar algumas lições importantes que os municípios brasileiros devem considerar antes de empreender o esquema de pagamento por desempenho na atenção primária.

Palavras-chave: Descritores: Médicos de Atenção Primária. Programa Saúde da Família. Motivação. Recompensa. Garantia da qualidade dos cuidados de saúde.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **SUS**: o desafio de ser único. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. 180 p. ISBN 978-85-7541-383-8.

Resumo: Ao investigar nosso sistema de Saúde – o público e o privado –, este livro propõe alternativa para fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS) e fustigar o poder econômico do capital financeiro e dos oligopólios. Afinal, segundo Ocké-Reis, esse sistema paralelo reproduz desigualdades sociais, favorece o crescimento do mercado e inviabiliza os preceitos constitucionais da Saúde. Enquanto o SUS atravessa uma crise crônica de financiamento, a consolidação dos planos acaba concentrando renda e subtraindo recursos do setor público de Saúde. De acordo com o autor, o setor privado mais prejudica do que colabora com o setor público, porque o aumento do gasto privado e o fortalecimento do poder econômico corroem a sustentabilidade do financiamento público na arena política, levando a um círculo vicioso, caracterizado por uma queda relativa do investimento na saúde pública. Ocké-Reis, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), defende uma regulação substantiva do mercado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que não pode ter sua atuação ameaçada pela concentração, centralização e internacionalização das operadoras líderes. A ANS deve organizar o mercado na perspectiva do interesse público, impedindo que a assistência à Saúde seja convertida em um bem de consumo como outro qualquer.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS).

PINHEIRO FILHO, Francisco Percival; SARTI, Flávia Mori. Falhas de mercado e redes em políticas públicas: desafios e possibilidades ao Sistema Único de Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2981-2990, 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a14.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: Os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) impõem uma estrutura de assistência baseada em redes de políticas públicas que, combinada ao modelo de financiamento adotado, conduz a falhas de mercado. Isso impõe barreiras à gestão do sistema público de Saúde e à concretização dos objetivos do SUS. As características institucionais e a heterogeneidade dos atores, aliadas à existência de diferentes redes de atenção à saúde, geram complexidade analítica no estudo da dinâmica global da rede do SUS. Há limitações ao emprego de métodos quantitativos baseados em análise estática com dados retrospectivos do sistema público de Saúde. Assim, propõe-se a abordagem do SUS como sistema complexo, a partir da utilização de metodologia quantitativa inovadora baseada em simulação computacional. O presente artigo buscou analisar desafios e potencialidades na utilização de modelagem com autômatos celulares combinada com modelagem apoiada em agentes para simulação da evolução da rede de serviços do SUS. Tal abordagem deve permitir melhor compreensão da organização, heterogeneidade e dinâmica estrutural da rede de serviços do SUS e possibilitar minimização dos efeitos das falhas de mercado no sistema de Saúde brasileiro.

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Falhas de mercado. Sistema Único de Saúde (SUS). Redes de políticas públicas. Sistema complexo. Modelagem baseada em agentes.

RIGOTTO, Raquel Maria et al. O verde da economia no campo: desafios à pesquisa e às políticas públicas para a promoção da saúde no avanço da modernização agrícola. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 1533-1542, 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v17n6/v17n6a17.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: Neste ensaio, é feita a pergunta de quem deve, pode e quer promover a saúde no campo hoje. Foi eleito, prioritariamente, o campo da ciência e o das políticas públicas como foco de diálogo. Configurou-se oito lições aprendidas sob a perspectiva dos direitos à saúde a um ambiente saudável, aqui compartilhadas: (1) para além de um risco químico isolado, a relação entre agrotóxicos e saúde deve ser estudada no contexto da modernização agrícola conservadora; (2) é necessário e urgente que se proceda ao desvelamento dos agravos à saúde relacionados aos agrotóxicos; (3) o Estado tem tido significativa eficácia no apoio ao agronegócio e significativa ineficácia nas políticas sociais de garantia de direitos dos trabalhadores e da população; (4) setores da sociedade ligados às organizações do campo vêm desempenhando importante papel na política pública de combate aos agrotóxicos e de proteção da saúde; (5) é importante que os estudos contribuam para a desconstrução dos mitos que sustentam o modelo da Revolução Verde; (6) se está diante do desafio de contribuir na construção de um paradigma emergente de ciência, fundado no compromisso ético-político com os mais vulneráveis; (7) comunidades camponesas vêm construindo alternativas agroecológicas de vida no semiárido.

Palavras-chave: Modernização agrícola. Políticas públicas e sociedade. Pesquisa. Promoção da saúde. Saúde-trabalho-ambiente.

RODRIGUES, Camila Lins. **Políticas de saúde, desenvolvimento tecnológico e medicamentos**: lições do caso brasileiro. 2012. Dissertação (Mestrado) – UNICAMP, Campinas, 2012.

Resumo: As nações desenvolvidas conseguiram consolidar tanto a construção de Sistemas de Proteção Social, quanto a construção de Sistemas de Inovação. Por um lado, políticas sociais em áreas fundamentais e estratégicas como Saúde, Educação e Previdência ganharam espaço privilegiado em suas agendas de governo. Por outro lado, esses países realizaram processos bem-sucedidos de *catching up*, consolidando suas bases industriais e se tornando líderes mundiais na produção de ciência e tecnologia. Outra realidade, no entanto, vivem os países periféricos. Ao mesmo tempo em que ainda caminham no sentido de construir um Sistema de Proteção Social, com a persistência de problemas sociais graves, esses países também apresentam dependência econômica e atraso tecnológico em relação aos países centrais. No caso específico do Brasil, o setor Saúde, representado pelo seu complexo industrial, pode ser um importante componente estratégico para o desenvolvimento simultâneo do Sistema de Proteção Social e do Sistema de Inovação, condição necessária para que o País abandone sua condição periférica.

Essa dissertação busca, a partir de um recorte analítico do conceito de complexo industrial da saúde, elucidar o papel específico que a indústria farmacêutica e o governo (por meio da construção de uma Política Nacional de Medicamentos) possuem no processo de desenvolvimento do sistema de Saúde brasileiro e na dinâmica local de inovação. Procura-se compreender como escolhas do passado inviabilizaram a construção de uma Política Nacional de Medicamentos efetiva, e como a ocorrência de eventos recentes – a exemplo da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) – e as transformações da indústria farmacêutica internacional podem contribuir para uma mudança positiva de cenário.

Palavras-chave: Política de Saúde. Medicamento. Inovação.

SCHUTZ, Gabriel Eduardo et al. A agenda da sustentabilidade global e sua pauta oficial: uma análise crítica na perspectiva da Saúde Coletiva. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 1407-1418, 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v17n6/v17n6a05.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: Realiza, na perspectiva da Saúde Coletiva, uma análise crítica do primeiro ponto da pauta da Rio+20: Uma economia verde no contexto do desenvolvimento sustentável e da erradicação da pobreza. Metodologicamente, a análise desenvolve-se por meio de dois caminhos confluentes: (a) argumentativo – por intermáedio de uma análise dialética de fatos e relatórios produzidos ao longo do processo; e (b) pragmático – a partir de um perfil socioambiental das atuais 20 maiores economias do mundo, construído com indicadores pertencentes a bases de dados de agências internacionais. Os resultados sugerem que a maior pressão ambiental sobre os recursos naturais não é a pobreza, como entendida pela agenda dominante, mas as condições de produção historicamente determinadas.

Palavras-chave: Desenvolvimento sustentável. Produção. Ambiente. Saúde coletiva.

SOARES, Mônica da Luz Carvalho et. al. **Eficiência regulatória**: análise de sobrevivência

aplicada a trajetória de registro de medicamentos genéricos. Brasília: IPEA, set. 2012. (Texto para discussão, n. 1.774). ISSN 1415-4765. Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=16368>. Acesso em: 29 jan. 2013.

Resumo: Ao longo dos últimos anos, um novo e desafiante cenário no registro de medicamentos genéricos vem sendo gradativamente incorporado na rotina de análise dos dossiês de registro apresentados à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) pela indústria farmacêutica, no Brasil. Calcula os prazos para obtenção de registro de medicamentos genéricos e os principais pontos envolvidos no ganho ou na perda de eficiência neste processo. Apresenta os conceitos atuais incorporados na regulação dos medicamentos genéricos, tais como genéricos inéditos, medicamentos priorizados e medicamentos clones. A amostra foi composta por 323 medicamentos genéricos registrados em 2010. Para análise dos dados, estima um modelo de sobrevivência que contemplou os parâmetros envolvidos na trajetória de registro de um medicamento genérico. Descreve que, como principais resultados, foram encontrados períodos para obtenção de registro na Anvisa de até 626 dias para medicamentos não priorizados e 429 dias para medicamentos com análise priorizada – que, porém, diminuíram para 323 dias com os procedimentos de análise *in loco* (auditorias de registro), e aumentaram para 1.018 dias com arquivamentos temporários solicitados pelas indústrias farmacêuticas. Um dado inesperado foi a quantidade de processos arquivados/encerrados pelas empresas farmacêuticas (26% do total de processos auditados) após as auditorias de registro. Conclui que os resultados encontrados apontam para mudanças racionais nos procedimentos de registro de medicamentos genéricos no Brasil com foco nas auditorias de registro e na qualidade dos dossiês de registro apresentados pela indústria farmacêutica.

Palavras-chave: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Indústria farmacêutica.

Área temática 3

Financiamento e Gastos em Saúde

Financiamento e Gastos em Saúde 2004

BARROS, Elizabeth. As idas e vindas do financiamento da política de saúde. In: ROCHA, Denise; BERNARDO, Maristela Veloso Campos (Org.). **A era FHC e o Governo Lula:** transição? Brasília: INESC, 2004. 488 p. Disponível em: <http://www.inesc.org.br/biblioteca/textos/livros/a-era-fhc-e-o-governo-lula>. Acesso em: 05 jan. 2013.

Resumo: Analisa o financiamento da política de Saúde no Governo FHC. Discute as fontes de financiamento do Ministério da Saúde, a composição do gasto federal com Saúde e a composição do gasto com a assistência à Saúde (atenção básica, assistência a serviços de média e alta complexidade e investimentos) e em programas selecionados (controle de doenças transmissíveis, saúde indígena, assistência farmacêutica, entre outros).

Palavras-chave: Economia da Saúde. Financiamento da Saúde–Brasil. Brasil–Política e governo. Políticas públicas–Brasil. Brasil–Condições socioeconômicas.

JORGE, Maria Helena Prado de Mello; KOIZUMI, Maria Sumie. Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: análise no Estado de São Paulo, 2000. **Rev. Bras. Epidemiol.,** São Paulo, v. 7, n. 2, p. 228-238, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v7n2/19.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2013.

Resumo: No Brasil, vem ocorrendo importante crescimento das causas externas, afetando a morbimortalidade da sua população. Essas causas impõem ônus econômicos e sociais elevados, incluindo gastos hospitalares. Resultados e conclusões: comparando causas naturais (excluídas gravidez, parto e puerpério) e causas externas, as últimas representaram menos de 10% do total de internações, tiveram permanência menor e gastaram cerca de 10% do valor total pago para todas as internações. Embora a permanência seja menor, os gastos do Sistema Único de Saúde (SUS), medidos pelo custo-dia e gasto médio, foram superiores aos das internações por causas naturais. As causas mais frequentes de internação foram quedas e acidentes de transporte e apresentaram custo-dia e gasto médio superior às médias obtidas. Segundo o desfecho, os que vieram a falecer durante a internação tiveram gastos triplicados se comparados aos que receberam alta hospitalar.

Palavras-chave: Saúde–Custos de internação. Ferimentos e lesões. Epidemiologia. Morbidade. Mortalidade.

Financiamento e Gastos em Saúde 2005

ARAÚJO, Érika Amorim. **Análise das contribuições sociais no Brasil.** Brasília: CEPAL, Escritório no Brasil, out. 2005. 101 p. (LC/BRS/R.158).

Resumo: A crescente participação das contribuições sociais na arrecadação tributária nacional, embora tenha como justificativa o financiamento de programas cujo alcance e cobertura foram ampliados pela CF/88, está intimamente vinculada ao duro pacote de ajuste fiscal ao qual todo o setor público foi submetido a partir de 1999. Por meio de medidas de desvinculação tributária uma parte da receita dessas contribuições, notadamente aquelas de caráter geral que se assemelham aos impostos são desviadas de sua finalidade e, com isso, passam a auxiliar na obtenção de metas cada vez mais elevadas de poupança fiscal. Em princípio, parece paradoxal que o governo federal, diante da necessidade de recursos fiscais para ajustar suas receitas às despesas, tenha interesse em arrecadar contribuições sociais em vez de impostos. Uma vez que as contribuições, por definição, devem estar atreladas a uma finalidade específica, por que privilegiar sua arrecadação se para utilizá-las como recursos gerais será necessário encontrar algum mecanismo de desvinculação? Sendo assim, não seria mais fácil buscar o ajuste das contas públicas por intermédio dos impostos? Questões desta natureza não têm sido aprofundadas na agenda nacional de debates. Ao contrário, o que se observa é que o desvio de finalidade das contribuições sociais tem sido um procedimento amplamente defendido e utilizado pelo governo federal. Sem maiores constrangimentos, esta esfera de governo tem utilizado cada vez mais contribuições sociais como forma disfarçada de cobrar imposto. A prova disso é a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) e os mecanismos de desvinculação tributária que, há mais de dez anos, têm sido provisoriamente prorrogados. Analisar o papel das contribuições sociais no ajuste fiscal bem como os fatores que, ao mesmo tempo, permitiram e induziram o desvio de finalidade é de fundamental importância em um contexto onde se defende o aumento da desvinculação como instrumento de redução do endividamento público. Este é o objetivo deste trabalho.

Palavras-chave: Seguridade social. Financiamento da Previdência Social.

CAMPELLI, Magali Geovana Ramlow. **O financiamento do Sistema Único de Saúde e o cumprimento da emenda constitucional nº 29.** 2005. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

Resumo: Estuda as fontes de financiamento a partir da promulgação da Constituição Federal em 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde no Brasil, bem como, os impactos advindos com a Emenda Constitucional n° 29 editada em 2000, e, em particular, no Estado de Santa Catarina. Trata-se de um estudo descritivo exploratório, baseado em pesquisa documental especializada no campo de financiamento público para elaboração e controle dos orçamentos dos estados, sobretudo, na área da Saúde. Utilizam-se dados dos orçamentos públicos constantes no Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde

(Siops). Demonstra como o setor Saúde mantém-se ao longo desses anos com o novo modelo implantado pela constituição. Apesar das crises e dos avanços, o SUS vem delineando novas formas de gerenciamento dos três entes federativos. O Estudo da Emenda Constitucional n° 29, realizado no período de 2000 a 2003 com a utilização dos dados disponíveis no Siops, mostra que a União deve ainda recompor os passivos não aplicados nos anos anteriores. Nos estados, a maioria ainda não vem cumprindo o mínimo exigido dos municípios, a emenda não provocou impacto, tendo em vista que esses, no ano de 2000, já aplicavam percentuais superiores a 7% conforme determinado na regra de transição de 2000 a 2004. Em Santa Catarina é analisada a participação do estado na aplicação da Emenda Constitucional n° 29 com enfoque na alocação dos recursos nos principais programas do governo na área da Saúde. Constata que o estado cumpriu EC n° 29 nos anos de 2000 e 2003 e a alocação dos recursos por programas foi prioritariamente voltada para o programa 111, Gestão Administrativa, seguida do Programa 355, Gestão das Ações de Saúde.

Palavras-chave: Engenharia de produção. Gestão de projetos. *Balanced scorecard*. Convênios. Setor público.

COELHO, Vera M. Câmara; SOUSA, Fernando J. Pires de. **Financiamento da saúde no Estado do Ceará:** receitas e despesas em face da evolução econômica e institucional. Fortaleza: SESA Ceará, 2005. 84p.

Resumo: As décadas de 1980 e 1990 são reconhecidamente importantes pelas profundas transformações verificadas em diferentes dimensões: política, econômica, demográfico-social e institucional que caracterizaram o âmbito nacional e o subnacional com profundas repercussões no financiamento das políticas sociais, em especial da saúde. O Ceará foi um dos estados em que, marcadamente, as transformações ocorridas foram devidas, sobretudo, a uma mudança de hegemonia político-administrativa, com o advento do denominado "Governo das Mudanças", a partir de 1987. A implementação de ajustes fiscal e financeiro e a reorganização administrativa foram os pontos fortes das reformas, consideradas "modelos" por outros estados. Com isso, procurava-se definir um novo paradigma de regulação e de gestão pública, fundado em uma lógica de gerenciamento empresarial, com vistas a empreender uma nova dinâmica na economia local. No campo da Saúde, unificaram-se órgãos e modernizaram-se métodos, instrumentos de trabalho e a estrutura de gastos, avançando na terceirização de pessoal de atividades fins. O artigo analisa as receitas e despesas, o financiamento do setor Saúde no Ceará, nas décadas de 80 e 90, por meio da evolução, segundo o comportamento da economia e diante das transformações institucionais e políticas verificadas no referido período. O estudo conclui que os "Governos das Mudanças" reduziram o tamanho do Estado, bem como modernizaram e racionalizaram o aparato burocrático. As privatizações e a terceirização de serviços foram implementadas e os controles administrativo-financeiros intensificados com vistas a liberar recursos para investimentos em infraestrutura econômica e para honrar a dívida pública. Os impactos negativos das referidas medidas no setor Saúde no estado foram, em parte, neutralizados pelas políticas nacionais de Saúde e pelo aumento das transferências de recursos federais para o setor.

Palavras-chave: Economia da Saúde. Financiamento da Saúde – Ceará (CE) – Brasil.

MENDES, Aquilas Nogueira. **Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS):** a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no Estado de São Paulo (1995-2001). 2005. Tese (Doutorado) – Universidade de Campinas (UNICAMP), Campinas (SP), 2005.

Resumo: Analisa o processo de descentralização da Saúde em que os municípios foram levados à condição de gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), executando todas as ações e os serviços de saúde em seu território. Esse tipo de modalidade de gestão foi definido pelo SUS como gestão municipal semiplena e plena do sistema municipal. Avalia esse tipo de gestão do SUS no Estado de São Paulo, entre 1995 e 2001, com o objetivo de verificar se ocorreu melhoria da capacidade de gasto e maior eficiência, eficácia e gestão dos recursos financeiros para o adensamento do sistema municipal de saúde. Com a finalidade de aprofundar o estudo da avaliação da eficiência, eficácia e gestão dos recursos locais, analisa, de forma geral, a problemática trajetória do financiamento do SUS, a partir da Constituição de 1988 até os primeiros anos de 2000, e o quadro de referência da gestão municipal descentralizada no Estado de São Paulo. De maneira específica, trata do comportamento da gestão orçamentário-financeira na prática da gestão de um dos 11 municípios selecionados: o Município de Assis. Parte da premissa de que, para medir a eficiência e a eficácia dos recursos locais, é fundamental acompanhar de perto desde o planejamento da política local, seu orçamento e execução, até seu controle e sua avaliação. Para a avaliação desses 11 municípios, utiliza indicadores associados à eficiência técnica e social e dois índices, criados especificamente para este trabalho: o Índice de Eficiência Técnica em Saúde (Iets) e o Índice de Eficiência Social. Por fim, concentra-se na análise do Município de Assis, abrangendo o estudo sobre a gestão orçamentário-financeira, de materiais e de recursos humanos do SUS local.

Palavras-chave: Economia da Saúde. Saúde – Financiamento. Política de Saúde – São Paulo (Estado). Saúde pública – São Paulo (Estado).

SANTOS, Helena Alves dos. **Financiamento e gastos na saúde no município de Joinville-SC de 1999 a 2003:** um estudo de caso. 2005. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

Resumo: A questão do financiamento público de Saúde brasileiro é um dos pontos mais complexos desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e que requer uma ampla discussão entre todos os envolvidos a fim de se disponibilizar mais recursos para a saúde e também, para se propiciar uma melhor eficiência dos gastos. A descentralização das ações e das responsabilidades requer que todas as esferas de governo tenham participação efetiva na administração dos recursos financeiros e controle das despesas com saúde. O nosso País busca reformas nas áreas administrativa, previdenciária e tributária para que possa haver melhor remanejamento do orçamento da União para os diversos setores, principalmente na questão da seguridade social onde a saúde encontra-se inserida. Neste trabalho, buscou-se analisar os repasses financeiros recebidos pelo município de Joinville (SC) tanto das esferas federais, estaduais e municipais e o destino que estes recursos tiveram dentro da média e alta complexidade e atenção básica no período de 1999 a 2003. Constatou-se que os recursos aumentaram ano a ano havendo uma inversão do modelo de atenção que antes,

privilegiava a média e alta complexidade e que agora vem sendo incentivado maiores ações dentro da atenção básica por meio, principalmente, dos incentivos financeiros como o Programa Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários (Pacs). Nas entrevistas percebeu-se que além da ideia que os recursos financeiros são insuficientes, também existe a noção que a má administração é responsável pelo mau uso dos recursos. Capacitações para os conselheiros municipais, que integram os conselhos municipais de Saúde e que são responsáveis pela aprovação dos planos de saúde, também seria uma forma de propiciar melhor controle do sistema público de Saúde.

Palavras-chave: Finaciamento e gastos na saúde – Joinville (SC). Saúde Pública – Joinville (SC). Sistema Único da Saúde (SUS) – Joinville (SC). Programa Saúde da Família (PSF). Programa de Agentes Comunitários (Pacs). Conselhos municipais de Saúde.

Financiamento e Gastos em Saúde 2006

ALMEIDA, Alexandre Nunes de; FREITAS, Rogério Edivaldo. **Renda e despesa familiar no brasil segundo a Pesquisa de Orçamentos Familiares (Pof) 2002-2003**. Brasília: IPEA, nov. 2006. (Texto para Discussão, n. 1.235). Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4384>. Acesso em: 29 jan. 2013.

Resumo: Retrata o perfil socioeconômico das famílias e de suas condições de vida a partir da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), executada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no biênio 2002–2003. Em segundo plano, a partir do modelo logit, investiga a probabilidade de dispêndio com alguns agregados de consumo por duas distintas tipologias familiares, uma com família chefiada por idosos e outra com famílias sem idosos. Pelos resultados da análise descritiva da renda e do dispêndio, observa que existem, por exemplo, substanciais desigualdades, em termos *per capita*, no padrão de vida não somente entre as regiões consideradas mais ricas (Sudeste e Sul) em face das mais pobres (Nordeste e Norte), mas também entre as classes de renda. Observa também, pela análise econométrica, que os comportamentos de consumo das duas tipologias adotadas são bastante diferenciados, dado o controle das características regionais, econômicas e demográficas, principalmente para itens referentes aos serviços de Saúde, aos produtos farmacêuticos e aos transportes. Com isso, acredita que o presente trabalho possa fornecer subsídios não somente para empresas montarem suas estratégias de *marketing* e sistemas de produção, mas também para que governos elaborem suas políticas públicas de serviços de Saúde, alimentos ou mesmo habitacionais, levando em consideração as características do custo de vida de cada região do País, bem como os perfis de diferentes núcleos familiares distribuídos pelo território nacional.

Palavras-chave: Gasto total na Saúde *per capita*. Gastos em Saúde. Renda familiar. Equidade em saúde e social.

ANDRADE, Mônica Viegas; NORONHA, Kenia Valeria Micaela de Souza; OLIVEIRA, Thiago Barros de. Determinantes dos gastos das famílias com saúde no Brasil. **Revista Economia**, Brasília, v. 7, n. 3, set/dez de 2006. Disponível em: <www.anpec.org.br/revista/vol7/vol7n3p485_508.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2013.

Resumo: Analisa a estrutura e os componentes dos gastos pessoais privados com saúde realizados pelas famílias no Brasil. A realização desse estudo justifica-se tanto pela importância da componente privada nos gastos totais com a saúde, bem como do efeito desses gastos sobre o estado de saúde individual. Nesse sentido, a oferta de serviços de Saúde e o próprio nível de saúde da população aparecem como preocupações cada vez mais crescentes entre os formuladores de políticas públicas. Os resultados obtidos neste trabalho evidenciaram a presença de desigualdades sociais na utilização dos serviços de atenção primária e secundária, na medida em que a probabilidade de gastar e o valor desse dispêndio mostraram-se

sensíveis à renda e à escolaridade do chefe de família. Para os serviços hospitalares, observamos menor sensibilidade dos gastos às medidas socioeconômicas.

Palavras-chave: Gastos com Saúde. Gastos *per capita*. Setor privado de Saúde.

CASTRO, Jorge Abrahão de; CARDOSO JR., José Celso. **Dimensionamento e análise das finanças sociais do Governo Federal**: 1995 a 2002. Brasília: IPEA, set. 2006. (Texto para Discussão, n. 1.213). Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4792>. Acesso em: 29 jan. 2013.

Resumo: Reflete acerca das finanças sociais do governo federal no período de 1995 a 2002. Para tanto, em primeiro lugar define, dimensiona e analisa o Gasto Social Federal (GSF). Com relação a este item, observou-se, por um lado, uma expansão contínua do GSF entre 1995 e 1998, em ritmo mais acelerado que o crescimento econômico e populacional. Por outro lado, entre 1999 e 2002, com o advento da crise econômica, promoveu-se um profundo ajuste fiscal com cortes nos gastos sociais se concentrando, sobretudo, sobre aquelas políticas e programas que não tinham proteção jurídica contra iniciativas da área econômica do governo. Em segundo lugar, o estudo também define, dimensiona e analisa o comportamento relativo ao financiamento social federal de acordo com o conceito aqui criado de Carga Tributária Social Federal. Em relação a este ponto, observa-se que, embora o aumento da carga tributária federal tenha sido proveniente, em larga medida, do aumento da carga tributária de vinculação social, os gastos sociais não aumentaram na mesma magnitude devido à desvinculação de parte destes recursos para livre uso pela União.

Palavras-chave: Macroeconomia. Economia da Saúde. Gastos em Saúde. Gasto total na saúde *per capita*. Equidade em saúde e social. Dotação de recursos para cuidados de saúde.

LIMA, Claudia Risso de Araujo; CARVALHO, Marilia Sá; SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade. Financiamento público em saúde e confiabilidade dos bancos de dados nacionais. Um estudo dos anos de 2001 e 2002. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1855-1864, 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v22n9/09.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2013.

Resumo: Criado em 1999, o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) coleta informações sobre receita e despesa com saúde das três esferas de governo. A inexistência de outros bancos de dados de abrangência nacional com informações detalhadas sobre gastos municipais faz com que seja a principal fonte de dados para estudos ou estimativas desta natureza. Este trabalho compara os valores de receita declarados pelos municípios ao Siops com os registros do Fundo Nacional de Saúde, no intuito de verificar a confiabilidade dos dois bancos de dados e identificar as variáveis com maior discrepância. Compara também os dados de despesa municipal com os registros da Secretaria do Tesouro Nacional. Foi obtido o Coeficiente de Correlação Intraclasses (CCIC) e, em complemento, analisou-se o gráfico de dispersão entre a média dos valores dos dois bancos de dados e a diferença entre estes. Os dados para o ano de 2002 apresentam melhor qualidade. A constatação de que o Siops fornece dados confiáveis deve servir de estímulo para que novos estudos considerem a vertente financiamento nas análises de situação de saúde.

Palavras-chave: Financiamento da Saúde. Sistemas de informação. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops).

LIMA, Luciana Dias de. **Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde**: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais. 2006. Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), 2006.

Resumo: Aborda as relações entre o federalismo fiscal e o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no período de 1990 a 2002. Parte do pressuposto que decisões críticas dos atores federativos subnacionais estão submetidas aos critérios e condicionantes que regem a distribuição, apropriação e uso de recursos setoriais e de receitas próprias vinculadas à Saúde pelos dispositivos da Emenda Constitucional n° 29, de 2000. Na pesquisa, os resultados das regras que definem o financiamento descentralizado do SUS são analisados, comparando-se e correlacionando-se os valores das receitas públicas informadas pelos municípios e estados por meio do Sistema de Informações de Orçamentos Públicos em Saúde no ano 2002. Verifica que os municípios do Norte, Nordeste e aqueles com população de 20 mil a 100 mil habitantes, se comparados a outros grupos: 1) possuem menores chances de ampliação de recursos próprios para a Saúde como efeito da vinculação estabelecida pela emenda constitucional, já que a disponibilidade dessas fontes é relativamente mais baixa; 2) precisam empreender maior esforço fiscal e comprometer uma parcela mais elevada de seus orçamentos para garantirem a adequação dos recursos às suas necessidades de gasto em Saúde; e 3) são os que mais dependem das transferências federais da Saúde para ampliar suas receitas destinadas ao SUS e, por isso, estão mais sujeitos aos mecanismos de indução e controle do Ministério da Saúde. No âmbito estadual, percebem-se importantes diferenças entre as regiões, sendo particularmente crítica a situação financeira dos estados do Nordeste. A Saúde é sustentada por uma grande variedade de recursos próprios e setoriais que remetem a uma teia de relações e interdependência fiscal e orçamentária envolvendo os três níveis de governo. Entretanto os entraves para a redistribuição fiscal e para a expansão efetiva dessas receitas permanecem no início dos anos 2000. No balanço orçamentário final das esferas subnacionais, verifica-se que as diferenças nas receitas totais vinculadas à Saúde são expressivas entre os municípios agrupados por região, estados, porte populacional e capitais, entre os estados e o Distrito Federal. Os achados indicam os problemas do sistema tributário brasileiro, incapaz de compensar desequilíbrios fiscais e orçamentários mais permanentes e estruturais dos diferentes níveis de governo. Também sugerem efeitos contraditórios de um financiamento público da Saúde que reagiu e se institucionalizou em uma federação marcada por profundas desigualdades e em uma conjuntura política e econômica adversa à expansão do papel do Estado.

Palavras-chave: Federalismo. Descentralização da política de Saúde. Financiamento do Sistema Único de Saúde. Gestão em Saúde.

MASCARENHAS, Rodolfo dos Santos. Financiamento dos serviços de saúde pública. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n.4, p. 559-572, 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/01.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2013.

Resumo: Dados estatísticos nacionais mostram que, no Brasil, os estados, de um modo geral, têm, em seus respectivos territórios, arrecadação de impostos mais elevada que a União. A arrecadação mais elevada do governo central, apresentada nas estatísticas oficiais, é motivada pelo excesso da arrecadação dos impostos federais sobre os estaduais, encontrado geralmente em cinco ou seis estados, dos quais Guanabara e São Paulo são responsáveis por 91% dessa diferença, em 1964. Não se pode modificar o atual sistema de competência em serviços de saúde pública nos três níveis – central, regional e local – sem que se modifique concomitantemente o atual sistema tributário brasileiro, no qual os governos municipais receberam, em 1962, apenas 5,6% da arrecadação geral dos impostos. Dados de 1955 mostram que o custo dos serviços de saúde pública no Brasil, englobando-se os três níveis, foram de Cr$ 123 *per capita* (US$ 1.82) e de 1962, Cr$ 827 *per capita* (US$ 2.30). Esses três níveis de governo reservaram, em 1955, 5,6% do dinheiro gasto com suas despesas globais, para as atividades de saúde pública; essa percentagem caiu para 4,5 em 1962. Em relação aos totais invertidos nas atividades estatais de saúde pública, a União gastou, em 1962, 36,4% do total das despesas estatais; os estados, 59,3%; e os municípios, apenas 5,5%. Há uma disparidade grande na distribuição de gastos com saúde pública entre os vários estados brasileiros, indo de uma percentagem mínima sobre o total geral das despesas públicas, de 1,6% para Goiás (1964), e máxima no mesmo ano, de 17,2% para o Pará. O custo *per capita* varia muito, também, de estado para estado, oscilando, em 1964, de um limite inferior de Cr$ 70 (Maranhão) a um superior de Cr$ 5.217 (Guanabara). Se estudarmos as despesas *per capita* de cada estado, com atividades de saúde pública em valores de 1964 e 1954, expressos estes em valores monetários de 1964, verifica-se que a despesa dos 20 estados caiu de 17,2%. Não se pode saber, sem planejamento adequado, se essas despesas *per capita*, com serviços estatais de saúde pública, devem ser aumentadas ou não. A comparação internacional é desaconselhada; a falta de um sistema racional de contabilidade pública tornam duvidosos, entre nós, os dados existentes.

Palavras-chave: Financiamento da Saúde. Saúde – Gastos públicos. Saúde – Financiamento *per capita*.

MATTA, Jairo Luis Jacques da. **Equilíbrio federativo e Sistema Único de Saúde**: as transferências financeiras e o SUS no jogo das relações federativas no Brasil. 2006. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de janeiro (RJ), 2006.

Resumo: Compreende o papel exercido pelas transferências de recursos intergovernamentais do Sistema Único de Saúde no contexto do federalismo fiscal brasileiro, instaurado após a Constituição Federal de 1988, bem como seu significado para a implantação de um modelo assistencial, de abrangência federativa. Seu desenvolvimento está baseado na hipótese de que o fortalecimento da esfera federal diante dos demais entes da federação favoreceu o estabelecimento de regras e condicionalidades, pelas quais as transferências intergovernamentais serviram como instrumentos importantes para a consolidação e disseminação do modelo assistencial federativo do SUS. Para examinar a validade desta hipótese, busca o entendimento do histórico do federalismo fiscal no Brasil, desde a instauração da Repúbli-

ca, até os dias atuais. Abordou-se, com maior ênfase, a transição do regime autoritário para a democracia e seu contexto de crise fiscal e federativa. Caracteriza o desenho da partilha fiscal brasileira e seus instrumentos redistributivos, destacando-se as transferências voluntárias que incluem os repasses para o Sistema Único de Saúde. O resultado da análise revela que, a partir de meados da década de 1990, a União passa a utilizar-se de mecanismos fiscais, frente à condição de fragilidade dos estados, naquele período, e robustece sua posição diante do conjunto da federação brasileira. O fortalecimento de seu papel reflete-se na política setorial da Saúde, em que as normas e mecanismos financeiros por elas instaurados servirão como elementos fundamentais na consolidação e disseminação do modelo assistencial definido, à época, para o SUS.

Palavras-chave: Federalismo. Federalismo fiscal. Financiamento da Saúde. Transferências intergovernamentais.

MENDES, Constantino Cronemberger; SOUSA, Maria da Conceição Sampaio de. **O papel da demanda na despesa pública em educação e saúde em municípios brasileiros**. Brasília: IPEA, jul. 2006. (Texto para Discussão, n. 1.197). Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4356>. Acesso em: 29 jan. 2013.

Resumo: Avalia o papel da demanda por serviços públicos locais como determinante no nível da despesa pública dos municípios brasileiros. Também analisa o papel do congestionamento e a presença de economias de escala na provisão de serviços públicos municipais. Utiliza metodologia envolvendo elementos teóricos e empíricos discutidos na literatura internacional das teorias do eleitor mediano e da despesa pública local, uma revisão das atribuições legais dos governos municipais na provisão de serviços públicos e a estimação de modelos de demanda por serviços públicos locais no Brasil. Utiliza métodos de regressões clássica, espacial e quantílica nas estimativas, do ponto de vista estático, com uso de informações do ano censitário de 2000. Os resultados sugerem que o impacto do tamanho da cidade na qualidade dos serviços apresenta efeito congestionamento entre 0 e 1 (com exceção de resultados específicos para o setor Saúde), e se mostra decrescente, considerando as várias classes de despesa analisadas. Esse resultado surpreendente sugere que o efeito congestionamento deve ser maior para as grandes cidades. No entanto avaliação mais cuidadosa mostra que as indivisibilidades limitam a provisão de certos serviços em pequenas cidades e concentram as provisões em grandes centros. Assim, as maiores despesas totais refletem não apenas um custo de congestionamento, mas também o fato de que há um conjunto maior de serviços disponível, quando comparado com as pequenas cidades. Então, no Brasil, diferentemente dos resultados tradicionais, o efeito congestionamento reduzido ao longo das classes de despesa totais pode estar refletindo elementos de escala medidos pelas elasticidades da população sobre o efeito preço.

Palavras-chave: Administração em Saúde – Abrangência geográfica. Economia da Saúde – Despesa pública.

PEREIRA, Ana Tereza da Silva et al. A sustentabilidade econômico-financeira no Proesf em municípios do Amapá, Maranhão, Pará e Tocantins. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 607-620, 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30977.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2013.

Resumo: Nos estudos de linha de base do Projeto de Expansão do Programa Saúde da Família (Proesf), trata do tema do financiamento do Programa de Saúde da Família (PSF) na ótica de sua sustentabilidade financeira. Aborda aspectos relativos à construção de medidas e indicadores de sustentabilidade a partir da experiência recente de diferenciação da política de incentivos financeiros do SUS aos municípios de mais de 100 mil habitantes no Brasil por meio do Proesf. A sugestão de inclusão destes indicadores apenas permite definir a coerência em longo prazo das ações planejadas do ponto de vista de financiamento. O tema, entretanto, não esgota a necessidade de revisão crítica dos critérios hoje utilizados pela política de incentivos do PSF e de sua diferenciação entre municípios, que não se deriva exclusivamente do porte municipal. As diferenças de situações municipais quanto à sustentabilidade, apontadas no estudo, chamam a atenção para os limites e limitações da aplicação de políticas homogêneas para situações desiguais, com consequências previsíveis sobre a manutenção e agravamento da iniquidade.

Palavras-chave: Atenção básica. Incentivos financeiros. Sustentabilidade financeira. Programa de Saúde da Família (PSF).

PIOLA, Sérgio Francisco. Comentário: financiamento dos serviços de saúde pública nos últimos 40 anos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 573-575, ago. 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/02.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2013.

Resumo: Comenta texto publicado por Rodolfo Mascarenhas sobre *Financiamento dos serviços de saúde pública*, novamente publicado nesta edição. Discute que estudos sobre o financiamento público dos serviços de Saúde são sempre importantes e atuais, entre outros, pelos seguintes motivos: (i) há um desequilíbrio permanente entre as necessidades de saúde (potencialmente ilimitadas) e as disponibilidades financeiras para atendê-las, seja do setor público ou das famílias; (ii) a forma como essas necessidades de financiamento são equacionadas pode gerar iniquidades entre regiões e grupos sociais e desvelar conflitos alocativos entre instâncias federadas e entre diferentes ações públicas.

Palavras-chave: Financiamento da Saúde. Financiamento governamental. Economia da Saúde.

PORTO, Silvia Marta. Comentário: Avanços e problemas no financiamento da saúde pública no Brasil (1967–2006). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p.576-578, ago. 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/03.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2013.

Resumo: Destaca a importância de reproduzir-se o artigo *Financiamento dos serviços de saúde pública* de autoria de Rodolfo dos Santos Mascarenhas e publicado em 1967 por esta

Revista, está dada em parte por ser um dos poucos artigos publicados antes da década de 1970, que aborda a temática do financiamento no Brasil. Nesse trabalho pioneiro, analisa detalhadamente a arrecadação de impostos no Brasil, a descentralização dos serviços de saúde pública e as despesas efetuadas para cada nível de governo. Assim, sua maior relevância está relacionada com a atualidade dos pontos tratados no artigo: a participação das três esferas de governo no financiamento da saúde pública, capacidade de autofinanciamento das esferas estaduais e municipais, descentralização e desigualdades regionais. Outro aspecto que deve ser destacado é a preocupação do autor com a superação das desigualdades e a construção de um sistema de saúde pública mais justo.

Palavras-chave: Financiamento da Saúde. Financiamento governamental. Economia da Saúde.

PORTO, Silvia Marta; SANTOS, Isabela Soares; UGA, Maria Alicia Dominguez. A utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 895-910, 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v11n4/32328.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2013.

Resumo: Analisa, a partir de microdados de 1998 e 2003 da Pnad/IBGE, a utilização de serviços de Saúde sob a perspectiva de seu financiamento ou, em outras palavras, sob o prisma do sistema de proteção à saúde pelo qual o serviço foi utilizado: se pelo Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, pelo sistema público financiado por meio de tributos; se por planos e seguros de saúde privados e financiados por prêmios pagos por beneficiários e/ou seus empregadores; ou, finalmente, se mediante a compra direta de serviços (pagamento direto no ato da utilização de serviços). Destaca entre os principais resultados da análise: 1) o SUS financia a maioria dos atendimentos e das internações realizados no País, participação que aumentou significativamente entre 1998 e 2003; 2) embora o número absoluto de atendimentos realizados pelos três sistemas de financiamento tenha aumentado, a expansão do SUS foi muito mais significativa e a ela correspondeu uma desaceleração do crescimento do gasto privado direto; 3) o SUS é o principal financiador dos dois níveis extremos de complexidade da atenção à saúde: o de atenção básica e o da alta complexidade.

Palavras-chave: Financiamento da Saúde. Utilização de serviços de Saúde.

UGA, Maria Alicia Domínguez; SANTOS, Isabela Soares. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1597-1609, 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/08.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2013.

Resumo: Analisa o grau de progressividade dos tributos que financiam o Sistema Único de Saúde (SUS). Identifica os principais tributos que financiam o SUS e, com base nos microdados da Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002–2003, infere a distribuição do ônus do pagamento dos tributos diretos e indiretos que financiam o SUS e analisa o grau de progressividade dos mesmos. Calcula, ainda, o índice de Kakwani do financiamento do SUS,

que sintetiza o grau de progressividade de um sistema tributário. Mostra, a partir dos dados obtidos, que o índice de Kakwani do financiamento público é de 0,008 e que, portanto, o financiamento do SUS corresponde a um sistema quase proporcional, que onera proporcionalmente a renda. Em uma sociedade com o grau de desigualdade da brasileira, que exibe um índice de Gini de 0,57, ter um financiamento do SUS proporcional é fortemente questionável sob a ótica da justiça social: ao contrário, seria desejável construir bases de financiamento do SUS francamente progressivas, de forma a contrarrestar a fortíssima concentração de renda da nossa sociedade.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS) – Brasil. Financiamento da Saúde. Financiamento governamental. Economia da Saúde.

Financiamento e Gastos em Saúde 2007

CAMPELLI, Magali Geovana Ramlow; CALVO, Maria Cristina M. O cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1613-1623, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v23n7/12.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: A aprovação da Emenda Constitucional n° 29 (EC–29) em 2000 determinou a vinculação de percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, estados, Distrito Federal e municípios seriam obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de Saúde. O objetivo deste artigo é verificar o cumprimento da EC–29 no Brasil no período de 2000 a 2003. O estudo é descritivo utilizando-se dados disponíveis no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops). Apresenta como resultado uma dívida acumulada com o Sistema Único de Saúde de R$ 1,8 bilhão na União e de R$ 5,29 bilhões nos estados. O total de estados que cumpriram a EC–29 foi de 59% em 2000, 33% em 2001, 41% em 2002 e 52% em 2003. Os dados do Siops mostraram que a média percentual de aplicação de recursos próprios municipais em ações e serviços de Saúde era superior ao mínimo exigido de 7% previsto na Constituição Federal. A média percentual de recursos próprios aplicados pelos municípios ficou em 13,67% em 2000, 14,82% em 2001, 16,54% em 2002 e 17,40% em 2003.

Palavras-chave: Financiamento da Saúde. Sistema Nacional de Saúde – Brasil. Saúde – Orçamento.

CARVALHO, Déa Mara Tarbes de. Financiamento da assistência médico-hospitalar no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 879-892, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/07.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: Analisa as características gerais do financiamento do setor Saúde no Brasil e as principais mudanças ocorridas na última década no âmbito do SUS e da assistência suplementar, abordando as especificidades da atenção médico-hospitalar nesses dois segmentos, com ênfase no primeiro, em relação ao financiamento e às normas que os regem. Apresenta as inovações nas modalidades de remuneração/contratação dos serviços hospitalares e outros fatores que vêm induzindo mudanças no perfil da rede assistencial, e finaliza com breves considerações das iniciativas gerenciais e regulatórias relacionadas à sustentabilidade financeira do setor.

Palavras-chave: Sistema de Saúde no Brasil – Financiamento. Assistência médico-hospitalar. Financiamento em Saúde.

DAIN, Sulamis. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1851-1864, 2007. Suplemento. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v12s0/08.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: Aborda o dilema subjacente ao financiamento da Saúde, entre a visão de longo prazo proposta pela Seguridade Social em 1988, e a visão de curto prazo, centrada nos sucessivos ajustes fiscais, que vem frustrando a expansão de recursos da Saúde no Brasil. No contexto da regulamentação da Emenda Constitucional n° 29, da renovação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CMPF) e da Desvinculação de Recursos para União (DRU), e de uma próxima reforma tributária, trata de aspectos do sistema tributário, das contribuições sociais, dos subsídios, incentivos e renúncia de arrecadação. Considera também aspectos político-institucionais das relações intergovernamentais e das relações entre o setor público e o setor privado, presentes ao financiamento da Saúde. Evidencia a existência de espaço para ampliar o patamar de financiamento do SUS, de modo a superar os vazios sanitários, bem como as desigualdades de oferta de serviços no território. Sugere também a revisão das relações financeiras intergovernamentais e entre o setor público e o setor privado. Finalmente, apresenta aspectos virtuosos do gasto público e dos instrumentos de financiamento do setor para o desenvolvimento econômico e tecnológico do Brasil.

Palavras-chave: Saúde – Financiamento – Brasil. Sistema Único de Saúde (SUS) – Financiamento. Brasil – Emenda Constitucional nº 29. Economia da Saúde. Gastos em Saúde.

GAMBARDELLA, Dante Dianezi. **Gasto público com aquisição de medicamentos no Brasil**: 2001 a 2005. 2007. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, 2007.

Resumo: Os gastos com ações de saúde, realizados pelos municípios brasileiros, apresentaram elevado incremento nos últimos sete anos, dentre os quais se destaca aquele com medicamentos. Tal constatação insere-se, sob o aspecto de financiamento do SUS, em um contexto no qual a União e os estados deixam de cumprir com as aplicações constitucionais mínimas em Saúde, paralelamente a verificação de recordes da arrecadação tributária. Sob a ótica epidemiológica, o contexto é de crescente prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, decorrentes do envelhecimento populacional. Analisar os orçamentos municipais em Saúde constitui-se, portanto, como instrumento relevante para qualificar essa discussão acerca da sobrecarga imprimida aos municípios atualmente. Este trabalho objetiva analisar a despesa empenhada com Saúde pela administração direta das capitais brasileiras, segundo região geográfica, com enfoque na aquisição de medicamentos, entre os anos de 2001 a 2005. Resultados: observou-se incremento de 61,96% do gasto com medicamento, três vezes superior ao incremento nos gastos totais com saúde, 22,71%, tendo as maiores variações sido verificadas nos anos de eleições municipais. Conclusão: os resultados apontam para o maior peso dos gastos com Saúde sobre os municípios após a descentralização do SUS, para a insuficiência da parte variável do Piso da Atenção Básica (PAB) destinada à assistência farmacêutica básica, e para a possibilidade de a política de assistência farmacêutica nos municípios serem condicionadas por critérios não técnicos.

Palavras-chave: Gastos em Saúde. Financiamento. Medicamentos. Siops. Medicamento. Economia do medicamento.

KANAMURA, Alberto Hideki; VIANA, Ana Luiza D'Ávila. Gastos elevados em plano privado de saúde: com quem e em quê. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 814-820, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v41n5/5809.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2013.

Resumo: Analisa os gastos e o perfil de beneficiários de um plano de saúde privado e o impacto desses gastos nas finanças do plano e dos beneficiários. Resultados: dentre todos os clientes, 642 beneficiários (1%) produziram os maiores gastos no ano, responsáveis por 36% do total. Dentre esses beneficiários, 45% eram idosos acima de 60 anos. O maior gasto foi com material e medicamento. As doenças do aparelho circulatório, neoplasias malignas, do sistema osteomuscular, do aparelho respiratório e as causas externas foram as mais frequentemente relacionadas a esses gastos. Conclusões: a idade é um importante fator associado aos gastos elevados, tendo estreita relação com as doenças crônico-degenerativas. Assim, o envelhecimento da população aponta a necessidade de mudanças estratégicas na gestão dos planos de saúde privados.

Palavras-chave: Sistemas pré-pagos de saúde. Economia da Saúde. Gastos em Saúde. Custos de cuidados de saúde. Economia e organizações de Saúde.

LAVINAS, Lena. Gasto social no Brasil: programas de transferência de renda *versus* investimento social. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1463-1476, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v12n6/v12n6a07.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: Contrapõe a evolução recente do gasto no Brasil: redução do gasto com infraestrutura social e aumento das transferências monetárias sujeitas à comprovação de renda. Evidencia que o modelo de combate à pobreza vigente no Brasil – concentrado em programas focalizados de transferência de renda sem promover em simultâneo o aumento do gasto *per capita* em educação, saneamento básico, habitação – não equaciona a questão da desigualdade. Trabalha com dados secundários da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (Pnad) e do orçamento da União, estados e municípios.

Palavras-chave: Pobreza. Transferências de renda não contributivas. Gasto social. Gastos públicos. Gasto Social Federal (GSF).

LIMA, Luciana Dias de. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 511-522, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a27v12n2.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: As expressivas desigualdades da sociedade brasileira e o contexto de escassez de recursos financeiros para o setor da Saúde, associados às características estruturais do federalismo fiscal e ao modelo predominante das transferências do SUS, influenciam a negociação política e a implantação de alternativas de financiamento federal não atreladas diretamente à oferta e produção de ações e serviços de Saúde nos estados e municípios. Observa-se que a política de Saúde, a partir da segunda metade da década de 1990, vem desenvolvendo mecanismos próprios que, neste contexto específico, tendem a acomodar interesses diversos e conflitos federativos gerados por fatores estruturais e pelas regras institucionais. Porém a falta de um planejamento integrado entre os critérios que regem a redistribuição dos recursos para o financiamento do Sistema Único de Saúde e o sistema de partilha tributário da federação brasileira acaba por reforçar determinados padrões de assimetria encontrados e gerar novos desequilíbrios, dificultando a compensação das desigualdades na capacidade de gasto público em Saúde das esferas subnacionais.

Palavras-chave: Federalismo fiscal. Financiamento da Saúde. Política de Saúde.

LIMA, Marina Guimarães et al. Composição dos gastos privados com medicamentos utilizados por aposentados e pensionistas com idade igual ou superior a 60 anos em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1423-1430, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v23n6/16.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2013.

Resumo: Analisa a composição dos gastos privados com medicamentos utilizados por indivíduos com 60 anos ou mais de idade, em Belo Horizonte (Minas Gerais, Brasil). A população estudada foi uma amostra representativa de aposentados e pensionistas do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) nessa faixa etária e residentes no Município de Belo Horizonte, entrevistados em inquérito domiciliar. Calcula os gastos mensais com medicamentos obtidos no setor privado e analisa a sua composição considerando as características dos medicamentos. Responderam ao inquérito 667 indivíduos. Observa um gasto mensal privado médio de R$ 122,97 (US$ 38,91) com os medicamentos utilizados pelos participantes. Os grupos terapêuticos que representaram uma maior proporção dos gastos totais foram: sistema cardiovascular (26%), sistema nervoso (24%) e trato alimentar e metabolismo (15%). Em relação à categoria de registro dos medicamentos utilizados, os de referência foram responsáveis por uma maior proporção dos gastos totais (54%). Os resultados deste estudo podem subsidiar políticas destinadas a melhorar o acesso a medicamentos e às condições sanitárias da população idosa brasileira.

Palavras-chave: Saúde do idoso. Economia da Saúde. Drogas – Custos. Farmacoepidemiologia. Medicamentos.

SILVEIRA, Fernando Gaiger et al. (Org.). **Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas (volume 1)**. Brasília: IPEA, 2007. Disponível em: <www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/Livro_completo2.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2013.

Resumo: Contém trabalhos que foram desenvolvidos no âmbito de pesquisas financiadas pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) ou vêm diretamente da produção dos pesquisadores e colaboradores da instituição. Apresenta hábitos de consumo das famílias brasileiras, revelando que, além da já sabida desigualdade de renda, há também grande variabilidade na forma que o brasileiro gasta o seu dinheiro. O primeiro volume analisa variações dos gastos e preços dos brasileiros com alimentação e saúde. Com base em dados obtidos pela pesquisa de orçamentos familiares (POF) 1995 – 1996 e pela POF 2002 – 2003, analisa recebimentos e dispêndios das famílias brasileiras. Os gastos com Saúde são objeto de análise específica em cinco capítulos deste volume: Cap. 2 – Gastos com saúde: uma análise por domicílios para a cidade de São Paulo; Cap. 3 – Determinantes dos gastos pessoais privados com saúde no Brasil; Cap. 4 – Os gastos das famílias com saúde; Cap. 6 – Avaliação dos gastos das famílias com a assistência médica no Brasil: o caso dos planos de saúde; Cap. 12 – O gasto e a demanda das famílias em saúde: uma análise a partir da POF 2002 – 2003; e Cap. 13 – Demanda por serviços de Saúde.

Palavras-chave: Saúde – Financiamento – Brasil. Economia da Saúde. Gasto total na saúde *per capita*. Gastos em Saúde.

SILVEIRA, Fernando Gaiger et al. (Organizadores). **Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas**. Brasília: Ipea, 2007. 552 p. v. 2. ISBN 10: 85-86170-85-2. 13: 978-85-86170-85-0. Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=5543>. Acesso em: 27 jan. 2013.

Resumo: Objetiva ampliar o debate nas áreas de Educação, Cultura, Habitação, Transporte urbano e sobre a questão dos diferenciais de gênero no consumo. Abrange temáticas que não foram suficientemente aprofundadas no primeiro volume, como, por exemplo, gastos que para uma minoria considerável de pessoas é um problema: o aluguel. Apesar de os dois volumes conterem vários tipos de trabalho envolvendo consumo, a sua organização seguiu a mesma lógica, com a divisão em três partes: composição dos gastos das famílias brasileiras; estudos de demanda; e consumo e demanda por alimentos. Centra os capítulos da primeira parte mais na quantificação de diferentes tipos de gasto das famílias brasileiras, e os da segunda e da terceira, mais na estimação de relações entre gasto e uma série de variáveis explicativas. As diferenças entre os livros estão na extensão dos temas estudados e na inclusão, no segundo volume, de um capítulo mais metodológico, intitulado *As pesquisas de orçamentos familiares no Brasil*, sobre a principal base de referência dos trabalhos: a POF. Cinco capítulos deste volume têm como foco a descrição e a quantificação do gasto das famílias em diferentes áreas; Bernardo P. Campolina Diniz, Luciana Mendes Santos Servo, Sérgio Francisco Piola e Marcos Eirado o fazem com os gastos com Saúde, no Capítulo 4 – *Gasto das Famílias com Saúde no Brasil: Evolução e Debate sobre Gasto Catastrófico*. Nos estudos de demanda, Mônica Viegas e Ana Carolina Maia voltam a atenção para aquilo que motiva os brasileiros a pagar por um plano de saúde no Capítulo 8 – *Demanda por planos de saúde no Brasil*.

Palavras-chave: Saúde – Financiamento – Brasil. Economia da Saúde. Gasto total na saúde *per capita*. Gastos em Saúde.

BAHIA, Ligia. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1385-1397, 2008. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v13n5/02.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: Tomando como fio condutor um conjunto de tendências de mudanças no cenário das relações entre o público e o privado, o trabalho analisa os efeitos do aumento das taxas de retorno consignadas pelas empresas de planos de saúde em 2007, detendo-se especialmente nos efeitos da segmentação das demandas sobre a naturalização das iniquidades de acesso aos serviços de Saúde e desvirtuamento de conceitos originais do SUS. Nutre-se também de informações sobre a produção de conhecimentos sobre a assistência suplementar para sistematizar os fundamentos e abordagens metodológicas adotadas por um subconjunto selecionado de trabalhos científicos. Por fim, são tecidas conjecturas e hipóteses sobre as possíveis associações entre o crescimento/estabilidade do mercado de planos e seguros de saúde e a natureza da produção científica sobre o tema, considerando as contradições entre o circuito econômico-político no qual se inscrevem as empresas de planos e seguros de saúde e a universalidade do sistema de Saúde brasileiro.

Palavras-chave: Relação público-privado. Segmentação do sistema brasileiro de Saúde. Saúde – Regulação.

BAHIA, Ligia. A janela demográfica, crescimento econômico e as políticas de saúde e proteção social. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p.1112-1114, ago., 2008. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v13n4/03.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: No contexto de retomada do Estado como propulsor do planejamento e desenvolvimento econômico – expressa no Plano de Aceleração de Crescimento –, a janela demográfica e as possibilidades de reinserção do Brasil no cenário internacional viabilizam e estimulam o redesenho de políticas de articulação do crescimento econômico e solidariedade social. Por outro lado, as tentativas de reduzir o denominado *greying* dos orçamentos públicos, que está por trás dos argumentos sobre as virtudes dos programas voltados aos jovens e às mazelas da Previdência Social, não contribuem para a compreensão da complexidade que envolve os valores de solidariedade gerados pelas relações e intermediações entre o mercado e as instituições políticas. As desigualdades distributivas, sejam as econômicas, as sociais e as culturais, clamam pela efetivação de programas complementares e reafirmação de valores de justiça distributiva envolvendo as atuais e futuras gerações.

Palavras-chave: Política de Saúde – Brasil. Sistemas de proteção social. Economia da Saúde.

BERENSTEIN, Cláudia Koeppel; WAJNMAN, Simone. Efeitos da estrutura etária nos gastos com internação no Sistema Único de Saúde: uma análise de decomposição para duas áreas metropolitanas brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, Rio de janeiro, v. 24, n. 10, p. 2301-2313, 2008. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v24n10/11.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2013.

Resumo: Examina a importância da composição etária da população sobre os gastos com internação hospitalar no Brasil. Utiliza dados do Sistema de Informação Hospitalar de Curitiba (Paraná) e Belém (Pará), em 2004, para separar o efeito de diferenças na composição etária sobre os gastos com internação no Sistema Único de Saúde, dos efeitos preço (diferenças nos gastos médios por idade) e taxa (diferenças na taxas de utilização por idade). Além disso, examina o papel do envelhecimento populacional sobre o efeito de composição com base nas mudanças projetadas para a estrutura etária do Brasil em 2050. Os resultados indicam que as diferenças na composição etária explicam apenas 13% das diferenças atuais dos gastos entre as duas cidades. Aproximadamente 72% das diferenças nos gastos totais devem-se ao efeito preço. No entanto, caso a taxa de utilização e o gasto médio por idade mantenham-se constantes no futuro, o envelhecimento populacional explicará mais da metade da diferença nos gastos totais com internação hospitalar, sugerindo o papel significativo da dinâmica demográfica sobre os gastos futuros com saúde no Brasil.

Palavras-chave: Despesas de Saúde. Distribuição por idade. Envelhecimento. Hospitalização.

CARVALHO, Carlos Renato Colares. **Detalhamento dos impostos estaduais indicados na Emenda Constitucional n° 29 para financiar a saúde pública no Estado do Amazonas**. 2008. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Amazonas, Manaus (AM), 2008.

Resumo: Apresenta de forma detalhada a contribuição dos impostos estaduais no financiamento da saúde pública no Estado do Amazonas, destinados a esse propósito pela Emenda Constitucional n° 29/2000, que vinculou montantes mínimos das receitas municipais, estaduais e da União, para custeamento das ações e serviços de saúde pública. A forma apresentada, tanto na Lei Orçamentária Anual quanto no Balanço Geral do Estado do Amazonas, demonstra os valores aplicados no financiamento da saúde pública de maneira totalizada, impedindo que se conheça de *per si* o montante real aplicado pelos impostos. Para a demonstração da utilização de cada imposto, usa o método da decomposição da Fonte de Receita eliminando toda e qualquer dedução constitucional e legal que recaia sobre os impostos. Dessa forma, demonstra o valor líquido de cada imposto sobre o qual se aplicou o percentual obrigatório para compor o financiamento das ações e serviços de saúde pública. Na Lei Orçamentária Anual, encontra-se a previsão de todas as receitas existentes e a fixação de todas as despesas. De maneira prévia, demonstra o que deve ser aplicado no financiamento das ações e serviços de Saúde, pois os valores que constituem a lei são previsões. No Balanço Geral do Estado, está demonstrado o que realmente foi arrecadado em todas as receitas indicadas inicialmente na lei e em outras surgidas durante o exercício financeiro. Dos valores arrecadados, descontam-se as deduções constitucionais e legais para se chegar ao valor líquido. Após essa operação de desconto, aplica o percentual obrigatório e demonstra o valor que na realidade foi destinado ao custeamento das despesas com a saúde pública de cada imposto. Assim demonstrado, é possível, tanto para as entidades de controle interno e externo e a sociedade, fiscalizarem a aplicação correta desses recursos. Entende que, com melhor aplicação dos recursos, a população do Estado do Amazonas poderá melhorar o nível de saúde, não apenas na recuperação, como também na proteção e na promoção da saúde. Assim, o perfil epidemiológico do estado apresentará sensível redução em seu quadro.

Palavras-chave: Economia da Saúde. Financiamento governamental. Saúde pública.

CARVALHO, Manoela de, PAULUS JR., Aylton; CORDONI JR., Luiz. Financiamento público da saúde pelo governo do Estado do Paraná, Brasil, 1991–2006. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p.2532-2540, nov., 2008. Disponível em: <www.scielo.br/ pdf/csp/ v24n11/08.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013

Resumo: Trata do financiamento da saúde pública pelo governo do Estado do Paraná, Brasil. Foram examinados os gastos da Secretaria de Estado da Saúde como *proxy* das despesas com saúde do governo do Estado do Paraná no período de 1991 a 2006. Utiliza três critérios: (1) porcentagem dos gastos em relação à receita líquida vinculável conforme Emenda Constitucional n° 29; (2) porcentagem dos gastos em relação ao orçamento executado; e (3) despesas *per capita* com Saúde com recursos próprios. O resultado mostra que no período ocorreram tendências distintas de gastos com Saúde, sendo a mais recente a da ampliação dos gastos com recursos do Tesouro do Estado.

Palavras-chave: Economia da Saúde. Políticas públicas de Saúde. Saúde – Financiamento.

CASTRO, Jorge Abrahão de et al. **Gasto social e política macroeconômica**: trajetórias e tensões no período 1995–2005. Brasília: IPEA, jan. 2008. (Texto para discussão, n. 1.324). Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4572>. Acesso em: 29 jan. 2013.

Resumo: Analisa a trajetória do Gasto Social Federal (GSF) de acordo com a metodologia de áreas de atuação, desenvolvida na Diretoria de Estudos Sociais (Disoc) do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Atualiza a série iniciada em 1995 até o ano de 2005, completando, assim, o período de 11 anos. Constata o crescimento do Gasto Social Federal, liderado pelas áreas de previdência e assistência social, tanto em seus valores reais quanto em proporção do Produto Interno Bruto (PIB). Todavia discute que tal crescimento permitiu expansão na proteção social proporcionada pelas políticas públicas – que não deve ser subestimada. A trajetória do GSF revela-se também bastante irregular e instável no período, e um segundo objetivo deste texto consiste em relacionar essa instabilidade à condução da política macroeconômica. Observa-se que as mudanças ocorridas na gestão da política econômica – que delimitam claramente os três mandatos presidenciais deste período – condicionam fortemente a trajetória do GSF. Para tal, contextualiza esse gasto diante da trajetória da despesa financeira do governo federal e ao desempenho da carga tributária.

Palavras-chave: Macroeconomia. Economia da Saúde. Gastos em Saúde.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Gestão e financiamento do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2008. 150 p. (CONASS Documenta, n. 14). Disponível em: <www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_14.pdf>. Acesso em: 3 fev. 2013.

Resumo: Aborda pontos significativos das seis principais alternativas de gerência de unidades públicas – autarquia, fundação estatal, organizações sociais, organizações da sociedade civil de interesse público, fundação de apoio e consórcio público – e relata os questionamentos e o processo de construção de consensos dos secretários de Estado da Saúde e o posicio-

namento do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) sobre o assunto. Registra também o resultado de estudos realizados pelo Conass em colaboração com o Ministério da Saúde sobre aspectos do financiamento da Saúde no Brasil: analisa a estrutura das receitas e despesas dos estados no ano de 2004, apresentando elementos que contribuem para as discussões sobre a regulamentação da Emenda Constitucional n° 29/2000 e a implantação da Lei de Responsabilidade Fiscal, bem como apresenta alguns posicionamentos teóricos sobre a busca da equidade, destacando modelos de alocação equitativa de recursos para populações que apresentem necessidades diferentes.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS) – Condições de Gestão. Gestão do SUS. Financiamento da Saúde – Brasil.

COSTA, Luiz Renato Lima da. **Em busca de recursos para saúde**: a implantação da emenda constitucional n° 29. 2008. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), 2008.

Resumo: Desde a sua criação, pela Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) perseguiu a estabilidade e a suficiência em seu financiamento. A crise de financiamento que se estabeleceu, já a partir do início dos anos 1990, levou ao surgimento de propostas relativas ao financiamento do SUS. Essas iniciativas culminaram com a aprovação da Emenda Constitucional n° 29 (EC nº 29), em setembro de 2000, estabelecendo a vinculação de recursos para as três esferas de governo. A implantação do novo modelo de financiamento, no entanto, tem sido marcada por controvérsias na interpretação das disposições da EC n° 29. Este trabalho procurou, utilizando o referencial teórico proporcionado pelos estudos de Federalismo Fiscal, estudar o processo de implantação da vinculação de recursos para a Saúde a partir da análise documental desenvolvida a partir, principalmente, do Conselho Nacional de Saúde e dos tribunais de Contas da União, estados e municípios. Para os dados de receita e despesa das unidades da Federação foram utilizadas as bases de dados da Secretaria do Tesouro Nacional e do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), do Ministério da Saúde. Concluiu-se que a EC n° 29 constituiu um avanço no financiamento do SUS. Algumas questões, todavia, permaneceram pendentes. O tratamento a ser dado às desigualdades e aos mecanismos de redistribuição de recursos, entre as diversas unidades da Federação, permaneciam em aberto, sem uma associação mais forte com o estabelecimento de metas de desempenho e divisão de responsabilidades. A previsão de revisão periódica das disposições da EC n° 29, todavia, oferece rara oportunidade de aperfeiçoamento do modelo de financiamento.

Palavras-chave: Serviços de Saúde. Financiamento. Saúde pública.

IBGE. **Economia da saúde:** uma perspectiva macroeconômica 2000-2005. Rio de Janeiro, 2008. (Estudos e Pesquisas. Informação Econômica, n. 9). Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/livro_economia_saude_ibge.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2013.

Resumo: Apresenta uma ampla compilação de dados sobre a Economia da Saúde no Brasil. Consolida dados do Sistema de Contas Nacionais sobre produção, consumo e comércio

exterior de bens e serviços relacionados à Saúde, informações sobre trabalho e renda nas atividades que geram esses produtos e dados sobre a infraestrutura do setor no País que permitem traçar um panorama dos recursos e usos da Saúde e de sua evolução ao longo do período 2000–2005. Resulta de trabalhos desenvolvidos pelo Comitê Gestor e pelo Grupo Executivo instituídos pela Portaria Interministerial nº 437, de 1º de março de 2006, expedida pelos ministérios da Fazenda, da Saúde e do Planejamento Orçamento e Gestão.

Palavras-chave: Macroeconomia. Economia da Saúde.

MOIMAZ, Suzely Adas Saliba et al. Desafios e dificuldades do financiamento em saúde bucal: uma análise qualitativa. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 6, p. 1121-1135, nov./dez. 2008. Disponível em: <bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6668/5251>. Acesso em: 21 jan. 2013.

Resumo: Os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS só podem ser viabilizados com a construção de um modelo de financiamento flexível e transparente que permita o controle social e ofereça a agilidade no uso dos recursos. Analisa as dificuldades e os desafios do financiamento da saúde bucal na ótica de gestores e técnicos da área. Desenvolve a coleta de dados por meio de entrevistas, que foram gravadas e transcritas para análise qualitativa, preconizada por Bardin. Descreve que as dificuldades relatadas pelos entrevistados foram expressas em frases como: "Procuro cumprir a agenda, porém muita coisa não consegui devido à falta de recursos, não se sabe o quanto pode gastar, escassez de recursos para procedimentos de média e grande complexidades, falta de recurso para troca de equipamento e prioridade para compra de materiais.[5]" No que tange aos desafios, relata a necessidade de capacitação, formação e organização dos recursos humanos em saúde pública. Observa a dificuldade na realização completa do plano previsto de gestão, assim como a necessidade de compromisso por parte dos gestores em acompanhar as etapas de todo processo de repasse financeiro e aplicação do mesmo.

Palavras-chave: Financiamento. Saúde pública. Saúde bucal.

MELIONE, Luís Paulo Rodrigues; MELLO-JORGE, Maria Helena Prado de. Gastos do Sistema Único de Saúde com internações por causas externas em São José dos Campos, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1814-1824, 2008. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/10.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2013.

Resumo: Mensura os gastos diretos do Sistema Único de Saúde (SUS) com internações por causas externas em São José dos Campos, São Paulo, Brasil. Estuda as internações por lesões decorrentes de causas externas, respectivamente capítulos XIX e XX da CID-10[6], no primeiro semestre de 2003, no Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence. Analisa os valores pagos por meio do SUS, após a verificação da qualidade dos dados nos prontuários de 976 internações. Os maiores gastos totais foram por internações decorrentes de acidentes de transporte e quedas. O maior gasto médio de internação foi por acidentes de transporte

[5] Publicado conforme o original. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6668/5251>.

[6] Publicado conforme o original. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/10.pdf>.

(R$ 614,63), seguido das agressões (R$ 594,90). As lesões que representaram maior gasto médio foram as fraturas de pescoço (R$ 1.191,42) e traumatismo intracraniano (R$ 1.000,44). As internações com maior custo-dia foram fraturas do crânio e dos ossos da face (R$ 166,72) e traumatismo intra-abdominal (R$ 148,26). Demonstra, a partir dos resultados encontrados, que os acidentes de transporte, as quedas e as agressões são importantes fontes de gastos com internações por causas externas no município.

Palavras-chave: Gastos em Saúde – Causas externas. Hospitalização. Sistema Único de Saúde (SUS).

PINHO, Micaela Moreira. Racionamento dos cuidados de saúde: problemática inerente. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 690-695, mar., 2008. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v24n3/23.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: A escassez de recursos que caracteriza os sistemas de Saúde obriga a tomada de decisões de priorização que se traduzem em escolhas entre programas/serviços alternativos e/ou entre pacientes ou grupos de pacientes. Na ausência de mecanismo de preços, o estabelecimento de prioridades consagra uma forma de afetação dos escassos recursos no mercado dos cuidados de saúde, traduzido em racionamento. Tradicionalmente, nos sistemas de saúde públicos, as decisões de afetação dos recursos têm sido tomadas de forma discricionária, sobretudo pelos médicos. Contudo a crescente limitação dos recursos, associada a um aumento das expectativas por parte dos doentes, apela a formas mais explícitas de racionamento legitimadas socialmente. Internacionalmente, o desenvolvimento de processos explícitos de priorização tem-se revelado difícil e controverso.

Palavras-chave: Recursos financeiros em Saúde. Prioridades de saúde. Sistemas de Saúde. Planejamento em Saúde.

PORTELA, Gustavo Zoio. **A sustentabilidade econômico-financeira do Programa de Saúde da Família em município de grande porte**. 2008. Tese (Doutorado) – Fundação Getúlio Vargas, São Paulo (SP), 2008.

Resumo: Por meio dos novos incentivos sistemáticos de financiamento, a universalização da atenção básica e o compromisso orçamentário do Ministério da Saúde com o Programa Saúde da Família (PSF) têm se destacado no cenário da política de saúde brasileira. Um dos problemas observados é a expansão da estratégia para os grandes centros urbanos. Avalia a sustentabilidade econômico-financeira do PSF em municípios brasileiros de mais de 100 mil habitantes, segundo alguns indicadores selecionados, considerando a região geográfica a que pertencem, seu porte populacional e a participação no Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família (Proesf). Os resultados apontam que os municípios pertencentes à Região Sudeste, mais desenvolvida do País, apresentam, em média, melhores desempenhos econômico-financeiros, porém valores médios de cobertura de PSF mais baixos. Por outro lado, municípios das regiões Norte e Nordeste, com as menores médias para os indicadores de sustentabilidade econômico-financeira, são os que mais fizerem esforço de evolução no período. Assim, observamos a dinâmica entre maior capacidade fiscal e de

comprometimento orçamentário com o setor Saúde para os municípios de maior porte e de regiões mais desenvolvidas economicamente, e maior vulnerabilidade e dependência de transferências federativas para os municípios de menor porte e de áreas menos desenvolvidas.

Palavras-chave: Financiamento em Saúde. Atenção básica. Programa Saúde da Família (PSF).

PORTO, Silvia Marta; UGA, Maria Alicia Dominguez; MOREIRA, Rodrigo da Silva. Uma analise da utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento: Brasil 1998-2008. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3795-3806, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a15v16n9.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: Analisa, a partir de microdados de 1998, 2003 e 2008 da Pnad/IBGE, a utilização de serviços de Saúde sob a perspectiva de seu financiamento. Entre os principais resultados da análise, destacam-se os seguintes: 1) o SUS continua financiando a maioria dos atendimentos e das internações realizados no País, participação que aumentou significativamente entre 1998 e 2003, mantendo-se praticamente estável entre 2003 e 2008; 2) a participação do SUS no financiamento da utilização dos serviços de Saúde foi preponderante em todas as regiões, sendo maior nas regiões Norte e Nordeste com situações sanitárias e socioeconômicas mais precárias; 3) o SUS é o principal financiador dos dois níveis extremos de complexidade da atenção à saúde: o de atenção básica e o da alta complexidade; 4) apesar do aumento verificado nas taxas de utilização do SUS, para atendimentos e internações, ainda persistem grandes iniquidades no uso de serviços de Saúde entre a população atendida pelo SUS e a população beneficiária de planos e seguros de saúde privados; 5) foi observado um aumento na utilização de serviços do SUS por parte dessa população com asseguramento privado.

Palavras-chave: Financiamento da Saúde. Utilização de serviços de Saúde.

SALVADOR, Evilasio da Silva. **Fundo público no Brasil**: financiamento e destino dos recursos da seguridade social (2000 a 2007). 2008. Tese (Doutorado) – Universidade de Brasília, Brasília, Brasília (DF), 2008.

Resumo: Estuda o padrão de Estado Social determinado pela inter-relação entre orçamento fiscal e orçamento da seguridade social na conformação do fundo público no Brasil. Para tanto, investiga as características do financiamento da seguridade social brasileira do ponto de vista da avaliação dos recursos, da magnitude dos gastos e da natureza das fontes de financiamento, problematizando a relação do orçamento da seguridade social com as opções de políticas econômica e social adotadas. O resultado da pesquisa demonstra que a estruturação do fundo público no Brasil configura um Estado Social que não reduz a desigualdade social porque se assenta no financiamento regressivo de suas receitas, com o predomínio de tributos indiretos, onerando os mais pobres e os trabalhadores e privilegiando a acumulação capitalista, especialmente o capital financeiro. As políticas sociais que integram a seguridade social têm padrão restritivo e básico, não universalizando direitos, pois metade da população economicamente ativa não tem proteção previdenciária. Na Saúde, a estreita relação dos recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) com o setor privado é ameaça cons-

tante à universalização. O montante dos gastos públicos em Saúde no Brasil é claramente insuficiente para estabelecer um sistema de saúde público, universal, integral e gratuito. Os recursos que compõem as fontes de financiamento da seguridade social desempenham um papel relevante na política econômica e social, pois são retidos pelo orçamento fiscal, alocados no *superavit* primário e canalizados para a esfera financeira da economia na forma de pagamento de juros da dívida pública. As despesas da seguridade social estão infladas com gastos da área fiscal, mas sem o devido aporte de recursos. Com isso, vem ocorrendo o enfraquecimento do sistema de seguridade social na sua totalidade e restringindo-se sua possibilidade de reduzir as desigualdades sociais.

Palavras-chave: Despesa pública – Previdência Social. Finanças públicas – Seguridade Social. Orçamento.

SANTOS, Éverton Gomes Ferreira de Abreu dos. **Uma avaliação comparativa da eficiência dos gastos públicos com saúde nos municípios brasileiros**. 2008. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), 2008.

Resumo: Compara a eficiência dos gastos públicos com Saúde dos municípios brasileiros, ou seja, analisa quais deles melhor aproveitam seus recursos investidos nessa área. Em outras palavras, compara o orçamento público total para este setor em cada município, com a qualidade da saúde da sua população – com o cuidado de levar em consideração uma série de outras variáveis que tem impacto sobre a saúde da população, tais como a educação, as condições de saneamento, a renda média etc. Para tanto, primeiro foi feita uma caracterização geral da qualidade de saúde da população dos municípios, e depois foi construída uma fronteira de possibilidades de produção, utilizando-se da técnica de análise de Fronteiras Estocásticas, sendo a ineficiência dos municípios comparada por meio da distância de cada um deles em relação a essa fronteira. Foram analisados também fatores que pudessem explicar a magnitude relativa das ineficiências, na tentativa de encontrar variáveis que expliquem desempenhos melhores e piores, como, por exemplo: a intensidade de utilização do capital, que se mostrou negativamente correlacionada com a ineficiência; a cobertura dos programas Saúde da Família e Agentes Comunitários da Saúde, que aparentemente não aumentam a eficiência; a parceira com o setor privado, entre outros. Os gastos avaliados são referentes ao período entre 1997 e 2000 anos que antecedem o Censo de onde foram tiradas as principais informações de saúde da população. A amostra final contempla 3.370 municípios, número que corresponde a 60% do total nacional.

Palavras-chave: Econometria. Economia da Saúde. Eficiência. Gastos em Saúde.

SANTOS, Isabela Soares; UGA, Maria Alicia Dominguez; PORTO, Silvia Marta. O *mix* público -privado no sistema de saúde brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1431-1440, 2008. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v13n5/09.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: Analisa o *mix* público-privado do sistema de Saúde brasileiro a partir da oferta, utilização e financiamento dos serviços de Saúde. Contempla os subsídios públicos para o setor privado. Trata-se de um estudo quantitativo, baseado em dados secundários provenientes de bases de dados oficiais. Mostra que existem desigualdades na oferta e na utilização de serviços em prol da população com plano de saúde, em decorrência da peculiar inserção do setor suplementar, que oferece obertura suplementar e duplicada ao sistema público (SUS), sem desconsiderar que outros fatores podem determinar o uso de serviços de Saúde e aumentar as desigualdades. A análise é feita com base na tipologia de *mix* público-privado desenvolvida pela Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) em 2004, que auxilia a compreensão das desigualdades que ocorrem em cada tipo de *mix*, e mostra que as que ocorrem no sistema de Saúde brasileiro se dão pelo fato de a cobertura de serviços ofertados pelo segmento de seguro privado ser duplicada à cobertura de serviços do SUS. Ainda, as desigualdades verificadas no sistema de Saúde brasileiro ocorrem em um sistema de Saúde em que o financiamento público ao SUS é minoritário e existem grandes subsídios públicos para o setor privado.

Palavras-chave: *Mix* público-privado. Sistema de Saúde. Cobertura duplicada. Seguro suplementar. Financiamento da Saúde. Utilização de serviços.

SICSÚ, Bernardo; ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; HOLGUIN, Tássia Gazé. O comportamento da renúncia fiscal oriunda dos gastos privados com atenção à saúde entre os anos 1996 e 2003. **Revista de Economia Política**, São Paulo, v. 28, n. 4, 2008. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rep/v28n4/v28n4a06.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2013.

Resumo: Tax expenditures with healthcare in Brazil: the behavior between the years 1996 and 2003. This article presents an economic approach trying to get the interrelations between the private expenditures on health care and the expenditures. It shows an overview of the family's expenses on health care confronted to the total of the same item declared to Secretaria da Receita Federal (Income Tax) that was converted into tax expenditures.

Keywords: Private income. Expenses on health care. Tax expenditures.

VARELA, Patrícia Siqueira. **Financiamento e controladoria dos municípios paulistas no setor saúde**: uma avaliação de eficiência. 2008. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), 2008.

Resumo: O Sistema Único de Saúde (SUS) é caracterizado por complexas relações intergovernamentais que têm garantido avanços paulatinos na resolução de problemas quanto à prestação de serviços públicos de Saúde à população. Enquanto política setorial de governo, o SUS é influenciado pelos esforços recentes de disseminação e prática dos princípios da administração pública gerencial, cujo foco é uma gestão voltada para resultados e o eficiente uso dos recursos. Nesse contexto, a avaliação de desempenho ganha destaque, todavia a determinação de parâmetros de avaliação pela Controladoria na Gestão Pública não tem sido uma tarefa simples, pois o tipo de controle aplicável às atividades do setor público depende de quatro complexos critérios: ambiguidade dos objetivos, mensuração dos *outputs*,

conhecimento do efeito das intervenções e repetição das atividades. Uma alternativa para contornar as dificuldades da avaliação de desempenho é a sua realização por *benchmark*. Neste sentido, este estudo teve por objetivo levantar, medir e explicar as variações de desempenho dos municípios paulistas quanto à eficiência econômica na aplicação de recursos públicos nas ações de atenção básica à saúde em função do perfil de financiamento dos gastos gerais e específicos de tal área. Os resultados indicaram que somente 17 dos 599 municípios paulistas sob análise foram considerados eficientes e que era possível aumentar, consideravelmente, a quantidade de serviços prestados à população sem a necessidade de novas dotações orçamentárias. A partir dos escores de eficiência ajustados e por meio da análise de regressão, constatou-se que as transferências não condicionais e sem contrapartida aumentam a ineficiência do gasto público em atenção básica, conforme previsto pela literatura. Por outro lado, os repasses de recursos do SUS, tanto os não vinculados quanto os vinculados, reduzem a ineficiência, indicativo dos avanços alcançados pela gestão do SUS. Outro fator que possui interdependência positiva com a eficiência é o indicador de escolaridade, sinalizando que uma população mais bem educada pode favorecer a avaliação de desempenho e *accountability*. Acredita-se que este trabalho tenha contribuído para indicar possibilidades e restrições de avaliações comparativas de desempenho no setor público.

Palavras-chave: Controladoria. Eficiência do serviço público. Federalismo. Política de Saúde.

ARAÚJO, D. V. et al. Financiamento do tratamento de doença de alto custo no Brasil**. Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, São Paulo, v. 1, n. 1, mar. 2009. Disponível em: <www.jbes.com.br/images/v1n1/jbes-v1n1-08-art-revisao.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2013.

Resumo: Há consenso na literatura especializada de que o custo de tratamento das doenças órfãs costuma ser elevado. Alguns países – como, por exemplo, Estados Unidos, Japão, Cingapura e Austrália – apresentam programas específicos para medicamentos órfãos. No ano 2000, foi publicado no Official Journal of the European Communities o Regulamento nº 141/2000, de 16, de fevereiro de 1999, relativo aos medicamentos órfãos, adotado pelo Parlamento Europeu e o Conselho da União Europeia. Este regulamento tem como objetivo a criação de incentivos à pesquisa, ao desenvolvimento e à introdução de medicamentos órfãos no mercado[7]. As tabelas 6 e 7 sumarizam a comparação entre os gastos dos programas analisados, apesar da limitação metodológica para realizar esta comparação pelas diferentes prevalências das doenças e perfis de utilização de recursos. Para cálculo do custo por paciente por ano nos programas de DST/Aids e Terapia Renal Substitutiva (TRS) foram considerados os dados do último ano disponível, 2007 e 2006, respectivamente. Essas estimativas sugerem que os critérios adotados na avaliação de medicamentos para doenças órfãs não podem ser os mesmos aplicados aos outros tipos de medicações para outras doenças, pois o perfil epidemiológico é significativamente diferente.

Palavras-chave: Serviços de Saúde. Financiamento em Saúde. Economia da Saúde. Política de Saúde – Brasil.

DUARTE, Angelo José Mont`Alverne et al. **Transferências fiscais intergovernamentais no Brasil**: uma avaliação das transferências federais, com ênfase no Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: IPEA, dez. 2009. (Texto para discussão, n. 1.451). Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4987>. Acesso em: 29 jan. 2013.

Resumo: Avalia as transferências fiscais intergovernamentais brasileiras, de modo a identificar quais tipos seriam mais adequados na estruturação de um sistema de transferências que vise à eficiência e à equidade no acesso aos serviços públicos, propondo, em particular, específicos tipos e formas de transferências para a consecução dos programas de Saúde. Sugere, após a análise empírica baseada em dados de 2006, que o vigente esquema de transferências intergovernamentais não contempla preponderantemente as condicionalidades voltadas para o produto e o resultado. Ademais, sugere que a União não utiliza o critério de equidade no acesso aos serviços públicos de Saúde.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS). Economia da Saúde – Transferência. Financiamento da Saúde – Planejamento fiscal.

[7] SILVA, R. C. S. Medicamentos excepcionais no âmbito da assistência farmacêutica no Brasil. 2000. Dissertação – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000.

IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Contas Nacionais. **Conta-satélite de saúde**: Brasil – 2005–2007. Rio de Janeiro, 2009. 98 p. (Contas Nacionais, n. 29). Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/economia_saude/css_2005_2007/economia_saude.pdf>. Acesso em: 3 fev. 2013.

Resumo: Divulga os resultados do Sistema de Contas Nacionais relativos às tabelas de recursos e usos, contas econômicas integradas, contas regionais do Brasil, produto interno bruto dos municípios e matriz de insumo-produto.

Palavras-chave: Indicadores econômicos. Contas nacionais de Saúde. Alocação de recursos em Saúde.

GONÇALVES, Rogério Fabiano et al. Confiabilidade dos dados relativos ao cumprimento da Emenda Constitucional n° 29 declarados ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde pelos municípios de Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 2612-2620, dez 2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v25n12/08.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: Analisa a confiabilidade dos dados relativos ao cumprimento da Emenda Constitucional n° 29 (EC n° 29) declarados ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) pelos municípios de Pernambuco, Brasil. Configura a pesquisa como um estudo quantitativo, do tipo transversal e de caráter analítico, tendo como referência o período de 2000 a 2005. Os demonstrativos contábeis auditados pelo Tribunal de Contas do Estado (TCE) foram tomados como parâmetro para verificar a confiabilidade dos percentuais de aplicação da EC n° 29 declarados ao Siops, sendo utilizado o coeficiente de correlação intraclasses (CCI) como prova estatística na medição da concordância dos dados. Demonstra, a partir dos resultados, a dissonância existente entre as bases consultadas, sugerindo um nível de concordância discreto a moderado entre os dados do Siops e do TCE. A baixa concordância identificada pode ser decorrente da falta de consenso pelos municípios acerca da composição das receitas e despesas vinculadas à Saúde ou da existência de critérios diferentes no cálculo da EC n° 29 entre o Siops e a auditoria do TCE.

Palavras-chave: Financiamento da Saúde. Sistemas de informação em Saúde. Direito – Aplicação. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops).

LIMA, Luciana Dias de; ANDRADE, Carla Lourenço Tavares de. Condições de financiamento em saúde nos grandes municípios do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2237-2248, out. 2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/ v25n10/14.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: Analisa as condições de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) nos municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes, procurando aferir os resultados das regras que definem os recursos vinculados à Saúde nos orçamentos municipais. Para alcance dos objetivos, foi constituída uma base de dados a partir das receitas declaradas por meio do Sistema de Informações de Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) em 2005. Os valores informados foram comparados e correlacionados por localização geográfica dos municí-

pios. Aplica, ainda, a técnica de análise de agrupamentos (*cluster analysis*) para a conformação de grupos homogêneos, segundo condições de financiamento em Saúde. Verifica perfis variados de receitas municipais nas diversas regiões e estados do Brasil e distintos graus de dependência orçamentária dos municípios às principais fontes de recursos vinculados. Embora a diversidade de fontes indique múltiplos caminhos para obtenção de recursos, o estudo sugere alguns entraves para o financiamento da Saúde nos municípios de grande porte no País.

Palavras-chave: Financiamento da Saúde. Política de Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS). Administração em Saúde. Sistema de saúde municipal.

LOBO, M. S. C. et al. Impacto da reforma de financiamento de hospitais de ensino no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 437-445, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/7103.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2013.

Resumo: Avalia o impacto da reforma de financiamento na produtividade de hospitais de ensino. Resultados: indica a ocorrência de aumento do aporte financeiro em 51% e da eficiência técnica dos hospitais de ensino (de 11, passaram a ser 17 na fronteira empírica de eficiência), o mesmo não ocorrendo com a fronteira tecnológica. O uso de análise envoltória de dados estabeleceu os *benchmarks* para as unidades ineficientes (antes e depois da reforma) e os escores de eficiência mostraram uma possível correlação entre a eficiência técnica encontrada e a intensidade e dedicação de ensino. Conclui que a reforma permitiu o desenvolvimento de melhorias gerenciais, mas é necessário maior tempo de acompanhamento para observar mudanças mais efetivas do modelo de financiamento.

Palavras-chave: Hospitais de ensino – Organização e administração. Custos e análise de custo. Taxas, razões e proporções – Métodos. Administração financeira de hospitais. Economia hospitalar. Eficiência organizacional.

MARINHO, Alexandre; CARDOSO, Simone de Souza; ALMEIDA, Vivian Vicente de. **Uma política de investimentos defensiva para o resultado operacional de hospitais públicos na presença de filas e de desigualdades de acesso a hospitais privados**. Rio de Janeiro: IPEA, ago. 2009. (Texto para discussão, n. 1.418). Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4951>. Acesso em: 29 jan. 2013.

Resumo: Desenvolve arcabouço analítico para orientar os investimentos em capacidade de atendimento hospitalar em um sistema de saúde complexo. O eixo principal da análise é o *superavit* financeiro-operacional dos hospitais públicos. O trabalho é inspirado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), mas poderia ser útil em outros contextos, em que hospitais públicos e privados compartilhem o atendimento hospitalar. Apresenta como destaques: a adoção de uma parcela fixa de atendimento para os hospitais públicos; a admissão de uma demanda aleatória; a caracterização da presença de filas para atendimento; e a instituição de punições para a ocorrência de excesso de demanda nos hospitais públicos.

Palavras-chave: Hospital público. Administração de serviços de Saúde. Políticas públicas de Saúde – Gestão – Brasil. Saúde – Financiamento. Gastos com hospitalização.

MENDES, Aquilas Nogueira; MARQUES, Rosa Maria. Crônica de uma crise anunciada: o financiamento do SUS sob a dominância do capital financeiro. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA POLÍTICA, 14., 2009. [**Anais...**]. Uberlândia: SEP, 2009. Disponível em: <www.sep.org.br/artigos/download?id=1513&title=Cr%C3%B4nica%20de%20uma%20Crise%20Anunciada:%20o%20financiamento%20do%20SUS%20sob%20a%20domin%C3%A2ncia%20do%20capital%20financeiro>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: Reconstitui o processo de institucionalização do financiamento do SUS, prejudicado, em primeira instância, pelas condições da política macroeconômica desenvolvida ao longo dos anos 1990 e 2000, e, em última instância, pelos efeitos provocados pela atual fase de valorização do capital financeiro. Identifica também, a partir do quadro econômico e político, as tensões existentes com a área econômica do governo federal, destacando as condicionalidades impostas ao financiamento da saúde universal e integrante da Seguridade Social, sob a também ameaça da recente proposta de reforma tributária do Governo Lula.

Palavras-chave: Economia da Saúde. Saúde – Financiamento. Política de Saúde. Gestão do SUS. Seguridade Social.

MENDES, Áquilas; MARQUES, Rosa Maria. O financiamento do SUS sob os "ventos" da financeirização. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 841-850, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/19.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: Reconstitui o processo de institucionalização do financiamento do SUS, prejudicado, em primeira instância, pelas condições da política macroeconômica desenvolvida ao longo dos anos 1990 e 2000, e, em última instância, pelos efeitos provocados pela atual fase do capitalismo financeiro. Identifica, também, a partir do quadro econômico e político, as tensões existentes com a área econômica do governo federal, destacando as condicionalidades impostas ao financiamento e ao conceito de saúde, enquanto universal e integrante da Seguridade Social.

Palavras-chave: Dominância financeira. Financiamento do SUS. Seguridade Social.

SCATENA, João Henrique Gurtler; VIANA, Ana Luiza d'Ávila; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Sustentabilidade financeira e econômica do gasto público em saúde no nível municipal: reflexões a partir de dados de municípios mato-grossenses. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2433-2445, nov., 2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v25n11/13.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: O financiamento do SUS é regido pelo modelo de federalismo fiscal, pelas regras de partilha do Orçamento da Seguridade Social (OSS), por normas do Ministério da Saúde, e pela Emenda Constitucional n° 29 (EC n° 29), que vincula à Saúde recursos dos entes federados brasileiros. Discute-se aqui a sustentabilidade do gasto público com Saúde no nível municipal. Foram estudados 21 municípios, utilizando-se dados dos balanços municipais. De 1996 a 2006, as receitas correntes gerais *per capita* subiram 280% acima da inflação acumulada e do Produto Interno Bruto (PIB) nacional, variando conforme o porte do município, o qual também definiu a composição dos orçamentos municipais. Já o orçamento que conforma a base da EC n° 29 elevou-se bem menos (178%), impondo limitações ao incremento

da contrapartida municipal em Saúde. Acredita-se que o observado nesses municípios se reproduza em milhares de municípios brasileiros e comprometa a capacidade de investimento municipal em Saúde, principalmente a partir de 2008. A situação ainda pode se agravar tendo em vista a extinção da Contribuição Provisória sobre a Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (CPMF), a tramitação dos projetos de Lei n° 306/08 e n° 233/08, e a recessão mundial, a partir da crise do sistema financeiro norte-americano.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS). Financiamento da Saúde. Saúde – Despesas. Descentralização.

SILVA, Thiago Caliari. **Gastos municipais com saúde**: estrutura e impacto dos medicamentos "Genéricos". 2009. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), 2009.

Resumo: Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, o governo federal delegou maiores poderes de ação a estados e municípios no que tange às políticas públicas de Saúde. Nesse contexto, estuda a estrutura dos gastos com Saúde dos municípios e o impacto que a política pública dos medicamentos "genéricos" teve nos gastos desses mesmos municípios. Divide o trabalho em dois artigos. No primeiro, estuda a intervenção municipal nas políticas de Saúde observando principalmente as pressões políticas – de direcionamento partidário – e pressões institucionais – via governo federal. No segundo artigo, estuda o impacto da "lei dos genéricos" nesses mesmos gastos municipais, na rubrica medicamentos, para o período 2000 a 2005. Inicialmente mostra que tais produtos possuem correlação negativa – e estatisticamente significativa – com o nível de preços do setor de fármacos. Após essa constatação, com um modelo de dados de painel, encontra tendência de crescimento nos gastos reais dos municípios na rubrica medicamentos até 2004 e uma queda para 2005. Ainda, a influência da participação dos genéricos no índice de preços no mesmo período também decresce, o que corrobora os resultados encontrados. Essa queda pode sinalizar certa exaustão da estratégia de barateamento via genéricos no que tange ao seu efeito preço. Conclui, portanto, que os genéricos provocaram barateamento em curto prazo, mas para a manutenção de queda nos preços e melhoria do assistencialismo farmacêutico o governo deve apostar em novas políticas públicas.

Palavras-chave: Saúde pública. Governo municipal. Política – Medicamentos genéricos. Medicamentos.

VEIGA, Silvia Ivone de Paula. **Saúde da família:** características do financiamento para municípios selecionados no Paraná. 2009. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), 2009.

Resumo: Analisa as características do financiamento da atenção básica e do Programa de Saúde da Família (PSF), na 10ª Regional SESA (RS) do Estado do Paraná, e sua relação como indutor do modelo assistencial à Saúde. Identifica o comportamento das receitas para o PSF na 10ª RS do Paraná, o comportamento das despesas com atenção básica em relação à des-

pesa total com Saúde da regional e o papel dos incentivos financeiros do PSF como indutores de manutenção e expansão do PSF na assistência à Saúde dos municípios selecionados. O financiamento estável e suficiente é imprescindível para que o acesso às ações e serviços de Saúde a todos os cidadãos brasileiros possa efetivamente acontecer. O embate constante por financiamento e as tentativas de vinculação de receita para garantir a suficiência e a estabilidade de recursos para o SUS constituem imperativos para que o sistema possa dar conta de atender a todos os cidadãos. A partir da análise dos dados, identifica o papel indutor dos recursos do Piso da Atenção Básica (PAB) variável ao PSF nos municípios, pois a maioria possui menos de 20 mil habitantes e sua organização dos serviços no nível municipal tem a atenção básica como único nível de assistência. As transferências intergovernamentais – entre elas os incentivos financeiros – têm alto peso no total de recursos dos municípios, mas a capacidade de gestão e a possibilidade de implantação das equipes com atuação nos moldes que se propõem a adotar a Estratégia Saúde da Família (ESF) precisam ser repensadas e discutidas no nível municipal, para que a implantação da estratégia não seja apenas a maneira por meio da qual os municípios buscam recursos. Dessa forma, o governo federal continua sendo o agente definidor da política de Saúde no território nacional. Em um País onde os municípios são caracterizados por enorme heterogeneidade de tamanho e renda, os repasses federais cumprem e deverão continuar cumprindo papel fundamental no gasto do PSF, o que se confirma nos municípios analisados.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (Brasil) – Paraná – Teses. Política de Saúde – Paraná – Teses. Família – Saúde e higiene – Paraná – Teses. Saúde da família.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Gasto do Ministério da Saúde com medicamentos: tendência dos programas de 2002 a 2007. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 674-681, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v43n4/534.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2013.

Resumo: Objetiva analisar a evolução do gasto do Ministério da Saúde com medicamentos. Resultados: o gasto em 2007 foi 3,2 vezes o de 2002 e a participação do gasto com medicamentos no gasto total aumentou de 5,4% em 2002 para 10,7% em 2007. O gasto com os medicamentos da atenção básica teve aumento de 75% e com medicamentos dos programas estratégicos, de 124%. No caso dos antirretrovirais, o aumento foi de aproximadamente 6%, mas com aumento de 77% de 2005 a 2006, seguida de redução de 29% de 2006 a 2007. O aumento mais expressivo do gasto foi observado com os medicamentos de dispensação em caráter excepcional, 252% de 2003 a 2007. Conclusões: houve aumento significativo do gasto com medicamentos entre 2002 e 2007, havendo maior participação nesse gasto dos antirretrovirais e medicamentos de dispensação excepcional, os quais são constituídos por número expressivo de fármacos protegidos por patentes.

Palavras-chave: Gastos em Saúde – Tendências. Custos de medicamentos. Assistência farmacêutica. Política Nacional de Medicamentos. Políticas públicas de Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS) – Brasil.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Experiências de financiamento da saúde dos idosos em países selecionados**: relatório executivo. Rio de Janeiro, 2010. 44 p. Edição. 1., semestre 2011. Disponível em: <www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/relatrio_executivo_financiamentosaudeidosos.pdf>. Acesso em: 8 fev. 2013.

Resumo: Investiga algumas das políticas públicas e regulatórias que vêm sendo implementadas em outros países com o objetivo de melhorar o acesso e a qualidade da assistência à saúde, pública ou privada, à população idosa. O estudo faz parte do plano de trabalho da Gerência de Produção e Análise de Informação (Gepin/GGISS) para o ano de 2010, estando previsto no planejamento da Diretoria de Desenvolvimento Setorial (Dides) e na Agenda Regulatória 2011 – 12. Explora as experiências de países selecionados no que tange ao financiamento da Saúde para a população idosa. Identifica, na experiência internacional, as principais políticas voltadas para atender às demandas de saúde dos idosos, incluindo a perspectiva das políticas intersetoriais, tanto no âmbito do governo quanto das práticas do setor privado. O documento está organizado em quatro seções. A primeira trata da contextualização do envelhecimento populacional no Brasil e em outros países, a segunda descreve o método e as etapas do estudo, a terceira seção apresenta os resultados por países, e a quarta consolida as informações contextuais e as informações de financiamento da saúde do idoso, permitindo uma fácil comparação entre as experiências analisadas. Destaca que o trabalho não pretende esgotar todos os aspectos envolvidos no financiamento à saúde do idoso nos países selecionados. Trata de uma análise exploratória das experiências estudadas.

Palavras-chave: Serviços de Saúde para idosos. Saúde suplementar. Economia da Saúde. Financiamento em Saúde – Brasil. Assistência social para idoso. Políticas públicas de Saúde.

CHERCHIGLIA, Mariangela Leal et al. Determinantes dos gastos com diálises no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2000 a 2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 1627-1641, ago. 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v26n8/16.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2013.

Resumo: Compara os gastos ambulatoriais totais entre hemodiálise e diálise peritoneal, de 2000 a 2004, dos pacientes que iniciaram diálise, em 2000, no Sistema Único de Saúde (SUS). Desenvolve coorte histórica de pacientes que iniciaram diálise em 2000, identificados por pareamento probabilístico na base de dados de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (Apac). Utiliza modelo de regressão linear múltipla incluindo atributos individuais, clínicos e variáveis de oferta de serviços de Saúde. A coorte foi constituída por 10.899 pacientes, 88,5% iniciaram em hemodiálise, e 11,5%, em diálise peritoneal. A modalidade explica 12% da variância dos gastos, os pacientes em diálise peritoneal apresentam um gasto médio anual 20% maior. Os diferenciais nos gastos são explicados pelo estado da Federação e nível de oferta de serviços de Saúde. As variáveis de risco individual não alteram o poder de explicação do modelo, sendo significativos a idade e a presença de dia-

betes *mellitus*. Constata a importância do sistema de pagamento do SUS para explicar as diferenças de gastos do tratamento dialítico no Brasil.

Palavras-chave: Insuficiência renal. Diálise. Gastos em Saúde. Economia da Saúde.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas Nogueira. A luta pelo financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA POLITICA, 15., 2010. [**Anais...**]. Uberlândia: SEP, 2010. Disponível em: <www.sep.org.br/artigos/download?id=1609&title=A%20luta%20pelo%20financiamento%20da%20Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica%20Brasileira:%20de%201985%20a%202008>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: Resgata, a partir da leitura da literatura, qual era o entendimento que se tinha das bases de financiamento do SUS no momento da Constituição de 1988; apresenta os conflitos que estiveram presentes ao longo de seus 20 anos de existência; evidencia a incerteza que cerceia seu financiamento e identifica as diferentes propostas de reordenamento de seu custeio, deixando claro que até o momento não foi possível encontrar uma solução compatível com a construção de uma política de saúde universal e integral.

Palavras-chave: Financiamento do SUS. Seguridade Social. Política de saúde universal.

NÓBREGA, Carolina Bezerra Cavalcanti et al. Financiamento do setor saúde: uma retrospectiva recente com uma abordagem para a odontologia. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1763-1772, 2010. Suplemento 1. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/088.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: As políticas orientadas para a mudança no sistema de Saúde ocorreram em três fases: a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS) em 1983; o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds) em 1987; e a promulgação da Constituição em 1988, surgindo, assim, o Sistema Único de Saúde (SUS), uma estrutura organizacional baseada em princípios de cidadania e justiça social. Com o surgimento do SUS, houve a necessidade de definir objetivos e diretrizes estratégicas para o processo de descentralização, tratando dos aspectos das responsabilidades, relações entre os gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios. Desse modo, realiza uma retrospectiva recente do plano orçamentário destinado à Saúde após a reorganização do SUS, realizando também uma abordagem na área da Odontologia. Trata de um estudo retrospectivo, no qual foram utilizados dados coletados do banco de dados em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil (DATASUS), no período de 1998 a 2005. Observa que, pelo menos no que diz respeito a valores de repasse anuais, a situação é positiva, esperando-se, dessa forma, que a tão sonhada reorganização e estruturação financeira do sistema de Saúde brasileiro esteja começando a acontecer.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS). Odontologia – Financiamento.

NOVAES, Lucas; MATTOS, Enlinson. O efeito da intenção de reeleição sobre gastos em saúde: uma análise com base no modelo de reputação política. **Rev. Econ. Polit.**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 140-158, jan./mar., 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rep/v30n1/v30n1a09.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: The political model of reputational-building argues that if the incumbent politician aspires to be reassigned, he/she must act in the voters' interest to obtain their approval and consequently their votes. Considering that voters are sensitive to *public health expenditures*, we check how reputational incentives shift municipal spending patterns in electoral years. The empirical tests for 3.004 Brazilian municipalities show an increase of health expenditures in those cities in which incumbents are trying to maintain their jobs. In addition, we find an increment in health expenditures where mayors forfeit their chance of being reelected to the benefit of a party mate.

Keywords: Electoral control. Reelection. Political agency.

SOUSA, M. H. L. et al. Financiamento público da saúde no estado do Ceará (Brasil) no período de 2004 a 2008. **Cadernos da Escola de Saúde Pública**, Ceará, v. 4, n. 1, p. 22-30, jan./jun., 2010.

Resumo: Identifica, descreve e analisa o financiamento público do setor Saúde no Estado do Ceará, segundo fonte de recursos e agente financeiro nos contextos econômico e de saúde. A metodologia da pesquisa é descritiva, quantitativa, utilizando dados secundários, tendo como unidade de análise o Estado do Ceará e seus 184 municípios. Coleta de dados obedece a informações da Matriz 1 do Projeto de Contas Públicas em Saúde (metodologia da OMS desenvolvida e adaptada pela Sesa) por fonte de recursos e agentes financeiros, no período de 2004 a 2008. Coleta de dados: órgãos governamentais (FNS, Sefaz, Siops). Atualização monetária com base em 2008. O financiamento público da Saúde no Ceará entre 2004 e 2008 foi de 19,802 bilhões de reais, com média anual de 3,960 bilhões de reais. O gasto *per capita* médio foi de 483,57 reais, com variação percentual entre 2004/2008 de 9,9%. O ano de 2006 teve o maior gasto em termos absolutos, equivalente a 1,814 bilhão de reais, o maior gasto *per capita*, 523,40 reais e o maior percentual de gasto com Saúde do Produto Interno Bruto (PIB), 7,95%. O maior financiador do SUS no Ceará é o governo federal, 39,7%, seguido do estadual, 35,8%, e finalmente os municípios, 24,5%. Entretanto, em termos de variação percentual no período, o movimento é inverso: o incremento maior é dos municípios, 45,2%, seguido do estado, 14,1%, e, por último, o federal, 4,7%. Para efeito da EC n° 29 no estado, observam-se inclusão de gastos não considerados ações e serviços de Saúde.

Palavras-chave: Financiamento em Saúde. Financiamento governamental. Economia da Saúde. Ceará (CE).

Financiamento e Gastos em Saúde 2011

ANDREAZZI, Maria de Fatima Siliansky de et al. Copagamentos no sistema público brasileiro: anomalia ou tendência?. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 105, p. 89-109, jan./mar., 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/sssoc/n105/06.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2013.

Resumo: O copagamento como complemento ao financiamento de unidades públicas de Saúde é uma recomendação específica do Banco Mundial para reformar sistemas de Saúde e tem sido amplamente utilizado no contexto internacional. O Brasil é uma exceção. O objetivo do trabalho foi analisar a situação do copagamento no Sistema Único de Saúde diante da constatação de sua ocorrência em dois municípios de uma microrregião de Minas Gerais. A questão principal a ser respondida foi: trata-se de um caso anômalo, isolado, ou uma prática não privilegiada pelas análises da implementação da política de Saúde no Brasil na atualidade, uma tendência a ser monitorada?

Palavras-chave: Serviços de Saúde. Financiamento em Saúde. Reformas dos serviços de Saúde. Economia da Saúde. Política de Saúde – Brasil.

AUREA, Adriana Pacheco et al. **Programas de assistência farmacêutica do Governo Federal**: estrutura atual, evolução dos gastos com medicamentos e primeiras evidências de sua eficiência, 2005-2008. Brasília: IPEA, ago. 2011. (Texto para discussão, n. 1.658). Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=10442>. Acesso em: 29 jan. 2013.

Resumo: O direito à saúde, previsto na Constituição brasileira, inclui o acesso a medicamentos por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Os programas de assistência farmacêutica do SUS são muitas vezes a única forma de obtenção de medicamentos para grande parte da população brasileira. Os gastos com esses programas exercem pressões potencialmente explosivas sobre os recursos públicos destinados à Saúde. Dada a importância da assistência farmacêutica pública para a saúde da população brasileira, o objetivo principal deste estudo é analisar a evolução recente das compras de medicamentos do governo federal para seus programas de assistência farmacêutica, no período de 2004 – 2008. Também foi feito um exercício inicial para avaliar se houve eficiência nas licitações realizadas pelo governo federal, no período de 2005 – 2009, para a aquisição de medicamentos de dois programas de assistência farmacêutica: coagulopatias hereditárias e diabetes. Foram utilizadas bases de dados pouco exploradas para esta finalidade. Os valores dos gastos para aquisição de medicamentos por meio de licitações foram obtidos a partir dos registros do Sistema de Administração de Serviços Gerais (Siasg). Observou-se que os gastos com aquisição de medicamentos, pelo menos daqueles que fazem parte dos programas de assistência farmacêutica sob responsabilidade do Ministério da Saúde (MS) e cujas compras são centralizadas na União, apresentaram relativa estabilidade, entre 2005 e 2008. As evidências encontradas indicam possível concentração das aquisições de determinados medicamentos no tempo. Existem indicações – que não devem ser generalizadas apressadamente de que alguns programas

específicos de assistência farmacêutica que são de responsabilidade do MS têm obtido ganhos de eficiência não desprezíveis. Um exemplo é o caso das aquisições de insulina humana NPH, que mantiveram as quantidades relativamente constantes, mas lograram redução no valor total da aquisição, decorrente de uma diminuição no preço unitário do medicamento. Isso pode ajudar a explicar o fato de que, apesar da relativa estabilidade dos gastos do governo federal com aquisição de medicamentos, a assistência farmacêutica pública federal parece estar conseguindo ampliar a cobertura.

Palavras-chave: Política Federal de Assistência Farmacêutica – Brasil. Política Nacional de Medicamentos – Brasil.

BARROS, Aluísio J. D.; BASTOS, João Luiz; DAMASO, Andréa H. Gasto catastrófico com saúde no Brasil: planos privados de saúde não parecem ser a solução. **Cad. Saúde Pública**, Rio de janeiro, v. 27, p. s254-s262, 2011. Suplemento 2. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v27s2/12.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2013.

Resumo: Estima o gasto catastrófico em Saúde no Brasil e identifica indicadores de vulnerabilidade. Utiliza dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002 – 2003 para derivar consumo domiciliar total, despesa com saúde e renda domiciliar. Define a posição socioeconômica por meio de quintis do Indicador Econômico Nacional, usando pontos de corte de referência para o País. A análise restringiu-se a domicílios urbanos. Define gasto catastrófico em Saúde como o gasto além de 10% e 20% do consumo domiciliar total e além de 40% da capacidade de pagar. Estimativas do gasto catastrófico em Saúde variaram de 2% a 16%, dependendo da definição. Para a maioria delas, ele foi mais alto entre os pobres. A Região Centro-Oeste apresentou as maiores proporções de gasto catastrófico em Saúde, enquanto que o Sul e o Sudeste apresentaram as mais baixas. Presença de um idoso, plano privado de saúde e posição socioeconômica associaram-se com o desfecho, sendo que a cobertura por plano de saúde não protegeu contra o gasto catastrófico em Saúde.

Palavras-chave: Gastos em Saúde. Serviços de Saúde. Planos de saúde. Saúde complementar.

FRANCA, José Rivaldo Melo de; COSTA, Nilson do Rosário. A dinâmica da vinculação de recursos para a saúde no Brasil: 1995 a 2004. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 241-257, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v16n1/v16n1a27.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: Examina a participação federal no financiamento da Saúde no Brasil, no período de 1995 a 2004, a partir das iniciativas institucionais de vinculação e indexação de recursos, levando em consideração o ajuste macroeconômico praticado no período e a influência do papel das instituições na proteção do fluxo financeiro. Examina também a eficiência dos mecanismos institucionais adotados com o propósito de garantir a regularidade e a ampliação do fluxo de meios, analisando-se o desempenho da Contribuição Provisória sobre a Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (CPMF) e da Emenda Constitucional n° 29 (EC n° 29), iniciativas que vêm tendo seus efeitos questionados em termos de ampliação de valores. Demonstra o impacto alocativo de tais medidas a partir da análise estatística do emprego em saúde dos recursos da CPMF em relação à sua

arrecadação e dos efeitos das medidas de indexação de recursos da União, via EC n° 29, por meio da comparação do aporte federal em Saúde antes e após a sua aplicação.

Palavras-chave: Financiamento da Saúde. Proteção institucional. Vinculação de recursos.

GARCIA, Leila Posenato et al. **Epidemiologia das doenças negligenciadas no Brasil e gastos federais com medicamentos**. Brasília: IPEA, abr. 2011. (Texto para Discussão, n. 1.607). Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=8064>. Acesso em: 29 jan. 2013.

Resumo: A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a organização Médicos Sem Fronteiras propuseram recentemente a denominação "doenças negligenciadas", referindo-se àquelas enfermidades, geralmente transmissíveis, que apresentam maior ocorrência nos países em desenvolvimento, e "mais negligenciadas", exclusivas dos países em desenvolvimento. Leishmanioses, Doença de Chagas (DC), tracoma, hanseníase e malária, além de diversas parasitoses, são apenas alguns exemplos de doenças negligenciadas. Dada a importância do combate a estas como ferramenta promotora do desenvolvimento socioeconômico, e com o intuito de subsidiar a discussão sobre a política de pesquisa e desenvolvimento (P&D) de medicamentos no Brasil, o presente estudo avalia a situação epidemiológica das doenças negligenciadas com maior ocorrência no Brasil. Analisa também os gastos do governo federal com medicamentos para o tratamento dessas morbidades, identificando os fármacos, formas farmacêuticas e seus respectivos custos, no período de 2005 – 2008. Nesse sentido, observa-se que, apesar da elevada ocorrência das doenças negligenciadas no Brasil, os gastos do Ministério da Saúde (MS) com medicamentos para os programas de assistência farmacêutica das doenças negligenciadas são pequenos em relação ao gasto com outros programas, como o da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), por exemplo. Acredita-se que isso reflita a inexistência de medicamentos novos para o tratamento das doenças negligenciadas que seriam, portanto, sujeitos à proteção patentária e, consequentemente, mais caros. Por outro lado, o Brasil é um dos países em desenvolvimento que mais investe recursos em estudos de novas formas de tratamento para as doenças negligenciadas. Da mesma forma como é feito em outros países, poderiam ser propostas parcerias público-privadas (PPPs) para P&D na área de doenças negligenciadas no Brasil, uma vez que o País é diretamente interessado nos possíveis produtos dessas parcerias e possui capacidade técnica para isso.

Palavras-chave: Política Nacional de Medicamentos – Brasil. Vigilância em Saúde. Agravos à saúde.

IPEA. **Gasto social federal**: uma análise da execução orçamentária de 2010. Brasília, ago. 2011. (Comunicado do Ipea, n. 108). Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/ comunicado/110825_comunicadoipea108.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2013.

Resumo: Analisa a execução orçamentária federal do exercício de 2010, destacando a trajetória dos gastos de ministérios e outros órgãos sociais. Aborda os recursos aplicados nos programas e ações a cargo desses órgãos sob três enfoques: i) volume, ou seja, qual o montante de recursos aplicado pelos órgãos responsáveis pela área social; ii) nível de execução, isto é, quanto dos recursos autorizados foi de fato executado; e iii) perfil, qual a composição

destas despesas. Na quarta seção apresenta informações sobre as despesas com benefícios sociais a servidores públicos (fundamentalmente previdência e assistência médica, mas também determinados auxílios assistenciais e salários indiretos), que estão dispersas pelos ministérios responsáveis pelas áreas não sociais do governo federal. Tais despesas devem ser consideradas para que seja possível elaborar uma estimativa do total do Gasto Social Federal (GSF) em 2010.

Palavras-chave: Brasil – Execução orçamentária. Brasil – Investimentos sociais. Gastos públicos. Gasto Social Federal.

IPEA. **15 anos de gasto social federal**: notas sobre o período de 1995 a 2009. Brasília, jul. 2011. (Comunicado do Ipea, n. 98). Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/110708_comunicadoipea98.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2013.

Resumo: Apresenta a trajetória do Gasto Social Federal (GSF), tal como apurado e mensurado pela Disoc/Ipea, no período de 1995 a 2009. Especificamente, tratar-se-á da trajetória do GSF e das áreas de atuação em termos dos seus valores reais constantes – ou seja, observando-se o movimento dos indicadores já descontado o efeito da inflação acumulada no período –; e, quanto à *prioridade macroeconômica*, calculando-se o volume de recursos destinado/aplicado em cada área de atuação social medido como percentual do PIB. Para cumprir tais objetivos, o comunicado divide-se em quatro seções além desta introdução. Os dados relativos ao total do Gasto Social Federal são apresentados na próxima seção. Na terceira seção, rememora-se brevemente a importância das políticas sociais no enfrentamento à crise internacional de 2008–2009, vetor importante para explicar a trajetória do GSF no final do período aqui analisado. Na quarta seção, apresentam-se as trajetórias do GSF desagregada área a área – percebe-se que a dinâmica das diversas políticas que integram o GSF não é homogênea: cada área de atuação tem um ritmo de crescimento distinto, que responde a questões intrínsecas a elas. Como resultado desse movimento, a composição do GSF muda ao longo do período. Uma última seção traz algumas considerações finais.

Palavras-chave: Brasil – Execução orçamentária. Brasil – Investimentos sociais. Gastos públicos. Gasto Social Federal(GSF).

MACHADO JR., Sáris Pinto; IRFFI, Guilherme; BENEGAS, Mauricio. Análise da eficiência técnica dos gastos com educação, saúde e assistência social dos municípios cearenses. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n. 36, jan./jun. 2011. Disponível em: <www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/viewFile/223/204>. Acesso em: 25 jan. 2013.

Resumo: Avalia a eficiência técnica dos gastos municipais *per capita* em Educação, Saúde e Assistência Social para os municípios cearenses, referente a 2005. Para isso, utiliza a metodologia de Análise Envoltória de Dados (DEA), orientada pelos insumos e retornos constantes de escala, uma vez que se pretende obter resultados voltados para diminuir o gasto público e manter o nível de eficiência na prestação dos serviços à comunidade cearense. Nesses termos, pode-se dizer que este exercício empírico estima a eficiência técnica relativa, a eficiência escalar, bem como classifica os municípios analisados segundo essas medidas

e, ainda, aponta os municípios que são considerados como *benchmark* para cada modelo. Mostra por intermédio dos resultados que o modelo de gasto público, que agrega insumos e produtos dos serviços de Educação, Saúde e Segurança, apresenta 55% dos municípios sobre a fronteira de eficiência relativa. Por outro lado, os modelos específicos de Saúde, Educação e Segurança apontam baixa eficiência técnica no gasto público social. Conclui que há certa ineficiência técnica no tocante aos gastos públicos municipais do Ceará com Saúde, Educação e Segurança.

Palavras-chave: Eficiência técnica. DEA. Gasto público. Municípios cearenses. Metodologia de análise envoltória de dados.

MELAMED, Clarice; PIOLA, Sérgio Francisco (Org.). **Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília: IPEA, 2011. Disponível em: <www.en.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livro_politpublicas_saude.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2013.

Resumo: Aborda tanto questões do financiamento geral do Sistema Único de Saúde (SUS) – algumas que até mesmo extrapolam o âmbito setorial – quanto políticas de financiamento de ações e programas específicos que foram desenvolvidos pelo Ministério da Saúde nos últimos anos. Reúne análises de pesquisadores vinculados a diversas instituições, como a Universidade de Brasília, a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, a Universidade Federal da Bahia, a Câmara dos Deputados e a Universidade Federal do Rio de Janeiro, entre outras, que se juntaram a pesquisadores da Disoc/Ipea e da Direb/Fiocruz, constituindo um olhar bastante eclético sobre o financiamento de políticas e programas da Saúde. Temas como a controvérsia entre universalismo *versus* focalização; a reforma tributária e os riscos para o financiamento da Seguridade Social; incentivos à colusão, na indústria farmacêutica brasileira, gerados pela ameaça da entrada de medicamentos genéricos; incidência de custos transacionais em programas do Ministério da Saúde; emendas parlamentares da Saúde; judicialização do acesso a medicamentos; papel dos conselhos municipais de Saúde na fiscalização dos orçamentos públicos se somam a análises do financiamento e gasto público de Saúde, com focos particulares em assistência farmacêutica, vigilância em saúde pública, saúde do trabalhador, HIV/aids, serviços de média e alta complexidade e nas políticas de investimento do Ministério da Saúde.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS) – Brasil. Política Nacional de Saúde – Brasil. Saúde – Financiamento – Brasil. Economia da Saúde. Seguridade Social. Saúde do trabalhador. Gestão do SUS.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; SANTOS, Fausto Pereira dos. **Mensuração dos gastos tributários em saúde**: 2003-2006. Brasília: IPEA, jul. 2011. (Texto para discussão, n. 1.637). Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=9492>. Acesso em: 29 jan. 2013.

Resumo: A elaboração deste texto teve início na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e contou com o apoio dos técnicos da Receita Federal do Brasil (RFB). A mensuração

dos gastos tributários em Saúde é um desafio para os economistas, cientistas políticos, sanitaristas e gestores da área. Neste artigo, estimamos a renúncia de arrecadação fiscal em Saúde no período compreendido entre 2003 e 2006. Em particular, avaliamos os gastos tributários relacionados ao mercado de planos de saúde. Uma vez superada essa dimensão quantitativa, poderemos analisar com mais profundidade os problemas relacionados à renúncia fiscal no campo das políticas públicas, entre eles, o grau de eficiência e equidade do gasto federal em Saúde.

Palavras-chave: Financiamento da Saúde – Planejamento fiscal. Economia da Saúde.

PORTELA, Gustavo Zoio; RIBEIRO, José Mendes. A sustentabilidade econômico-financeira da estratégia Saúde da Família em municípios de grande porte. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1719-1732, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/09.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: A universalização da atenção básica e o compromisso orçamentário do Ministério da Saúde com a Estratégia Saúde da Família (ESF), por meio de novos incentivos sistemáticos de financiamento, têm se destacado no cenário da política de Saúde brasileira. Um dos grandes problemas é a expansão da estratégia para os grandes centros urbanos. Este artigo estuda a sustentabilidade econômico-financeira do ESF em municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes, segundo indicadores selecionados, considerando a região geográfica a que pertencem, porte populacional e a participação no Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família (Proesf). Os municípios da Região Sudeste, mais desenvolvida do País, apresentam, em média, melhores desempenhos econômico-financeiros, porém valores médios de cobertura de ESF mais baixos. Os municípios das regiões Norte e Nordeste, com as menores médias para indicadores de sustentabilidade econômico-financeira, são os que mais fizeram esforço de evolução no período. Assim, observamos a dinâmica entre maior capacidade fiscal e de comprometimento orçamentário com o setor Saúde para os municípios de maior porte e de regiões mais desenvolvidas economicamente, e maior vulnerabilidade e dependência de transferências federativas para os municípios de menor porte e em áreas menos desenvolvidas.

Palavras-chave: Financiamento em Saúde. Atenção básica. Sustentabilidade financeira.

QUINTELA, Mirelle Cristina de Abreu. **Gasto público social dos estados brasileiros**: um estudo sob a ótica da eficiência técnica. 2011. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Viçosa, Viçosa (MG), 2011.

Resumo: Os estudos sobre a eficiência do setor público e principalmente a identificação de seus determinantes têm ganhado espaço nas pesquisas em todo o mundo. É notório, a partir dos anos de 1980, um consenso entre os estudiosos que um "Bom Estado Democrático" deve ser eficiente no desempenho de suas funções, sejam elas provedoras e/ou reguladoras. Nesse contexto, a forma como as instituições são constituídas também influi no exercício eficiente das funções do Estado. A partir dessa ideia, avalia o desempenho e a eficiência do gasto público social dos estados, nas áreas de Educação e Cultura, Saúde e Saneamento,

Habitação e Urbanismo e Segurança Pública. Para a estimação dos parâmetros de determinação do desempenho agregado do setor público e das eficiências dos estados, lança-se mão da técnica de estimação paramétrica de fronteira de produção estocástica (Stochastic Frontier Approach – SFA). A SFA permite a detecção da ineficiência técnica, livre dos efeitos aleatórios, ou seja, livre de fatores que não são de responsabilidade do indivíduo analisado, tais como erros de medição e variáveis omitidas. Pelos resultados, de modo geral, identifica melhora no desempenho agregado dos estados das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, em detrimento de variações negativas no desempenho dos estados das regiões Sul e Sudeste, no período. Detecta também redução das desigualdades regionais, no que se refere aos resultados produzidos pelos estados na oferta dos bens e serviços incluídos no Indicadores de Desempenho do Setor Público (DSP), em todas as áreas analisadas. Ademais, confirmando a hipótese inicial, constata que as condicionantes ambientais, especificidades regionais, têm poder de determinação significativo sobre a eficiência observada nos estados quando da execução dos recursos públicos, nas áreas analisadas. Constata ainda que esse poder de determinação varia, dependendo do nível de eficiência do estado. Neste caso, quanto maior o nível de eficiência, menor a influência das especificidades regionais sobre o nível de eficiência dos estados.

Palavras-chave: Crescimento. Flutuações e planejamento Econômico. Gasto público social. Política social.

ROSA, Márcia Reis Rocha; COELHO, Thereza Christina Bahia. O que dizem os gastos com o Programa Saúde da Família em um município da Bahia?. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1863-1873, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/21.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: O Programa Saúde da Família (PSF) foi instituído pelo governo federal como estratégia para reverter o modelo assistencial. Identifica o fluxo das contas municipais desde as fontes de financiamento até as atividades de saúde, além de problematizar e avaliar a alocação dos recursos financeiros e a execução orçamentária do PSF no município de Santo Antônio de Jesus (Bahia) em 2005. Os dados financeiros foram coletados por meio de quatro tabelas propostas pelo National Health Accounts (NHA) e comparados com as fontes documentais. O resultado da pesquisa revelou gastos *per capita* das 16 unidades do PSF, que variaram de R$ 465,40 a R$ 62,30 *per capita*/unidade/ano. O gasto médio de uma unidade do PSF foi de R$ 17.302/unidade/mês em 2005, e o financiamento do governo federal foi de R$ 2.834/unidade/mês. Conclui-se que houve um financiamento irrisório do PSF por parte do governo federal e uma inexistência de cofinanciamento estadual e um grande esforço do município em ampliar o acesso aos serviços de Saúde por meio da Estratégia Saúde da Famiília (ESF). A escolha do município por essa estratégia pode ter inviabilizado outras atividades prioritárias devido aos recursos escassos, e a descrição das atividades registra um perfil que servirá para comparação em pesquisas futuras.

Palavras-chave: Financiamento da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS). Gastos com o PSF. Atividades de saúde. Contas em Saúde.

SANTO, Antônio Carlos Gomes do Espírito; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Financiamento, gasto e oferta de serviços de saúde em grandes centros urbanos do estado de São Paulo (Brasil). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1875-1885, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/22.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: Os desafios que se apresentam para implantação dos princípios doutrinários e operativos do SUS nos grandes centros urbanos têm motivado o desenvolvimento de estratégias particularmente voltadas para os municípios de porte populacional acima de 100 mil habitantes e suscitado o incremento de pesquisas que os elege como objeto de estudo. Busca apreender a evolução do financiamento e do gasto com Saúde nos municípios paulistas com população superior a 500 mil habitantes, excluído o município da capital, entre 2000 e 2006, estabelecendo um paralelo com a oferta de serviços ao longo deste período. Utiliza, para tanto, os dados da Fundação Seade, do Siops e do DATASUS. Conclui que há um gasto crescente com saúde superior ao crescimento da receita e da despesa global. Considerando os baixos valores de cobertura do Programa Saúde da Família (PSF) e o crescimento experimentado pela produção de procedimentos de média e alta complexidades, os recursos parecem direcionados para reprodução do modelo médico-assistencial tradicional. A heterogeneidade dos indicadores apresentados pelos diversos municípios apontam para a necessidade de estudos de casos, tanto simples quanto múltiplos, com vistas à identificação dos determinantes dessas diferenças.

Palavras-chave: Financiamento e gasto em Saúde. Integralidade em Saúde. Atenção à saúde em municípios de grande porte.

Financiamento e Gastos em Saúde 2012

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria et al. As emendas parlamentares no orçamento federal da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de janeiro, v. 28, n. 12, p. 2267-2279, dez., 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v28n12/06.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: O orçamento público brasileiro passou por mudanças na Constituição Federal de 1988. Instituíram-se mecanismos para integração das atividades de planejamento e orçamento, e definiram-se formas de participação do Poder Legislativo no processo orçamentário. As emendas parlamentares surgem nesse contexto. O artigo discute a participação das emendas no orçamento federal da Saúde no período de 1997 a 2006, reunindo elementos para a análise dos mecanismos de financiamento e planejamento setorial. Verificou-se uma participação significativa das emendas no período, reunindo mais da metade dos recursos de investimento em alguns anos. A Região Norte destaca-se pelo aporte de recursos, indicando a necessidade de estudos que aprofundem a relação entre destino de emendas e coalizões político-partidárias. Conclui-se que as emendas não podem ser compreendidas apenas como um mecanismo de financiamento, mas também como um mecanismo da política, não estando submetidas obrigatoriamente à lógica do planejamento, o que reforça a necessidade de maior transparência do poder público na execução orçamentária.

Palavras-chave: Política de Saúde – Brasil. Financiamento em Saúde. Saúde – Orçamento.

CARMO, Carlos Roberto Souza et al. Determinantes dos gastos dos cidadãos brasileiros com assistência à saúde: uma contribuição a partir de um estudo empírico-quantitativo em todo território nacional. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, ago. 2012. Disponível em: <www.jbes.com.br/images/v4n2/art04.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2013.

Resumo: Ao tomar por base o detalhamento dos gastos referentes a "assistência à saúde" da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) 2008/2009, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e com o objetivo geral de identificar os determinantes dos gastos individuais com Saúde realizados mensalmente pelo cidadão brasileiro, inicialmente, este estudo foi composto por 10 variáveis de estudo e 22 variáveis explicativas, todas relativas a todos os estados brasileiros e ao Distrito Federal. Ao término dessa pesquisa, as evidências coletadas permitiram inferir que cada cidadão deste País incorre mensalmente em gastos fixos com remédios em torno de R$3,94. Além disso, esse estudo identificou uma tendência positiva em que, a cada R$1,00 gasto com Educação, o brasileiro tende a gastar R$0,52 com remédios, e, adicionalmente, para cada um quilograma de produtos laticínios consumidos, o brasileiro tende a gastar R$2,18 com remédios todo mês.

Palavras-chave: Despesas em Saúde. Gastos com Saúde. Acessibilidade aos serviços de Saúde.

CARMO, Manuela Santos Nunes do. **O financiamento e o gasto social do estado de São Paulo em contexto de descentralização e ajuste fiscal**: educação básica, saúde, habitação e transporte público urbano (1997-2009). 2012. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Campinas (UNICAMP), Campinas (SP), 2012.

Resumo: Analisa a institucionalidade, o financiamento e o gasto executados pelo governo estadual em São Paulo, no período de 1997 a 2009, a partir de uma tipologia que dispõe as políticas sociais em (i) ensino básico, (ii) saúde e (iii) habitação e transporte público urbano. Considerando que a capacidade estadual de se financiar e realizar gastos é um indicativo de sua capacidade de implementar políticas, a avaliação mostra que os aspectos relacionados à nova fiscalidade, introduzidos na década de 1990, restringiram o poder e o espaço de atuação da esfera estadual de desenvolver e ampliar programas em seu território. Nas áreas de Saúde e Educação Básica, esta situação de fragilidade intensificou-se com o modelo de descentralização adotado a partir da Constituição de 1988, devido ao crescente peso da relação administrativa e financeira direta entre a esfera federal e os municípios que marginalizou o governo estadual. Este processo, contudo, não envolveu os setores de habitação e transporte público urbano, nos quais estados e municípios já vinham atuando desde antes da promulgação da Constituição de 1988 e das estratégias federais descentralizadoras da década de 1990, dando espaço à maior presença estadual na gestão destas políticas.

Palavras-chave: Políticas sociais. Política fiscal. Responsabilidade fiscal. Governo estadual.

ESPÍRITO SANTO, Antônio Carlos Gomes do; FERNANDO, Virgínia Conceição Nascimento; BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin. Despesa pública municipal com saúde em Pernambuco, Brasil, de 2000 a 2007. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 861-871, 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a09.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: Identifica o impacto produzido pelas medidas de macropolítica postas em prática na segunda metade dos anos 1990 no crescimento do valor da despesa pública com Saúde e na possível redução da desigualdade alocativa; foi realizado um estudo descritivo, transversal, de natureza quantitativa, abrangendo os 184 municípios de Pernambuco. Utiliza dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), elegendo-se como indicador a despesa com Saúde sob a responsabilidade do município por habitante. Analisa a correlação desta variável com o Índice de Desenvolvimento Humano municipal, o porte populacional e o valor do orçamento municipal *per capita*. Demonstra que, embora o crescimento percentual dos gastos municipais com Saúde seja, em média, de 190,76%, os valores *per capita* ainda mostram-se bastante reduzidos, situando-se em torno de R$183,79, bem abaixo das médias nacional e macrorregional. Tanto a despesa *per capita* com Saúde quanto seus percentuais de crescimento, distribuem-se de forma bastante irregular entre as regiões de Saúde e entre os municípios de uma mesma região. Conclui que existe profunda desigualdade entre os municípios na distribuição dos recursos públicos para a Saúde, a despeito das medidas de macropolítica adotadas com vistas à sua redução.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS). Economia da Saúde. Financiamento em Saúde. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops).

FERREIRA-DA-SILVA, Andre Luis et al. Diretriz para análises de impacto orçamentário de tecnologias em saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 7, p. 1223-1238, jul., 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v28n7/02.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: Análises de Impacto Orçamentário (AIO) fornecem previsões financeiras operacionais para a implementação de uma nova tecnologia em um sistema de Saúde. Até o momento, não havia recomendações específicas para o desenvolvimento de AIO no Brasil. Apresenta uma revisão dos métodos usados nas AIOs de tecnologias da Saúde e propõe recomendações para seu uso nos âmbitos do SUS e do sistema de Saúde Suplementar. Elenca as recomendações principais: analisar pela perspectiva do gestor; empregar horizonte temporal de 1 a 5 anos; comparar cenários de referência e alternativos; considerar taxa de incorporação da tecnologia; delimitar a população de interesse pela abordagem epidemiológica ou por demanda aferida; considerar restrições para acesso ou fatores indutores de demanda; considerar custos diretos incorridos e evitados; não ajustar para inflação ou descontos; integrar as informações em planilha eletrônica; calcular o impacto orçamentário diferencial entre cenários; sintetizar as informações em um relatório de impacto orçamentário.

Palavras-chave: Saúde – Diretrizes para o planejamento. Financiamento da Saúde. Avaliação em Saúde.

FUNCIA, Francisco R. Caixa único do SUS: da mania de descumprir a lei para a ousadia de cumprir a lei. **Observa Saúde SP**, postado 10 set. 2012. Disponível em: <observasaude.fundap.sp.gov.br/Lists/Notcias%202/DispForm.aspx?ID=2466>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: Avalia, em caráter introdutório, a criação do "Caixa Único do SUS" pela União, estados, Distrito Federal e municípios em consonância com a legislação que rege a gestão financeira do Sistema Único de Saúde (SUS), de forma a centralizar os repasses oriundos da União e dos estados para os municípios. Para isso, a Seção 1 contextualiza a discussão sobre o "excesso de regras" para esses repasses. A Seção 2 trata do "excesso de regras" nos repasses financeiros enquanto fator que restringe a ação do formulador da política de Saúde em âmbito local e a criação do "Caixa Único do SUS". Por fim, apresenta as considerações finais.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS) – Condições de gestão. Gestão do SUS. Financiamento da Saúde – Brasil.

GONÇALVES, Renata Weber; VIEIRA, Fabíola Sulpino; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n.1, p. 51-58, 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v46n1/3113.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2013.

Resumo: Analisa a evolução de estimativas do gasto federal com o Programa de Saúde Mental desde a promulgação da lei nacional de Saúde Mental. Observa, a partir dos resultados obti-

dos, o crescimento real de 51,3% do gasto em Saúde Mental no período. A desagregação do gasto revelou aumento expressivo do valor extra-hospitalar (404,2%) e decréscimo do hospitalar (-39,5%). O gasto *per capita* teve crescimento real menor, embora expressivo (36,2%). A série histórica do gasto *per capita* desagregado mostrou que em 2006, pela primeira vez, o gasto extra-hospitalar foi maior que o hospitalar. O valor *per capita* extra-hospitalar teve o crescimento real de 354,0%; o valor *per capita* hospitalar decresceu 45,5%. Conclui que houve crescimento real dos recursos federais investidos em Saúde Mental entre 2001 e 2009 e investimento expressivo nas ações extra-hospitalares. Houve inversão no direcionamento dos recursos, a partir de 2006, na direção dos serviços comunitários. O componente do financiamento teve papel crucial como indutor da mudança de modelo de atenção em saúde mental. Argumenta que o desafio para os próximos anos é sustentar e aumentar os recursos para a Saúde Mental em um contexto de desfinanciamento do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Saúde mental. Avaliação de programas e projetos de Saúde. Economia da Saúde. Gastos em Saúde. Alocação de recursos. Política de Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS).

LEITE, Valéria Rodrigues; LIMA, Kenio Costa; VASCONCELOS, Cipriano Maia de. Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1849-1856, 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v17n7/24.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: Aborda a temática do financiamento e o processo de descentralização tendo como objetivo examinar a composição, a direção e a gestão dos recursos na área da Saúde. Constitui a amostra a ser investigada por 14 municípios do Estado do Rio Grande do Norte. Envolve coleta de dados referente às transferências, recursos próprios municipais e gastos com atenção básica. Na análise da gestão, realiza-se um levantamento com os dirigentes locais e conselheiros. Observa-se que o financiamento do Sistema Único de Saúde se faz às expensas das transferências federais e receitas municipais, com pequena participação dos recursos estaduais. A direção dos gastos tem privilegiado a atenção básica. No processo de gestão, verifica-se a centralização das ações nas prefeituras. As secretarias municipais e os conselhos cumprem em parte a legislação e apresentam dificuldades na autonomia e no controle social. Mostra, a partir dos resultados, que os instrumentos de planejamento e gestão são limitados em função das contradições presentes no contexto institucional, político e cultural no âmbito regional.

Palavras-chave: Financiamento em Saúde. Descentralização. Políticas públicas de Saúde. Gestão em Saúde.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. **Economia e Sociedade**, Campinas (SP), v. 21, n. 2, p. 345-362, ago., 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ecos/ v21n2/a05v21n2.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: A partir da leitura da literatura produzida no período 1985 – 2008, resgata qual era o entendimento sobre as bases de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no momento da Constituição de 1988. Apresenta os conflitos presentes ao longo de seus 20 anos de existência, evidencia a incerteza que cerceia seu financiamento e identifica as diferentes propostas de reordenamento de seu custeio. Sua principal conclusão é de que, durante esse tempo, não foi construído um financiamento compatível com uma política de saúde universal e integral.

Palavras-chave: Financiamento do SUS. Seguridade Social. Política de saúde universal.

MENDES, Áquilas; MARQUES, Rosa. O direito universal à saúde em risco: a fragilidade histórica do financiamento e as incertezas dos governos Lula. **Análise Econômica**, Porto Alegre, v. 30, n. especial, p. 35-58, set., 2012. Disponível em: <seer.ufrgs.br/ AnaliseEconomica/article/view/25358/21532>. Acesso em: 21 jan. 2013.

Resumo: Identifica os conflitos que estiveram presentes nas bases de financiamento do SUS, ao longo de duas décadas de sua existência, destacando a permanência dos constrangimentos e das incertezas que cercearam seu desenvolvimento durante os anos dos governos Lula. Ao final desses governos, os conflitos continuam abertos e estão longe de serem resolvidos, na medida em que o SUS não conseguiu, até o momento, ter fontes estáveis, definidas e seguras para seu financiamento e não dispor de um gasto público em Saúde condizente com a média dos demais países que têm sistema universal. Argumenta que, para enfrentar essa situação, teria sido importante que os governos Lula, antes mesmo de aumentar recursos, tivessem elevado a Saúde à condição de prioridade entre as políticas de governo, valorizando-a como um direito social universal.

Palavras-chave: Saúde universal. Financiamento do SUS. Governos Lula.

PELEGRINI, Maria Lecticia de; CASTRO, Janice Dornelles de. Expectativa de vida e gastos públicos em saúde. **Análise Econômica**, Porto Alegre, v. 30, n. especial, p. 97-107, set., 2012. Disponível em: <seer.ufrgs.br/AnaliseEconomica/ article/view/25879/21542>. Acesso em: 21 jan. 2013.

Resumo: Estuda sobre a correlação entre expectativa de vida e nível de gastos públicos em Saúde. Utiliza a base de dados do Banco Mundial (amostra de 179 países nos anos de 2003 a 2007). O modelo delineado utiliza a expectativa de vida em função dos gastos públicos. Os resultados indicam relação significativa entre as variáveis. Na ausência de gastos públicos em Saúde, a expectativa de vida é de apenas 49,67 anos. O aumento no gasto público *per capita* em Saúde tem um impacto positivo, mas não linear, sobre a expectativa média de vida: para cada dólar de gasto em Saúde, há um aumento de 3,93 anos. A expectativa de vida tende a crescer com o aumento dos gastos públicos em Saúde. No entanto o impacto na expectativa de vida depende dos níveis de gastos já existentes em cada país. Onde os gastos públicos são baixos, essa relação tende a ser maior. Nos países com altos níveis de gastos, o aumento dos gastos deverá ser ainda maior para que se verifique um impacto significativo na expectativa de vida.

Palavras-chave: Economia da Saúde. Desenvolvimento econômico. Expectativa de vida.

PIOLA, Sergio Francisco Piola et al. Financiamento do Sistema Único de Saúde: trajetória recente e cenários para o futuro. **Análise Econômica**, Porto Alegre, v. 3, n. especial, p. 9-33, set., 2012. Disponível em: <seer.ufrgs.br/AnaliseEconomica/article/view/25261/21530>. Acesso em: 21 jan. 2013.

Resumo: Apresenta cenários possíveis para o financiamento público da Saúde nas próximas décadas. Discute a peculiaridade relacionada ao financiamento público perpassar por todos os segmentos, público e privados; analisa o financiamento do SUS, especialmente as repercussões potenciais e reais da Emenda Constitucional n° 29. Os cenários construídos para o período 2012 a 2030 – pessimista, inercial e otimista – levam em consideração diferentes possibilidades de regulamentação da EC n° 29 e estimativas de crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) e das receitas tributárias, segundo diferentes elasticidades receita/PIB. Considera também, na construção dos cenários, diferentes possibilidades de crescimento e de regulação pública do segmento privado de serviços de Saúde.

Palavras-chave: Financiamento da Saúde. Gasto em Saúde. Financiamento do SUS. Cenários para o financiamento da Saúde.

RODRIGUES, Cristina Guimarães; AFONSO, Luís Eduardo. O efeito do status de sobrevivência sobre gastos com internações hospitalares públicas no Brasil em uma perspectiva temporal. **Est. Econ.**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 489-510, jul./set., 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ee/v42n3/a03.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: As projeções de gastos com Saúde apontam para um crescimento considerável das despesas em decorrência do envelhecimento populacional. No entanto estudos mostram que os gastos se concentram no fim da vida e, dessa forma, projeções que não levam em conta variáveis de proximidade à morte tendem a superestimar as projeções. Analisa a magnitude dos gastos com internações públicas no Brasil por *status* de sobrevivência, e identifica se existe uma relação entre despesas com internações para indivíduos próximos à morte e idade à morte. Os resultados mostram que o padrão de gastos por *status* de sobrevivência no Brasil é crescente por grupo etário para o grupo de sobreviventes, e decrescente para os indivíduos que faleceram. Também se verificou que a razão de gastos mortos/sobreviventes diminui com a idade. Projeção retrospectiva para 2007 mostra que o efeito do envelhecimento é menor quando o efeito da proximidade à morte é levado em consideração. Os resultados parecem indicar que os gastos hospitalares serão afetados mais por aumento no número absoluto de idosos do que por aumento da longevidade.

Palavras-Chave: Gastos com internação hospitalar. *Status* de sobrevivência – Brasil.

Área temática 4

Avaliação Econômica em Saúde

ARAUJO, Denizar Vianna. **Impacto econômico da insuficiência cardíaca no Sistema Único de Saúde**. 2004. Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2004.

Resumo: Descreve a utilização de recursos, custo direto e indireto da Insuficiência Cardíaca (IC), no período de 12 meses, no Hospital Universitário Antônio Pedro (Huap), em Niterói. Resultados: A população estudada constou de 70 pacientes (39 mulheres e 31 homens). A idade média foi de 60,3 anos. Um total de 465 admissões hospitalares (28,5% dos pacientes) ocorreu no Huap e em outros hospitais públicos no período de estudo. Houve 386 internações em enfermaria e 79 em unidade de tratamento intensivo (UTI). A estimativa do custo unitário com consulta ambulatorial foi de R$ 14,40. O custo com medicamentos ambulatoriais totalizou R$ 83.430,00 (custo por paciente/ano de R$ 1.191,86). A estimativa do custo por paciente internado foi de R$ 4.033,62. A estimativa do custo com exames complementares totalizou R$ 39.009,50 (custo por paciente/ano de R$ 557,28). Os pacientes com ocupação definida perderam 772 dias de trabalho. Os acompanhantes com ocupação definida perderam 1.037 dias de trabalho. A estimativa do custo com absenteísmo totalizou R$ 16.929,96 e R$ 20.740,00, respectivamente. Vinte pacientes foram aposentados precocemente em consequência da IC, representando perda de produtividade de R$ 182.000,00, no ano 2002. O custo total foi de R$ 444.445,20. Hospitalização representou 39,7% e a utilização de medicamentos 38,3% do custo direto. Conclusão: insuficiência cardíaca representa significativo impacto financeiro para o Sistema Único de Saúde. O custo com hospitalização e os gastos com medicamentos representaram os principais componentes do custo direto. Os custos indiretos, referentes ao absenteísmo e à aposentadoria precoce, representaram impactos econômicos semelhantes aos custos diretos.

Palavras-chave: Custo da doença. Insuficiência cardíaca. Economia da Saúde.

KRAUSS-SILVA, Letícia. Avaliação tecnológica em saúde: questões metodológicas e operacionais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. S199-S207, 2004. Suplemento 2. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/15.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2013.

Resumo: A cobertura de tecnologias/procedimentos, assim como os processos de elaboração de diretrizes clínicas, planejamento, gerência e avaliação de serviços e programas por parte dos governos dos países desenvolvidos cada vez mais dependem de avaliações tecnológicas formais. Aponta dificuldades de caráter metodológico e operacional e caminhos relevantes ao sucesso de atividades de avaliação tecnológica, particularmente, no Brasil. Foram revisadas as limitações atuais para a elaboração de revisões sistemáticas e avaliações econômicas, incluindo a questão da equidade e as tentativas de avanços nesse campo, propiciadas por critérios de difusão em países desenvolvidos. As dificuldades operacionais para a elaboração e utilização de avaliações tecnológicas dependem, em nosso País, da adequação e disponibilização de dados e da formação de pesquisadores e tomadores de decisão nesse campo. Além das barreiras políticas, a implementação de

resultados das avaliações tecnológicas é dificultada, principalmente, por limitações metodológicas e validade de transferência de seus resultados para diferentes contextos, falhas de comunicação de várias naturezas e fatores do contexto da tomada de decisão externos à avaliação tecnológica, como disponibilidade de recursos, flexibilidade orçamentária e custos transacionais.

Palavras-chave: Serviços de Saúde. Avaliação da tecnologia biomédica. Análise custo-benefício.

MARINHO, Alexandre. **Evidências e modelos sobre a coexistência de hospitais com fins lucrativos e hospitais sem fins lucrativos no Sistema Único de Saúde brasileiro**. Rio de Janeiro: IPEA, set. 2004. (Texto para discussão, n. 1.041). Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_ content&view=article&id= 4239>. Acesso em: 3 fev. 2013.

Resumo: Apresenta alguns aspectos da presença e da atuação conjunta dos hospitais com fins lucrativos e dos hospitais sem fins lucrativos, contratados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Analisa as consequências de coexistência de hospitais com e sem finalidades lucrativas sobre o nível de atividade e a qualidade de serviços de internação hospitalar, dados os incentivos presentes no SUS. Apresenta um modelo para representar a oferta e a demanda por internação em hospitais, quando as variáveis observáveis são as que estão disponíveis no SUS e as taxas de mortalidade hospitalar são os resultados finais da atividade dos hospitais.

Palavras-chave: Unidades hospitalares. Administração em Saúde. Instituições de Saúde.

MARINHO, Alexandre. **Um estudo sobre as filas para internações e para transplantes no Sistema Único de Saúde brasileiro**. Rio de Janeiro: IPEA, nov. 2004. (Texto para discussão n. 1.055). Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4652>. Acesso em: 3 fev. 2013.

Resumo: Desenvolve e aplica, um arcabouço capaz de avaliar algumas das principais características das filas para tratamentos de saúde com internação no Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo o Sistema Nacional de Transplantes. Foi realizado um estudo qualitativo e quantitativo do tempo de espera nas filas, do tamanho (número de pessoas) e dos custos das filas nos hospitais. Foi realizada também uma identificação dos padrões das filas em sistemas de Saúde de países desenvolvidos e uma descrição da situação no SUS. Para a realização da avaliação quantitativa dos problemas, foram utilizados modelos de teoria das filas (*queuing theory*).

Palavras-chave: Internação hospitalar. Transplante de órgãos. Sistema Único de Saúde (SUS).

CARVALHO, Alexandre; CERQUEIRA, Daniel; LOBÃO, Waldir. **Socioeconomic structure, self-fuifilment, homicides and spatial dependence in Brazil**. Rio de Janeiro: IPEA, jul. 2005. (Texto para discussão, n. 1.105). Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4693>. Acesso em: 3 fev. 2013.

Resumo: Desenvolve modelo teórico para explicar a taxa de homicídios em uma determinada localidade e estimamos, por meio de métodos bayesianos, um modelo econométrico com estrutura espacial para testar as hipóteses. Admitimos que, na busca pela autorrealização, ao tomar a decisão por perpetrar a violência, o indivíduo responde não apenas a benefícios e custos econômicos esperados, mas a um sistema interno de premiação e punição, sintetizado pelas emoções. A valoração simbólica, em particular, no que diz respeito às normas estabelecidas e à valoração subjetiva da vida, depende dos laços de ligação socioeconômica e da faixa etária. As conclusões teóricas revelam que em localidades onde há maior desigualdade da renda, maior proporção de jovens na população e maior vulnerabilidade socioeconômica, maior deveria ser a probabilidade de vitimização por homicídio. Procuramos evidências das proposições teóricas com base em um modelo estatístico, regressivo, autorregressivo, espacial e misto, cujas informações cobriram 5.507 municípios brasileiros para os anos de 1999 a 2001. Calculamos o risco de um indivíduo residente em tal município sofrer homicídio e confrontamos essa variável com um conjunto de variáveis socioeconômicas estruturais, de modo a se obterem as elasticidades da taxa de homicídios e o efeito que a dependência espacial exerce para explicar o risco de vitimização local. Os resultados sugeriram haver evidências das proposições teóricas.

Palavras-chave: Homicídios. Violência social. Acidentes e violência. Políticas públicas de Saúde.

COSTA, João G et al. Tuberculose em Salvador: custos para o sistema de saúde e para as famílias. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 122-128, 2005. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v39n1/16.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2013.

Resumo: A tuberculose é uma das maiores causas de mortalidade no mundo, porém seus efeitos econômicos são pouco conhecidos. O objetivo do estudo foi o de estimar os custos do tratamento e prevenção da tuberculose para o sistema de Saúde (público e privado) e para as famílias. Resultados: o custo médio para tratamento de um caso novo de tuberculose foi de aproximadamente R$186,00 (US$103); para o tratamento de um paciente multirresistente, o custo foi 27 vezes mais alto. Os custos para o serviço público corresponderam a 65% em internações, 32% em tratamento e apenas 3% em prevenção. As famílias comprometeram cerca de 33% da sua renda com despesas relacionadas à tuberculose. Conclusões: apesar de o fato das famílias não terem que pagar por medicamentos e tratamento, dado que este serviço é oferecido pelo Estado, os custos familiares ligados à perda de rendimentos devido à doença foram muito elevados. A proporção utilizada em prevenção pelo ser-

viço público é pequena. Um maior investimento em campanhas de prevenção poderia não somente diminuir o número de casos, mas também levar a um diagnóstico precoce, diminuindo os custos associados à hospitalização. A falta de um sistema integrado de custos não permite a visualização dos custos nos diversos setores.

Palavras-chave: Tuberculose – Economia. Custos de cuidados de saúde. Efeitos psicossociais da doença. Tuberculose – Custos para as famílias.

GEORG, Alvaro E. et al. Análise econômica de programa para rastreamento do diabetes mellitus no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 452-460, 2005. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24800.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2013.

Resumo: Objetivo: diabetes *mellitus* é um problema de saúde pública com elevado ônus social e econômico, cujo diagnóstico é desconhecido em metade dos indivíduos portadores. Em 2001, o Ministério da Saúde realizou a Campanha Nacional para a Detecção do Diabetes *Mellitus*. Assim, o objetivo do estudo foi estimar o impacto econômico e o rendimento desse rastreamento populacional. Resultados: considerando-se a prevalência de diabetes *mellitus* não diagnosticado na população-alvo de 4,8%, o número provável de novos casos de diabetes *mellitus* diagnosticados foi de 518.579. Isso pressupondo que um terço dos participantes com teste positivo procurou a confirmação (23 casos por 1.000 rastreados). O custo por novo caso de diabetes *mellitus* diagnosticado a partir desses pressupostos seria de R$89. Em análises de sensibilidade, os resultados foram sensíveis ao percentual dos testes confirmatórios. Conclusão: Apesar dos expressivos custos com a campanha de rastreamento no Brasil, o rendimento foi comparável a outras ações preventivas e, em termos absolutos, o custo por novo caso de diabetes *mellitus* detectado foi inferior ao relatado por outros países.

Palavras-chave: Diabetes *mellitus* – Economia. Análise custo-benefício. Promoção da saúde. Diabetes *mellitus* – Diagnóstico. Diabetes *mellitus* – Prevenção e controle.

SANCHO, Leyla Gomes. **Avaliação econômica em saúde**: fundamentação teórica, abordagens e possibilidades à luz das terapias renais substitutivas. 2005. Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

Resumo: Contribui para uma análise sobre a coerência entre a teoria e a prática no que se refere à consecução de estudos de avaliação econômica em Saúde, em especial por meio da técnica do custo-efetividade/utilidade, e, como consequência, avalia as possibilidades da execução desse tipo de estudo a partir dessa técnica, à luz do nosso contexto. Para tanto, realiza inicialmente uma revisão bibliográfica, a partir dos anos 1970, sobre a avaliação em Saúde, avaliação econômica em Saúde e análise de custo-efetividade e utilidade. O enfoque principal em relação aos temas foi relativo à fundamentação teórica, abordagens e perspectivas. O resultado da revisão demonstra que, dependendo da abordagem adotada, há um *continuum* entre a avaliação em Saúde e avaliação econômica em Saúde. Para a construção da evidência empírica sobre as reais possibilidades da execução de estudos aplicando a técnica do custo- efetividade no nosso meio, utiliza, como exemplo, o caso das terapias renais substitutivas em portadores de falência renal crônica. O resultado dessa construção

demonstra que há possibilidades, que, no entanto, ainda dependem da conjunção de outros fatores.

Palavras-chave: Avaliação de custo-efetividade. Terapia de substituição renal. Falência renal crônica.

MENDONÇA, Mário Jorge Cardoso de; MOTTA, Ronaldo Seroa da. **Saúde e saneamento no Brasil**. Rio de Janeiro: IPEA, abr. 2005. (Texto para discussão, n. 1.081). Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4261>. Acesso em: 3 fev. 2013.

Resumo: Foi significativa a redução da mortalidade infantil no Brasil associada às doenças de veiculação hídrica ao longo das últimas duas décadas. Usando um modelo de estrutura epidemiológica, nosso estudo demonstra que essa redução foi alcançada com a melhoria na cobertura dos serviços de Saneamento e também devido ao acesso aos serviços de Educação e Saúde. Com base nos resultados econométricos, estimamos o custo médio de salvar uma vida para cada tipo de serviço. Considerando esses custos, a contínua redução do analfabetismo garante a alternativa mais barata para baixar mais ainda a incidência desse tipo de mortalidade. Por outro lado, gastos defensivos de Saúde apresentam custos quase equivalentes aos respectivos custos relacionados com a expansão dos serviços de Saneamento quando se trata da mesma magnitude de redução dessa taxa de mortalidade.

Palavras-chave: Saneamento – Brasil. Política de saneamento. Saneamento urbano.

OPAS. **Seminário Internacional – Perspectivas para o fortalecimento dos mercados de medicamentos:** relatório final. Brasília, 2005. (Série Medicamentos e Outros Insumos Essenciais para a Saúde). Disponível em: <new.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=cat_view&Itemid=423&gid=1075&orderby=dmdate_published&ascdesc=DESC>. Acesso em: 18 jan. 2013.

Resumo: Apresenta resenhas das principais conclusões das apresentações dos convidados que participaram do Seminário Internacional *Perspectivas para o Fortalecimento do Mercado de Medicamentos Genéricos em Países em Vias de Desenvolvimento*, patrocinado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) do Ministério da Saúde do Brasil e pela Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS), em Brasília, em fevereiro de 2003.

Palavras-chave: Medicamentos. Medicamentos genéricos. Medicamentos essenciais. Vigilância sanitária. Indústria farmacêutica. Bioequivalência. Biodisponibilidade.

Avaliação Econômica em Saúde 2006

ALFADROTRECOGINA para o tratamento de Sepse Grave. **Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde**, Brasília, ano 1, n. 2, nov. 2006. Disponível em: <portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/788e308047458d1e963ed63fbc4c6735/02_11_06.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 3 fev. 2013.

Resumo: A alfadrotrecogina é a forma recombinante da proteína C humana, que se encontra suprimida nos casos de sepse. Até o surgimento deste medicamento, não havia nenhum tratamento específico para esta síndrome. O cuidado de pacientes com sepse consistia em medidas de suporte gerais e tratamento da causa subjacente. A demonstração do benefício do seu uso em pacientes com sepse grave associada à disfunção orgânica com redução da mortalidade foi apontada em apenas um ensaio clínico com graves falhas metodológicas. Um segundo ensaio clínico avaliou pacientes com menor gravidade (escore APACHE II inferior a 25) não demonstrando benefício. Aceitando-se os dados do estudo que demonstrou benefício, seria necessário usar alfadrotrecogina, durante 28 dias, em 17 pacientes de alto risco para evitar uma morte. Considerando-se o custo para o tratamento de um paciente médio (70 kg), o valor estimado para o SUS seria de R$ 43.193,00 por paciente.

Palavras-chave: Sepse grave – Tratamento. Medicamentos.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Gestão de Custos**: manual técnico de custos: conceitos e metodologia. Brasília, 2006. 76 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). ISBN 85-334-1113-8. Disponivel em: <dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/popup/06_0243.htm>. Acesso em: 19 jan. 2013.

Resumo: Objetiva difundir, em nível nacional, aspectos importantes e benefícios que a gestão de custos proporciona às instituições de Saúde, bem como homogeneizar conceitos e metodologias de sua apuração. Fornece instrumentos que estimulam a elaboração de informação gerencial para auxiliar os gestores na tomada de decisões. Subsidia o desenvolvimento de normas e procedimentos técnico-gerenciais para instituições de Saúde e será foco de constantes revisões para o seu aperfeiçoamento.

Palavras-chave: Saúde – Financiamento e gestão – Brasil.

BRATS: Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2006-. ISSN 1983-7003. Disponível em: <www.saude.gov.br/rebrats>. Acesso em: 5 mar. 2013.

Resumo: A Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) é um processo de investigação das consequências clínicas, econômicas e sociais da utilização das tecnologias em Saúde. No Ministério da Saúde, a ATS é uma das atribuições da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, por intermédio da atuação do Departamento de Ciência e Tecnologia,

com o objetivo de institucionalizar a ATS no SUS. Entendem-se como tecnologias em Saúde: medicamentos, equipamentos e procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, educacionais, de informação e de suporte e os programas e protocolos assistenciais, por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população. O Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde (Brats) apresenta análises epidemiológicas, de evidências clínicas e de custos de tratamento.

Palavras-chave: Saúde – Tecnologias. Saúde – Pesquisa e Inovação.

ENTECAVIR para o tratamento da Hepatite B crônica. **Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde**, Brasília, ano 1, n. 1, jun. 2006. Disponível em: <portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/509ecd0047458d1e963dd63fbc4c6735/01_06_06.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 3 fev. 2013.

Resumo: A hepatite B crônica é um dos maiores problemas de saúde pública em todo o mundo. Muitos foram os avanços em tratamento e prevenção da doença, como a vacinação de recém-nascidos e o tratamento com Alfainterferona e Lamivudina, disponível no Sistema Único de Saúde. Entecavir é um medicamento novo que poderá ser outra opção no tratamento desta enfermidade. Resultados de estudos publicados mostram que o medicamento é eficaz em reduzir a carga viral em pacientes sem prévio tratamento, embora não esteja definitivamente comprovada a eficácia na redução da inflamação hepática. O Entecavir foi bem tolerado nas doses de 0,5mg e 1mg diários por um período máximo de 48 semanas. Recomenda-se a realização de estudos comparativos com desfechos clínicos relevantes entre o Entecavir e as demais opções terapêuticas para hepatite B crônica, e melhor avaliação do potencial carcinogênico do Entecavir. A Lamivudina é, até o momento, o único medicamento com demonstrada eficácia sobre desfechos clinicamente relevantes, como retardo na descompensação hepática e diminuição na incidência de hepatocarcinoma.

Palavras-chave: Hepatite B crônica – Tratamento. Medicamentos.

FRANCO, Rosana Nunes de Abreu. **Estudo de custo Efetividade do ProAR**: um programa modelo para o controle da asma grave. 2006. Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

Resumo: Asma grave mal controlada resulta em grande impacto econômico para famílias e sistemas de saúde pública. Objetivos: análise de custo-efetividade do tratamento oferecido por um programa com equipe multidisciplinar e medicação inalatória gratuita, Programa de Controle da Asma e Rinite Alérgica na Bahia/Brasil (ProAR), comparado com o tratamento usualmente oferecido pelo sistema de saúde pública local. Foram também conduzidas análises de qualidade de vida e de custos familiares. Resultados: 64 pacientes com média de idade de 45 anos concluíram o estudo, sendo 53 (83%) mulheres. Durante o acompanhamento no programa, os pacientes tiveram, em média, redução de 5 dias de internação e de 68 visitas à emergência/consultas não agendadas por ano. Os escores de controle da asma (ACQ) e os de qualidade de vida (AQLQ) melhoraram ambos 29%. A economia anual de recursos públicos foi de R$ 836,00 por paciente, pois o aumento no custo com tratamento preventivo

foi largamente compensado pela redução em custos hospitalares. Foi realizada análise de sensibilidade que demonstrou que o ProAR se manteve mais custo-efetivo mesmo variando-se o parâmetro de custos com as internações. Conclusão: programas bem estruturados de controle da asma promovem qualidade de vida para os pacientes com economia de recursos para o governo e para as famílias.

Palavras-chave: Asma. Custo-efetividade. Custos familiares. Programa de Controle da Asma e Rinite Alérgica (ProAR) – Bahia – Brasil.

GODOY, Márcia Regina; BALBINOTTO NETO, Giácomo; RIBEIRO, Eduardo Pontual. Estimando as perdas de rendimento devido à doença renal crônica no Brasil. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA, 34., 2006. [**Anais...**]. Niterói: ANPEC, 2006. Disponível em: <www.anpec.org.br/encontro2006/artigos/A06A038.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2013.

Resumo: Estima as perdas de rendimentos individuais devido à doença renal crônica, a partir de dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad, 1998). Estima as perdas de rendimento por meio dos métodos dos mínimos quadrados ordinários e de regressão quantílica. Os resultados da regressão pelo método dos mínimos quadrados ordinários indicaram a redução de 11% na renda. Os resultados indicaram que os mais pobres têm maior redução de rendimento.

Palavras-chave: Doença renal crônica. Regressão quantílica. Equação de salários.

HADDAD, Nagib et al. Custos hospitalares da intervenção percutânea, com a colocação de *stents*, em pacientes coronarianos eletivos. **Rev. Adm. Saúde**, São Paulo, v. 8, n. 32, p. 90-94, jul./set. 2006.

Resumo: Objetivo: avaliar os custos hospitalares da angioplastia, com a colocação de *stents*, em pacientes coronarianos eletivos. Resultados: foi realizado o procedimento em 69 pacientes, com o custo médio total de R$ 4.994,47, intervalo de confiança de 95%, R$ 4.793,10 – R$5.195,84. Em dólares americanos, esses valores foram, respectivamente, US$ 1,989.83 e US$ 1,909.60 – US$ 2,070.06. Conclusão: o custo médio, na sala de cateterismo, foi de R$ 4.703,68 (94,2%); e na enfermaria, de R$ 290,83 (5,8%). Na sala de cateterismo, o maior custo médio foi dos materiais especiais (72,4%); e na enfermaria, o das diárias (71,6%). Estudos semelhantes devem ser realizados com outros procedimentos para tratamento da coronariopatia, a fim de avaliar e comparar o custo-benefício e o custo-efetividade de cada um deles, para melhor planejamento em Saúde.

Palavras-chave: Custos hospitalares. Doença da artéria coronariana. Economia da Saúde. Angioplastia – Economia. *Stents* – Economia.

LEITÃO, Raquel Jales et al. Custos da esquizofrenia: custos diretos e utilização de recursos no Estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 304-309, 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v40n2/28536.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2013.

Resumo: Objetivo: estimar o custo direto da esquizofrenia para o setor público. Resultados: do total de pacientes, 81,5% estão sob cobertura do SUS e encontram-se assim distribuídos: 6,0% internados, 23,0% em tratamento ambulatorial e 71,0% sem tratamento regular.

O custo direto total da esquizofrenia foi de R$222 milhões (US$191.781,327), 2,2% do total de gastos em Saúde do Estado, sendo 11% destinados ao tratamento ambulatorial e 79,2% às internações psiquiátricas. Conclusões: a maior parte dos pacientes com esquizofrenia no Estado está sem tratamento regular. Os achados apontam para a necessidade de se investir em pesquisas que possam orientar melhor alocação de recursos no tratamento dos transtornos mentais no País.

Palavras-chave: Gastos em Saúde. Custos diretos de serviços. Esquizofrenia.

MARINHO, Alexandre; CARDOSO, Simone de Souza. **Um estudo multinível sobre as filas para internações relacionadas com a gravidez, o parto e o puerpério no SUS**. Rio de Janeiro: IPEA, jan. 2006. (Texto para discussão, n. 1.151). Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4317>. Acesso em: 3 fev. 2013.

Resumo: Avalia os tempos de espera no Sistema Único de Saúde (SUS), para as internações relacionadas com o capítulo XV (gravidez, parto e puerpério) da CID-10[8] para os anos de 1999 e 2002. Primeiramente, estima os tempos de espera para atendimento com o auxílio de modelos da teoria das filas. Em seguida, identifica os fatores de risco materno, os de risco social e os fatores assistenciais determinantes desses tempos de espera, em modelos econométricos do tipo multinível.

Palavra-chave: Internação hospitalar.

MENDES, Constantino Cronemberger; SOUSA, Maria da Conceição Sampaio de. **O papel da demanda na despesa pública em educação e saúde em municípios brasileiros**. Brasília: IPEA, jul. 2006. (Texto para discussão, n. 1.197). Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4356>. Acesso em: 3 fev. 2013.

Resumo: Avalia o papel da demanda por serviços públicos locais como determinante no nível da despesa pública dos municípios brasileiros. Analisa também o papel do congestionamento e a presença de economias de escala na provisão de serviços públicos municipais. A metodologia utilizada envolve elementos teóricos e empíricos discutidos na literatura internacional das teorias do eleitor mediano e da despesa pública local, uma revisão das atribuições legais dos governos municipais na provisão de serviços públicos e a estimação de modelos de demanda por serviços públicos locais no Brasil. Métodos de regressões clássica, espacial e quantílica são utilizados nas estimativas, do ponto de vista estático, com uso de informações do ano censitário de 2000. Os resultados sugerem que o impacto do tamanho da cidade na qualidade dos serviços apresenta efeito congestionamento entre zero e 1 (com exceção de resultados específicos para o setor Saúde), e mostra-se decrescente, considerando as várias classes de despesa analisadas. Esse resultado surpreendente sugere que o efeito congestionamento deve ser maior para as grandes cidades. No entanto, avaliação mais cuidadosa mostra que as indivisibilidades limitam a provisão de certos serviços em pequenas cidades e concentram as provisões em grandes centros. Assim, as maiores despesas totais refletem não apenas um custo de congestionamento, mas também o fato de que há

[8] Publicado conforme original. Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4317>.

um conjunto maior de serviços disponível, quando comparado com as pequenas cidades. Então, no Brasil, diferentemente dos resultados tradicionais, o efeito congestionamento reduzido ao longo das classes de despesa totais pode estar refletindo elementos de escala medidos pelas elasticidades da população sobre o efeito preço.

Palavras-chave: Gastos públicos – Saúde. Gastos públicos – Educação.

TOSCANO, Cristiana Maria. **Análise de custo-efetividade do Programa Nacional de Rastreamento para Diabetes**. 2006. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

Resumo: Introdução: O diabetes *mellitus* (DM) é uma condição prevalente, de alto custo e associada a várias complicações. Apesar dos potenciais benefícios do rastreamento para DM em indivíduos de alto risco, o rastreamento ainda é controverso. Em 2001, o Brasil realizou um programa nacional de rastreamento para DM, convidando todos os indivíduos a partir dos 40 anos de idade a participar. Objetivos: este estudo tem como objetivos descrever a implementação do programa de rastreamento; estimar sua efetividade e impacto populacional; estimar o custo por caso de DM diagnosticado; e avaliar o custo-efetividade da estratégia de rastreamento. Conclusões: o programa de rastreamento realizado no Brasil foi uma iniciativa inédita, efetivo na mobilização de municípios e da população. Apesar dos altos custos, o custo por caso de DM diagnosticado foi inferior ao relatado por outros países. A razão de custo-efetividade foi semelhante à estimada por simulações do rastreamento seletivo em indivíduos de alto risco. Considerando evidências recentes de efetividade do tratamento precoce na redução de complicações e mortalidade por DM, análises de sensibilidade deverão ser realizadas considerando a variação destes parâmetros. Estes resultados são importantes para tomadores de decisão, em especial em países considerando estratégias de rastreamento para DM.

Palavras-chave: Diabetes *mellitus* tipo 2. Rastreamento. Análise econômica. Custo-efetividade.

CARVALHO, Alexandre X.; et. al. **Custos das mortes por causas externas no Brasil**. Brasília: IPEA, abr. 2007. (Texto para discussão, n. 1.268). Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4497>. Acesso em: 3 fev. 2013.

Resumo: A violência no Brasil é reconhecidamente um dos maiores problemas atualmente enfrentados pela sociedade. Entre as consequências daí originadas, a perda de vidas humanas representa custos substanciais. Cada vítima fatal da violência, do ponto de vista econômico, representa enorme perda de investimentos em capital humano e, portanto, de capacidade produtiva. Qual é o custo social dessas mortes violentas no Brasil? Analisando as pesquisas existentes, não encontramos resposta a essa pergunta, que é justamente o foco de nosso trabalho. Neste artigo, apresentamos uma metodologia para estimar a perda de capital humano devido a mortes violentas no Brasil, a partir da base de dados de renda dos trabalhadores do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e da base de dados de óbitos do Ministério da Saúde. Para combinar informações dessas duas bases de dados, inicialmente foram aplicados procedimentos de regressão não paramétrica para estimar curvas médias de rendimento anual dos trabalhadores. Essas curvas são então utilizadas para estimar a perda de produção para cada indivíduo morto prematuramente, vítima da violência. Incluem-se nessa análise ajustes pela tábua de sobrevivência da população em geral. Estimamos que, em 2001, esse custo era de R$ 9,1 bilhões devido aos homicídios, de R$ 5,4 bilhões devido aos acidentes de transporte e de R$ 1,3 bilhão devido aos suicídios. O custo total resultante das mortes por causas externas foi de R$ 20,1 bilhões. Estimamos, ainda, o total de anos de vidas perdidas que no total das causas externas foi de 4,96 milhões de anos, sendo 2,15 milhões devido aos homicídios e 1,24 milhão devido aos acidentes de transporte.

Palavras-chave: Custo de bem-estar. Violência social – Brasil. Desigualdade social. Administração em Saúde. Custos de cuidados de saúde.

CASTELO, Adauto et al. Estimativas de custo da hepatite crônica B no sistema único de saúde Brasileiro em 2005. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 53, n. 6, p. 486-491, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ramb/v53n6/a13v53n6.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2013.

Resumo: O objetivo deste estudo foi estimar o padrão de tratamento, a utilização de recursos e os gastos para cada estágio da HCVB (vírus da hepatite B), no ambiente do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, no ano 2005. Resultados: os gastos estimados dos pacientes foram separados em cada estágio da HCVB. O gasto estimado anual por paciente foi: R$ 980,89 para hepatite B crônica, sem cirrose e sem tratamento antiviral; R$ 1.243,17 para cirrose compensada, sem tratamento antiviral; R$ 22.022,61 para cirrose descompensada; R$ 4.764,95 para o carcinoma hepatocelular; e R$ 87.372,60 para o transplante hepático. Conclusão: os gastos estimados com procedimentos e medicamentos, excluindo antivirais, representaram os principais componentes do gasto da HCVB. Neste modelo, os gastos aumentam dramaticamente nos estágios mais avançados, sugerindo que retardar a progressão da doença poderá reduzir o gasto em longo prazo.

Palavras-chave: Hepatite B crônica. Custos e análise de custo. Custos de cuidados de saúde.

CERQUEIRA, Daniel R. C. et. al. **Análise dos custos e consequências da violência no Brasil**. Brasília: IPEA, jun. 2007. (Texto para discussão, n. 1.284). Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4541>. Acesso em: 3 fev. 2013.

Resumo: O crescimento da violência no Brasil, principalmente nos grandes centros urbanos, tem gerado uma enorme discussão acerca de quais seriam as consequências e os custos daí originados. Tal discussão é de fundamental importância, posto que os cálculos associados podem vir a orientar corretamente a alocação de recursos públicos para determinados programas que visem à diminuição desses incidentes, com base nos princípios da eficácia e eficiência, que pressupõem o conhecimento de relações custos e benefícios envolvidos. Contudo tal discussão esbarra normalmente em duas questões: i) na enorme variedade de definições e não concordância de quais seriam esses custos; e ii) na dificuldade metodológica para a obtenção desses cálculos, aliada à precariedade e inexistência de dados. Neste texto, além de apresentarmos estimativas dos custos da violência, inéditas para o Brasil, fornecemos uma descrição dos usos da análise econômica do custo-benefício e do custo-eficácia aplicados às políticas de prevenção à violência, bem como discutimos sucintamente as metodologias disponíveis para o seu cálculo. Estimamos que, em 2004, o custo da violência no Brasil foi de R$ 92,2 bilhões, o que representou 5,09% do Produto interno Bruto (PIB), ou um valor *per capita* de R$ 519,40. Deste total, R$ 28,7 bilhões corresponderam a despesas efetuadas pelo setor público e R$ 60,3 bilhões foram associados aos custos tangíveis e intangíveis arcados pelo setor privado.

Palavras-chave: Custo de bem-estar. Violência social – Brasil. Desigualdade social. Administração em Saúde. Custos de cuidados de saúde.

FERRAES, Alide Marina Biehl; CORDONI JR., Luiz. Consórcio de medicamentos no Paraná: análise de cobertura e custo. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, 2007. Disponível em: <bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6595/5179>. Acesso em: 21 jan. 2013.

Resumo: A redução de custos na compra de medicamentos é preocupação constante dos administradores públicos. Analisa a cobertura e custos do Consórcio Paraná Saúde (CPS), constituído para aquisição de medicamentos para prefeituras do Paraná. A cobertura abrangeu os municípios participantes e suas populações. Os custos dos medicamentos adquiridos foram comparados com os valores constantes no Banco de Preços do Ministério da Saúde (BP/MS). Até o final de 2000, o CPS atingia 88,2% dos municípios e 55,6% da população paranaense. Dos municípios participantes, 83,5% possuíam menos de 20 mil habitantes. Foram comparados os preços de 55 itens constantes na lista de compras do CPS e no BP/MS em 2000. Destes, 46 apresentaram preços menores nas compras do CPS, 1 teve preço igual e 8 apresentaram preços maiores. A aquisição pelo consórcio teve o custo de R$ 332.397,70 (29,7%) a menos do que custaria com os preços apontados no BP/MS. A constituição do CPS mostrou-se uma boa estratégia administrativa de Farmacoeconomia, propiciando agilidade e racionalidade no uso dos recursos financeiros, possibilitando a ampliação do acesso da população aos medicamentos.

Palavras-chave: Estratégia de gestão. Cobertura de serviços públicos de Saúde. Custos de medicamentos. Compras compartilhadas. Economia farmacêutica. Consórcio de medicamentos.

GUIMARÃES, Raphael Mendonça; ASMUS, Carmen Ildes Rodrigues Fróes; MEYER, Armando. Reintrodução do DDT para combate à malária: uma discussão de custo-benefício para a saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 2835-2844, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v23n12/03.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2013.

Resumo: O Dicloro-Difenil-Tricloroetano (DDT) é um inseticida persistente que foi amplamente utilizado no mundo a partir da década de 1940 até a de 1970, quando foi banido nos Estados Unidos e outros países. A maioria dos efeitos de sua toxicidade não é observável em formas agudas, mas especialmente após exposições crônicas. Entre estes aspectos em longo prazo estão os efeitos reprodutivos, que variam de acordo com o a época da vida em que as pessoas foram expostas. Os objetivos deste estudo são: revisar os principais efeitos toxicológicos do DDT na reprodução, estratificando de acordo com os períodos fisiológicos de exposição; e, a partir da magnitude desses efeitos, discutir o custo-benefício da volta da utilização do DDT com critérios definidos de eliminação de vetores da malária.

Palavras-chave: DDT. Pesticidas – Exposição. Malária.

HADDAD, Nagib et al. Custos hospitalares da cirurgia de revascularização do miocárdio em pacientes coronarianos eletivos. **Arq. Bras. Cardiol.**, Rio de Janeiro, v. 88, n. 4, p. 418-423, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/abc/v88n4/09.pdf>. Acesso em: 24 fev.2013.

Resumo: Avalia os custos hospitalares da cirurgia de revascularização do miocárdio em pacientes coronarianos eletivos e relacioná-los com o número de enxertos realizados. Resultados: o procedimento foi realizado em 103 pacientes, com o custo médio total de R$ 6.990,30, com um mínimo de R$ 5.438,69, um máximo de R$ 11.778,96, desvio-padrão de R$ 1.035,47 e intervalo de confiança de 95% de R$ 6.790,33-R$ 7.190,27, correspondendo, em dólares, a média de US$ 2.784,98, mínimo de US$ 2.166,81, máximo de US$ 4.692,81, desvio-padrão de US$ 412,54 e intervalo de confiança de 95% de US$ 2.705,31-US$ 2.864,67. O custo médio total para a cirurgia de três a cinco pontes foi maior (R$ 7.148,05) que para a cirurgia de uma a duas pontes (R$ 6.659,29) e a diferença foi significante (p<0,05). Conclui que os maiores custos médios foram no centro cirúrgico (R$ 4.627,97) e no pós-operatório imediato (R$ 1.221,39), seguidos pela enfermaria depois do pós-operatório imediato (R$ 840,04) e pela enfermaria inicial de pré-operatório (R$ 300,90).

Palavras-chave: Custos hospitalares. Doença arterial coronária. Economia da Saúde. Custos da cirurgia de revascularização do miocárdio.

MARINHO, Alexandre; CARDOSO, Simone de Souza; ALMEIDA, Vivian Vicente de. **Os transplantes de órgãos nos estados brasileiros**. Rio de Janeiro: IPEA, dez. 2007. (Texto para discussão, n. 1.317). Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4562>. Acesso em: 3 fev. 2013.

Resumo: Avalia alguns aspectos dos transplantes de órgãos nas unidades da Federação, nos anos de 2004, 2005 e 2006. Estimamos, com base em um modelo de teoria das filas, os tem-

pos de espera para transplantes de coração, córnea, fígado, pulmão, rim, pâncreas e transplante simultâneo de rim e pâncreas. Os resultados indicam redução na espera por alguns órgãos (córnea, e pâncreas); elevação em outros (fígado, coração, rim/pâncreas); e ligeiras flutuações, sem tendência muito definida, nos transplantes de rim e nos transplantes de pulmão ao longo do período estudado. Os estados da Região Sul, Sudeste (com a exceção do Rio de Janeiro), e Centro-Oeste têm os menores tempos de espera, as maiores produtividades e a maior capacidade de realização de transplantes do País. O Estado de São Paulo é o destaque positivo. Modelos de regressão revelam, no ano de 2006, a presença de uma correlação positiva entre as quantidades de transplantes *per capita* realizados e as quantidades de equipes transplantadoras *per capita* existentes nos estados.

Palavra-chave: Transplante de órgãos.

MARINHO, Alexandre; CARDOSO, Simone de Souza. Um estudo multinível sobre as filas para internações relacionadas com a gravidez, o parto e o puerpério no SUS. **Econ. Aplic.**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 527-554, out./dez., 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ecoa/v11n4/04.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: Avalia os tempos de espera no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro para as internações relacionadas com o capítulo XV (gravidez, parto e puerpério) da CID-10[9] para os anos de 1999 e 2002. Primeiramente, estima os tempos de espera para atendimento com o auxílio de modelos de teoria das filas. Os tempos de espera são longos e elásticos em relação às taxas de chegada e às taxas de atendimento no SUS, e variam muito entre municípios e entre estados. A seguir, estima, em modelos econométricos do tipo multinível, que o baixo peso ao nascer, as cesarianas, a taxa de fertilidade, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e a importação de pacientes não residentes são positivamente correlacionados com os tempos de espera nas filas. Os exames do tipo pré-natal, a quantidade de enfermeiros e o gasto total *per capita* em Saúde são negativamente correlacionados com esses tempos de espera.

Palavras-chave: Gravidez. Parto e puerpério. Filas de espera. Sistema Único de Saúde (SUS).

MARQUES, Heloisa Helena de Sousa et al. Custos da atenção à saúde das crianças expostas ou infectadas por HIV/AIDS atendidas em um hospital universitário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, p. S402-S413, 2007. Suplemento 3. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v23s3/08.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2013.

Resumo: Estima e analisa os custos de tratamento da criança com HIV/aids em um hospital universitário de São Paulo, Brasil. Analisa 291 prontuários de crianças expostas ou infectadas acompanhadas no Instituto da Criança, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, em março de 2002. O custo foi estimado por categoria de paciente (exposta e infectada) e nível de gravidade (graves e leves/moderados), com base na quantidade de procedimentos e insumos utilizados no tratamento, e valorizado monetariamente por meio do sistema de apuração de custos existente no Instituto da Criança. O custo total

[9] Publicado conforme o original. Diponível em: <www.scielo.br/pdf/ecoa/v11n4/04.pdf>.

estimado de tratamento da criança exposta ao HIV foi de R$ 956,41; e da criança infectada, de R$ 8.092,71 por ano. O custo do tratamento ambulatorial foi de R$ 6.047,28, R$ 3.714,45 e R$ 948,63, respectivamente para os pacientes infectados graves, leves/moderados e para as crianças expostas, e o custo médio de internação foi de R$ 19.353,34, R$ 18.823,16 e R$ 871,03, respectivamente. O custo foi fortemente influenciado pelo consumo de medicamentos e comparável aos obtidos pelos demais estudos publicados, embora inferior ao estimado em estudos internacionais.

Palavras-chave: HIV. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Custos de cuidados de saúde. Cuidado da criança.

MATOS, Afonso José de. **Análise da relação custo-efetividade do tratamento com DCI - Desfibrilador Cardioversor Implantável**. 2007. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), 2007.

Resumo: Objetivo: análise da relação custo-efetividade do tratamento com o uso do Desfibrilador Cardioversor Implantável (DCI) comparado com o tratamento clínico alternativo por meio de medicamentos. Revisão da literatura: o estudo contemplou a revisão da conceituação das técnicas de avaliação econômica e de apropriação de custos de procedimentos hospitalares, bem como experiências sobre a análise da relação custo-efetividade aplicadas às intervenções médicas consideradas na pesquisa. Métodos: o estudo utilizou a unidade de "Custo por AVG – Ano de Vida Ganho", como expressão do indicador de custo-efetividade. Resultados: o custo por AVG alcançado pelo estudo foi de R$ 20.530,00, cerca de US$ 9.550. Esse indicador de efetividade foi calculado com base nos parâmetros de custo incremental de R$ 54.200,00 e expectativa de vida de 2,64 anos, decorrentes do uso do DCI comparado com o tratamento clínico. Discussão: o estudo considerou comparações com indicadores da literatura, faixas de atratividade, análises de sensibilidade, impactos sobre financiamento e limitações da pesquisa. Conclusões: o índice de custo-efetividade do tratamento com DCI mostrou-se favorável, sob as condições de atratividade ajustadas à realidade brasileira, embora enfrente dificuldades de financiamento por parte do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o substancial impacto financeiro das indicações de uso do referido tratamento.

Palavras-chave: Anos de vida ganhos. Desfibrilador. Relação custo-efetividade.

MENDONÇA, Mário Jorge Cardoso de; MOTTA, Ronaldo Seroa da. Saúde e saneamento no Brasil**. Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n. 30, jun./dez., 2007. Disponível em: <www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/viewFile/33/33>. Acesso em: 25 jan. 2013.

Resumo: Foi significativa ao longo das últimas duas décadas, no Brasil, a redução da mortalidade infantil associada às doenças de veiculação hídrica. Usando um modelo de estrutura epidemiológica, nosso estudo demonstra que essa redução foi alcançada com a melhoria na cobertura dos serviços de Saneamento e também devido ao acesso aos serviços de Educação e Saúde. Com base nos resultados econométricos, estimamos, para cada tipo de serviço, o custo médio de salvar uma vida. Considerando-se esses custos, a contínua redução do analfabetismo garante a alternativa mais barata para baixar mais ainda a incidência desse

tipo de mortalidade. Por outro lado, gastos defensivos de Saúde apresentam custos quase equivalentes aos respectivos custos relacionados com a expansão dos serviços de Saneamento, quando se trata da mesma magnitude de redução dessa taxa de mortalidade.

Palavras-chave: Saneamento – Brasil. Política de saneamento. Saúde ambiental. Mortalidade infantil.

OLIVEIRA NETO, José Carneiro da Cunha. **Eficiência relativa dos sistemas municipais de saúde**. 2007. Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica de Brasília, Brasília (DF), 2007.

Resumo: A Economia da Saúde está entre as subáreas do pensamento econômico que mais têm se desenvolvido nos últimos anos. O estudo da alocação eficiente de recursos em uma área fundamental para o bem-estar de uma sociedade, ampla no quesito necessidades e onde a definição "recursos escassos" beira o radicalismo, assume grande importância em uma sociedade democrática que busque a melhoria da qualidade de vida de sua população. Estima uma fronteira eficiente do gasto em Saúde nos municípios brasileiros para, em seguida, buscar explicações para os diferentes níveis de eficiência na aplicação dos recursos. Para tanto, utiliza o Método de Análise Envoltória de Dados com rendimentos variáveis com orientação para insumos e, para análise dos fatores determinantes da produtividade, adotou-se um modelo de regressão do tipo Tobit. Essa abordagem é conhecida como análise envoltória de dados (DEA) em dois estágios. A fronteira calculada deixou claro os fortes contrastes existentes entre as diferentes regiões do País. A heterogeneidade característica do Brasil está presente na fronteira de eficiência calculada, dado que os municípios mais eficientes do Norte e Nordeste apresentam, em média, indicadores de expectativa de vida e a mortalidade infantil piores que os encontrados nos menos eficientes do Sul e Sudeste. O segundo estágio da Análise Envoltória, representado pela regressão Tobit, mostrou evidências da existência de ganhos de escala na prestação de serviços de Saúde e que municípios com pior distribuição de renda e menor infraestrutura urbana tendem a ser menos eficientes.

Palavras-chave: Econometria. Saúde pública – Municípios.

PINTO, Márcia Ferreira Teixeira. **Custos de doenças aco relacionadas:** uma análise sob a perspectiva da economia e da epidemiologia. 2007. Tese (Doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), 2007. Disponível em: <www.arca.fiocruz.br/handle/icict/435>. Acesso em: 23 fev. 2013.

Resumo: Calcula os custos das doenças acorrelacionadas, sob duas perspectivas do órgão financiador (Sistema Único de Saúde – SUS) e hospitalar. Sob a perspectiva do órgão financiador, foram calculados os custos das hospitalizações e dos procedimentos de quimioterapia produzidos para o tratamento de doenças acorrelacionadas, em 2005, dos seguintes grupos de enfermidades: câncer, aparelho circulatório e aparelho respiratório. O método de custeio sob esta perspectiva utiliza dados de risco relativo, fornecidos pelo Cancer Prevention Study II e da prevalência do agismo da Pesquisa Mundial de Saúde de 2003. A partir dessas duas bases, foi construída a Fração Atribuível ao Tabagismo. Aplica o método de cálculo de custos por patologia a cada caso da amostra e estes casos foram organizados em estratos, conforme

a presença de preditores clínicos que poderiam contribuir com a variação dos custos que, no caso das neoplasias, foram o estadiamento e as comorbidades associadas (diabetes *mellitus*, doença pulmonar obstrutiva crônica – Dpoc –, hipertensão e infarto agudo do miocárdio) ao diagnóstico principal, e das doenças cardíacas também as comorbidades associadas (câncer de pulmão, laringe e esôfago, diabetes *mellitus* e Dpoc).

Palavras-chave: Tabagismo. Custos de cuidados de saúde.

RODRIGUES, Rute I. et al. **Custo da violência para o Sistema Público de Saúde no Brasil**. Brasília: IPEA, ago. 2007. (Texto para discussão, n. 1.295). Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4854>. Acesso em: 3 fev. 2013.

Resumo: Aponta que o orçamento público em Saúde era da ordem de 53 bilhões de reais em 2003, considerando as três esferas de governo. Analisa este orçamento para responder à seguinte questão: qual é a parcela de recursos alocada para o tratamento de vítimas da violência? Duas limitações nos dados disponíveis dificultam o cálculo do custo do sistema de saúde público com a violência no Brasil. Em primeiro lugar, as informações disponíveis não permitem uma distinção dos procedimentos – e custos associados – adotados para o tratamento das vítimas de violência, daqueles atendimentos devidos às demais causas de morbidade, no nível ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SUS). Em segundo lugar, os pagamentos por serviços produzidos, que são registrados nos Sistemas de Informações Ambulatorial (SIA) e Hospitalar (SIH), significam apenas uma parte das despesas governamentais destinadas à rede de atendimento pública. De fato, uma parcela importante dos recursos provém dos orçamentos públicos estaduais e municipais que complementam os recursos repassados para a "remuneração por serviços produzidos" a partir do Fundo Nacional de Saúde (FNS). Para contornar estas dificuldades, propusemos uma metodologia que cruza informações do sistema de Saúde com informações sobre a demanda por atendimento ambulatorial, do suplemento de saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad – 2003). Segundo nossas estimativas, em 2004, o custo para o tratamento de vítimas de causas externas, de agressões e de acidentes de transporte corresponderam a R$ 3,8 bilhões, R$ 206 milhões e R$ 769 milhões, respectivamente. Esses resultados são cerca de sete vezes maiores que os custos verificados em outros trabalhos, que computaram apenas os custos com internações.

Palavras-chave: Custo de bem-estar. Violência letal – Brasil. Desigualdade social. Administração em Saúde. Internação hospitalar.

SHIKIDA, Claudio Djissey; ARAUJO JR., Ari Francisco; GAZZI, Rafael Almeida Vilhena. Teoria econômica do suicídio: estudo empírico para o Brasil. **Revista Análise Econômica**, Porto Alegre, v. 25, n. 48, set., 2007. Disponível em: <seer.ufrgs.br/AnaliseEconomica/article/view/10897/6477>. Acesso em: 21 jan. 2013.

Resumo: Analisa como variáveis econômicas influenciam as taxas de suicídios do Brasil. Para isso, analisa um *cross-section* estadual do ano de 2000. Os resultados sugerem que as previsões teóricas foram validadas em sua maioria. Identifica uma relação cúbica entre idade e as

taxas de suicídio. Do ponto de vista regional, as regiões Sul e Centro-Oeste possuem taxas de suicídio superiores às observadas no Sudeste. Os gastos com Saúde apresentaram efeito negativo sobre as taxas de suicídio, o que evidencia o papel das políticas públicas em Saúde como forma de prevenção.

Palavras-chave: Suicídio. Determinantes. Condições econômicas – Brasil.

SICHIERI, Rosely; NASCIMENTO, Sileia do; COUTINHO, Walmir. Importância e custo das hospitalizações associadas ao sobrepeso e obesidade no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1721-1727, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v23n7/25.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2013.

Resumo: Os custos de hospitalização associados ao sobrepeso/obesidade e às doenças associadas no Brasil foram estimados utilizando-se os dados das hospitalizações de homens e mulheres de 20 a 60 anos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) para o ano de 2001. O SUS cobre mais de 70% das hospitalizações. A fração atribuível a hospitalizações associadas com obesidade/sobrepeso ou doenças relacionadas foi estimada com base na combinação dos riscos relativos de coortes americanas e europeias. O custo direto total do sobrepeso/obesidade foi estimado pela soma do risco atribuível à população para cada morbidade multiplicada pelo valor de reembolso de cada morbidade. O total de custos foi equivalente a 3,02% dos custos totais de hospitalização em homens e 5,83% em mulheres, correspondendo a 6,8 e 9,3% de todas as hospitalizações (excluindo gestantes). O excesso de peso no Brasil tem impacto nas hospitalizações e nos custos similar ao observado em países desenvolvidos. Sendo a transição nutricional um processo em andamento no Brasil, o sobrepeso teve maior impacto nos custos do que a obesidade.

Palavras-chave: Obesidade. Sobrepeso. Hospitalização. Gastos em Saúde.

O TESTE de amplificação de ácidos nucléicos (nat) e as demais estratégias para detecção dos vírus HIV-1 e HCV na triagem de sangue doado. **Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde**, Brasília, ano 2, n. 3, nov., 2007. Disponível em: <portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/46c9998047458d1f9640d63fbc4c6735/brats4.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 3 fev. 2013.

Resumo: A tomografia computadorizada de múltiplos detectores (TCMD) é um tipo de tomografia helicoidal à qual foram acrescentadas fileiras de detectores que permitiram aumento do número de cortes a cada rotação. Essa tecnologia permitiu aumento das resoluções espacial e temporal, gerando cortes mais finos e mais rápidos. Essas vantagens são particularmente importantes para a imagem cardíaca mais suscetível a artefatos de imagem, já que o coração é um órgão em constante movimento. Na área de Cardiologia, existem, pelo menos, duas indicações propostas para essa tecnologia: a angiotomografia coronária como alternativa à angiografia coronária invasiva em indivíduos sintomáticos com probabilidade intermediária de doença arterial coronariana (DAC); e a quantificação do cálcio na placa aterosclerótica – escore de cálcio, como fator de risco para a DAC em indivíduos assintomáticos. Este boletim apresenta as evidências em relação à acurácia e à segurança da TCMD

apenas para a angiotomografia coronária. A literatura aponta resultados de acurácia satisfatórios em comparação à angiografia coronária invasiva. Contudo esses estudos apresentam limitações metodológicas que não permitem generalizar os resultados de acurácia para os indivíduos sintomáticos com probabilidade intermediária de DAC. A ideia de um exame não invasivo para o diagnóstico da DAC é promissora, entretanto as possíveis vantagens da TCMD em comparação à angiografia coronária invasiva devem ser consideradas em relação aos potenciais riscos e limitações associados a esta tecnologia, entre os quais podemos citar a elevada exposição à radiação pelo paciente e a necessidade de controle da frequência cardíaca com medicamentos.

Palavras-chave: Vírus HIV-1 e HCV – Diagnóstico.

Avaliação Econômica em Saúde 2008

AMORIM, Débora G et al. Atenção integrada às doenças prevalentes da infância: eficiência na atenção primária de saúde no Nordeste. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 183-190, 2008. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v42n2/6690.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2013.

Resumo: A atenção integrada às doenças prevalentes da infância é uma estratégia desenvolvida para contribuir na redução das principais causas de mortalidade infantil. O objetivo do estudo foi avaliar o impacto da estratégia sobre a saúde infantil. Resultados: as unidades que adotam a estratégia obtiveram desempenho significantemente melhor no atendimento de crianças doentes, sem custos adicionais em relação aos municípios que não a adotam. Nas unidades com a estratégia, 72% das crianças avaliadas foram atendidas corretamente, comparado com 56% nas unidades controle. O custo por criança atendida corretamente foi de US$13,20 *versus* US$21,05 nos municípios com e sem a estratégia respectivamente, após os ajustes para o tamanho das populações municipais. Conclusões: a estratégia melhorou a eficiência das unidades de atenção primária de saúde da região estudada. Em unidades de atenção primária com a estratégia, a qualidade do tratamento foi melhor, sem aumento de custos.

Palavras-chave: Bem-estar da criança. Assistência integral à saúde. Custos de cuidados de saúde. Serviços de saúde da criança – Organização e administração. Qualidade da assistência à saúde.

BRANDÃO, Cristina Mariano Ruas. **Avaliação econômica dos medicamentos destinados ao tratamento da osteoporose no Programa de Medicamentos Excepcionais do Ministério da Saúde**. 2008. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), 2008.

Resumo: A osteoporose é uma doença típica dos idosos e vem se tornando um dos problemas mais frequentes e relevantes no âmbito da saúde pública. Apresenta uma avaliação da eficácia dos medicamentos destinados ao tratamento da osteoporose e uma avaliação econômica buscando subsidiar as discussões a respeito dos protocolos clínicos, com base em evidências científicas existentes na literatura. Para isto, serão apresentados dois artigos: o primeiro, de avaliação da eficácia, no qual foi feita revisão sistemática sobre a literatura existente sobre o assunto. As bases de dados consultadas foram PubMed e Lilacs. Os desfechos estudados foram densidade mineral óssea, incidência de fraturas vertebrais e reações adversas aos medicamentos. O segundo artigo realiza uma análise farmacoeconômica, sob o ponto de vista do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de fornecer subsídios na discussão sobre os medicamentos destinados ao tratamento da osteoporose do Programa de Medicamentos Excepcionais do Ministério da Saúde. Este artigo trata da comercialização de medicamentos no Brasil, enfocando os fabricantes e as patentes; dos preços dos medicamentos adquiridos no setor público e no mercado nacional e internacional; do financiamento dos medicamentos excepcionais; do perfil sociodemográfico e clínico

dos pacientes que receberam medicamentos excepcionais destinados ao tratamento da osteoporose na Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais; e das características relacionadas ao gasto individual médio mensal com medicamentos excepcionais destinados ao tratamento da osteoporose.

Palavras-chave: Osteoporose – Economia. Osteoporose – Quimioterapia. Medicamentos excepcionais. Medicamentos essenciais. Economia farmacêutica. Política Nacional de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação de tecnologias em saúde**: versão revisada e ampliada. Brasília, 2008. 19 p. Folder. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_tecnologias_saude_ferramentas_gestao.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2013.

Resumo: Fôlder informativo sobre as ações desenvolvidas pelo Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT), que faz parte da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde.

Palavras-chave: Pesquisa em Saúde. Tecnologia em Saúde. Saúde – Avaliação de tecnologias.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação econômica em saúde**: desafios para gestão no Sistema Único de Saúde. Brasília, jan. 2008. 103 p. (Série A. Normas e manuais técnicos). ISBN 978-85-334-1443-3. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_economica_desafios_gestao_sus.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2013.

Resumo: Analisa a importância das análises econômicas em Saúde para tomadores de decisão, realizando revisão de experiências internacionais em análises econômicas e do processo atual de tomada de decisão no Brasil. Apresenta informações sobre o que são e tipos de análises econômicas em Saúde, como são conduzidas e como interpretá-las. Traz conceitos básicos, discorrendo sobre análise de custo-benefício, análise de custo-efetividade e análise de custo-utilidade. Apresenta alguns instrumentos e modelos, a aplicabilidade dos resultados, estratégias para análise e interpretação de estudos econômicos, bem como seus usos e limitações.

Palavras-chave: Análise econômica. Economia e organizações de Saúde. Saúde pública.

A CIRURGIA bariátrica no tratamento da obesidade mórbida. **Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde**, Brasília, ano 3, n. 5, set., 2008. Disponível em: <portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/7e38460047458d1f9641d63fbc4c6735/brats5.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 3 fev. 2013.

Resumo: A obesidade tem alcançado proporções epidêmicas mundialmente e representa um dos principais problemas de saúde pública no momento. Sua abordagem deve ser integral, de forma a garantir acesso à prevenção e ao tratamento clínico e cirúrgico. Este último, denominado cirúrgia bariátrica, somente deve ser indicado como última opção terapêutica para obesos mórbidos, estágio mais grave de obesidade. A cirurgia bariátrica tem como finalidades induzir e manter perda de peso corporal, assim como reduzir ou eliminar as comorbidades relacionadas à obesidade. Embora seja uma tecnologia amplamente difundida, ainda não há clareza com relação aos resultados em longo prazo, o que leva a necessidade

de revisão das evidências disponíveis na literatura. Com este objetivo, foi realizada busca por revisões sistemáticas e relatórios de agências de avaliação de tecnologias em Saúde, que resultou na identificação de um estudo de coorte e uma revisão sistemática, consideradas as melhores evidências disponíveis sobre o tema. O estudo de coorte, *Swedish Obese Subjects*, é um dos poucos estudos que comparou os resultados da cirurgia bariátrica com o tratamento clínico por um maior tempo de seguimento. A cirurgia bariátrica foi mais eficaz que o tratamento clínico em reduzir o peso corporal em obesos mórbidos acima de 40Kg/m^2 de Índice de Massa Corporal (IMC), reduziu algumas comorbidades associadas à obesidade, em especial o diabetes, e diminuiu o risco comparativo de morte em 29%. Com relação à segurança do procedimento, a taxa de mortalidade associada à cirurgia foi aproximadamente 0,5%, valor considerado baixo e aceitável pela maioria dos autores. Contudo limitações metodológicas dos estudos primários suscitam preocupação quanto à inexistência de evidência robusta com relação à ocorrência de outras complicações, cirúrgicas e clínicas, em especial as psiquiátricas, em longo prazo. No Brasil, esta preocupação cresce ao se considerar que são desconhecidas as condições de realização e acompanhamento de uma parte significativa dos indivíduos submetidos ao procedimento. É importante destacar que a cirurgia não representa cura para o problema da obesidade, e que o indivíduo que opta por realizá-la deve ter o compromisso de adotar medidas de mudança de estilo de vida e de um acompanhamento clínico multidisciplinar pelo resto da vida. É fundamental que o candidato à cirurgia e sua família sejam adequadamente informados sobre os riscos e preparados para lidar com as consequências do procedimento.

Palavras-chave: Obesidade mórbida – Tratamento. Cirurgia bariátrica.

FERREIRA, Christiane Alves; LOUREIRO, Carlos Alfredo. Custos para implantação e operação de serviço de saúde bucal na perspectiva do serviço e da sociedade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2071-2080, 2008. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v24n9/13.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2013.

Resumo: Avalia custos de implantação e manutenção da assistência odontológica no setor público. Os custos foram atualizados/depreciados de acordo com a vida útil e considerados na perspectiva do serviço e da sociedade. Os resultados mostraram que, para o serviço, o custo total de implantação de uma unidade odontológica com sete consultórios foi de R$ 860.643,67 no primeiro ano e R$ 545.419,23 para manutenção, sendo clínica geral a especialidade mais cara. Para a sociedade, o custo total foi de R$ 990.065,06 (implantação) e R$ 668.369,55 (manutenção) e a especialidade mais cara foi a de prevenção. Custos de capital representaram um pequeno percentual dos custos de uma unidade odontológica, entretanto deveriam ser considerados, pois podem modificar os resultados. Devido ao alto custo, intervenções preventivo-promocionais realizadas no ambiente clínico não deveriam ser recomendadas, devendo ser substituídas por ações populacionais amplas e de menor custo, uma vez que valores consideráveis necessitam ser desembolsados pela população de baixa renda para participar de programas públicos gratuitos.

Palavras-chave: Serviços de saúde bucal. Custos de serviços diretos. Assistência odontológica.

INIBIDORES da angiogênese para o tratamento da degeneração macular relacionada à idade. **Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde**, Brasília, ano 3, n. 6, dez. 2008. Disponível em: <portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/c3f50e8 047458d1f9642d 63fbc4c6735/brats6.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 3 fev. 2013.

Resumo: A degeneração macular relacionada à idade (DMRI) e uma doença ocular caracterizada pelo dano à mácula. Quando há lesão na mácula, a região central das imagens é bloqueada, ocorrendo perda progressiva da visão central. Os indivíduos acometidos pela DMRI podem manter alguma visão periférica, porém a habilidade para a execução de atividades mais refinadas fica prejudicada. Entre as opções terapêuticas existentes para o tratamento da DMRI, foram avaliados nesse boletim os inibidores da angiogenese, que constituem uma classe de medicamentos utilizados no tratamento da forma úmida da DMRI, por meio da inibição do fator de crescimento endotelial vascular. Os medicamentos dessa classe utilizados no Brasil são o Pegaptanibe, o Ranibizumabe e o Bevacizumabe, todos administrados por meio de injeção intravítrea. Os dois primeiros possuem indicação terapêutica aprovada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para o tratamento da doença. O Bevacizumabe, por sua vez, possui indicação aprovada para o tratamento de câncer metastático de colon ou reto; no entanto vem sendo utilizado de forma *off-label* no tratamento da DMRI em vários países, incluindo o Brasil. A eficácia de um medicamento em relação a outro ainda é desconhecida, devido à falta de estudos com esse objetivo. Entretanto a evidência disponível até o momento aponta para uma possível superioridade do Ranibizumabe em relação ao Pegaptanibe. O Bevacizumabe parece ser tão eficaz quanto o Ranibizumabe, além de apresentar menor custo; contudo as evidências de eficácia e segurança ainda são muito limitadas. O principal desfecho clínico avaliado na maioria dos estudos foi a proporção de pacientes que perdeu menos de 15 letras na acuidade visual (AV) após 12 meses de tratamento. No entanto o ganho terapêutico de maior relevância do ponto de vista clínico seria aquele relacionado à recuperação da acuidade visual, devido ao seu potencial impacto na melhoria da qualidade de vida do paciente. As informações econômicas apresentadas neste boletim apontam para uma importante redução no custo de tratamento da DMRI com o uso de Bevacizumabe. As estimativas apresentadas consideraram desde o fracionamento até a utilização de um frasco-ampola por injeção. Considerando a última situação, o custo de tratamento com Bevacizumabe seria seis vezes menor em comparação com a opção mais onerosa, ou seja, o Pegaptanibe, e três vezes menor em relação ao Ranibizumabe. Os inibidores de angiogenese representam um avanço no tratamento da DMRI. No entanto as incertezas com relação à comparação de eficácia entre os medicamentos existentes tornam necessária a realização de ensaios clínicos comparativos, que tenham como desfecho, preferencialmente, o ganho na acuidade visual. O uso do Bevacizumabe traz à tona a discussão das implicações éticas e legais do uso *off-label* de medicamentos, além do possível impacto sobre os sistemas de Saúde, devido à redução do custo de tratamento em comparação aos demais medicamentos.

Palavras-chave: Degeneração macular – Tratamento.

LIMA, Ieda Maria de Oliveira; GREVE, Júlia; MORITA, Patrícia Alessandra. **Metodologia para estimativa de custos de cuidados com saúde:** análise dos fatores de gravidade e recomendações para redução dos custos. Brasília: IPEA, jul. 2008. (Texto para discussão, n. 1.343).

Disponível em: <www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_1343.pdf>. Acesso em: 3 fev. 2013.

Resumo: Objetiva avaliar os fatores contributivos para a gravidade dos acidentes de trânsito nas rodovias brasileiras e estabelecer algumas correlações entre a gravidade do acidente e das lesões com os dados da vítima, do acidente, do atendimento pré-hospitalar, hospitalar e pós-hospitalar, e da infraestrutura viária, assim como verificar quais destes fatores foram contributivos para a gravidade das lesões das vítimas. As fontes de informações foram o banco de dados do projeto Impactos Sociais e Econômicos dos Acidentes de Trânsito nas Rodovias Brasileiras – proveniente de 565 entrevistas com pessoas envolvidas em acidentes – e o banco de dados de acidentes de trânsito da Polícia Rodoviária Federal (Datatran). Avalia que a análise dos dados foi útil como estudo-piloto, mas não suficiente para estabelecer com segurança quais os fatores agravantes de um acidente e apontar com clareza as prioridades de políticas públicas na redução da morbimortalidade dos acidentes. Recomenda estudo específico voltado às questões da gravidade das lesões e seus fatores associados, bem como pesquisa complementar com dados de necrópsias, para, entre outros, avaliar se algumas mortes poderiam ter sido evitadas com atendimento pré-hospitalar adequado.

Palavras-chave: Gasto público. Administração em Saúde. Custos de cuidados em saúde. Custos e análise de custos.

MACHADO, Flávia Mori Sarti; SIMOES, Arlete Naresse. Análise custo-efetividade e índice de qualidade da refeição aplicados à Estratégia Global da OMS. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n.1, p. 64-72, 2008. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v42n1/6073.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2013.

Resumo: Objetivo: testar o uso da metodologia de análise custo-efetividade como instrumento de decisão na produção de refeições para inclusão das recomendações proferidas na Estratégia Global da Organização Mundial da Saúde. Resultados: a análise resultou na opção mais simples com adição de uma fruta (IQR=64 e custo=R$1,58) como melhor alternativa. Observou-se maior efetividade das alternativas com uma porção de fruta (IQR1=64 / IQR3=58 / IQR5=72) sobre as demais (IQR2=48 / IQR4=58). Conclusões: o cálculo da razão custo-efetividade permitiu identificar a melhor opção de café da manhã com base na análise custo-efetividade e Índice de Qualidade da Refeição. Tais instrumentos agregam características de facilidade de aplicação e objetividade de avaliação, base fundamental ao processo de inclusão de instituições públicas ou privadas sob as diretrizes da Estratégia Global.

Palavras-chave: Planejamento de cardápio. Recomendações nutricionais. Avaliação de custo-efetividade. Programas e políticas de nutrição e alimentação. Organização Mundial da Saúde.

SANCHO, Leyla Gomes; DAIN, Sulamis. Análise de custo-efetividade em relação às terapias renais substitutivas: como pensar estudos em relação a essas intervenções no Brasil?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1279-1290, 2008. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v24n6/09.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2013.

Resumo: Contribui com a discussão sobre as possibilidades para a execução de avaliação econômica em Saúde, em especial por meio da técnica de custo-efetividade, em relação às terapias renais substitutivas em portadores de falência renal crônica à luz do nosso contexto. Para tanto, realizou-se revisão bibliográfica sobre as intervenções e seus cursos alternativos na perspectiva das proposições metodológicas dispostas na literatura, considerando a disponibilidade de dados e informações no nosso meio que subsidiam este tipo de pesquisa.

Palavras-chave: Avaliação de custo-efetividade. Terapia de substituição renal. Falência renal crônica.

SILVA, Everton Nunes da. **Ensaios em economia da saúde:** transplantes de rim. 2008. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre (RS), 2008.

Resumo: Aborda questões relacionadas à Economia da Saúde, particularmente à visão econômica dos transplantes renais. Conduz uma análise de custo-utilidade para verificar qual tratamento, transplante renal ou hemodiálise, possui menor razão de custo por anos de vida ajustados por qualidade. Descreve que resultado obtido corrobora as evidências internacionais, as quais indicam o transplante renal como estratégia mais custo-efetiva. No caso deste estudo, a razão de custo-utilidade para o transplante renal e hemodiálise foi de R$ 18.161,00/AVAQ e R$ 40.872,00/AVAQ, respectivamente. Apesar de o transplante renal ser uma estratégia dominante, a escassez de órgãos impede que essa estratégia seja amplamente utilizada, reduzindo, assim, os ganhos de eficiência na alocação dos recursos escassos. Nesse contexto, também foi alvo desta tese a questão da escassez de órgãos. Pelo levantamento feito, há tendência de aumento do desequilíbrio entre demanda e oferta de órgãos, visto que a primeira cresce rapidamente, enquanto a segunda mostra pequena tendência de crescimento. Assim, alternativas para contornar esse problema foram analisadas, especialmente as relacionadas a mudanças institucionais na lei de doação de órgãos. Entre elas, foi arguido que a lei de consentimento presumido seria a opção mais factível, por não ferir o pressuposto do altruísmo. Objetivando estimar quanto seria o eventual incremento na doação de órgãos por doador-cadáver devido à lei de consentimento presumido, fez-se uso do ferramental da econometria da Saúde, aplicando, para uma amostra de 34 países ao longo de cinco anos, o método de regressão quantílica para dados de painel. Indica, a partir dos resultados obtidos nessa aplicação, que há benefício na adoção da lei de consentimento presumido, que tem um efeito positivo sobre a taxa de doação de órgãos, em torno de 21 – 26%, comparada à lei de consentimento informado.

Palavras-chave: Transplante de rim – Análise econômica. Saúde – Análise econômica. Economia da Saúde.

A TOMOGRAFIA computadorizada de múltiplos detectores no diagnóstico da doença arterial coronariana. **Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde**, Brasília, ano 3, n. 4, jun. 2008. Disponível em: <portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/46c9998047458d1f9640d63fbc4c6735/brats4.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 3 fev. 2013.

Resumo: A tomografia computadorizada de múltiplos detectores (TCMD) é um tipo de tomografia helicoidal à qual foram acrescentadas fileiras de detectores que permitiram aumento do número de cortes a cada rotação. Essa tecnologia permitiu aumento das resoluções espacial e temporal, gerando cortes mais finos e mais rápidos. Essas vantagens são particularmente importantes para a imagem cardíaca mais suscetível a artefatos de imagem, já que o coração é um órgão em constante movimento. Na área de cardiologia, existem pelo menos duas indicações propostas para essa tecnologia: a angiotomografia coronária como alternativa à angiografia coronária invasiva em indivíduos sintomáticos com probabilidade intermediária de doença arterial coronariana (DAC); e a quantificação do cálcio na placa aterosclerótica – escore de cálcio, como fator de risco para a DAC em indivíduos assintomáticos. Este boletim apresenta as evidências em relação à acurácia e à segurança da TCMD apenas para a angiotomografia coronária. A literatura aponta resultados de acurácia satisfatórios em comparação à angiografia coronária invasiva. Contudo esses estudos apresentam limitações metodológicas que não permitem generalizar os resultados de acurácia para os indivíduos sintomáticos com probabilidade intermediária de DAC. A ideia de um exame não invasivo para o diagnóstico da DAC é promissora, entretanto as possíveis vantagens da TCMD em comparação à angiografia coronária invasiva devem ser consideradas em relação aos potenciais riscos e limitações associados a esta tecnologia, entre os quais podemos citar a elevada exposição à radiação pelo paciente e a necessidade de controle da frequência cardíaca com medicamentos.

Palavras-chave: Doença arterial coronariana – Diagnóstico.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação de tecnologias em saúde:** ferramentas para a gestão do SUS. Brasília, 2009. 110 p. (Série A. Normas e manuais técnicos). ISBN 978-85-334-1588-1. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_tecnologias_saude_ferramentas_gestao.pdf >. Acesso em: 10 jan. 2013.

Resumo: Apresenta informações sobre a adoção da Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) em âmbito internacional e no Brasil. Discorre também sobre o ciclo de vida das tecnologias e sobre os atores no processo de avaliação. Discute alguns critérios para priorizar o que deve ser avaliado e sobre a avaliação da eficácia e efetividade das tecnologias. Apresenta as etapas da ATS e a metodologia de Apoio Multicritério à Decisão (AMD), tratando também dos conflitos de interesse e tendenciosidades que podem se fazer presentes no processo de ATS. Destaca a importância de sintetizar a evidência, realizando revisões sistemáticas e análise econômica. Discorre sobre os desafios à Avaliação de Tecnologias em Saúde. Finaliza com recomendações para que o sistema de avaliação efetivo possa reordenar a execução das ações e dos serviços, redimensionando-os de forma a contemplar as necessidades da população e imprimindo maior racionalidade ao uso dos recursos. Apresenta, ao final, um glossário sobre ATS.

Palavras-chave: Tecnologia em Saúde. Gestão em Saúde. Sistema Único de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes metodológicas**: estudos de avaliação econômica de tecnologias em saúde. Brasília, 2009. 145p. (Série A. Normas e manuais técnicos). ISBN 978-85-334-1574-4. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/AVALIACAOECONOMICA.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2013.

Resumo: Os estudos de custo e das implicações econômicas relacionadas às chamadas avaliações econômicas compreendem um grande grupo de métodos usados na avaliação de tecnologias em Saúde. Esse ferramental vem sendo objeto de muita atenção tanto por parte dos planejadores de saúde como das agências e demais organismos responsáveis pela avaliação de tecnologias em Saúde em diversos países. Esse interesse tem sido alimentado pelas preocupações com a elevação dos gastos em Saúde, pelas pressões sobre os gestores nas decisões sobre a alocação de recursos e pela necessidade dos produtores de demonstrar os benefícios de suas tecnologias. Como resultado, observa-se significativo incremento no número de avaliações econômicas na literatura, bem como tem existido refinamento dos métodos envolvidos com a sua execução. As Diretrizes Metodológicas para Estudos de Avaliação Econômica de Tecnologias em Saúde têm sua importância demarcada principalmente pela escassez de publicações semelhantes no Brasil, além da inexistência de uma diretriz desse tipo no âmbito deste ministério. A demanda de avaliações de tecnologias pelo Ministério da Saúde, incluindo a avaliação econômica, deve crescer, à medida que ela se torna um dos elementos a serem considerados no processo de incorporação de novas tecno-

logias no País [10]. O objetivo dessas diretrizes é contribuir para a padronização das avaliações realizadas tanto por pesquisadores externos quanto pelos próprios técnicos do ministério, permitindo maior transparência dos estudos a serem apresentados e a possibilidade de sua revisão e reprodução. Não se pretende que elas sejam material didático de técnicas de avaliação econômica, e sim que indiquem parâmetros e definições técnico-metodológicas a serem assumidas pelo Ministério da Saúde para elaboração e avaliação de estudos dessa natureza. Espera-se, também, que as diretrizes possam ser úteis a acadêmicos e especialistas médicos, a gestores dos serviços de Saúde, a pacientes e associações de pacientes, à mídia e ao público em geral.

Palavras-chave: Tecnologia em Saúde. Avaliação econômica em Saúde.

DEFERASIROX para o tratamento da sobrecarga de ferro. **Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde**, Brasília, ano 4, n. 7, mar., 2009. Disponível em: <portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/e6d3f28047458d209643d63fbc4c6735/BRATS7.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 3 fev. 2013.

Resumo: A sobrecarga de ferro é a principal complicação da transfusão sanguínea recorrente, realizada para o tratamento da betatalassemia, doença falciforme, síndrome mielodisplásica e outras anemias raras. O ferro em excesso é acumulado em quase todos os tecidos. Os danos mais graves ocorrem no fígado, coração, tireoide, hipófise, hipotálamo, pâncreas e nas articulações. Atualmente, estão disponíveis três medicamentos que atuam como quelantes de ferro: Deferasirox, Desferroxamina e Deferiprona. Este boletim tem como tema o medicamento recentemente incorporado pelo Sistema Único de Saúde, o Deferasirox. Administrado por via oral, está indicado para o tratamento da sobrecarga crônica de ferro, devido a transfusões de sangue, em pacientes adultos e pediátricos.

Palavra-chave: Medicamentos.

ESTATINAS na prevenção primária de eventos cardiovasculares. **Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde**, Brasília, ano 4, n. 9, set. 2009. Disponível em: <portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/09b2d68047458d229645d63fbc4c6735/BRATS9.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 3 fev. 2013.

Resumo: As doenças cardiovasculares (DCVs) acometem o coração e os vasos sanguíneos e, atualmente, são a principal causa de morte no mundo. A prevenção primária de DCV refere-se às intervenções que visam prevenir eventos cardiovasculares em pessoas que não apresentam qualquer evidência clínica da condição. Uma classe de fármacos indicada para a prevenção primária de DCV é a dos inibidores da hidroximetilglutaril-coenzima A redutase (HMG-CoA redutase), também denominados estatinas. As estatinas são fármacos hipolipemiantes que inibem a síntese de colesterol por meio de inibição competitiva da HMG-CoA redutase. Opções terapêuticas ao uso das estatinas incluem mudanças de estilo de vida, tais como de dieta, prática de exercícios físicos e cessação do tabagismo. As evidências analisadas indicam que o uso de estatinas na prevenção primária de DCV levou a uma significativa redução de risco, quando considerados os desfechos (i) mortalidade geral, por infarto

[10] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 152, de 19 de janeiro de 2006. Institui o fluxo para incorporação de tecnologias no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 jan. 2005. Seção 1, p. 52-53.

agudo do miocárdio (IAM), por DCV, e (ii) morbidades associadas à DCV, IAM e acidente vascular cerebral (AVC). Com relação à segurança, as evidências apontam que as taxas de eventos adversos graves específicos, tais como câncer e rabdomiólise, foram semelhantes entre os indivíduos que receberam estatinas e os do grupo-controle. Apesar disso, a realização de estudos com maior tempo de seguimento deve ser considerada, uma vez que a ocorrência de alguns eventos adversos está provavelmente associada a um maior tempo de exposição aos fármacos dessa classe. Análises econômicas de qualidade metodológica variável, conduzidas em diferentes países e sob diferentes perspectivas, indicam que a relação custo-efetividade das estatinas é mais favorável na prevenção secundária de DCV em comparação à prevenção primária, sendo dominante em muitos cenários.

Palavras-chave: Doença cardiovascular – Prevenção. Tecnologias em Saúde.

GLAUCOMA. **Saúde e Economia**, Brasília, ano 1, n. 2, dez. 2009. Disponível em: <200.214.130.94/rebrats/publicacoes/Saude%20e%20Economia.pdf>. Acesso em: 3 fev. 2013.

Resumo: Apresenta o glaucoma como a segunda maior causa de cegueira no mundo. Informa sobre a existência de vários tipos de glaucoma, sendo o mais prevalente de ângulo aberto. O aumento da pressão intraocular (PIO) é o principal fator de risco para o glaucoma e, atualmente, existem vários tratamentos que vão desde as terapias farmacológicas aos procedimentos cirúrgicos. As substâncias da classe das prostaglandinas têm seu uso crescente e preço elevado, apesar de não serem o tratamento de primeira escolha. Entre os colírios com prostaglandinas disponíveis no mercado brasileiro, temos o Travaprosta, o Latanoprosta e o Bimatoprosta. Eles são eficazes na diminuição da pressão intraocular, embora não haja consenso de superioridade quanto à eficácia ou segurança entre os medicamentos dessa classe.

Palavras-chave: Economia da Saúde. Glaucoma. Medicamentos.

LINDNER, Leandro Mendonça et al. Avaliação econômica do tratamento da esquizofrenia com antipsicóticos no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, p. 62-69, 2009. Suplemento 1. Disponível em: <www.scielo.br/ pdf/rsp/v43s1/746.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2013.

Resumo: Objetivo: avaliar as relações de custo-utilidade entre medicamentos antipsicóticos de primeira e segunda gerações no tratamento da esquizofrenia. Resultados: no modelo de Markov, a alternativa mais custo-efetiva foi a utilização de Risperidona e Haloperidol antes de Olanzapina. Conclusões: os antipsicóticos Haloperidol e Risperidona apresentaram melhor relação de custo-efetividade quando comparados à Olanzapina. Estratégias que priorizem a utilização de antipsicóticos com melhor relação de custo-efetividade podem otimizar recursos, sem necessariamente implicar prejuízos à saúde dos pacientes atendidos no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Agentes antipsicóticos. Esquizofrenia. Custos de cuidados de saúde. Anos de vida ajustados por qualidade de vida. Serviços de saúde mental. Sistema Único de Saúde (SUS). Avaliação de custo-efetividade.

MARINHO, Alexandre; CARDOSO, Simone de Souza; ALMEIDA, Vivian Vicente de. **Brasil e OCDE**: avaliação da eficiência em sistemas de saúde. Rio de Janeiro: IPEA, jan. 2009. (Texto

para discussão, n. 1.370). Disponível em: <www.iadb.org/intal/intalcdi/PE/2009/02566.pdf>. Acesso em: 3 fev. 2013.

Resumo: Avalia a eficiência na provisão de serviços de Saúde no Brasil, em comparação com os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Estima a medida na qual variáveis – como esperança de vida ao nascer para homens; esperança de vida ao nascer para mulheres; índice de sobrevivência infantil; anos de vida recuperados para doenças transmissíveis; anos de vida recuperados para doenças não transmissíveis; anos de vida recuperados para causas externas; tamanho da população; e área geográfica – podem servir de representação para um serviço de Saúde eficiente, dado o gasto *per capita* com saúde. Utiliza, como principais metodologias de avaliação, as fronteiras de eficiência, calculadas em modelos de Análise Envoltória de Dados – Data Envelopment Analysis (DEA) – e de fronteiras estocásticas (*stochastic frontiers*). Cita que os resultados não são totalmente desfavoráveis ao Brasil.

Palavras-chave: Eficiência no serviço público. Gestão da Saúde. Administração em Saúde.

OSTEOPOROSE. **Saúde e Economia**, Brasília, ano 1, n. 1, ago. 2009. Disponível em: <portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/63b0328047457e2d8a19de3fbc4c6735/saude_economia1_09.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 3 fev. 2013.

Resumo: Aborda a osteoporose e o uso de bifosfonatos para o seu tratamento. Apresenta informações atualizadas, constantes na literatura médica, de forma resumida e de fácil compreensão sobre osteoporose, bem como sobre os medicamentos avaliados. Fornece uma análise comparativa da eficácia, segurança e custos entres as opções terapêuticas abordadas.

Palavras-chave: Economia da Saúde. Osteoporose. Medicamentos.

PINHO, Micaela Moreira; VEIGA, Paula Alexandra Correia Veloso. Avaliação de custo-utilidade como mecanismo de alocação de recursos em saúde: revisão do debate. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 239-250, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v25n2/02.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: Estabelecer prioridades em Saúde traduz-se em escolhas entre programas alternativos e/ou entre pacientes ou grupos de pacientes. Tradicionalmente, os economistas da Saúde propuseram a agregação dos ganhos de saúde, avaliados em QALYs, como forma de estabelecer prioridades e maximizar o bem-estar social. Isso requer que o valor social dos ganhos de saúde seja um produto dos ganhos em anos de vida, qualidade de vida e número de pessoas tratadas. Resultados da revisão de literatura sugerem que nem os potenciais ganhos de saúde são, por si só, um determinante significativo de valor nem a regra da maximização dos ganhos de saúde parece suficiente. O valor social de um ganho de saúde aparenta não ser uma função linear dos ganhos de mortalidade e morbidade nem parece neutral às características dos doentes ou à distribuição final de saúde entre a população. Paralelamente à revisão do debate sobre o papel e limitação dos QALYs para a priorização dos recursos da Saúde, o artigo procura justificar a controvérsia de alguns resultados empíricos, em particular, no que se refere à formação e manifestação das preferências sociais.

Palavras-chave: Prioridades em Saúde. Recursos em Saúde. Equidade.

PRADO, Clementina Corah Lucas. **Incorporação de tecnologias nos diferentes níveis de atenção do Sistema ÚnicDatasuso de Saúde com base em estimativas microeconômicas:** um estudo exploratório. 2009. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), 2009. Disponível em: <www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2416>. Acesso em: 22 fev. 2013.

Resumo: Revisa as iniciativas de racionalização do cuidado em saúde, como a elaboração de recomendações e guias clínicos; o estabelecimento de limites custo-efetividade e a elaboração de *league tables*, suas aplicações e principais experiências anteriores, a fim de demonstrar que tipo de procedimentos seria ofertado, caso se estabeleça um limite custo-efetividade para o Sistema Único de Saúde (SUS). Pelo uso de metodologias que padronizaram os estudos de custo-efetividade, existentes em banco de dados, de procedimentos preventivos e outros, elabora três listas de procedimentos, categorizados por faixas de valores de custo/QALY, a fim de usar a evidência científica atual e as ferramentas da avaliação econômica na melhora da equidade, efetividade e eficiência do SUS. Por fim, realiza as seguintes recomendações em curto prazo, entre outras: i. Divulgar as recomendações e guias clínicos para os tomadores de decisão, em todas as esferas do SUS, com vistas a incentivar a realização de procedimentos efetivos no SUS; ii. Priorizar, em um primeiro momento, os procedimentos cujas efetividade e razão custo-efetividade demonstram-se favoráveis, para a população -alvo e periodicidades recomendadas. Utiliza-se dos resultados das listas para estabelecer ressarcimento aos procedimentos custo-efetivos, inclusive incentivos de aumento da cobertura, acesso e efetividade local.

Palavras-chave: Atenção à saúde. Avaliação de custo-efetividade. Sistema Único de Saúde (SUS) – Economia. Financiamento em Saúde. Prioridades em Saúde.

ROCHA FILHO, Fernando dos Santos; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. Análise de custos com pessoal e produtividade de equipes do programa de saúde da família em Fortaleza, Ceará. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 919-928, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/28.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: Verifica a produtividade e os custos com pessoal das atividades de oito equipes de duas unidades do Programa Saúde da Família (PSF) de Fortaleza, Ceará, por meio da metodologia de custeio por absorção, em 2004. Os maiores gastos foram com pessoal (75%), principalmente com os membros das equipes do PSF, e com medicamentos (18%). As verbas federais repassadas, em setembro de 2004, por equipe do PSF, foram de R$ 9.543,33. O custo global da atuação da equipe foi de R$ 15.719,00. Alguns profissionais de várias equipes do PSF apresentaram produtividade acima das metas planejadas, porém a média geral das atividades por médico e enfermeiro nas equipes ficou abaixo da metade daquelas metas, com alta capacidade ociosa e tornando as atividades muito onerosas. Verificou-se o custo unitário da visita domiciliar por médico e da consulta de pré-natal por enfermeiro, que seriam menos onerosos se a capacidade ociosa fosse menor. Há várias alternativas de minimização de custos, incluindo economia de escala relativa a alguns recursos e serviços e renegociação

de contratos com empresas e cooperativas. As informações possibilitam o planejamento mais preciso, para manutenção e instalação de equipes, além de alternativas de menores custos com maior produtividade e qualidade.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família (PSF). Custos em saúde. Produtividade. Recursos humanos. Avaliação econômica em Saúde.

RODRIGUES, Rute Imanishi et al. Os custos da violência para o sistema público de saúde no Brasil: informações disponíveis e possibilidades de estimação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 29-36, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v25n1/03.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2013.

Resumo: O orçamento público em Saúde era da ordem de 53 bilhões de reais em 2003. Dentro desse orçamento, qual é a parcela referente ao tratamento de vítimas da violência? Devido às limitações dos dados disponíveis, não é possível calcular diretamente essa parcela.

Neste artigo, propomos uma metodologia para estimar o custo da violência para o sistema público de Saúde que utiliza informações do Sistema Único de Saúde, dos orçamentos estaduais e municipais, e estimativas sobre a demanda por atendimento ambulatorial da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Segundo nossos resultados, em 2004 o tratamento de vítimas de causas externas, de agressões e de acidentes de transporte teria custado ao setor público R$ 2,2 bilhões, R$ 119 milhões e R$ 453 milhões, respectivamente. Esses valores são cerca de quatro vezes maiores que aqueles verificados em trabalhos que computaram apenas os custos com internações.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS). Saúde – Sistemas de informação. Violência.

RITUXIMABE no tratamento do linfoma não hodgkin difuso de grandes células. **Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde**, Brasília, ano 4, n. 10, dez., 2009. Disponível em: <portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/3666ee0047458d229646d63fbc4c6735/BRATS_10_22_12.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 3 fev. 2013.

Resumo: Os linfomas não Hodgkin (LNH) são um grupo heterogêneo de tumores malignos, caracterizados por crescimento anormal das células do sistema linfático. Aborda o esquema de tratamento R-CHOP, que representa a adição do anticorpo monoclonal rituximabe ao esquema CHOP. As evidências de eficácia do esquema R-CHOP comparado ao esquema CHOP foram obtidas das revisões sistemáticas (RS) realizadas por Knight[11], Cheung[12] e Murdoch & Sager[13]. Os resultados dos estudos primários para o desfecho sobrevida livre de eventos são consistentes e o uso do Rituximabe esteve associado significativamente em todos os estudos ao aumento da probabilidade de sobrevida livre de eventos e de sobrevida global; houve maior percentual de sobrevida nos pacientes que usaram Rituximabe, com resultados estatisticamente significativos em três estudos avaliados pelas RS. Não foram encontrados estudos sobre a segurança do R-CHOP em longo prazo, o que justifica o acompanhamento

[11] KNIGHT, C. et al. Rituximab (MabThera®) for aggressive non-Hodgkin's lymphoma: systematic review and economic evaluation. **Health. Technol. Assess.**, [S.l.], v. 8, n. 37, 2004.

[12] CHEUNG, M. C. et al. Members of the Hematology, Disease Site Group of the Cancer Care Ontario Program in Evidence-Based Care. Rituximab in lymphoma: a systematic review and consensus practice guideline from Cancer Care Ontario. **Cancer Treat. Rev.**, [S.l.], v. 33, n. 2, p. 161-176, abr. 2007. Epub 2007 Jan 22.

[13] MURDOCH, D.; SAGER, J. Will targeted therapy hold its promise? An evidence-based review. Curr. Opin. Oncol., [S.l.], v. 20, n. 1, p. 104-111, jan. 2008.

do uso dessa tecnologia. Quanto à abordagem econômica, o esquema R-CHOP mostrou-se custo-efetivo em relação ao esquema CHOP em todos os estudos de custo-efetividade apresentados e realizados em outros países. Não há estudo de custo-efetividade brasileiro. Contudo se realizou um exercício de custo-efetividade do esquema R-CHOP para o Brasil, o qual apontou que o referido esquema não seria custo-efetivo, sendo que o preço de aquisição do medicamento foi a variável crucial neste resultado. A realização de um estudo de custo-efetividade bem-desenhado, baseado em dados nacionais, seria muito útil para gerar o conhecimento necessário para auxiliar a tomada de decisão pelos gestores de Saúde, quanto à adição do Rituximabe ao esquema CHOP para a quimioterapia de primeira linha dos pacientes com linfoma difuso de grandes células B (LDGCB).

Palavras-chave: Linfoma. Medicamentos.

SANCHO, Leyla Gomes; VARGENS, José Muniz Costa. Avaliação econômica em saúde na esfera de atenção local à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1513-1525, 2009. Suplemento 1. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a25v14s1.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: Contribui com a reflexão sobre a possibilidade de se operacionalizar avaliações econômicas em Saúde nas esferas de atenção local à saúde e a consequente apreensão dos resultados de estudos para efeito de decisão pelos gestores. Para subsidiar essa reflexão, utiliza-se, como objeto de análise, a avaliação realizada sobre o custo do Programa Samu/192 no município de Belo Horizonte (MG), dados relativos à efetividade do programa e uma revisão nas bases eletrônicas de dados (SciELO e Medline) sobre o uso de estudos para efeito de decisão. A análise aponta que, mesmo para uma simples avaliação de gastos, ainda existem problemas relativos à disponibilidade de dados, como também no que concerne aos dados para subsidiar a avaliação sobre sua efetividade, e em relação à definição de sistemas e ao relacionamento entre sistemas de informação. Assim como mostra que os estudos são pouco utilizados pelos gestores, levando à conclusão de que a condução e a utilização, para efeito de gestão, de estudos deste porte ainda são pouco factíveis nesta esfera de governo.

Palavras-chave: Avaliação econômica em Saúde. Esfera de atenção local à saúde. Avaliação de custo-efetividade. Gestor de sistema de Saúde. Tomada de decisão.

SANTOS, Ana Cristina dos. **Custo com assistência de pacientes internados em unidade de terapia intensiva de um hospital público de nível terciário, Distrito Federal, 2008**. 2009. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Brasília (DF), 2009. Disponível em: <bdtd.bce.unb.br/tedesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=5716>. Acesso em: 22 fev. 2013.

Resumo: Este estudo teve como objetivos analisar os custos diretos com assistência de pacientes em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), no Hospital de Base do Distrito Federal, em 2008, e verificar a taxa de permanência dos pacientes de acordo com diagnóstico e motivos de saída. Estimar custos com assistência prestada pela equipe médica, bem como as de Enfermagem,, Nutrição e Fisioterapia com o intuito de viabilizar a economia em Saúde. Resul-

tados: a média de internação nas unidades variou entre 4,8 e 11 dias. Com respeito à saída, a alta por melhora teve maior frequência de 123 (100%) dos prontuários, com destaque para a Pediatria que apresentou 52 (42,2%), seguido da Coronária 44 (35,7%), Trauma 24 (19,5%) e Geral 3 (2,4%). Os gastos com assistência de todas as unidades foram de R$ 916.572,02; os gastos por paciente foram de R$ 5.178,30. A unidade pediátrica teve o maior gasto, R$ 368. 137,02; seguida pela unidade trauma com R$ 212.318,58; e respectivamente coronariana e geral com R$ 165.129,12 e R$ 163.296,14. Os custos com recursos humanos em terapia intensiva são mais onerosos na assistência ao paciente crítico chegando a 87% dos gastos. Os custos com diárias dos pacientes são superiores ao que é pago pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para UTI de nível terciário, ou seja, R$ 737,98. Conclusões: o custo de diária pago pelo SUS não cobre os gastos da assistência. O maior contingente de servidores é de auxiliar de Enfermagem e a unidade com maior contingente foi a Pediatria. O maior salário foi da categoria dos médicos, apesar de apresentar número menor do que os auxiliares de Enfermagem. Os maiores custos são com os salários dos servidores. Identificou-se que o maior tempo de internação dos pacientes foi na unidade geral, seguido do trauma, Pediatria e Coronária; quanto ao quadro nosológico, o traumatismo foi o que causou maior permanência em dias de internação.

Palavras-chave: Custos – UTI. Cuidados intensivos. Epidemiologia. Economia da Saúde.

SAÚDE e economia: informe. Brasília: Anvisa, 2009-. Disponível em: <portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/anvisa/posuso/regulacaodemercado/!ut/p/c4/04_SB8K8xLLM9MSSzPy8xBz9CP0os3hnd0cPE3MfAwN_Dz8DA09_c19vrwAXA4MAM_2CbEdFAGk6puA!/?1dmy&urile=wcm%3Apath%3A/anvisa+portal/anvisa/profissional+de+saude/publicacao+profissional+saude/boletim+saude+e+economia>. Acesso em: 22 fev. 2013.

Resumo: Apresenta informações sobre as patologias e realiza comparações entre os custos de tratamento com o medicamento genérico e o medicamento de marca (referência) de cada substância tratada no informe. Trata de uma patologia diferente a cada nova edição. Elabora análise dos custos, demonstra as diferenças entre as diversas opções terapêuticas, também mostra a diferença de custos entre a escolha do medicamento de referência e a do medicamento genérico. Salienta que as informações constantes em cada edição serão valiosas para gestores e profissionais de Saúde na avaliação das diversas opções terapêuticas.

Palavras-chave: Economia da Saúde. Medicamentos.

SOUZA, Paulo Cesar de. **Avaliação econômica em saúde**: um estudo de caso do hospital municipal de Barra do Bugres – MT. 2009. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá (MT), 2009.

Resumo: O Sistema Único de Saúde (SUS) já alcançou diversas e louváveis conquistas em benefício da população brasileira desde a sua criação. No entanto um desafio se faz presente em nossos dias diante das necessidades ilimitadas e da limitação dos recursos disponíveis: o aumento na eficiência. Este trabalho é uma avaliação econômica parcial, pois analisou os custos e alguns indicadores do Hospital Municipal de Barra do Bugres. A análise dos custos

demonstrou que, no período de 15/10 a 14/11/2008, o hospital apresentou custos totais de R$ 445.526,33, dos quais R$ 330.529,37 (74,2%) são fixos. As receitas totais do período totalizaram R$ 239.617,89, resultando em um déficit de R$ 205.908,44. Em cinco meses, em média, 96,1% das internações realizadas foram de pacientes do Município de Barra do Bugres, ultrapassando em 23,8% o parâmetro do Ministério da Saúde (MS). A quantidade média de consultas realizadas para pacientes do Município de Barra do Bugres no pronto-socorro está 144,7% acima do parâmetro estabelecido. A análise de custo-volume-superávit concluiu que mantendo o custo fixo, a receita média e a margem de contribuição média, as clínicas podem alcançar o superávit aumentando-se os leitos para 92 e utilizando-se 100% da capacidade instalada, sem considerar o déficit do pronto-socorro e das unidades externas. Recomenda-se a adoção de medidas que fortaleçam a atenção básica do município, produzindo redução no número de internações e de consultas no pronto-socorro, disponibilizando maior quantidade de leitos para oferta em âmbito microrregional, aumentando, assim, a receita do hospital e reduzindo o déficit do pronto-socorro/ambulatório. Recomenda-se, também, a estruturação de sistema de gestão de custos, que orientem a tomada de decisões na busca pela eficiência.

Palavras-chave: Economia da Saúde. Avaliação econômica da Saúde – Barra do Bugres (MT). Hospital municipal – Avaliação – Barra do Bugres (MT).

STENTS farmacológicos e *stents* metálicos no tratamento da doença arterial coronariana. **Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde**, Brasília, ano 4, n. 8, jun., 2009. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/brats_08.pdf>. Acesso em: 3 fev. 2013.

Resumo: Avalia os aspectos relacionados à eficácia, segurança, efetividade e relação de custo-efetividade comparativa entre esses dois tipos de *stents.* Mostra, a partir dos resultados das meta-análises avaliadas, não haver diferença significativa na mortalidade, em nenhum dos períodos analisados, entre os pacientes que receberam *stent* farmacológico (SF) e *stent* metálico simples (SMS). Apenas duas meta-análises avaliaram o desfecho infarto agudo do miocárdio de forma isolada e mostraram que, de forma geral, não há diferença significativa entre os dois tipos de *stents*. Houve diferença em apenas um estudo, no período de 30 dias a 1 ano, favorecendo o uso de *stent* revestido por paclitaxel. Com relação à trombose, os resultados das meta-análises foram conflitantes, mas a maioria delas mostrou favorecimento ao uso de SMS. A taxa de revascularização foi menor entre os pacientes que fizeram uso de SF em associação com terapia antiplaquetária. Os dados dos estudos que avaliaram a efetividade dos *stents*, denominados registros, mostram que as taxas absolutas de restenose e de reintervenção, após a implantação de SMS, são muito mais baixas que as taxas de restenose e de reintervenção relatadas nas meta-análises que avaliaram a eficácia de ambos os *stents*. As evidências dos registros indicam que a implantação de SF não se justifica em pacientes de risco baixo e intermediário de restenose. A maioria dos registros, que incluíram pacientes de riscos diversos e com lesões de padrões anatômicos desde os mais simples até os mais complexos, também não mostrou diferença significante na taxa de mortalidade ou de incidência de infarto agudo do miocárdio (IAM) entre os SFs e SMS. Os estudos que avaliaram a relação de custo-efetividade de SF em comparação ao SMS concluíram que o uso

generalizado de SF pode não ser custo-efetivo. A maioria dos estudos analisados sugere que o uso do SF pode ser custo-efetivo apenas em subgrupos de pacientes considerados de alto risco. O estudo realizado sob a perspectiva brasileira concluiu que as relações de custo-efetividade do SF podem ser positivas para convênios e particulares, especialmente no grupo de pacientes de alto risco e nos pacientes com elevado custo no manejo da restenose.

Palavras-chave: Doença arterial coronariana – Tratamento.

VANNI, Tazio et al. Avaliação econômica em saúde: aplicações em doenças infecciosas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 2543-2552, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v25n12/02.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2013.

Resumo: O crescimento dos gastos em Saúde, impulsionado pela incorporação de novas tecnologias diagnósticas e terapêuticas e pelo aumento da expectativa de vida da população, tem causado grande preocupação especialmente em países em desenvolvimento. A avaliação econômica em Saúde visa otimizar benefícios utilizando os recursos de maneira eficiente. Objetiva capacitar os leitores a identificar as características básicas, diferenciar os principais tipos e compreender as metodologias utilizadas nas avaliações econômicas em Saúde, com enfoque nas doenças infecciosas. Assim sendo, revisa os conceitos de perspectiva de estudo, horizonte analítico, custos e taxa de desconto. Além disso, identifica as características dos estudos de custo-minimização, custo-efetividade, custo-utilidade e custo-benefício acompanhados de exemplos, descreve-se os principais desenhos de estudos econômicos, discuti-se o uso de modelos matemáticos e examina-se a importância da análise de sensibilidade. Nas considerações finais, aborda a incorporação da avaliação econômica em Saúde no Brasil.

Palavras-chave: Gastos em Saúde. Gestão em Saúde. Recursos financeiros em Saúde.

BACCHI, Carlos Eduardo et al. Potencial impacto econômico do painel de expressão de 21 genes no tratamento adjuvante do câncer de mama no Brasil. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 56, n. 2, p. 197-203, 2010. Disponível em: <www.scielo.br/ pdf/ramb/v56n2/a17v56n2.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2013.

Resumo: Objetivo: o índice de recorrência (IR), também conhecido como painel de 21 genes, pode apoiar decisões com relação ao uso de quimioterapia (QT) no câncer de mama precoce. Procuramos investigar o impacto potencial da incorporação do IR na prática privada no Brasil, a partir da perspectiva das fontes pagadoras. Resultados: em uma coorte hipotética de 100 pacientes sem acesso ao teste de IR, 84 receberiam quimioterapia. Reclassificando a elegibilidade das pacientes para QT de acordo com o IR, esse número cairia para 49. Para uma coorte hipotética de 100 pacientes com acesso ao IR, seriam economizados R$ 134.915,00 em despesas médicas diretas. Conclusão: considerando o preço atual para avaliação do IR no Brasil, nossa análise econômica sugere que este teste economizaria custos, pela perspectiva das fontes pagadoras do setor privado. Além disso, o uso otimizado de recursos poderia requerer o emprego do painel de 21 genes de forma racional.

Palavras-chave: Mama. Genes neoplásicos. Quimioterapia.

ESTRATÉGIAS clínicas para a cessação do tabagismo. **Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde**, Brasília, ano 5, n. 12, jun. 2010. Disponível em: <portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/eb010f8047458d229648d63fbc4c6735/BRATS_12reed.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 3 fev. 2013.

Resumo: A maioria dos produtos derivados do tabaco utiliza folhas processadas de *Nicotiana tabacum* como seu principal ingrediente, podendo ser fumados, mascados ou aspirados. Todos estes produtos apresentam elevada concentração de nicotina, substância com ação aditiva reconhecida, além de várias outras substâncias nocivas à saúde. Neste sentido, o tabagismo é classificado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um transtorno mental e comportamental devido ao uso de substâncias psicoativas. É um conhecido fator de risco para alguns tipos de câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica e doenças cardiovasculares. Apesar dos malefícios associados ao tabagismo, o número de fumantes é alarmante e vem crescendo principalmente nos países de renda média e baixa. Estratégias para redução da iniciação e para elevação da cessação do tabagismo assumem papel de grande importância neste cenário e devem ser fortemente incentivadas pelas autoridades de Saúde. Este boletim apresenta os resultados de duas metanálises realizadas para comparar a eficácia das seguintes estratégias clínicas para a cessação do tabagismo: a associação do aconselhamento por profissionais de Saúde e da farmacoterapia frente à farmacoterapia ou ao aconselhamento isolados. Também são apresentadas as eficácias dos diversos medicamentos de primeira linha indicados para o tratamento da dependência ao tabaco e os gastos deste tratamento. A eficácia foi avaliada por meio da comparação das taxas de

abstinência dos braços de controle e intervenção. Os resultados mostraram que a taxa de abstinência estimada para os pacientes tratados com a combinação aconselhamento mais farmacoterapia foi maior do que a taxa de abstinência estimada para os pacientes tratados com aconselhamento ou com farmacoterapia isolados.

Palavras-chave: Tabagismo – Tratamento.

FIÚZA, Eduardo P. S.; CABALLERO, Barbara. **Estimações de entrada de medicamentos genéricos no Brasil usando modelos de contagem versus modelos ordenados**. Rio de Janeiro: IPEA, out. 2010. (Texto para discussão, n. 1.511). Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=9661>. Acesso em: 3 fev. 2013.

Resumo: Duas grandes mudanças na legislação brasileira durante os anos 1990 remodelaram a indústria farmacêutica local: a ratificação do acordo Trade-Related Intellectual Property Subjects) (TRIPS) em 1996, incluindo provisão para a concessão de patentes a inventos em *pipeline*; e a Lei dos Genéricos, de 1999, que introduziu o teste de bioequivalência e facilitou a substituição de medicamentos pioneiros por genéricos na dispensação. Foram gradualmente retomados controles de preços na virada do século. O presente artigo estima a entrada de versões genéricas de medicamentos fora de patente nas várias classes terapêuticas, usando tanto modelos de dados de contagem como multinomiais ordenados. Os resultados indicam que um modelo simples de Poisson tem um pior ajuste, embora as variáveis explicativas exibam o mesmo padrão de significância e sinais. A maioria das variáveis explicativas utilizadas é significativa, em particular *proxies* para o tamanho do mercado potencial (valores defasados dos faturamentos dos medicamentos), concentração de mercado e idade do medicamento de referência. Múltiplas marcas (e não simplesmente genéricos próprios) e estratégias de *evergreening* parecem ser efetivas em deter entradas.

Palavra-chave: Medicamentos genéricos.

GUERRA JÚNIOR, Augusto Afonso et al. Ciclosporina *versus* tacrolimus no transplante renal no Brasil: uma comparação de custos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 163-174, 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v26n1/17.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2013.

Resumo: No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) é responsável pela maioria dos transplantes renais. Para a manutenção dessas intervenções, os protocolos recomendam uso da Ciclosporina ou Tacrolimus, associado com corticosteroides e Azatioprina ou Micofenolato. Na perspectiva do SUS, realizou-se análise econômica sobre recursos ambulatoriais, hospitalares e medicamentos utilizados por paciente e grupo terapêutico. Foi construída coorte de 2000 a 2004, com 5.174 pacientes em transplantes renais e em uso de Ciclosporina ou Tacrolimus, identificados por relacionamento probabilístico em registros do SUS. A coorte continha 4.015 pacientes em uso de Ciclosporina e 1.159 com Tacrolimus. A maioria era do sexo masculino, idade $\leq$ 38 anos, cujos diagnósticos primários mais frequentes eram nefrites, doenças cardiovasculares e causas indeterminadas. Após 48 meses, observou-se gasto superior para transplantes renais em hospitais do Nordeste, doador cadáver, naqueles em diálises > 24 meses antes do transplantes renais e no grupo do Tacrolimus. Constatou-se maior gasto total com recursos hospitalares, ambulatoriais e medicamentos para os trans-

plantes renais em pacientes com esquemas com Tacrolimus, quando comparados com o grupo da Ciclosporina.

Palavras-chave: Transplante renal. Gastos em Saúde. Economia da Saúde.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SILVA, Ligia Maria Vieira da (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. 3ª reimpr. Rio de Janeiro: Fiocruz: Edufba, 2010. 276 p. ISBN 85-232-0352-4.

Resumo: Analisa os aspectos conceituais e teóricos da avaliação em Saúde e situações concretas sobre o tema no Brasil e no Canadá. Objetiva discutir e alcançar avanços nas práticas e estratégias em geral definidas como avaliação em Saúde, lembrando as oportunidades criadas no Brasil pela Reforma Sanitária. A obra é referência não só para quem inicia trajetória no campo da avaliação em Saúde, mas também para acadêmicos e gestores dos serviços de Saúde envolvidos com o tema.

Palavras-chave: Saúde – Avaliação dos serviços. Avaliação econômica em Saúde. Administração em Saúde.

HIPERTENSÃO arterial. **Saúde e Economia**, Brasília, ano 2, n. 4, jun., 2010. Disponível em: <200.214.130.94/rebrats/publicacoes/SAUDE%20E%20ECONOMIA%20EDICAO%204%20HIPERTENSAO%20LAYOUT%20014%2005%2004%2010-%20vers%C3%A3o%20publicada%20SITE.pdf>. Acesso em: 3 fev. 2013.

Resumo: Informa que a hipertensão arterial, popularmente conhecida como pressão alta, é, na maior parte dos casos, assintomática, sendo um fator de risco para doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Entre os hipertensos, 75% recorrem ao Sistema Único de Saúde (SUS) para serem atendidos na rede de atenção básica. Além disso, a hipertensão é uma das causas mais frequentes de internação hospitalar. O tratamento inicia-se com a mudança do estilo de vida e a terapia anti-hipertensiva objetiva a redução da pressão arterial no intuito de reduzir a mortalidade e a prevalência de doenças cardiovasculares. Neste informe, serão abordadas cinco classes de anti-hipertensivos igualmente eficazes na redução da pressão arterial, que são: diuréticos, betabloqueadores, bloqueadores dos canais de cálcio, inibidores da ECA (enzima conversora de angiotensina) e bloqueadores dos receptores de angiotensina II. Apesar de não haver diferença em relação à eficácia na redução da pressão arterial entre esses medicamentos, em relação aos custos de tratamento mensal a diferença pode chegar a 18,11%.

Palavras-chave: Economia da Saúde. Hipertensão arterial. Medicamentos.

INSULINA Glargina e Insulina Detemir no controle da Diabetes Mellitus Tipo 1. **Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde**, Brasília, ano 5, n. 13, dez., 2010. Disponível em: <portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/1862998047457734852 3d53fbc4c6735/BRATS_13_1.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 3 fev. 2013.

Resumo: A Diabetes *mellitus* Tipo 1 (DM1) é uma doença metabólica caracterizada pela destruição das células do pâncreas responsáveis pela produção de insulina. A redução da

insulina tem como principal consequência o aumento da glicose sanguínea e, entre os sintomas da DM1, podem ser citados a poliúria, visão turva, emagrecimento, cegueira, nefropatia e neuropatia. A reposição de insulina é sempre indicada para o controle da DM1 e deve ser feita com o uso de insulina de ação rápida associada à insulina de ação intermediária ou prolongada. A insulina isófana ou NPH, de ação intermediária, é a primeira escolha entre as insulinas para controle glicêmico basal e está disponível atualmente no Sistema Único de Saúde (SUS). As insulinas glargina e detemir são análogas de insulina de ação prolongada, lançadas nos últimos anos como alternativas à insulina NPH. O presente boletim tem como objetivo avaliar se essas novas insulinas são mais eficazes que a insulina NPH em relação ao controle glicêmico e à ocorrência de episódios de hipoglicemia, em adultos crianças e adolescentes. Os resultados apresentados e os vieses metodológicos dos estudos clínicos disponíveis atualmente não permitem afirmar que haja diferença entre as insulinas detemir, glargina e NPH, no que se refere ao controle glicêmico. Apesar de os resultados indicarem superioridade das insulinas análogas quanto à redução do risco de hipoglicemia, os vieses identificados nos estudos podem comprometer a validade desses achados. Estudo de custo-efetividade canadense apresentou custos incrementais por QALY de Can$ 87.932 para a glargina, e de Can$ 387.729,00 para a detemir, em relação à insulina NPH. No Brasil, as diferenças percentuais encontradas entre os custos de tratamento que utilizam as insulinas glargina e detemir, em relação à insulina NPH, foram de 536% e 377%, respectivamente. Como as evidências clínicas atualmente disponíveis não suportam a superioridade clínica das insulinas análogas em relação à NPH, e como os custos associados às primeiras são superiores, os recursos financeiros devem ser direcionados para a estruturação de programas que visem à maximização dos benefícios do tratamento atualmente disponível no SUS para o controle da DM1.

Palavras-chave: Diabetes *Mellitus* Tipo 1. Medicamentos.

IPEA. **Programas de Assistência Farmacêutica do Governo Federal**: evolução recente das compras diretas de medicamentos e primeiras evidências de sua eficiência, 2005 a 2008. Brasília, dez. 2010. (Comunicado do Ipea, n. 74). Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/101216_comunicadoipea74.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2013.

Resumo: Analisa a evolução recente das compras de medicamentos do governo federal para seus programas de assistência farmacêutica. Considera a participação das compras federais de medicamentos no total do gasto federal com Saúde. Também considera a participação das três esferas de governo no gasto com os programas de assistência farmacêutica pública. Por fim, avalia evidências, mesmo que preliminares, de ganhos de eficiência dos gastos com a assistência farmacêutica de responsabilidade do governo federal, no período de 2005 a 2008. A presente nota está divida em quatro partes. Na Seção 2, analisa, de forma sumária, evidências recentes sobre a desigualdade em relação ao acesso a medicamentos pela população brasileira. Na Seção 3, analisa a evolução do gasto federal com ações e serviços de Saúde e com aquisição direta de medicamentos, entre 2005 e 2008. Na Seção 4, aponta para algumas evidências preliminares sobre os ganhos de eficiência – redução de custo por mesma quantidade de unidades farmacêuticas – de alguns programas de assistência farmacêutica para os quais as compras são de responsabilidade da esfera federal e realizadas pelo Ministério da Saúde. Por fim, na Seção 5, apresenta e discute as principais conclusões.

Palavras-chave: Política Nacional de Medicamentos. Medicamentos – Gastos públicos. Medicamentos para a atenção básica.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Edinilsa Ramos de (Orgs.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. 3. reimpr. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. 244 p. ISBN 85-89697-06-1.

Resumo: Sintetiza teoria e prática para a análise, o acompanhamento e o monitoramento de programas sociais. Trata-se de obra inédita na literatura científica, cuja proposta é servir de base para a pesquisa de gestores de programas sociais, professores e estudantes universitários e de pós-graduação que necessitem de conhecimentos técnicos e operacionais sobre como avaliar os resultados de ações sociais.

Palavras-chave: Pesquisa científica – Metodologia. Avaliação de programas.

NISHIJIMA, Marislei; CYRILLO, Denise Cavallini; BIASOTO JR., Geraldo. Análise econômica da interação entre a infraestrutura da saúde pública e privada no Brasil. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 19, n. 3, p. 589-611, dez., 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ecos/v19n3/07.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: Analisa de que forma se dará a interação entre o setor público e privado de Saúde da economia brasileira, avaliando como a sua estrutura produtiva, aliada ao aparato legal referente ao período anterior à regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, pode ter causado um impacto negativo sobre o acesso dos brasileiros de baixa renda aos bens públicos de Saúde. Para dar suporte aos argumentos apresentados, utiliza os microdados do suplemento saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) de 1998, analisados por meio de modelos *logit* e *probit* tendo em vista o caráter qualitativo da variável dependente. Os resultados sugerem evidências favoráveis à hipótese proposta.

Palavras-chave: Assistência médica. Saúde pública. Saúde privada. Seguro de saúde. ANS.

REFLUXO gastroesofágico. **Saúde e Economia**, Brasília, ano 2, n. 3, mar., 2010. Disponível em: <200.214.130.94/rebrats/publicacoes/Edi%C3%A7%C3%A3on%C2%BA3-RefluxoGastroesof%C3%A1gico-publicadoSITE%20ANVISA.pdf>. Acesso em: 3 fev. 2013.

Resumo: Conceitua a doença de refluxo gastroesofágico como crônica e altamente prevalente caracterizada por pirose (azia ou queimação no estômago) e regurgitação ácida. Na maior parte das vezes, tem evolução benigna; contudo, sem tratamento, o refluxo pode levar ao desenvolvimento de Esôfago de Barrett, e, mais raramente, ao adenocarcinoma de esôfago. Os tratamentos clínicos são divididos em mudanças de hábitos e tratamentos farmacológicos. Entre as classes farmacológicas indicadas para o tratamento da doença do refluxo gastroesofágico, estão os medicamentos das classes dos antiácidos, procinéticos, inibidores de receptores de histamina H2 e inibidores da bomba de prótons, sendo estes últimos mais eficazes e mais utilizados. Os medicamentos Omeprazol, Esomeprazol, Pantoprazol, Lansoprazol e Rabeprazol são representantes dessa última classe. Não há diferenças significativas entre a eficácia dos inibidores da bomba de prótons no tratamento de refluxo, entretanto existem grandes diferenças em termos de custos.

Palavras-chave: Economia da Saúde. Refluxo gastroesofágico. Medicamentos.

SANTOS, Vania Cristina Canuto. **As análises econômicas na incorporação de tecnologias em saúde:** reflexões sobre a experiência brasileira. 2010. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, ENSP, Rio de Janeiro (RJ), 2010. Disponível em: <bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/25775_santosvccm.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2013.

Resumo: Nas últimas décadas, os gastos crescentes no setor Saúde vêm preocupando diversos países, em especial aqueles cuja atenção à saúde é garantida pelo setor público. A grande pressão pela incorporação de tecnologias cada vez mais caras, além de impactar no orçamento dos países, produz restrição ao acesso dos serviços de Saúde, visto que não é possível garantir todas as intervenções a todos. Diante desta situação, técnicas para a racionalização dos gastos, tais como as análises econômicas em Saúde, são utilizadas na tentativa de maximizar a saúde, mas resguardando a viabilidade financeira dos sistemas públicos de Saúde. Países desenvolvidos com forte financiamento público, assim como Austrália, Canadá e Reino Unido, têm empregado cada vez mais estas ferramentas para a tomada de decisão acerca da incorporação de novas tecnologias. O Brasil, na última década, também tem empreendido esforços para a adoção de critérios de custo-efetividade, tanto na entrada de medicamentos no mercado privado, com a alteração da lei de registro e com a criação da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (Cmed), quanto com o estabelecimento de Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde (Citec).

Palavras-chave: Tecnologia biomédica. Fases do ciclo de vida. Análise custo-benefício. Tomada de decisões. Sistema Único de Saúde (SUS).

TEICH, V.; PEREIRA, M.L.; MORAIS, A. Análise de custo-efetividade do tratamento do mieloma múltiplo em primeira, segunda e terceira linha sob a perspectiva do Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS)**. Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, São Paulo, v. 2, n. 3, set., 2010. Disponível em: <www.jbes.com.br/images/v2n3/jbes-v2n3-09-artigo-original.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2013.

Resumo: Objetivo: analisar a custo-efetividade do uso de Bortezomibe em primeira, segunda e terceira linha de tratamento do mieloma múltiplo, sob a perspectiva do Sistema Único de Saúde. Conclusões: o uso antecipado de Bortezomibe representa não só uma opção importante para pacientes, mas para pagadores também.

Palavras-chave: Avaliação de custo-efetividade. Bortezomibe. Mieloma múltiplo.

TIBÉRIO, Amanda Alves; SOUZA, Erica Macedo; SARTI, Flávia Mori. Considerations on evaluation of health facilities management under the model of Social Organizations of Health: the case of Grajaú General Hospital. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 557-568, 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/08.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2013.

Resumo: Objetivos: a partir da década de 1990, diante de um cenário de limitações de recursos do Estado para financiamento de serviços essenciais à população, novas formas de administração pública começam a ser implementadas. Uma das principais formas adotadas refere-se à delegação da administração de hospitais públicos do Estado de São Paulo às Or-

ganizações Sociais de Saúde (OSS). O artigo propõe um formato de avaliação da gestão das políticas públicas de Saúde via OSS no Município de São Paulo, a partir do caso do Hospital Geral do Grajaú. Resultados: a região apresenta déficit de Unidades Básicas de Saúde (UBS), que gera sobrecarga de atendimentos de baixa complexidade no hospital. Os resultados da avaliação comparativa entre oferta e demanda por serviços públicos de Saúde, a partir do perfil populacional da região e características de atendimentos realizados pela organização social, indicam que a unidade buscou adaptar-se às necessidades prioritárias da região. No entanto se verificou, também, que a implantação de um único hospital em uma região de alta vulnerabilidade social é insuficiente para suprir as necessidades da população, sendo necessária uma rede de Unidades Básicas de Saúde para auxiliar na realização de atendimentos de baixa complexidade, permitindo focalização do atendimento hospitalar sobre atendimentos de média e alta complexidade.

Palavras-chave: Políticas públicas de Saúde. Gestão em Saúde. Administração de recursos. Avaliação. Administração pública.

USO da tomografia por emissão de pósitrons (pet) no diagnóstico, estadiamento e reestadiamento dos cânceres de cólon e reto. **Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde**, Brasília, ano 5, n. 11, mar., 2010. Disponível em: <portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/ba20da8047458d229647d63fbc4c6735/BRATS%2B11%2Bcerto.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 3 fev. 2013.

Resumo: O câncer de cólon e reto (CCR) abrange tumores que atingem o cólon (intestino grosso) e o reto, ocupando o terceiro lugar, em incidência mundial, de câncer em ambos os sexos e a segunda causa em países desenvolvidos. No Brasil, no período de 2002 – 2006, esta neoplasia representou 6,1% do total de mortes por câncer em homens e 8,2% em mulheres e a taxa de mortalidade por esta neoplasia vem aumentando, em parte devido à melhoria no diagnóstico e, em parte, à melhoria no preenchimento dos atestados de óbitos em algumas regiões. O estadiamento mais acurado e a detecção precoce de recorrências podem evitar cirurgias desnecessárias, com impacto na sobrevida e qualidade de vida dos pacientes, bem como nos custos do sistema de Saúde. O presente boletim buscou avaliar as evidências disponíveis quanto à acurácia e ao valor clínico da Tomografia de Emissão de Pósitrons (PET), do inglês *Positron Emission Tomography*, nestas neoplasias em relação às seguintes indicações clínicas: (1) diagnóstico; (2) estadiamento e reestadiamento; (3) avaliação de resposta ao tratamento; e (4) detecção de doença recorrente. Foram também investigadas sua influência nas decisões de manuseio clínico-terapêutico e seu impacto nos desfechos em saúde. A metodologia utilizada foi a das revisões de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS), congregando duas estratégias complementares: (1) pesquisa de avaliações produzidas por agências de ATS, a partir da base de dados da INAHTA; e (2) pesquisa bibliográfica de revisões sistemáticas (RS) e meta-análises nas bases Medline, Cochtane, Lilacs e Scielo.

Palavras-chave: Câncer do colo do útero – Diagnóstico e tratamento.

Avaliação Econômica em Saúde 2011

ABICALAFFE, César Luiz Lacerda. Pagamento por performance: o desafio de avaliar o desempenho na área da saúde. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, São Paulo, v. 3, n. 1, mar., 2011. Disponível em: <www.jbes.com.br/images/v3n1/jbes-v3n1-11-artigo-atualizacao.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2013.

Resumo: Apresenta um modelo de Pagamento por Performance (P4P) para o setor de Saúde. Demonstra que o P4P pode ser associado a qualquer sistema simples de remuneração e pode ser aplicado em qualquer área da Saúde, i.e., hospitais, planos de saúde e sistema de saúde pública (SUS). O modelo propicia aos prestadores uma cultura de autoavaliação e busca pela excelência, por meio do uso de incentivos, financeiros ou não, relativos aos seus desempenhos. Os maiores desafios para implantar programas de avaliação de desempenho no setor de Saúde são os seguintes: o engajamento dos médicos em agendas pela melhoria da qualidade; a quebra do paradigma da padronização em Saúde; a capacidade de geração de dados consistentes para a construção de indicadores de desempenho adequados; e, finalmente, evitar as armadilhas em programas de avaliação de desempenho como ajustes de riscos, criação de modelos empíricos não centrados no paciente, imposição dos critérios aos prestadores e focar somente a redução de custos com o programa.

Palavras-chave: Saúde – Avaliação de desempenho. Avaliação econômica em Saúde.

ALVARES, Juliana. **Avaliação da qualidade de vida e análise de custo-utilidade das terapias renais substitutivas**. 2011. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), 2011.

Resumo: Introdução: a doença renal crônica terminal é hoje um problema de saúde pública, que traz grandes prejuízos para o paciente, sob os aspectos sociais, econômicos e de qualidade de vida (QDV) e vem apresentando crescentes gastos para o Sistema Único de Saúde (SUS). Objetivos: realizar avaliação da qualidade de vida e análise de custo utilidade das terapias renais substitutivas. Realizar comparação da qualidade de vida de pacientes em hemodiálise (HD), diálise peritoneal (DP) e transplantados renais (TR), utilizando, como instrumento de medida da QDV, o SF-36 [artigo 1]; descrever QDV medida de forma direta e indireta pela escala visual analógica (EVA) e pelo Eq-5D, respectivamente, e, com isso, obter os escores de utilidade para as modalidades de TRS, subsidiando as avaliações econômicas de custo-utilidade [artigo 2]; realizar análise de custo-utilidade na perspectiva do SUS, comparando HD com DP, estratificada por realização ou não de TR [artigo 3]. Resultados: houve diferenças significativas entre o transplante renal e ambas as formas de diálise para todas as dimensões do SF-36. Pacientes com transplante renal obtiveram a melhor pontuação média do componente físico da qualidade de vida. Não houve diferenças significativas entre os grupos de tratamento em relação ao componente mental da qualidade de vida. Quanto ao Eq5D, houve diferenças significativas entre todas as modalidades. A correlação entre EVA e Eq5D foi moderada e as cinco dimensões do Eq5D explicam 43% da variabilidade da EVA. Na

análise de custo-utilidade, HD resultou em diferença de 0,47 e 1,79 anos de vida ajustados por qualidade (Avaq) em comparação com o DP para não transplantados e transplantados, respectivamente. Na comparação entre transplantados e não transplantados, nota-se diferença de 5,24 e 3,93 entre pacientes que iniciaram o tratamento em HD e DP, respectivamente. Conclusões: pacientes transplantados apresentam melhor qualidade de vida a um custo que se encaixa nos padrões estabelecidos pelo SUS e, por isso, deve ser incentivado.

Palavras-chave: Diálises. Transplante renal. Qualidade de vida. SF-36. Eq5D. Custo-utilidade.

BONACIM, Carlos Alberto Grespan; ARAUJO, Adriana Maria Procópio de. Avaliação de desempenho econômico-financeiro dos serviços de saúde: os reflexos das políticas operacionais no setor hospitalar. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, suppl.1, p. 1055-1069, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/ pdf/csc/v16s1/a38v16s1.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: Discussões acerca de condutas e procedimentos de gestão têm merecido destaque entre dirigentes de organizações da área da Saúde. A avaliação econômica da Saúde aborda esse tema e vem assumindo um papel de destaque mundial, exigindo dos gestores novos desafios na busca contínua da eficiência e eficácia das atividades. O objetivo é descrever as consequências de mudanças operacionais nos indicadores econômico-financeiros de um hospital universitário público. Como metodologia, foi feito, além da pesquisa bibliográfica, um estudo de caso no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP). Os valores encontrados corroboram com o contexto vivido pelo hospital. Conclui-se que os custos médios apresentam comportamentos semelhantes, com tendência à estabilização, confirmando, assim, ganhos em eficiência. Ressalta-se, por fim, a importância da prestação de contas para a sociedade quanto ao uso do recurso público.

Palavras-chave: Indicadores hospitalares. Indicadores econômico-financeiros. Gestão da Saúde. Avaliação de desempenho.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Monitoramento do horizonte tecnológico em saúde no âmbito da Rebrats**: proposta preliminar. Brasília, 2011. 52 p. (Série B. Textos básicos em saúde). ISBN 978-85-334-1807-3. Disponivel em: <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/monitoramento_horizonte_tecnologico.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2013.

Resumo: A publicação foi elaborada a partir dos princípios e diretrizes da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS), que é instrumento norteador para os atores envolvidos na gestão dos processos de avaliação, incorporação, difusão, gerenciamento da utilização e retirada de tecnologias no sistema de Saúde. Em 2008, com a criação da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (Rebrats), foi instituído um Grupo de Trabalho (GT) para o desenvolvimento de um sistema de Monitoramento do Horizonte Tecnológico (MHT). Sua implantação gradual com ações de Avaliação de Tecnologias em Saúde são considerados aspectos importantes para estabelecer prioridades e prover inovações relevantes para o sistema de Saúde. Para aprofundar essa discussão, estabeleceu um programa de trabalho visando identificar experiências internacionais e propôr uma metodologia para

acompanhar o surgimento de tecnologias novas e emergentes, bem como produzir informações de interesse para os gestores de Saúde, ainda na fase inicial do ciclo de vida das tecnologias em Saúde, o GT MHT. A publicação representa o esforço em consolidar os debates realizados no âmbito da Rebrats e apresentar uma proposta de metodologia para o Monitoramento do Horizonte Tecnológico. Esta proposta é resultado de discussões no âmbito do GT MHT da Rebrats, formado por representantes de instituições de ensino e pesquisa, de hospitais de excelência a serviço do Sistema Único de Saúde (SUS), de agências reguladoras e de diversas áreas do Ministério da Saúde.

Palavras-chave: Políticas públicas em Saúde. Pesquisa em Saúde. Tecnologia em Saúde.

BRAZIL. Ministry of Health. **Health technology assessment**: a selection of studies supported by Decit. Brasília, 2011. 116 p. (F Series. Communication and education in health). ISBN 978-85-334-1810-3. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/ pdf/health_technology_assessment.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2013.

Resumo: This publication's aim is to offer, to those interested in the growth of Health Technology Assessment (HTA) in Brazil, a sample of the studies supported by the Ministry of Health since 2005. It also complements existing information systems - Pesquisa Saúde and the REBRATS Information System (SIS-REBRATS), which are regularly updated and improved and are available for consultation on the Internet: (www.saude.gov.br/pesquisasaude; www.saude.gov.br/rebrats). Brazilian Network for Health Technology Assessment (Rebrats) is an initiative of the Ministry of Health that is carried out through the Department of Science and Technology. Rebrats is a network of institutions that act with the goal of promoting and spreading HTA throughout Brazil. Its guiding principles are quality and excellence in the relationships between research, policy and management during the diverse phases of assessing technologies (incorporation, dissemination, relinquishment), in the appropriate time and context for which the care is given. The publication begins with an introductory chapter that explains the process adopted by the Ministry of Health in recent years in order to support HTA studies through public calls. Further on, a selection of concluded studies are presented, in addition to projects that are in development. Making use of the process that has been adopted, the document presents a series of analyses done on various grievances, considering different types of technologies and the most varied methods.

Keywords: Public health. Policies health research. Health technology.

CAMELO JÚNIOR, José Simon et al. Avaliação econômica em saúde: triagem neonatal da galactosemia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 666-676, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v27n4/06.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2013.

Resumo: Avalia a eficiência da adição do exame da galactosemia com o Teste do Pezinho. Baseado na incidência média estimada de galactosemia, de 1:19.984 recém-nascidos, no Estado de São Paulo, Brasil, desenvolve um modelo de análise de custo-benefício, utilizando a relação benefício/custo (B/C), a taxa de juros de 9,25% ao ano para descapitalização dos resultados obtidos. Também realiza análise de sensibilidade, em função da variação da taxa

de juros entre 0% e 20% e do intervalo de 95% de confiança da incidência da galactosemia (1:7.494 a 1:59.953 recém-nascidos). A economia obtida com a melhora da saúde das crianças doentes identificadas precocemente é superior aos custos (B/C = 1,33), caracterizando como eficiente a política de adição do exame neonatal para galactosemia no Teste do Pezinho. Quanto menor a taxa de juros vigente na economia, mais eficiente é a política de triagem neonatal, não considerados os custos sociais intangíveis evitados.

Palavras-chave: Economia da Saúde. Análise custo-eficácia. Triagem neonatal. Galactosemias.

CÂNCER de colo de útero: a vacina para prevenção do HPV e o desafio para a melhoria da qualidade do rastreamento no brasil. **Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde**, Brasília, ano 6, n. 17, dez., 2011. Disponível em: <portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/4bbac7804a14f133a713afaa19e2217c/BRATS17.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 3 fev. 2013.

Resumo: O câncer de colo de útero ou câncer cervical, embora passível de prevenção e cura, ainda é responsável por um grande número de mortes entre mulheres, especialmente em países em desenvolvimento. Vários estudos de avaliação econômica sobre a utilização da vacina contra o human papiloma virus (HPV) foram feitos nos últimos anos, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento, com o intuito de demonstrar a relação custo-efetividade de sua introdução nos sistemas de Saúde. Das avaliações econômicas realizadas, destacam-se as que compararam os programas de rastreio já existentes em um dado país (como, por exemplo, o método Papanicolaou) com a vacina contra o HPV combinada à prática de rastreio já utilizada. A maioria dos estudos da revisão sistemática, avaliada neste boletim, apontou que a vacina contra o HPV, quando combinada aos métodos de rastreio tradicionais, é custo-efetiva. Com relação ao impacto orçamentário, segundo as estimativas adotadas neste boletim, deverá haver substancial incremento no orçamento do Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde (PNI/MS), caso seja introduzida a vacinação contra o HPV no sistema de Saúde, pois ela comprometeria mais de 25% do orçamento atual desse programa. É importante ressaltar que a vacinação não substitui a realização do rastreamento dentro dos prazos preconizados. Ao contrário, mesmo em países que já incorporaram a vacina contra o HPV, a recomendação é que todas as mulheres vacinadas devem continuar realizando o rastreamento de Papanicolaou, com a mesma periodicidade e faixa etária preconizadas anteriormente nos protocolos de rastreamento destes países.

Palavra-chave: Câncer do colo do útero.

CÁPSULA endoscópica para o diagnóstico de sangramento gastrointestinal obscuro e doença de Crohn. **Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde**, Brasília, ano 6, n. 14, mar., 2011. Disponível em: <portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/33b5ca0047458d1d9638d63fbc4c6735/Brats14.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 3 fev. 2013.

Resumo: A cápsula endoscópica tem sido empregada para auxiliar o diagnóstico de doenças do intestino delgado e possibilita a visualização de regiões do intestino que dificilmente são visíveis por meio de outras técnicas diagnósticas. A cápsula endoscópica apresenta

outras vantagens sobre as técnicas convencionais, tais como a comodidade para o paciente e o fato de ser um método pouco invasivo. Este boletim apresenta o resultado de seis metanálises, que avaliaram a eficácia e a segurança da cápsula endoscópica em pacientes com sangramento gastrointestinal obscuro e doença de Crohn, em comparação às diversas tecnologias diagnósticas utilizadas atualmente. Considerando o resultado das metanálises, a cápsula apresenta um rendimento diagnóstico superior a algumas técnicas disponíveis, contudo se deve ressaltar que os estudos individuais possuem baixa qualidade metodológica. Apesar dos resultados favoráveis observados na literatura, algumas questões necessitam ser elucidadas, no sentido de se estabelecer qual o real impacto da utilização da cápsula endoscópica no manejo clínico e terapêutico dos pacientes. Além disso, o procedimento com a cápsula apresenta algumas limitações, pois não permite a realização de biópsias e tratamento local. O custo dessa tecnologia também pode ser um fator limitante.

Palavras-chave: Doença de Crohn – Diagnóstico.

CERQUEIRA, Daniel Ricardo de Castro; SOARES, Rodrigo R. **Custo de bem-estar da violência letal no Brasil e desigualdades regionais, educacionais e de gênero**. Brasília: IPEA, jul. 2011. (Texto para discussão, n. 1.638). Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=9496>. Acesso em: 3 fev. 2013.

Resumo: Estima o custo de bem-estar da violência letal no Brasil e analisamos como as heterogeneidades regionais, educacionais e de gênero afetam esse resultado. Na abordagem empregada, baseada em Rosen[14] e Soares[15] nós calculamos a disposição marginal a pagar para evitar o risco de morte prematura devido à violência. Os resultados, obtidos a partir de informações das características de cada indivíduo morto e em dados socioeconômicos e demográficos da população, indicam que o custo de bem-estar da violência letal representa 78% do Produto Interno Bruto (PIB), o que equivale a uma parcela anual de 2,3% do PIB. Nossas análises indicaram ainda que o emprego de dados agregados para efetuar tais cálculos, sem levar em conta as heterogeneidades supramencionadas, pode conduzir a um viés de até um quarto do valor que seria obtido caso aquelas diferenças socioeconômicas fossem consideradas.

Palavras-chave: Custo de bem-estar. Violência letal – Brasil. Desigualdade social.

CHAVES, Vanessa Rodrigues. **Custo, efetividade e custo-efetividade do tratamento periodontal em gestantes**. 2011. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre (RS), 2011.

Resumo: Análises econômicas em saúde bucal são escassas na literatura e, portanto, muitas das práticas, especialmente aquelas propostas e realizadas nos sistemas públicos de Saúde em diferentes países, são realizadas sem o conhecimento de seus aspectos econômicos. Na maioria dos países, os recursos destinados à Saúde são limitados e, portanto, carecem de análises econômicas para que se tenha base científica para a proposição e implementação

[14] ROSEN, S. The value of changes in life expectancy. **Journal of Risk and Uncertainty**, [S.l.], v. 1, p. 285-304, 1988.

[15] SOARES, R. R. The Welfare Cost of Violence Across Counties. **The Journal of Health Economics**, [S.l.], v. 25, p. 821-846, 2006.

de diretrizes de atenção à saúde. Trata de uma análise econômica em saúde bucal que teve por objetivo avaliar o custo, a efetividade e o custo-efetividade do tratamento periodontal sistemático, comparando-o com o tratamento convencional realizado em gestantes no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV), na perspectiva do Sistema Único de Saúde, partindo de dados já coletados nos prontuários de 213 pacientes. O custo do tratamento periodontal sistemático e o ofertado pelo HMIPV foram estimados a partir do somatório dos custos de todas as consultas de exames periodontais, instruções de higiene bucal, raspagens, alisamentos e polimentos supragengivais e raspagem e alisamento radiculares subgengivais por gestante. O tratamento periodontal sistemático custou R$ 442,80, levando em média 8,23 consultas por gestante, e o tempo médio gasto para a realização do tratamento foi de 6 horas e 35 minutos. O tratamento periodontal ofertado pelo HMIPV teve um custo médio de R$ 144,05 e uma média de 2,96 consulta por paciente; o tempo total médio para a realização desse tratamento foi de 2 horas e 15 minutos. A razão de custo-efetividade para se controlar a doença periodontal por gestante mediante o tratamento periodontal sistemático é de R$ 6,91 e de R$ 9,50 pelo tratamento ofertado pelo HMIPV. Os resultados do presente estudo permitem concluir que o tratamento periodontal sistemático é custo-efetivo em reduzir processo inflamatório periodontal, não sendo influenciado diretamente por tabagismo, renda e escolaridade.

Palavras-chave: Custo-efetividade. Gestação. Doença periodontal.

DALTIO, Claudiane Salles; MARI, Jair Jesus; FERRAZ, Marcos Bosi. Custo direto médico-hospitalar de recaída em esquizofrenia em serviços de saúde na cidade de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 14-23, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/1731.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2013.

Resumo: Objetivo: avaliar o custo direto médico-hospitalar da recaída em esquizofrenia, em serviços em Saúde Mental. Resultados: o custo direto médico-hospitalar médio da recaída em esquizofrenia, por paciente, foi de R$ 8.167,58 (US$ 4,083.50) no hospital público estadual, R$ 4.605,46 (US$ 2,302.76) no centro de atenção psicossocial e de R$ 2.397,74 (US$ 1,198.50) no hospital conveniado. O principal componente foi o custo com diárias (87% a 98%). O custo com medicação diferiu quanto à utilização de antipsicóticos típicos ou atípicos. O uso de atípicos foi maior no centro de atenção psicossocial. Conclusões: o investimento em medicações antipsicóticas e em estratégias que diminuam a recaída e a necessidade de diárias nos serviços, especialmente hospitalares, são justificáveis pela proporção dos custos que estas representam. Tratar a recaída no centro de atenção psicossocial apresentou custo intermediário, com o benefício de não privar o paciente do convívio familiar.

Palavras-chave: Esquizofrenia – Economia. Recidiva. Custos diretos de serviços. Custos de cuidados de saúde. Serviços de Saúde Mental.

DISLIPIDEMIA. **Saúde e Economia**, Brasília, ano 3, n. 6, out., 2011. Disponível em: <portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Profissional+de+Saude/Publicacao+Profissional+Saude/Boletim+Saude+e+Economia>. Acesso em: 3 fev. 2013.

Resumo: Define a dislipidemia como distúrbio que altera os níveis séricos dos lipídeos (gorduras). Assim como a hipertensão, também é um dos fatores de risco para ocorrência de doenças cardiovasculares (DCV) e cerebrovasculares. Para reduzir o risco de infarto, acidente vascular cerebral (AVC) e outros eventos cardiovasculares, são indicados tratamentos não medicamentosos (basicamente relacionados à alteração do estilo de vida) e medicamentosos, entre esses, as estatinas. Devido ao grande número de evidências científicas com diferenças em qualidade e desenho de estudo, não existe consenso sobre a superioridade delas na redução das DCVs. Em uma análise por substância, verificou-se que a diferença entre o mais caro e mais barato pode chegar a 383%, como no caso da Sinvastatina. A diferença pode chegar a 715% quando se compara a Sinvastatina mais barata com a Pravastatina mais cara do mercado.

Palavras-chave: Economia da Saúde. Dislipidemia. Medicamentos.

EPILEPSIA. **Saúde e Economia**, Brasília, ano 3, n. 5, abr., 2011. Disponível em: <portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Profissional+de+Saude/Publicacao+Profissional+Saude/Boletim+Saude+e+Economia>. Acesso em: 3 fev. 2013.

Resumo: Aponta a epilepsia como uma doença caracterizada por muitos sintomas resultantes de uma variedade de desordens cerebrais. Estima-se que 50 milhões de pessoas no mundo sofram dessa doença, sendo a epilepsia parcial a mais comum (ocorre em cerca de 60% dos casos). Dependendo do tipo de crise epiléptica, a patologia pode estar relacionada a altos índices de morbimortalidade. O tratamento inicial para grande maioria dos pacientes com epilepsia inclui o uso de drogas antiepilépticas. Os medicamentos são escolhidos não apenas com base em estudos, mas também de acordo com variáveis como: tipo de epilepsia, idade e características do paciente, além do mecanismo de ação da droga. Os anticonvulsivantes carbamazepina e oxcarbazepina pertencem à mesma classe terapêutica e possuem as mesmas indicações. Não há consenso de superioridade de eficácia entre esses dois medicamentos, contudo há grandes diferenças nos seus custos de tratamento.

Palavras-chave: Economia da Saúde. Epilepsia. Medicamentos.

GUERRA JUNIOR, Augusto Afonso. **Avaliação de custo-efetividade entre esquemas imunossupressores no transplante renal:** um estudo farmacoepidemiológico e farmacoeconômico sobre o Programa Nacional de Medicamentos excepcionais no SUS de 2000 a 2004. 2011. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), 2011.

Resumo: Introdução: no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) é universal e responsável pela quase totalidade dos transplantes renais (TRs), realizados com doadores vivos e cadáveres. Para a manutenção da imunossupressão, essencial ao TR, os protocolos clínicos do SUS recomendam uso da Ciclosporina (CsA), associada com Azatioprina e corticosteroides. Alternativamente, pode ser usado Tacrolimus (Tac). Objetivos: o propósito desta tese foi o de avaliar a relação de custo-efetividade de regimes terapêuticos, envolvendo Ciclosporina ou Tacrolimus, após o transplante renal durante um período de acompanhamento de 60 meses. Conclusões: constatou-se maior gasto total com recursos hospitalares, ambulato-

riais e medicamentos para o TR em pacientes com esquemas com tacrolimus (Tac), quando comparados com o grupo da CsA. Observou-se também um risco 1,38 vezes maior de falha de tratamento entre os usuários de Tacrolimus quando comparados aos da Ciclosporina. Após pareamento de pacientes de CsA e Tac em 1:1, não se evidenciou melhor sobrevida para pacientes em uso de Tac. A avaliação econômica demonstrou que regimes baseados em CsA foram mais custo-efetivos (dominantes) que com Tac. Os resultados apresentados apontam para a importância dos uso de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para os medicamentos utilizados no transplante renal. Apesar das limitações, a coorte histórica provou-se útil para o estudo dos efeitos da exposição e os custos decorrentes financiados pelo SUS.

Palavras-chave: Tacrolimus. Ciclosporina. Transplante renal. Sobrevida. Farmacoeconomia.

ITRIA, Alexandre. **Análise e determinação de custos específicos e consequências econômico-sociais na incorporação da vacina contra meningite e doença meningocócica C conjugada na rotina do Programa Nacional de Imunização/PNI**. 2011. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), 2011.

Resumo: As avaliações econômicas em Saúde, que se propõem a estudar a alocação mais eficiente de recursos, apresentam expansão nos últimos 20 anos. Para as vacinas especificamente, há crescente surgimento das avaliações econômicas de programas de vacinação dado o aumento dos preços das novas vacinas. Nesse cenário, tem-se que a doença meningocócica continua sendo um agravo de extrema importância na população mundial, com características peculiares quando se consideram manifestações, morbimortalidade e ocorrência nas diferentes regiões. Não são suficientemente conhecidas as causas do início de uma epidemia em um dado momento e lugar, mas se sabe que são necessários a presença concomitante de múltiplos fatores, como características do agente etiológico, do hospedeiro e do meio ambiente. Isto inclui a susceptibilidade da população, condições climáticas favoráveis, situação socioeconômica precária, tornando a prevenção primária da doença difícil, sendo necessária uma intervenção específica como as vacinas. Há diversas complicações da doença meningocócica, principalmente as sequelas, sendo as mais comuns a perda auditiva, as amputações, necrose de pele e convulsões. O Brasil, por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI), incluiu em sua agenda de Avaliação de Tecnologias em Saúde, via Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, avaliações econômicas locais para introdução de novas vacinas no calendário nacional de vacinação, sendo uma delas a vacina antimeningocócica C conjugada. Assim, o objetivo desta tese é desenvolver um estudo complementar de custo-efetividade para a vacina conjugada contra a doença meningocócica C, com inclusão de estimativas suplementares de custos adicionais, para análise da sua repercussão sobre as razões incrementais encontradas em estudo original, a fim de aprofundar os estudos que medem as proporções de sequelas e os custos indiretos, bem como a inserção de novos custos. A hipótese sugere que a medição e valoração de custos envolvidos com sequelas da doença, aprimora os resultados do estudo de custo-efetividade e agregar elementos adicionais nas decisões dos gestores. Foram realizadas na cidade de Sorocaba entrevistas junto aos doentes e familiares com questionários de rotina de gastos e de qualidade de vida – EuroQol (EQ-5D), sendo inseridos nas análise de custo-efetividade,

os gastos diversos realizados pelas famílias, ora denominado de Gastos Familiares. A tese teve como resultado o fato de que o melhor detalhamento e inserção de gastos familiares no tratamento de pessoas que adquiriram deficiências em consequência de sequelas, alterou a relação de custo-efetividade no programa de vacinação da doença meningocócica. A análise de sensibilidade mostrou que esses dados, quando extrapolados, resultam em um valor incremental ainda mais próximo no valor ideal de custo-efetividade.

Palavras-chave: Avaliação de custo-efetividade. Custos e análises de custos. Meningite meningocócica. Qualidade de vida. Sequelas. Vacinas conjugadas.

LIMA, Angela Cristina Beck; GUERRA, Diana Mendonça. Avaliação do custo do tratamento de úlceras por pressão em pacientes hospitalizados usando curativos industrializados. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 267-277, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v16n1/v16n1a29.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: Avalia o uso de curativos industrializados: poliuretano, hidrogel, carvão ativo e também hidrogel com alginato, no tratamento de úlcera por pressão na Clínica Neurocirúrgica do Hospital da Restauração. Identifica o fator crítico que aumenta a demanda e custos com curativos industrializados. A avaliação, realizada na Clínica Neurocirúrgica, identificou os indivíduos que apresentaram risco de desenvolver úlcera por pressão. Foram avaliados 62 pacientes e a prevalência foi de 22,6%, segundo escore obtido na Escala de Braden. A avaliação comparativa entre indivíduos que receberam medidas preventivas e entre os que não receberam mostrou que o custo médio diário de hospitalização para o primeiro grupo foi 45% maior que para o segundo grupo. O teste de Wilcoxon-Mann-Withiney comparou a população de risco com a população de baixo risco, mostrando que a análise dos escores da Escala de Braden entre os grupos apresenta diferenças estatisticamente significativas quando estas duas populações são comparadas, intervalo de confiança de 95%. Úlcera por pressão é um indicador de qualidade dos serviços de Saúde. Pode-se reduzir custo e oferecer serviços públicos de maior qualidade se forem implantados treinamentos com a equipe de Enfermagem, usando um protocolo de medidas preventivas baseado em um teste de avaliação de risco como a Escala de Braden.

Palavras-chave: Úlcera por pressão. Prevenção. Escala de Braden. Curativos industrializados. Prevalência.

MARCONATO, Roseli Regina Freire; SOAREZ, Patrícia Coelho de; CICONELLI, Rozana Mesquita. Custos dos mutirões de mamografia de 2005 e 2006 na Direção Regional de Saúde de Marília, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, pp. 1529-1536, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v27n8/08.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2013.

Resumo: Apresenta os custos diretos dos mutirões de mamografias realizados nos anos de 2005 e 2006 na região da Direção Regional de Saúde de Marília, São Paulo, Brasil. Foram realizadas 11.952 mamografias. A classificação do resultado da mamografia foi feita pelo sistema padronizado BI-RADS e a análise de custos foi baseada nos valores pagos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) com base nas tabelas Sistema de Informações Ambulatoriais/

Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) e Sistema de Informações Hospitalares/Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) de 2005. Foram diagnosticados 10 casos de câncer de mama (0,84 por 1.000 mamografias), 70% estavam na faixa etária de 50 – 69 anos. O custo total desses mutirões e acompanhamento foi de R$ 450.019,91, sendo R$ 431.467,20 com o pagamento de 11.952 mamografias e R$ 18.552,71 para a investigação diagnóstica de 29 casos suspeitos, para o tratamento de três casos de tumores benignos e de 6 casos de câncer. O custo de cada caso diagnosticado foi de R$ 43.268,10. O alto custo de cada caso diagnosticado aponta para a necessidade de implementação de programas de rastreamento efetivos e de qualidade da mamografia nesta região do estado.

Palavras-chave: Neoplasias da mama. Mamografia. Custos e análise de custos.

MARINHO, Alexandre; CARDOSO, Simone de Souza; ALMEIDA, Vivian Vicente de. Efetividade, produtividade e capacidade de realização de transplantes de órgãos nos estados brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 1560-1568, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v28n2/02.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2013.

Resumo: Avalia indicadores da efetividade, produtividade e capacidade de realização de transplantes nas unidades da Federação brasileira. Os estados das regiões Sul, Sudeste (com exceção do Rio de Janeiro) e Centro-Oeste têm os maiores indicadores. O Estado de São Paulo é o destaque positivo da amostra.

Palavras-chave: Custo-efetividade. Análise custo-benefício. Hepatite A. Programas de imunização.

MARQUES, Rosa Maria et al. Custos da cadeia de procedimentos do câncer de mama nos hospitais brasileiros de excelência e especializados. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, São Paulo, v. 3, n. 3, set., 2011. Disponível em: <www.jbes.com.br/images/v3n3/art01.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2013.

Resumo: Apresenta a metodologia e os resultados de uma pesquisa de campo do custo do tratamento do câncer de mama realizada em dez hospitais brasileiros especializados e de excelência, indicados pelo Ministério da Saúde. Entre os resultados obtidos, destaca: a adequação da utilização das cadeias de procedimento associadas à patologia para o levantamento do custo, com base nos protocolos médicos oficiais; referências de incidência de diagnóstico e tratamento obtidas no banco de dados da Fundação Oncocentro do Estado de São Paulo – o mais amplo existente no País; o fato de os valores dos procedimentos mais caros não apresentarem variações estatísticas significativas entre os hospitais, independentemente de sua localização, clientela predominante ou natureza jurídica; e o fato de os hospitais, que tratam predominantemente os usuários do sistema público – Sistema Único de Saúde (SUS), registrarem custos menores, mas não estatisticamente significativos, para toda a cadeia de procedimentos associada.

Palavras-chave: Custos na área da Saúde. Custo por procedimento. Custo do tratamento do câncer de mama.

MOTA, Daniel Marques et al. Avaliação econômica da rubéola e de estratégia de controle em situação de surto em Fortaleza (Ceará), Brasil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.20, n.3, p. 691-701, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n3/14.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2013.

Resumo: Em 2007, o País vivenciou uma epidemia de rubéola, com 8.683 casos confirmados. Realizou-se uma avaliação econômica da rubéola e de uma estratégia de controle em surto ocorrido em Fortaleza em 2007. Dois estudos de avaliação econômica foram conduzidos. O primeiro foi uma análise de custo-enfermidade dos casos confirmados; e o segundo, uma análise de custo-efetividade entre duas estratégias de intervenção relacionadas à rubéola. Comparou-se o custo-efetividade da vacinação emergencial (i.e., operação limpeza) com o prestar assistência de saúde aos casos confirmados de rubéola. O custo-enfermidade total dos 21 casos de rubéola foi de R$ 2.008,54 (médio R$ 95,65) e R$ 14.009,20 (médio R$ 667,10), desde as perspectivas do governo e sociedade, respectivamente. Os valores estimados para o custo-enfermidade total no País foram de aproximadamente R$ 831 mil para o governo e R$ 5,8 milhões para a sociedade. A análise de custo-efetividade incremental mostrou que a operação limpeza foi considerada dominante sobre a assistência aos casos de rubéola, produzindo maiores benefícios (i.e., redução dos casos de rubéola) a um menor custo. Esses resultados mostraram-se robustos em uma série de análises de sensibilidade. A análise de custo-efetividade nos mostrou que a alternativa de vacinação emergencial apresentou melhor relação de custo-efetividade e resultou em uma economia de recursos em ambas as perspectivas adotadas.

Palavras-chave: Farmacoeconomia – Brasil. Rubéola. Surtos. Vacina.

PASSOS, Orlando Cândido dos. **Saúde merecida, devida e recebida no Brasil com métricas inferidas e determinantes**. São Paulo: [s.n], 2011. 1 CD-ROM. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_merecida_recebida_brasil.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2013.

Resumo: Apresenta uma visão de conjunto das demandas e ofertas de ações integrais de saúde (AIS) na escala do Brasil – 2009. A partir daí, têm-se as capacidades de atendimentos com recursos alocados no mercado de fatores – pelo SUS e sistemas AMS (Asssistência Multidiciplinar em Saúde) e particular. Como corolário direto têm-se as Exclusões de Vidas com AIS (demandas reprimidas), explicitadas por problemas estruturais ou Gestões-RDID (recursos desbalanceados, inadequados e desarticulados) e por falta de recursos – que indiretamente podem ser atribuídas às gestões – RDID. O fechamento desse cenário se dá com a sinalização das externalidades do setor de Saúde como custo-saúde no custo-Brasil. Trata-se de explanação que demonstra a gravidade dos problemas estruturais do setor de Saúde brasileiro e pretende evidenciar, já nesse primeiro passo, a existência de proposta de operacionalização de círculo virtuoso capaz de eliminar amigavelmente essa situação extremamente desconfortável. Internaliza as Receitas-SUS dos Demonstrativos-Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) conforme Resolução CNS nº322/2003.

Palavra-chave: Financiamento da Saúde.

PEREIRA, Ana Cristina; NUNES, Angela Sofia Ferrari. O processo decisório subsidiado por informações de custos. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 3, n. 35, p. 258-269, 28 abr., 2011. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/processo_decisorio_subsidiado_informacoes_custos.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2013.

Resumo: As empresas enfrentam diariamente problemas para tomar decisões, que ameaçam diretamente a continuidade de seus negócios. Uma análise de decisões compreende a utilização de diferentes conceitos e técnicas de modelagem e síntese, visando a uma melhor qualidade no processo decisório. O objetivo desta pesquisa foi o de analisar a relevância das informações de custos no processo decisório empresarial. Foi realizada uma pesquisa em uma clínica de diagnósticos cardiológicos. Quanto aos fins, tratou-se de uma pesquisa descritiva, e, quanto aos meios de investigação, foram realizadas pesquisa de campo, pesquisa documental e pesquisa bibliográfica. A clínica em estudo confrontou-se com uma decisão importante sobre a proposta do hospital para elevar o repasse das receitas advindas da prestação de serviços de 20% para 35% e cobrar taxa de utilização do espaço físico. Objetivando decidir sobre aceitar ou não a nova proposta do hospital, foi elaborada uma análise mais detalhada dos fluxos operacionais e respectivos custos envolvidos. No caso da mão de obra dos médicos, a remuneração era realizada por um valor fixo para um plantão de seis horas, mais o valor por exame, quando ultrapassava o valor fixo. Observou-se que essa forma de remuneração onerava o custo dos exames realizados. Também severificou, para o grupo dos médicos, uma taxa de ociosidade de 79,73%, motivado pela obrigatoriedade de manter um corpo clínico de plantão para atender a todos os chamados do hospital. A clínica encontrava-se em uma situação de prejuízo. Se aceitasse a nova proposta do hospital, essa situação ficaria agravada, elevando os prejuízos e exigindo a realização de cerca de 3.265 exames, correspondendo a um aumento de 147,35% no atendimento, para atingir o ponto de equilíbrio. As informações de custos foram relevantes, contribuindo para antever uma situação que seria pior caso aceitasse a proposta do hospital, cumprindo, assim, a primeira fase do processo decisório.

Palavras-chave: Custos. Economia e organizações de Saúde. Gestores de Saúde.

PINTO, Márcia; UGA, Maria Alicia Domínguez. Custo do tratamento de pacientes com histórico de tabagismo em hospital especializado em câncer. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 575-582, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v45n3/2061.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2013.

Resumo: Objetivo: descrever o custo do tratamento dos cânceres de pulmão, laringe e esôfago de pacientes com histórico de tabagismo. Resultados: os pacientes eram fumantes pesados e foram diagnosticados em estádios avançados. A carga tabágica foi elevada e 92% dos pacientes com câncer de pulmão, 72% com câncer de laringe e 94% com câncer de esôfago foram diagnosticados em estádios avançados. As comorbidades mais frequentes foram as doenças cardíacas e as respiratórias. O custo médio foi de R$ 28.901, R$ 37.529 e R$ 33.164 para câncer de pulmão, laringe e esôfago, respectivamente. Os principais direcionadores do custo foram a radioterapia e a hospitalização. Observou-se associação entre estádios avan-

çados e menor custo para câncer de pulmão e de esôfago. Conclusões: sendo radioterapia e hospitalização os principais direcionadores do custo total, pacientes em estádios mais graves apresentaram custos menores provavelmente pela redução das opções terapêuticas.

Palavras-chave: Tabagismo. Neoplasias. Custos de cuidados de saúde. Estudos de coortes.

PRADO, Thiago Nascimento do et al. Custo-efetividade dos agentes comunitários de saúde *versus* supervisores domiciliares na realização do tratamento supervisionado da tuberculose, Vitória, Espírito Santo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 944-952, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v27n5/12.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2013.

Resumo: Compara os custos e os resultados associados ao tratamento de tuberculose (TB) supervisionado por domiciliares quanto ao realizado pelos agentes comunitários de Saúde (ACS). Participaram do estudo todos os casos de TB pulmonar com cultura positiva tratada na cidade de Vitória, Espírito Santo, Brasil, entre janeiro de 2005 e dezembro de 2006. Os pacientes escolheram a estratégia de tratamento preferencial. Os custos incorridos pelos prestadores e os doentes foram estimados, e relação custo-efetividade foi avaliada comparando os custos por doente tratado com sucesso. Um total de 130 pacientes foi incluído no estudo, 84 escolheram ACS e 46 escolheram tratamento supervisionado por domiciliares; 45 de 46 (98%) dos doentes tratados com supervisionamento por domiciliares foram curados ou tratamento completado em comparação com 70/84 (83%) dos pacientes ACS (p = 0,01). Regressão logística mostrou o tratamento supervisionado por domiciliares significativamente protetor em relação ao abandono do tratamento da TB ao realizado pelo ACS. Custo por paciente tratado com o tratamento supervisionado por domiciliares foi de US$ 398, em comparação com US$ 548 para ACS. Tratamento supervisionado por domiciliares é uma opção mais custo-efetividade do que a supervisão pelo ACS.

Palavras-chave: Tuberculose. Análise custo-benefício. Efetividade.

SILVA, Sávio Marcelo Leita Moreira da. **Análise econômica do serviço público de próteses dentárias no município de Curitiba**. 2011. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre (RS), 2011.

Resumo: Avalia a produção de prótese dentária pelo serviço público do Município de Curitiba nos anos de 2007, 2008 e 2009 e desenvolveu um modelo para avaliação econômica de custo-efetividade e custo-utilidade. O custo médio de produção das próteses totais foi de R$772,09, com variação anual: em 2007, o custo médio de produção por prótese foi de R$537,41; em 2008, foi de R$625,31 e, em 2009, foi de R$1.627,05. As despesas com pessoal foram os itens mais representativos no custo médio das próteses tanto sob aspecto clínico quanto laboratorial. Em 2009, os gastos com pessoal representou 87,55% do custo clínico de produção das próteses totais. O custo clínico de produção anual das próteses totais oscilou entre 62,17% em 2008 e 62,96% em 2007 do custo total de produção. Nos três anos, a média anual variou pouco em relação à média de todo o período que foi de 62,61%. O custo laboratorial de produção anual oscilou entre 37,04% em 2007 e 37,83% em 2008. A média para o triênio foi de 37,39%. Um total de 66,96% das próteses instaladas nos pacientes da amostra

estão em contínuo uso, 22,13% foram abandonadas e 10,90% são usadas eventualmente. As próteses mandibulares tiveram maior taxa de abandono do que as maxilares (27,93% e 17,97%, respectivamente). Um total de 65,33% dos pacientes que abandonaram ao menos uma das próteses o fizeram antes do décimo mês de uso. O custo-efetividade das próteses totais produzidas no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) no triênio estudado foi de R$1.153,05 por prótese efetivamente em uso pelos pacientes. O custo-utilidade anual das próteses produzidas no CEO Sylvio Gevaerd no triênio foi de R$1.377,55. A gestão do serviço deve focar no aumento do número de próteses produzidas sem elevar os custos fixos e realinhar os processos produtivos das peças com vistas a aumentar a efetividade das próteses, sobretudo nos fatores que garantam retenção, estabilidade e o uso das peças sem causar lesões à mucosa de suporte.

Palavras-chave: Prótese dentária. Prótese dentária – custos. Odontologia – aspectos sociais. Saúde pública.

SOUZA, Verena Maria Mendes de et al. Anos potenciais de vida perdidos e custos hospitalares da leptospirose no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1001-1008, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v45n6/3013.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2013.

Resumo: Objetivo: estimar os custos associados à hospitalização e os anos potenciais de vida perdidos devido à leptospirose. Resultados: as características da maioria das internações que evoluíram para óbito eram: sexo masculino, entre 18 e 49 anos, raça branca, zona urbana e ensino fundamental incompleto. Foram 6.490 anos potenciais de vida perdidos, sendo 75% da faixa etária de 20 a 49 anos. Quando ajustada pela população, a perda foi de 15 dias de vida/1.000 habitantes. A proporção de anos potenciais de vida perdidos pelo número de óbitos foi em média de 30 anos perdidos para cada óbito. O impacto financeiro estimado foi equivalente a R$ 22,9 milhões em salários não ganhos. Os custos hospitalares foram de R$ 831,5 mil. Considerando os dias de salário perdidos por período de internação (mediana: 6 dias), houve perda de R$ 103,0 mil. Conclusões: houve elevado custo social em termo de anos potenciais de vida perdidos e gasto hospitalar parcial com leptospirose quando comparado ao possível tratamento precoce ou não adoecimento, o que poderia ter minimizado o impacto dessa doença na população brasileira.

Palavras-chave: Leptospirose – Economia. Hospitalização. Custos de cuidados de saúde. Anos potenciais de vida perdidos.

TAKEMOTO, Maíra Libertad Soligo et al. Avaliação econômica do ranibizumabe no tratamento da degeneração macular relacionada à idade (DMRI) exsudativa. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, São Paulo, v. 3, n. 2, jun., 2011. Disponível em: <www.jbes.com.br/images/v3n2/jbes-v3n2-06-artigo-original.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2013.

Resumo: Objetivo: conduz avaliação de custo-efetividade do Ranibizumabe (LUC – Lucentis) *versus* melhor cuidado de suporte (BSC – Balanced Scorecard), terapia fotodinâmica com Verteporfina (TFD) e Pegaptanibe (MAC – Macugen) no tratamento da degeneração macular relacionada à idade (DMRI), sob a perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS).

Conclusão: LUC demonstrou efetividade adicional em todas as comparações e um perfil de custo-efetividade aceitável quando comparado às demais alternativas terapêuticas.

Palavras-chave: Degeneração macular. Custos e análise de custo. Terapia biológica. Formulação de políticas.

USO profilático do Palivizumabe em crianças com alto risco para doença por vírus Sincicial Respiratório. **Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde**, Brasília, ano 6, n. 15, jun., 2011. Disponível em: <portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/6d732900481096c9b4bbb470623c4ce6/BRATS_15.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 3 fev. 2013.

Resumo: O vírus sincicial respiratório (VSR) é um dos principais agentes etiológicos envolvidos nas infecções respiratórias no primeiro ano de vida, podendo ser responsável por até 75% das bronquiolites e 40% das pneumonias durante os períodos de sazonalidade. Cerca de 40% a 60% das crianças são infectadas pelo vírus no primeiro ano de vida, e mais de 95% já foram infectados aos 2 anos de idade. Na grande maioria das crianças, a infecção evolui como um resfriado comum, no entanto cerca de 25% dessas crianças podem apresentar, em seu primeiro episódio, quadro de bronquiolite ou pneumonia, inclusive necessitando de internação hospitalar por dificuldade respiratória aguda. Lactentes menores de 6 meses de idade, principalmente os prematuros menores que 35 semanas de idade gestacional ou bebês com doença pulmonar crônica da prematuridade e cardiopatas são a população de maior risco para desenvolver doença mais grave. Esse grupo de crianças possui bronquíolos de menor diâmetro, sistema imunológico menos desenvolvido e recebem menor quantidade de anticorpos maternos transplacentários, tornando-se mais suscetíveis à ação do vírus. Estes fatores de risco têm impactos significativos, elevando consideravelmente o percentual de internação hospitalar para patamares entre 10% a 15%. Estratégias de imunização ativa para o controle da infecção pelo VSR têm sido testadas. Embora existam algumas vacinas em desenvolvimento, ainda não existe vacina contra o VSR licenciada para uso populacional. O anticorpo monoclonal humanizado Palivizumabe tem se mostrado eficaz na prevenção das doenças graves pelo VSR. O presente boletim buscou evidências para esclarecer se o uso profilático do Palivizumabe, em crianças com alto risco para doença por VSR, é eficaz e seguro no cenário brasileiro. Para isso, foram realizadas buscas nas bases de dados Medline, The Cochrane Library, Tripdatabase *e* Centre for Reviews and Dissemination (CRD). Entre os achados, foi verificado que a administração de Palivizumabe reduz a incidência de hospitalizações e admissões em UTI por VSR, sem redução estatisticamente significativa na incidência de ventilação mecânica ou mortalidade. O Palivizumabe mostrou-se seguro e não foi associado a nenhum evento adverso grave nos estudos.

Palavras-chave: Doença por vírus sincicial respiratório. Medicamentos.

VIDAL, Suely Arruda et al. Estudo exploratório de custos e consequências do pré-natal no Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 467-474, mar., 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v45n3/2036.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2013.

Resumo: Objetivo: avaliar custos e consequências da assistência pré-natal na morbimortalidade perinatal. Resultados: em 64% das unidades, o pré-natal estava implantado com custo médio total de R$ 39.226,88 e variação de R$ 3.841,87 a R$ 8.765,02 por unidade de Saúde. Nas unidades parcialmente implantadas (36%), o custo médio total foi de R$ 30.092,61 (R$ 4.272,12 a R$ 11.774,68). O custo médio por gestante foi de R$ 196,13 com pré-natal implantado e R$ 150,46 no parcial. Encontrou-se maior proporção de baixo peso ao nascer, sífilis congênita, óbitos perinatais e fetais no grupo parcialmente implantado. Conclusões: pré-natal é custo -efetivo para várias consequências estudadas. Os efeitos adversos medidos pelos indicadores de Saúde foram menores nas unidades com pré-natal implantado. O custo médio no grupo parcialmente implantado foi mais elevado, sugerindo possível desperdício de recursos, uma vez que a produtividade das equipes é insuficiente para a capacidade instalada.

Palavras-chave: Avaliação de custo-efetividade. Cuidado pré-natal. Programa Saúde da Família (PSF). Estudos de avaliação como assunto.

XPERT® MTB/RIF no diagnóstico da tuberculose pulmonar. **Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde**, Brasília, ano 6, n. 16, set., 2011. Disponível em: <portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/76ebf3804898172ba75cb7e2d0c98834/BRATS_16.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 3 fev. 2013.

Resumo: A tuberculose pulmonar é uma doença infecciosa grave, que afeta aproximadamente 14 milhões de pessoas em todo o mundo, tendo 87 mil novos casos em 2009 no Brasil, país considerado com alta carga da doença. Os principais sintomas da tuberculose pulmonar são: tosse, escarro – por vezes sanguinolento, – dor torácica, fraqueza, perda de peso, febre e sudorese noturna. Estima-se que, durante um ano, um indivíduo com a forma pulmonar bacilífera poderá infectar, em média, de 10 a 15 pessoas. É uma doença curável na maioria dos casos novos, desde que o esquema terapêutico seja seguido e os pacientes sejam portadores de cepas de *M. tuberculosis* sensíveis aos fármacos anti-TB. A identificação do paciente sintomático respiratório é a principal estratégia para o controle da tuberculose. Os testes laboratoriais, como a baciloscopia e a cultura (este, o padrão-ouro para o diagnóstico da tuberculose pulmonar), são atualmente preconizados pelo Ministério da Saúde para confirmar os casos suspeitos de tuberculose pulmonar, caracterizados por sintomatologia clínica ou pelo exame de imagem do tórax. Em alguns casos, nos quais o diagnóstico laboratorial não pode ser realizado, o médico pode confirmar o caso pelo critério clínico epidemiológico. Uma nova opção laboratorial, o teste Xpert® MTB/RIF, é um teste de amplificação de ácidos nucleicos utilizado para detecção do complexo *M. tuberculosis* e para a triagem de tuberculose resistente a fármacos. O teste consiste na purificação, concentração e amplificação de ácidos nucleicos por reação em cadeia da polimerase (polymerase chain reaction/PCR) em tempo real, e tem como principal benefício apresentado a integração e automatização dos três processos (preparação de amostras, amplificação e detecção) necessários para a PCR em tempo real baseada em testes moleculares. Buscou-se, portanto, apresentar evidências que demonstrassem os benefícios para o Sistema Único de Saúde na incorporação do teste Xpert® MTB/RIF no protocolo de diagnóstico da tuberculose pulmonar, como a acurácia (sensibilidade e especificidade da tecnologia), a antecipação no início do tratamento ou, ainda, os custos de testagem dos pacientes suspeitos. Foi realizada uma busca no Medline (via

Pubmed), tanto para estudos de acurácia quanto para de custo-efetividade (para este, também foi realizada pesquisa em outros sítios eletrônicos). A sensibilidade do teste no grupo de amostras com resultados positivos para baciloscopia e para cultura variou de 98% a 100%, porém o teste foi capaz de detectar até 78% dos casos negativos à baciloscopia (falso-negativo com baciloscopia). Quanto à especificidade, os resultados obtidos com o Xpert® MTB/RIF variaram de 90,9% a 100%, em relação à cultura. Os estudos de custo-efetividade (um brasileiro e outro sul-africano) apresentaram metodologias e resultados divergentes entre si.

Palavras-chave: Tuberculose pulmonar. Medicamentos.

WIENS, Astrid. **Avaliação custo-utilidade dos tratamentos para a Hepatite B crônica**. 2011. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba (PR), 2011.

Resumo: Avalia o custo-utilidade dos medicamentos para a hepatite B crônica sob perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS), subsidiando, dessa forma, os gestores para a melhor alocação dos recursos disponíveis. Resultados e discussão: na revisão sistemática, incluí 29 estudos avaliando a eficácia e a segurança das terapias para hepatite B crônica. O tenofir (TDF) apresenta a melhor relação custo-utilidade para os três modelos avaliados: R$ 684,00, R$ 663,00 e R$ 677,00 (por QALY, respectivamente para pacientes HBeAg positivos, negativos e totais). Todas as outras estratégias sofreram dominância completa, pois apresentaram maiores custos e menores utilidades. A sequência da relação custo-utilidade nos três modelos foi: TDF, ETV – entecavir, LAM – lamivudina, ADF – adefovir, LdT – telbivudine, Peguilado – PEGIFN-α e IFN – interferon alfa convencional. Nas análises de sensibilidade o LdT passou a ter melhor relação custo-utilidade que o ADF em algumas situações. Apresenta algumas limitações, relacionadas principalmente à criação de cenários e à modelagem. Conclusões: o TDF foi o medicamento que apresentou melhor relação custo-utilidade para todos os tipos de pacientes, HBeAg positivos ou negativos. Os resultados encontrados nesse estudo podem servir de subsídio para tomada de decisão e revisão dos protocolos clínicos, envolvendo principalmente a alocação de recursos disponíveis para a Saúde.

Palavras-chave: Hepatite B crônica. Hepatite B crônica – Custos. Medicamentos – Hepatite B crônica. Tecnologias em Saúde – avaliação.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes metodológicas**: análise de impacto orçamentário: manual para o Sistema de Saúde do Brasil. Brasília, 2012. 76 p. (Série A. Normas e manuais técnicos). ISBN 978-85-334-1945-2. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_analise_impacto.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2013.

Resumo: Manual desenvolvido atendendo a uma demanda da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), do Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde (DECIT) e em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). A elaboração do documento ficou a cargo do Instituto para Avaliação de Tecnologias em Saúde (Iats) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), membro do Grupo de Trabalho de Desenvolvimento e Priorização Metodológica da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (Rebrats). A primeira etapa de desenvolvimento caracterizou-se por revisão das principais recomendações internacionais para análise de impacto orçamentário de tecnologias da Saúde (Canadá, Austrália, Reino Unido e Polônia); revisão das recomendações para análises de impacto orçamentário publicadas pela International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) e revisão dos métodos usados em estudos de impacto orçamentário publicados. Além de recomendações metodológicas para a realização de estudos de impacto orçamentário de tecnologias em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) integra o manual planilha eletrônica para estimativa de impacto orçamentário de tecnologias da Saúde. As planilhas eletrônicas (PBIO e PBIO-Dispositivos) que facilitam a execução de cada uma das etapas estão disponíveis no sítio da Rebrats.

Palavras-chave: Tecnologia em Saúde. Orçamento. Sistema Único de Saúde (SUS).

ANDRADE, Elisa Tomazzini. **Custo-efetividade do rastreamento da infecção por Chlamydia Trachomatis em mulheres brasileiras**. 2012. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Campinas (UNICAMP), Campinas (SP), 2012.

Resumo: Introdução: a importância da infecção por *chlamydia trachomatis* não está relacionada apenas à sua elevada frequência, mas principalmente pelas graves repercussões no aparelho genital feminino. Apenas 30% das pacientes infectadas apresentam sintomas e só 40% terão sinais que possam evidenciar sua presença. Cerca de 70% dos casos são assintomáticos e acabam não sendo diagnosticados, havendo, portanto, a necessidade de programa de rastreamento para diagnóstico e tratamentos precoces, o qual não existe no Brasil. Objetivo: avaliar custo-efetividade do rastreamento por biologia molecular (captura híbrida) para *chlamydia trachomatis* em mulheres brasileiras sexualmente ativas. Desenho do estudo: estudo de custo-efetividade. A decisão de rastrear *chlamydia trachomatis* foi estruturada a partir de uma coorte hipotética de 10 mil mulheres sexualmente ativas com idade entre 15 e 25 anos. Conclusão: a análise demonstrou uma boa relação de custo-efetividade considerando a estratégia de evitar sequelas de infecção por *chlamydia trachomatis* não diagnosticada clinicamente e tratada por meio de rastreamento por biologia molecular.

Palavras-chave: *Chlamydia trachomatis*. Economia. Prevalência.

ANTIDEPRESSIVOS no transtorno depressivo maior em adultos. **Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde**, Brasília, ano 6, n. 18, mar., 2012. Disponível em: <portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/838fdf804aec14f9b529bfa337abae9d/brats18+%282%29.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 3 fev. 2013.

Resumo: A Organização Mundial da Saúde projeta que a depressão será a segunda maior questão de saúde pública em 2020. A síndrome da depressão é caracterizada por mau humor persistente, perda de interesse e disposição. Muitas vezes, esses sintomas prejudicam o desempenho e a qualidade de vida da pessoa acometida no dia a dia. A depressão é diagnosticada por escalas subjetivas. A maior parte da pesquisa clínica disponível utiliza a 4ª Edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV) elaborado pela American Psychiatric Association, que define a forma mais comum da síndrome de depressão: o transtorno depressivo maior (TDM). As causas do TDM ainda não estão bem definidas. Entre as teorias possíveis, os distúrbios na função neurotransmissora fundamentam o uso de antidepressivos. Os mecanismos de ação dos medicamentos disponíveis alterariam a concentração das principais substâncias envolvidas na neurotransmissão: serotonina, noradrenalina e dopamina. O tratamento do TDM não deve ser orientado apenas pela utilização de antidepressivos. O tratamento tem como objetivo melhorar a qualidade de vida do paciente, diminuir a necessidade de internação hospitalar, evitar o suicídio, reduzir as reincidências dos quadros depressivos e garantir boa adesão, com o mínimo de efeitos adversos. Considerando todo o suporte terapêutico disponível, outras alternativas, como a psicoterapia e eletroconvulsoterapia, devem ser ponderadas por uma equipe multiprofissional. Há carência de evidências científicas sobre o uso de antidepressivos e a alteração na qualidade de vida ou na frequência de admissão hospitalar. As informações sobre os efeitos de antidepressivos relacionados à incidência de suicídio são insuficientes. Em comparação ao placebo, os antidepressivos reduzem a reincidência das crises depressivas. Não existem diferenças significativas entre os antidepressivos quanto à adesão ao tratamento. Os efeitos adversos são as causas mais comuns para o abandono da terapia. Os antidepressivos são diferenciados economicamente pelos seus mecanismos de ação que, por sua vez, propiciam diferentes efeitos adversos e adesões ao tratamento. Quando necessário, sugere-se que o uso de antidepressivos, com preferência para os medicamentos sobre os quais há maior experiência de uso e disponibilidade, seja orientado por uma análise do perfil do paciente quanto a possíveis efeitos adversos.

Palavras-chave: Antidepressivos. Transtornos depressivos.

CARNEVALE, Renata Cavalcanti. **Análise farmacoeconômica da farmácia clínica em pacientes HIV positivo**. 2012. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Campinas (UNICAMP), Campinas (SP), 2012.

Resumo: Demonstra que a farmácia clínica pode trazer resultados clínicos positivos para pacientes HIV-positivo. Entretanto poucos avaliam seu impacto econômico. Verifica o impacto econômico do acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes HIV-positivo. Os

problemas farmacoterapêuticos (PFTs) iniciais e finais foram quantificados e classificados, assim como as intervenções farmacêuticas realizadas. Considera os custos com consultas, exames laboratoriais, procedimentos, internações, farmacêutico em 6 meses e 1 ano. Realiza análises de custo-efetividade, custo-minimização e custo-benefício, e análise estatística dos resultados. Segundo a análise de custo-benefício, em termos financeiros, não foi benéfico o acompanhamento farmacoterapêutico. Portanto, demonstra que o acompanhamento farmacoterapêutico pode trazer benefícios econômicos, entretanto a condução de mais estudos é necessária.

Palavras-chave: Economia farmacêutica. Atenção farmacêutica. Infecções por HIV.

CAVASSINI, Ana Claudia Molina et al. Custo da assistência de gestantes e parturientes diabéticas e com hiperglicemia leve. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 334-343, 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v46n2/2520.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2013.

Resumo: Objetivo: comparar custos de hospitalização e de atenção ambulatorial em gestantes/parturientes diabéticas e com hiperglicemia leve. Resultados: o custo da doença diabete (para a assistência pré-natal e parto) foi de US$ 3,311.84 para as gestantes hospitalizadas e de US$ 1,366.04 para as acompanhadas em ambulatório. Conclusões: os custos diretos e indiretos e o custo total da assistência pré-natal foram mais elevados nas gestantes diabéticas hospitalizadas enquanto os custos da assistência ao parto e hospitalização para parto e puerpério foram semelhantes. Os custos da assistência pré-natal como no parto/puerpério foram superiores aos valores pagos pelo Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Gestantes. Hiperglicemia. Diabetes gestacional – Economia. Custos de cuidados de saúde. Assistência perinatal – Economia. Período pós-parto.

CORREA, Rosangela da Silveira et al. Efetividade de programa de controle de qualidade em mamografia para o Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 769-776, 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v46n5/02.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2013.

Resumo: Objetivo: avaliar a efetividade de um programa de controle de qualidade de imagem nos serviços de mamografia da rede do Sistema Único de Saúde. Métodos: estudo prospectivo com análise temporal do tipo "antes e depois" de uma ação de vigilância em Saúde. Participaram do estudo 35 serviços que tinham mamógrafos em operação e realizavam exames regularmente em Goiás entre 2007 e 2009. Foram avaliados os serviços, por testes de desempenho de mamógrafos, processadoras e demais materiais em três visitas técnicas, a qualidade da imagem e a dose de entrada no simulador radiográfico de mama. Cada serviço recebeu uma pontuação correspondente ao percentual dos testes em conformidade com os padrões. Resultados: os percentuais médios de conformidade dos serviços foram de 64,1% (± 13,3%) na primeira visita, 68,4% (± 15,9%) na segunda e 77,1% (± 13,3%) na terceira ($p < 0,001$). As principais melhorias foram decorrentes dos ajustes da força de compressão da mama, do controle automático de exposição e do alinhamento da bandeja de compressão. As doses medidas estavam dentro da faixa de conformidade em 80% dos serviços avaliados. Conclusões: a implantação do programa nos serviços foi efetiva para a melhoria dos

parâmetros de operação do mamógrafo, embora 40% dos serviços não tenham alcançado o nível aceitável de 70%. Este resultado indica a necessidade de haver continuidade na vigilância em Saúde.

Palavras-chave: Mamografia – Normas. Efetividade. Avaliação de eficácia-efetividade de intervenções. Garantia da qualidade dos cuidados de saúde. Sistema Único de Saúde (SUS). Neoplasias da mama – diagnóstico.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; SCHWARTZ, Ida Vanessa D. Consequências da judicialização das políticas de saúde: custos de medicamentos para as mucopolissacaridoses. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 479-489, 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v28n3/08.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2013.

Resumo: Analisa os gastos da judicialização de medicamentos para a mucopolissacaridose (MPS), uma doença rara, de alto custo, fora da política de assistência farmacêutica e com benefício clínico. O levantamento de dados foi realizado nos arquivos de 196 dossiês que determinou que o Ministério da Saúde fornecesse medicamentos no período entre 2006 e 2010, e nos registros administrativos e contábeis do Ministério da Saúde. A análise identifica sujeição do governo brasileiro a monopólios de distribuição de medicamentos e, consequentemente, perda de sua capacidade de administrar compras. Também identifica que a imposição da aquisição imediata e individualizada impede a obtenção de economias de escala com a compra planejada de maiores quantidades de medicamento, e impõe dificuldades logísticas para o controle das quantidades consumidas e estocadas. Conclui que a judicialização decorre da ausência de uma política clara do sistema de Saúde para doenças raras em geral, e tem, como consequência, gastos acima do necessário para o tratamento.

Palavras-chave: Jurisprudência. Mucopolissacaridoses. Medicamentos. Políticas de Saúde.

DISFUNÇÃO erétil. **Saúde e Economia**, Brasília, ano 4, n. 7, jan., 2012. Disponível em: <portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/8024a80049e94aacb853be6dcbd9c63c/saude_economia7+v2.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 3 fev. 2013.

Resumo: Caracteriza a disfunção erétil, também conhecida como impotência sexual, como a incapacidade recorrente e persistente em ter ou manter uma ereção peniana em 50% das tentativas de uma relação sexual satisfatória. Cita que, em 2003, cerca de 45% dos homens brasileiros queixaram-se de disfunção erétil. Descreve que as causas podem ser psicológicas ou orgânicas e devem ser pesquisadas pelos médicos com o objetivo de determinar o melhor tratamento. Salienta que entre as opções terapêuticas disponíveis estão os inibidores de fosfodiesterase do tipo 5. Enfatiza que atualmente possuem registro no Brasil a Lodenafila na dose de 80mg; a Sildenafila nas doses de 25mg, 50mg e 100mg; a Vardenafila nas doses de 5mg, 10mg e 20mg; e a Tadalafila na dose de 20mg. Salienta que as evidências encontradas não apontam para uma superioridade entre os inibidores da fosfodiesterase para o tratamento da disfunção erétil, porém há uma grande diferença em termos de custo de tratamento, chegando até a 275% entre o medicamento mais caro e o mais barato.

Palavras-chave: Economia da Saúde. Disfunção erétil. Medicamentos.

FRAZÃO, Paulo. Custo-efetividade da escovação dental supervisionada convencional e modificada na prevenção da cárie em molares permanentes de crianças de 5 anos de idade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 281-290, 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v28n2/07.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2013.

Resumo: O custo-efetividade de um programa modificado de escovação dental supervisionada foi comparado ao programa convencional. Participaram 284 crianças de 5 anos com, pelo menos, um molar permanente com a superfície oclusal irrompida/hígida. Nas unidades de controle, o programa convencional composto de atividade educativa com distribuição de escova e creme dental fluorado foi desenvolvido quatro vezes por ano. Nas unidades de teste, as crianças receberam também escovação profissional nas superfícies oclusais desses dentes, realizada por auxiliar de Saúde Bucal, empregando-se a técnica de escovação vestíbulo-lingual cinco vezes por ano. Cárie de esmalte/dentina foi registrada nas superfícies vestibular, oclusal e lingual dos molares permanentes durante 18 meses. A razão da densidade de incidência (RDI) foi estimada usando o modelo de regressão de Poisson, sendo 50% menor entre os meninos no grupo de teste (p = 0,016). O programa modificado custou R$ 3,04 por criança. A razão de custo-efetividade marginal foi de R$ 10,71 por lesão evitada entre os meninos. O programa modificado foi custo-efetivo nos meninos.

Palavras-chave: Cárie Dentária. Molar – Escovação. Prevenção primária. Programas de avaliação. Saúde bucal. Doenças bucais.

LUCAREVSCHI, Bianca Rezende; ESCOBAR, Ana Maria de Ulhôa; GRISI, Sandra. Custos hospitalares da meningite causada por *Streptococcus pneumoniae* na cidade de São José dos Campos, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 740-748, 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v28n4/13.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2013.

Resumo: O conhecimento dos custos hospitalares é de grande importância para os processos de tomada de decisão em saúde pública. O objetivo deste estudo foi estimar os custos hospitalares diretos relacionados à meningite pneumocócica em crianças com até 13 anos (inclusive), na cidade de São José dos Campos, São Paulo, Brasil, de janeiro de 1999 a dezembro de 2008. Foram obtidos dados de prontuários médicos. O cálculo foi realizado pelo método misto de mensuração das quantidades dos itens de custos e atribuição de valor aos itens consumidos (*micro-costing* e *gross-costing).* Os valores monetários referem-se a novembro de 2009, sendo expressos em reais. A análise das frequências e médias foi realizada pelo programa Epi Info versão 3.5.1. Foram notificados 41 casos. Os custos hospitalares diretos variaram de R$ 1.277,90 a R$ 19.887,56 (média = R$ 5.666,43), ou seja, 10 a 20 vezes maiores que o custo médio de internações pago pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Os custos dos honorários profissionais foram os mais relevantes, seguidos pelos custos dos medicamentos, procedimentos, materiais e exames laboratoriais.

Palavras-chave: Meningite pneumocócica. Custos de cuidados de saúde. Custos e análise de custo.

MARINHO, Alexandre Marinho; CARDOSO, Simone de Souza; ALMEIDA, Vívian Vicente de. Avaliação comparativa de sistemas de saúde com a utilização de fronteiras estocásticas: Bra-

sil e OCDE. **Revista Brasileira de Economia**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 1, p. 3-19, jan./mar., 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbe/v66n1/v66n1a01.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2013.

Resumo: Avalia a eficiência na provisão de serviços de Saúde no Brasil, comparado com os países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Estima em que medida variáveis como: gasto *per capita* em Saúde; esperança de vida ao nascer; e índice de sobrevivência infantil, servem de representação para um serviço de Saúde eficiente, dado o gasto *per capita* com Saúde. Foram geradas fronteiras de eficiência, calculadas em modelos de fronteiras estocásticas (*stochastic frontiers*), e os resultados, em termos relativos, não são totalmente desfavoráveis ao Brasil.

Palavras-chave: Brasil e OCDE. Sistemas de Saúde. Fronteiras Estocásticas (*Stochastic Frontiers* – SF).

MARINHO, Alexandre; CARDOSO, Simone de Souza; ALMEIDA, Vivian Vicente de. **Avaliação de eficiência em sistemas de Saúde**: Brasil, América Latina, Caribe e OCDE. Rio de Janeiro: IPEA, nov. 2012. (Texto para discussão, n. 1.784). Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=16112>. Acesso em: 3 fev. 2013.

Resumo: Dá sequência à série de estudos desenvolvidos no Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), visando comparar a eficiência do sistema de Saúde brasileiro com os sistemas de Saúde de outros países. Realiza avaliações de eficiência que procuram inferir em que medida o investimento, em termos monetários, no sistema de Saúde do Brasil, comparado com os sistemas de Saúde dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), da América Latina e Caribe, seria eficiente em maximizar indicadores relacionados ao desempenho desses sistemas. Informa que se encontra em processo a unificação das duas bases de dados utilizadas nos primeiros textos da série. As metodologias básicas utilizadas foram a Análise Envoltória de Dados – Data Envelopment Analysis (DEA) – e as fronteiras estocásticas – *stochastic frontiers* (SF). A posição relativa do nosso País (e de outros países) varia bastante em função do modelo de análise, das variáveis consideradas em cada modelo, e da amostra de países utilizada. Salienta que devem ser evitadas afirmativas enfáticas, categóricas ou pretensamente definitivas sobre o desempenho relativo de nosso sistema de Saúde. Trata-se de questão ainda em aberto na literatura.

Palavras-chave: Sistemas de Saúde comparados. Fronteiras estocásticas. Análise envoltória de dados.

MARQUES, Mário et al. Avaliação econômica do tratamento de segunda linha do câncer de pulmão não pequenas células sob a perspectiva do sistema suplementar de saúde. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, São Paulo, v. 4, n. 1, abr., 2012. Disponível em: <www.jbes.com.br/images/v4n1/art03.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2013.

Resumo: Introdução: o câncer de pulmão apresenta alta incidência e mortalidade no Brasil. Grande parte dos tumores e do tipo não pequenas células (câncer de pulmão não pequenas cé-

lulas/CPNPC) e cerca de 54% apresentam-se com metástases ao diagnóstico. O objetivo deste estudo foi desenvolver uma análise de custo-minimização avaliando o uso de Gefitinibe *versus* Docetaxel, Pemetrexede e Erlotinibe no tratamento do CPNPC avançado em segunda linha, sob a perspectiva do sistema suplementar de saúde. Resultados: os custos por ciclo de 21 dias para cada um dos protocolos considerados foram de: R$ 2.239,28 para Gefitinibe, R$ 5.850,22 para Docetaxel, R$ 11.170,92 para Pemetrexede e R$ 3.793,16 para Erlotinibe. Considerando-se a duração média de cada tratamento, chega-se a um custo total médio por paciente, no horizonte de tempo de 1 ano, de R$ 16.394,26, R$ 31.746,14, R$ 52.032,46 e R$ 24.775,95 para Gefitinibe, Docetaxel, Pemetrexede e Erlotinibe, respectivamente. Conclusão: Gefitinibe resultou em menores custos de tratamento quando comparado a Docetaxel, Pemetrexede e Erlotinibe, com resultados de eficácia equivalentes, no horizonte de tempo de um ano.

Palavras-chave: Neoplasias pulmonares. Gefitinibe. Custos e análise de custo.

MARQUES, Rosa et al. Custos da cadeia de procedimentos no tratamento do infarto agudo do miocárdio em hospitais brasileiros de excelência e especializados. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 58, n. 1, p. 104-111, 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ramb/v58n1/v58n1a22.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2013.

Resumo: Objetivo: apresenta a metodologia e os resultados de uma pesquisa de campo para avaliar os custos da cadeia de procedimentos para tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), realizada em 11 hospitais brasileiros de excelência e especializados. Resultados: de forma geral, o custo total dos procedimentos que integram o "tratamento-padrão" do IAM totalizou R$ 12.873,69 se a intervenção coronária percutânea (ICP) não envolver utilização de *stent*. Caso este se torne necessário, o custo eleva-se para R$ 23.461,87. Conclusão: entre os resultados obtidos, destacam-se: o fato de os valores dos procedimentos mais caros não apresentarem variações estatísticas significativas entre os hospitais, independentemente de sua localização, clientela predominante ou natureza jurídica; e o fato de os hospitais, que tratam predominantemente de usuários do Sistema Único de Saúde, registrar custos menores, mas não estatisticamente significativos, para toda a cadeia de procedimentos associada à patologia.

Palavras-chave: Custos hospitalares. Custos e análise de custo. Sistema Único de Saúde. Infarto do miocárdio.

MEDICAMENTOS biológicos para o tratamento da artrite reumatóide. **Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde**, Brasília, ano 6, n. 19, set., 2012. Disponível em: <portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/5a1cb7804d01dc028a869a551355428f/BRATS_19.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 3 fev. 2013.

Resumo: Avalia todos os medicamentos biológicos atualmente registrados no Brasil para o tratamento da artrite reumatoide (AR), com relação à eficácia e segurança. Contudo não existem na literatura ensaios clínicos que comparem todos os oito biológicos diretamente entre si (estudos *head-to-head*). A maioria dos estudos compara os medicamentos ao placebo. Nessas circunstâncias, os estudos de comparação indireta são utilizados para análise

de segurança e eficácia de tratamentos. Após ampla busca na literatura, seleciona para a síntese de evidências tratadas neste boletim, três meta-análises que compararam indiretamente todos os oito biológicos entre si: duas delas para avaliação de eficácia – medida pelo critério ACR, do *American College of Rheumatology* – e uma para avaliação de segurança. Na avaliação de eficácia, os estudos selecionados mostraram que não há diferenças entre os medicamentos biológicos nos desfechos medidos pelo critério ACR, no tratamento de pacientes com AR ativa que apresentaram falha ao tratamento anterior com disease-modifying antirheumatic drugs (DMARD).

Palavras-chave: Medicamentos biológicos. Artrite reumatoide.

NOMELINI, Rosekeila Simões et al. Prevenção de câncer de colo uterino em pacientes com ASCUS no Sistema Único de Saúde: custo-efetividade de método de biologia molecular para HPV. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2043-2052, 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v28n11/04.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2013

Resumo: Avalia o desempenho do polymerase chain reaction (PCR) para detecção de human papiloma vírus 16/18 (HPV 16/18) *versus* PCR sonda única para a detecção de HPV de alto risco, avalia estes métodos na detecção de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) no seguimento de atypical squamous cells of undetermined significance (Ascus), e compara os custos de citologia, métodos de PCR, colposcopia e biópsia no Sistema Único de Saúde. Das 81 pacientes com Ascus, 41 (50,6%) foram positivas para o HPV 16/18 PCR, e 47 (58,02%) foram positivas para PCR sonda única para HPV de alto risco. O valor preditivo negativo foi de 93,75% para HPV 16/18 PCR e 100% para PCR sonda única em casos que evoluíram para NIC de alto grau. Os custos anuais encaminhando todas as pacientes com Ascus para a colposcopia, encaminhando à colposcopia as pacientes com Ascus e PCR positivo para HPV 16/18 e encaminhando à colposcopia aquelas pacientes com Ascus e PCR sonda única para HPV de alto risco positivo foram de R$ 2.144,52, R$ 6.307,44 e R$ 3.691,80, respectivamente. Considerando eventual redução dos custos para utilização em grandes quantidades, este método poderia ser realizado em Ascus.

Palavras-chave: Infecções por Papilomavírus. Neoplasia intraepitelial cervical. Reação em cadeia da polimerase.

PEREGRINO, Antonio Augusto de Freitas et al. Análise de custo-efetividade do rastreamento do câncer de mama com mamografia convencional, digital e ressonância. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 215-222, 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a23v17n1.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: Realiza análise de custo-efetividade da intervenção das mamografias convencional e digital e da ressonância magnética no rastreamento de câncer de mama, comparando com o não rastreamento. Constrói um modelo markoviano, em uma uma coorte hipotética de 100 mil mulheres com rastreamento bianual, cuja linha de base é a história natural da doença. Modela quatro cenários distintos: (1) a história natural do câncer de mama como linha de base; (2) mamografia com filme convencional; (3) mamografia digital; e (4)

e ressonância magnética. As diferenças de efetividade entre as intervenções variaram de 300 até 78.000 anos de vida ganhos, na coorte de 100 mil mulheres. Em relação à Razão de Custo-Efetividade Incremental, em termos de custo por ano de vida ganhos, a estratégia do rastreamento mamográfico convencional produziu um ano extra por R$ 13.573,07. A Razão de Custo Efetividade Incremental (ICER) da ressonância magnética foi de R$ 2.904.328,88 em relação ao não rastreamento. Mostra que é mais custo-efetivo realizar o rastreamento com a mamografia convencional do que as outras tecnologias de intervenção.

Palavras-chave: Custo-efetividade. Cadeia de Markov. Mamografia. Câncer de mama.

PROSTATECTOMIA radical assistida roboticamente. **Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde**, Brasília, ano 6, n. 20, dez., 2012. Disponível em: <portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/6af375004e0f34b79db8bfc09d49251b/brats20.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 3 fev. 2013.

Resumo: Analisa as evidências de eficácia, segurança e o custo de capital da Prostatectomia Radical Assistida Roboticamente (PRAR), bem como descreve a experiência no uso do procedimento em três hospitais privados de São Paulo.Descreve levantamento realizado de estudos que avaliaram a eficácia clínica da PRAR em relação aos procedimentos estabelecidos na prática clínica: Prostatectomia Radical Aberta Retropúbica (PRA) e Prostatectomia Radical Laparoscópica (PRL). Descreve a identificação e a análise de sete relatórios de agências de Avaliação de Tecnologia em Saúde. Salienta que o mais atual e completo foi utilizado para compilação de evidências sobre benefícios e segurança da tecnologia. Avalia que o relato da experiência brasileira apontou a necessidade de capacitação de recursos humanos e de mudança na organização do serviço, além do alto custo envolvido na aquisição, manutenção e compra de insumos para o equipamento. Salienta que qualquer iniciativa de incorporação dessa tecnologia deve ser precedida de análise criteriosa dos potenciais benefícios diante dos recursos e mudanças organizacionais necessários para garantir o seu uso racional. Enfatiza ser imprescindível o monitoramento dessa tecnologia para se obter evidências consistentes quanto ao benefício potencial e custos do procedimento no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Prostatectomia – Procedimentos.

REIS NETO, João Paulo dos; STEFANI, Stephen Doral. Custos dos cuidados com a saúde de um plano de saúde nos últimos cinco anos de vida de seus beneficiários: dados do mundo real. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, São Paulo, v. 4, n. 1, abr., 2012. Disponível em: <www.jbes.com.br/images/v4n1/art05.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2013.

Resumo: Objetivos: examinar, no cenário "mundo real" de um plano de saúde brasileiro, o efeito da proximidade da morte de seus beneficiários em despesas com saúde durante os últimos cinco anos de vida. Resultados: de um total de 1.897 mortes analisadas, a maioria era de homens (60,4%) e tinham 60 anos ou mais (77,0%). A idade média geral dos falecidos foi de 70,6 anos (IC95% 69,9 – 71,4). O custo nos 60 meses do estudo foi de R$ 115.970.135,85. Desse total, 66,8% foram reembolsados no ano da morte e as internações corresponderam a 89,2% do total. Entre as principais causas de morte, neoplasia e doenças crônicas tiveram maior influência nos gastos. Conclusões: este estudo sugere que os custos no último ano de

vida precisam ser considerados nas projeções de gastos com cuidados à saúde, da mesma forma que o fator de envelhecimento. Uma das alternativas que parecem ser importantes no fim da vida são os cuidados paliativos.

Palavras-chave: Final da vida. Gastos no final da vida. Gastos com saúde. Últimos anos de vida. Projeção de custos.

RINITE alérgica. **Saúde e Economia**, Brasília, ano 4, n. 8, set., 2012. Disponível em: <portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Profissional+de+Saude/Publicacao+Profissional+Saude/Boletim+Saude+e+Economia>. Acesso em: 3 fev. 2013.

Resumo: Define a rinite alérgica como uma inflamação da mucosa nasal, induzida pela exposição a alérgenos, que pode resultar em sintomas crônicos ou recorrentes como: rinorreia aquosa (corrimento nasal), prurido nasal (coceira), espirros e sintomas oculares. Descreve a epidemiologia da rinite alérgica como pouco conhecida, mas a doença pode ser considerada a de maior prevalência entre as doenças respiratórias crônicas. Descreve as opções para o tratamento farmacológico: anti-histamínicos sedativos e não sedativos, corticosteroides, antileucotrienos, descongestionantes nasais e cromoglicato dissódico. Aborda apenas os anti-histamínicos não sedativos. Compara os custos de tratamento dos seguintes medicamentos representantes desta classe: Dicloridrato de cetirizina, Desloratadina, Cloridrato de epinastina, Cloridrato de fenoxifenadina, Dicloridrato de levocitirizina, Rupatadina e Bilastina. Conclui que não há evidências disponíveis que apontem superioridade entre eles.

Palavras-chave: Economia da Saúde. Rinite alérgica. Medicamentos.

SANTOS, Anderson Moreira Aristides dos; JACINTO, Paulo de Andrade; TEJADA, César Augusto Oviedo. Causalidade entre renda e saúde: uma análise através da abordagem de dados em painel com os estados do Brasil. **Est. Econ.**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 229-261, abr./jun., 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ee/v42n2/01.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: Analisa a relação de causalidade entre renda e saúde, buscando controlar as potenciais diferenças dessa relação ao longo do território brasileiro. Para tanto, aplica três testes de causalidade de Granger para dados em painel, propostos respectivamente por Holtz-Eakin[16], Granger e Huang[17] e Hurlin[18], para uma base de dados com os estados brasileiros, no período compreendido entre 1981 – 2007. Os principais resultados mostram que as conclusões podem ser enganosas quando são baseadas em testes com uma estrutura homogênea nos parâmetros. E, assim, o teste proposto por Hurlin (2005, 2007), que controla os diferentes tipos de heterogeneidade, aponta que, no Brasil, as evidências são mais claras para causalidade no sentido da saúde para a renda.

Palavras-chave: Renda. Saúde. Causalidade de Granger. Dados em painel.

SANTOS, Maria Angelica Borges dos; MORAES, Ricardo Montes de; PASSOS, Sonia Regina Lambert. Indicadores de desempenho e decisão sobre terceirização em rede pública de

[16] HOLTZ-EAKIN, D.; NEWEY, W. E ROSEN, H. S. Estimating vector autoregressions with panel data, **Econometrica,** [S.l.], v. 56, p. 1371-1395, 1988.

[17] GRANGER, C. W. J. E.; HUANG, L. **Evaluation of Panel Data Models:** Some suggestions from Time Series. Mimeo.U.C. San Diego: [s.n.], 1997.

[18] HURLIN, C. Un Test Simple de l. Hypothèse de Non Causalité dans un Modèle de Panel Hétérogène. **Revue Economique**, [S.l.], v. 56, n. 3, p. 799-809, 2005.

laboratórios. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 456-465, 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v46n3/3067.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2013.

Resumo: Objetivo: elaborar indicadores de desempenho e terceirização em rede de laboratórios clínicos, baseados em sistemas de informações e registros administrativos públicos. Resultados: a produção foi de 10.359.111 testes em 2008 (aumento de 10,6% em relação a 2006) e a relação testes/funcionário cresceu 8,6%. As despesas com insumos, salários e prestador conveniado aumentaram, respectivamente 2,3%, 45,4% e 18,3%. Os testes laboratoriais por consulta e internação cresceram 10% e 20%. Os custos diretos totalizaram R$ 63,2 milhões em 2008, com aumento de 22,2% em valores correntes no período. Os custos diretos deflacionados pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (9,5% para o período) mostram aumento do volume da produção de 11,6%. O índice de volume específico para a atividade, que considera as variações do *mix* de testes, mostrou aumento de 18,5% no preço unitário do teste e de 3,1% no volume da produção. Conclusões: os indicadores, em especial os índices específicos de volume e preços da atividade, constituem uma linha de base de desempenho potencial para acompanhar laboratórios próprios e terceirizados. Os indicadores de desempenho econômicos elaborados mostram a necessidade de informatização da rede, antecedendo a decisão de terceirização.

Palavras-chave: Indicadores de serviços. Laboratórios. Organização e administração. Automação laboratorial. Serviços terceirizados. Sistemas de informação em laboratório clínico. Utilização. Custos e análise de custo. Tomada de decisões gerenciais.

SOAREZ, Patrícia Coelho de et al. Contribuições da revisão sistemática de avaliações econômicas: o exemplo da vacinação infantil contra hepatite A no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 211-228, 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v28n2/02.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2013.

Resumo: Apresenta as contribuições da revisão sistemática de avaliações econômicas para o desenvolvimento de um estudo nacional, o caso da vacinação infantil contra hepatite A. Realiza revisão da literatura nas bases de dados Embase, Medline, Wopec, HealthSTAR, SciELO e Lilacs, no período de 1995 a 2010. A maioria dos estudos (8 em 10) mostra resultados favoráveis de custo-efetividade. As análises de sensibilidade indicam como parâmetros mais importantes para os resultados os custos da vacina, incidência de hepatite A e custos médicos da doença. Observa a variabilidade nas características metodológicas e estimativas de variáveis-chaves dos dez estudos revisados. Não é possível generalização dos resultados e transferibilidade de estimativas epidemiológicas, de usos de recursos e custos associados à hepatite A para o contexto local. A revisão sistemática dos estudos de avaliação econômica da vacina contra hepatite A demonstra a necessidade de análise nacional e fornece elementos para o desenvolvimento de um novo modelo de decisão para o Brasil.

Palavras-chave: Avaliação de custo-efetividade. Análise custo-benefício. Hepatite A. Programas de imunização.

Área temática 5

Equidade e Desigualdades em Saúde

CARVALHO, Alice Teles de. **Medindo desigualdades sociais na mortalidade**: uma comparação de métodos no município de São Paulo. 2004. Tese (Doutorado) – Universidade de Campinas (UNICAMP), Campinas (SP), 2004.

Resumo: As reformas econômicas implementadas durante as décadas de 1980 e 1990, na maior parte dos países do mundo, foram produtoras de aumento da pobreza, piora na distribuição de renda com alargamento dos diferenciais entre ricos e pobres. Essa situação acirrou o debate em torno da equidade, exclusão social e justiça social, e criou um interesse crescente em entender e caracterizar as desigualdades nas condições de vida e nos níveis de saúde entre áreas geográficas e grupos sociais, ampliando a discussão, na literatura recente, sobre metodologias próprias para medir essas desigualdades. Avaliou-se o impacto da aplicação de diferenciadas técnicas de agrupamento de áreas homogêneas (Escore-10, Escore-5, *Cluster*, *Cluster* com padronização, Partição e Partição com padronização); e de medidas de desigualdade (risco relativo, risco atribuível percentual, risco atribuível populacional percentual, índice de dissimilaridade, curva de regressão e índice e curva de concentração) na magnitude dos diferenciais de mortalidade entre os estratos de condição de vida. A partir do vasto leque de opções metodológicas tomadas, confirmou-se o impacto que condições sociais desfavoráveis têm no sentido de aumentar o risco de morte, na grande maioria dos grupos de causas, nas diversas faixas etárias e em ambos os sexos. As causas de morte que mostraram os maiores diferenciais entre os estratos foram, em ambos os sexos, os homicídios, as doenças cerebrovasculares e os cânceres de cólon, reto, ânus e de estômago. O impacto das desigualdades entre os sexos diferiu em função da causa específica e medida aplicada. Entre as principais conclusões, os resultados sugerem: que a seleção do método para agrupar áreas homogêneas e para medir o impacto das desigualdades na mortalidade pode, em algumas situações, influenciar nos resultados finais; que devem ser associadas medidas que avaliem diferentes aspectos das desigualdades sociais em Saúde; que as taxas de mortalidade por homicídios são importantes reveladoras das desigualdades socioeconômicas nos estratos de condição de vida; que as desigualdades sociais na mortalidade estão persistindo no Município de São Paulo; e que mesmo as técnicas e medidas de cálculo mais simples podem ser bastante úteis no cotidiano dos serviços de saúde pública para a identificação e o monitoramento dessas desigualdades.

Palavras-chave: Equidade (Direito). Espaços públicos. Saúde.

NORONHA, Kenya Valeria Micaela de Souza; ANDRADE, Mônica Viegas. A importância da saúde como um dos determinantes da distribuição de rendimentos e pobreza no Brasil. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA, 32., 2004. [**Anais...**]. Niterói: ANPEC, 2004. Disponível em: <www.anpec.org.br/encontro2004/ artigos/A04A136.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2013.

Resumo: Um dos principais problemas socioeconômicos observados em grande parte dos países, especialmente nas economias menos desenvolvidas, é a presença da elevada desigualdade de renda e nível de pobreza. No Brasil, essas questões são particularmente im-

portantes uma vez que o País apresenta uma das piores distribuições de renda do mundo, com um Coeficiente de Gini em torno de 0,607. Estuda a relação existente entre o estado de saúde e a distribuição de rendimentos e nível de pobreza no Brasil, mais especificamente avaliar em que medida o estado de saúde impacta na distribuição de rendimentos e nível de pobreza no País. A metodologia utilizada é uma adaptação do método de microssimulações proposto por Bourguignon, Ferreira e Lusting[19] . Para analisar o efeito sobre a distribuição de renda e pobreza, calculamos dois índices de desigualdade – Coeficiente de Gini e o Indice de T-theil, e três indicadores de pobreza – proporção de pobres, hiato de renda e hiato quadrático. Essas medidas foram obtidas para a renda familiar *per capita* hipotética e comparadas com as calculadas a partir da renda familiar per *capita* observada. A base de dados utilizada é a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) 98, que apresenta um suplemento especial contendo informações sobre o estado de saúde, utilização desses serviços, entre outras. Os principais resultados apontam que o estado de saúde afeta a distribuição de renda e o nível de pobreza, apoiando a hipótese de que as perdas de rendimentos decorrentes de um estado de saúde precário, associadas à presença de desigualdades sociais em Saúde, contribuem para aumentar a desigualdade de renda e nível de pobreza observada no Brasil.

Palavras-chave: Desigualdade de renda. Pobreza. Estado de saúde.

PELEGRINI, Maria Lecticia Machry de. **Equidade na alocação de recursos para saúde**: a experiência do Rio Grande do Sul. 2004. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, 2004.

Resumo: Analisa a distribuição de recursos utilizando o método estabelecido pela política de Municipalização Solidária da Saúde (MSS) da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS), examinando sua potencialidade de desconcentrar recursos, conforme o tamanho da população residente e o nível de desenvolvimento humano municipal; o período analisado foi o ano de 2001. A partir da adoção destes critérios, verifica um deslocamento de recursos financeiros para municípios com menor concentração populacional que obtiveram, em seus fundos municipais de Saúde, recursos em valores até então não captados pelas outras formas de financiamento da Saúde, ocorrendo desconcentração de recursos. Para avaliar se a política da MSS beneficiou os municípios em piores condições socioeconômicas, utilizou-se o Índice de Desenvolvimento Humano-Municipal/IDH-M que no Estado do Rio Grande do Sul apresenta pequenas variações (apenas municípios com IDH-M médio e alto). Mesmo assim, verificou-se que a política de MSS prevê a distribuição de metade dos recursos, para 34% da população residente nos municípios com os menores índices do IDH -M, apontando a grande capacidade desta política para a desconcentração de recursos aos municípios que necessitam ter potencializado seus serviços de Saúde para a melhoria das condições de vida da população.

Palavras-chave: Equidade. Financiamento para saúde. Redistribuição recursos.

---

[19] BOURGUIGNON, François; FERREIRA, Francisco; LUSTIG, Nora. **The microeconomics of income distribution dynamics**: a comparative analysis of selected developing countries. [S. l.: s. n.], 2001.

ALMEIDA, Karen Santana de. **Setor público não-estatal**: (des) caminhos do controle social e da equidade no acesso aos serviços de saúde. 2005. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Brasília, 2005.

Resumo: A reforma do Estado fez parte da agenda governamental nacional e internacional dos anos 1990. Configurou-se uma nova organização geopolítica e econômica mundial de cunho neoliberal. Essas proposições de cunho neoliberal alteram a perspectiva de consolidação de um padrão de proteção social proposto pela Constituição Federal de 1988. No âmbito da Saúde, surgiram as organizações sociais (OS), as quais estabeleceram uma nova lógica no modelo de gestão, alterando a forma de prestação de serviços de algumas instituições, antes geridas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sob o foco de atuação do Estado para a dita publicização. Esse novo modelo possibilitou o estabelecimento de acordos formais, de modo a proporcionar-lhes maior autonomia gerencial, orçamentária e financeira. Entretanto a proposta cria questionamentos quanto às questões do controle social e do princípio da equidade no acesso aos serviços prestados pelas OS. Nesse sentido, uma das principais preocupações contidas no presente trabalho diz respeito às OS da área da Saúde que deveriam submeter-se ao controle social e observar o princípio da equidade no atendimento das demandas da sociedade, haja vista que elas exercem um papel coadjuvante em relação ao Estado na provisão de bens e serviços públicos com financiamento estatal. Pois o mecanismo legal de controle social das OS, materializado na representação proporcional do poder público e da sociedade civil nos conselhos de administração, parece não ser suficiente para assegurar a participação dos usuários na gestão dos serviços prestados por estas instituições. Além disso, a autonomia das OS para estabelecer suas normas internas de funcionamento suscita dúvidas quanto à real observância do princípio da equidade no acesso aos serviços de Saúde. Em suma, o propósito desse trabalho é iniciar o debate sobre controle social e a equidade no acesso aos serviços das OS da área da Saúde.

Palavras-chave: Políticas de Saúde. Publicização. Controle social. Equidade e organizações sociais.

OLIVEIRA, Héder Carlos de. **Desigualdade regional e os fundos constitucionais de financiamento no Brasil**. 2005. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

Resumo: O processo de desenvolvimento econômico no território brasileiro ocorreu de forma completamente desigual, o que originou um País com acentuada disparidade econômica e social entre as regiões. Diante das diferenças regionais no Brasil, o governo federal vem, desde o início do século XX, promovendo políticas de desenvolvimento regional no intuito de favorecer um crescimento econômico mais equitativo entre os estados. Entre as diferentes políticas regionais adotadas ao longo dos anos, no final da década de 1980 é apresentada uma nova proposta de combate ao problema regional no País. Essa proposta

implementada, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, resgata a questão da disparidade regional brasileira sendo os Fundos Constitucionais de Financiamento como mecanismo de compensar as diferenças inter-regionais. Os recursos dos fundos (FNO – Fundo Constitucional de Financiamento do Norte, FCO – Fundo Constitucional de Financiamento do Centro-Oeste e FNE – Fundo Constitucional de Financiamento do Nordeste) contam, entre as políticas regionais, com o maior volume monetário destinado ao desenvolvimento econômico regional. Analisa o impacto dos Fundos Constitucionais de Financiamento para a indução do crescimento dos municípios e estados nos quais se inserem esses programas, e, assim, sua contribuição para a redução das desigualdades regionais do Brasil. Os resultados empíricos confirmam a problemática da desigualdade regional no Brasil e indicam que algumas das variáveis analisadas (Infraestrutura, Educação e Saúde) apresentam relações esperadas e significativas com o crescimento econômico, porém, os Fundos Constitucionais de Financiamento não apresentaram relação significativa com o diferencial de crescimento econômico dos municípios e estados onde estão inseridos.

Palavras-chave: Fundos Constitucionais de Financiamento. Desenvolvimento regional.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 23-33, 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/sausoc/ v15n2/04.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2013.

Resumo: Analisa o conceito de equidade, bem como as implicações práticas de suas várias acepções. Encontra dois principais sentidos para o conceito de equidade: um genérico e equivalente ao de justiça e igualdade; e o segundo, mais específico, pelo qual equidade se refere à capacidade de estabelecer julgamento e tratamento conforme a singularidade de cada situação. Realiza uma revisão de estudos sobre equidade e saúde, encontrando-se que o primeiro sentido tem predominado ao se relacionar equidade e políticas sociais. Relata que nas avaliações realizadas sobre a equidade no SUS, na última década, foram encontrados elementos de avanço e áreas em que persistem desigualdades de acesso, financiamento e utilização de serviços.

Palavras-chave: Equidade. Sistema de saúde. Políticas sociais.

CARNEIRO JÚNIOR, Nivaldo; ELIAS, Paulo Eduardo. Controle público e equidade no acesso a hospitais sob gestão pública não estatal. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 5, p. 914-920, 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v40n5/23.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2013.

Resumo: Objetivo: Analisar as organizações sociais de saúde à luz do controle público e da garantia da equidade no acesso aos serviços de Saúde. Métodos: Utilizou-se a técnica de estudo de caso e foram selecionadas duas organizações sociais de saúde na região metropolitana de São Paulo. As categorias analíticas foram equidade no acesso e controle público, baseando-se em entrevistas com informantes-chave e relatórios técnico-administrativos. Resultados: Observou-se que financiamento global e o controle administrativo das organizações sociais de saúde são atribuições do gestor estadual. A presença do gestor local é importante para a garantia da equidade no acesso, sendo que o controle público se expressa por ações fiscalizadoras mediante procedimentos contábil-financeiros. Conclusões: A equidade no acesso e o controle público não são contemplados na gestão dessas organizações. A questão central encontra-se na capacidade do poder público se fazer presente na implementação dessa modalidade no âmbito local, garantido a equidade no acesso e contemplando o controle público.

Palavras-chave: Organização social. Gestão em saúde. Política de Saúde. Diretrizes para o planejamento em saúde. Administração em saúde pública – tendências. Reforma dos serviços de Saúde. Equidade em saúde. Equidade no acesso. Pesquisa qualitativa.

GIATTI, Luana; BARRETO, Sandhi Maria. Situação do indivíduo no mercado de trabalho e iniqüidade em saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 99-106, 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v40n1/27122.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2013.

Resumo: Objetivo: investigar as desigualdades na condição de saúde pessoal e na utilização de serviços de Saúde em relação à situação do indivíduo no mercado de trabalho. Resultados: dos participantes do estudo, 52,2% eram trabalhadores formais; 27,7%, informais; 10%, desempregados; e 10,2% estavam fora do mercado de trabalho. Foram identificadas diferenças significativas relativas à idade, escolaridade, renda domiciliar, posição no domicílio e região de residência. O desemprego, o trabalho informal e, sobretudo, a exclusão do mercado de trabalho estiveram associados à pior condição de saúde entre adultos brasileiros, independente das características sociodemográficas. Conclusões: a situação do indivíduo no mercado de trabalho expressa um gradiente de desigualdade nas condições de saúde. Os achados reforçam que a situação do indivíduo no mercado de trabalho também deve ser considerada nos estudos das desigualdades em Saúde.

Palavras-chave: Trabalho – Emprego. Desemprego. Força de trabalho. Iniquidade na Saúde.

GUIMARÃES, Vanessa Martins Valente. **Desigualdades em saúde do adulto:** análise do estilo de vida no estado de São Paulo. 2006. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), 2006.

Resumo: Introdução: reduzir a morbidade que acompanha o envelhecimento das populações tem sido prioridade em diversos países, incluindo o Brasil. Neste contexto, o incentivo a um estilo de vida saudável é de fundamental importância para promoção da saúde, prevenção e controle das doenças crônicas e das incapacidades a elas relacionadas. Objetivo: analisar as desigualdades no estilo de vida da população adulta, de 20 a 59 anos de idade, segundo características demográficas e socioeconômicas, em quatro áreas do Estado de São Paulo. Conclusões: observa-se o agrupamento desigual das variáveis do estilo de vida, segundo nível socioeconômico em ambos os sexos. Para reduzir as desigualdades em Saúde, é essencial conhecer os segmentos de maior vulnerabilidade e a análise de *cluster*, neste estudo, mostrou-se um instrumento útil para identificação dos grupos de maior risco.

Palavras-chave: Estilo de vida. Saúde do adulto. Análise de *cluster*.

ZOGHBI, Ana Carolina Pereira. **Desigualdades socioeconômicas na saúde**: uma análise do Estado de São Paulo e do município de Ribeirão Preto. 2006. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), 2006.

Resumo: Avalia possíveis desigualdades socioeconômicas na Saúde no Estado de São Paulo e no Município de Ribeirão Preto. Analisa a distribuição das variáveis relativas à saúde (doenças crônicas e autoavaliação) entre quintis de renda. Adicionalmente, calcula Índices de Concentração de Saúde, cuja construção é semelhante a do Índice de Gini. Esse índice considera a proporção acumulada de determinada doença e a proporção acumulada da população, ordenada de forma crescente de acordo com a renda. Estima também os impactos de algumas variáveis explicativas sobre a probabilidade de apresentar determinada doença ou de se autoavaliar de determinada forma. Para o Estado de São Paulo, considera como variáveis explicativas: escolaridade, sexo, cor e idade (todas variáveis *dummy*). Para Ribeirão Preto, considera como variáveis explicativas: escolaridade, o fato de um dos pais apresentar a doença em questão, o fato de um dos pais apresentar alguma outra doença crônica, sexo e

cor (todas variáveis *dummy*). Demonstra a partir dos resultados para o Estado de São Paulo que, em sua maioria, a desigualdade na Saúde opera em favor dos ricos. Além disso, em geral, quanto maior a escolaridade, menor a probabilidade de apresentar determinada doença. Em relação a Ribeirão Preto, os resultados não foram totalmente conclusivos, uma vez que a quarta etapa da coorte apresentou indivíduos de 22 a 26 anos, cuja faixa etária apresenta pequena incidência de doenças crônicas. Todavia nota que a saúde dos pais influencia na saúde dos filhos, tanto por meio de características transmitidas quanto devido ao fato de que pais com saúde ruim não devem poder ter muitos gastos com a saúde dos filhos.

Palavras-chave: Desigualdades socioeconômicas na Saúde. Índices de Concentração de Saúde.

Equidade e Desigualdades em Saúde 2007

ARAGÃO, Erika et al. Gastos em saúde e incidência de benefício no município de Senhor do Bonfim (BA) em 2003. **Rev. Econ. Contemp**., [S.l.], v. 11, n. 2, p. 227-252, ago., 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rec/v11n2/a02v11n2.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: Analisa a desigualdade no acesso e utilização dos serviços de Saúde no Município de Senhor do Bonfim (BA). O método utilizado é o *benefit incidence*, ou incidência de benefício, que permite identificar quais os grupos sociais que se beneficiam dos gastos do governo. A incidência de benefício no município, para 2003, foi estimada por grupos da população previamente definidos (renda, gênero e cor da pele), com o objetivo de avaliar o grau de iniquidade dos gastos públicos em Saúde. Os gastos públicos foram desagregados por nível de complexidade. Combinando os dados referentes aos subsídios com os resultados da pesquisa domiciliar, observou-se iniquidade da distribuição dos gastos públicos com Saúde em Senhor do Bonfim.

Palavras-chave: Desigualdade. Acesso aos serviços de Saúde. Senhor do Bonfim (BA). Incidência de benefício. Gasto público.

MAGALHÃES, Rosana. Monitoramento das desigualdades sociais em saúde: significados e potencialidades das fontes de informação. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 667-673, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v12n3/16.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: Desenvolve a reflexão conceitual sobre desigualdades sociais e iniquidades em Saúde articulada à discussão de dimensões de análise, indicadores e fontes de dados a serem privilegiadas na caracterização de perfis e tendências no Brasil. Nesta direção, enfatiza a necessidade de aprofundar o debate acerca das desigualdades sociais, identificando as variações na situação de saúde a partir do conceito de vulnerabilidade diferencial e os parâmetros a serem considerados na busca de informação estratégica para a formulação, a implementação, o monitoramento e a avaliação de políticas públicas na área.

Palavras-chave: Desigualdade social. Equidade e iniquidades em Saúde. Informação em Saúde.

PESSOTO, Umberto Catarino et al. Desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde na Região Metropolitana de São Paulo. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 351-362, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/ a11v12n2.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: Relata achados dos estudos de casos realizados em cinco municípios da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP): São Paulo, Guarulhos, Santo André, Osasco e Franco da Rocha. Descreve as desigualdades no acesso aos serviços e sua utilização a partir de tabulações avançadas da Pesquisa de Condições de Vida (PCV) de 1998 do Seade. Analisa informações a

partir das variáveis: posse ou não de planos de saúde, quintil de renda e faixa etária. Estuda os atributos: utilização dos serviços, tipo de cobertura do plano, procura pelos serviços e tempo médio de espera no atendimento. A comparação com estudos de outras regiões metropolitanas do Brasil, a partir da Pnad 98 do IBGE, permite afirmar que existem disparidades intrarregionais somente detectadas em estudos de menor escala espacial – os municípios. Apesar da RMSP possuir a maior cobertura de planos de saúde no Brasil, nota-se grande heterogeneidade interna. As desigualdades na posse de planos, no acesso, tempo de espera, tipo de cobertura manifestam-se claramente na análise, segundo quintil de renda e faixa etária. Conforme os resultados, sugerem o aumento da capacidade de regulação do Estado, permitindo que os princípios da universalidade e equidade se estabeleçam no SUS, efetivando o direito à saúde.

Palavras-chave: Relação público-privado. Desigualdades em Saúde – Região Metropolitana de São Paulo.

PINHEIRO, Geandro Ferreira. **Gestão e organização da atenção em Saúde em grandes centros urbanos**: cidades invisíveis na agenda política brasileira. 2007. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), 2007.

Resumo: Trata de elementos pouco abordados na agenda política brasileira da Saúde no campo da descentralização e regionalização: 1) a reconfiguração dos espaços urbanos e seu impacto deletério no modo de viver dos grandes centros e regiões metropolitanas e 2) a diluição de fronteiras formais e federativas nesses territórios, seja nos aspectos produtivos ou no acesso a serviços públicos. Há uma tensão na conformação institucional do SUS, entre a ênfase no poder local/esfera municipal e a necessidade de se afirmar uma boa performance do sistema, por um lado, e a oferta e acesso aos serviços com integralidade das ações, por outro. A regionalização, contudo, fortemente condicionada pelo sistema político e de organização do Estado brasileiro, não é exercida plenamente, apoiando-se em formalismos ou experiências incipientes. O estudo analisou como tais desafios têm sido enfrentados no setor Saúde. Verificou-se que a agenda política da Saúde ainda não incorporou de forma adequada a questão dos grandes centros urbanos no seu desenho de organização da atenção, no seu modelo de financiamento, e mesmo na relativização conceitual dos princípios de regionalização e hierarquização relacionada a esta problemática. Os resultados são apresentados na forma de dois artigos, complementares e articulados. O primeiro artigo discute a temática da configuração do território metropolitano e dos grandes centros urbanos, e de seus impactos no campo das políticas públicas, com foco na organização e gestão de sistemas de Saúde. Analisamos a produção discursiva e documental dos atores e arenas que debatem o SUS no nível federal, utilizando a formulação teórica de Matus sobre as disposições estratégicas das representações governamentais e sociais. O segundo artigo aborda o tema específico dos desafios postos à organização da atenção à saúde diante das regiões metropolitanas, por intermédio da análise da produção científica, documental e discursiva sobre a formulação e implementação de políticas de corte regional e metropolitano.

Palavras-chave: Regiões metropolitanas. Atenção em Saúde. Sistemas de Saúde. Regionalização.

SISSON, Maristela Chitto. Considerações sobre o Programa de Saúde da Família e a promoção de maior equidade na política de saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 85-91, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n3/08.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2013.

Resumo: Na Constituição brasileira, a equidade em Saúde é tomada como igualdade, garantida pela gratuidade no acesso aos serviços de Saúde, o que pressupõe não só uma divisão quantitativa de recursos, mas sua orientação à redução das desigualdades sociais, por meio do modelo assistencial. Nesse sentido, estratégias como o Programa Saúde da Família (PSF) têm sido consideradas como implementadoras do acesso ao sistema de Saúde. Este estudo tem como objetivo desenvolver uma reflexão sobre equidade e modelo assistencial PSF, por meio de revisão baseada em autores que discutem o tema. A visão sobre o Programa Saúde da Família vem mudando com o passar do tempo, desde crítica a seu caráter focalizado até sua consideração como ação afirmativa. Estudos mostram que mudanças no financiamento e no planejamento do sistema aproximaram os municípios e envolveram novos atores no processo, trazendo maior acesso à atenção básica – embora sem influenciar os outros níveis do sistema. Para que o Programa Saúde da Família assuma caráter de estratégia de inclusão de segmentos populacionais que não têm acesso aos serviços de Saúde, deverá realizar-se por meio de sua incorporação a uma política maior que garanta suporte social, direitos universais e efetiva implementação da política de Saúde.

Palavras-chave: Equidade em Saúde. Financiamento em Saúde. Programa Saúde da Família. Políticas de Saúde.

ALMEIDA, Célia. Forum: equity in access to health care: postscript. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1179-1181, maio, 2008. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v24n5/27.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Abstract: The papers published in this Forum have one feature in common. The issue they discuss, health services access and equity, is relatively well covered in the specialized literature, although far from reaching a consensus. However, the papers shed light on specific new aspects that are key for understanding the problem in greater depth and finding solutions with improved outcomes. These aspects have received limited attention in the literature and require further investigation.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de Saúde.

CARVALHO, Thiago Caldi de; GIANINI, Reinaldo José. Equidade no tempo de espera para determinadas cirurgias eletivas segundo o tipo de hospital em Sorocaba (SP). **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 473-483, 2008. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbepid/v11n3/13.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2013.

Resumo: Introdução: a equidade na atenção à saúde tem sido alvo de grande preocupação, incluindo países em desenvolvimento e desenvolvidos. A equidade horizontal, entendida como tratamento igual de indivíduos que se encontram na mesma situação de saúde, tem sido investigada nos diferentes níveis de atenção à saúde. Objetivos: o presente estudo busca verificar se existem disparidades no tempo de espera para cirurgias eletivas (safenectomia, colecistectomia, hemorroidectomia e histerectomia) segundo o tipo de hospital, público ou privado. Resultados: observou-se um tempo de espera maior nas categorias: hospital público (5,5 meses; $p < 0,001$), baixa escolaridade (3,5 meses; $p < 0,001$), menor renda (Spearman = -0,4426; $p < 0,001$), procedência de outros municípios (2 meses; $p = 0,009$), e cirurgia de safenectomia (5 a 7 meses; $p = 0,04$). Após o ajuste para as variáveis comorbidade, renda, escolaridade ou procedência, o tempo de espera no hospital público manteve-se significantemente maior (diferença mínima de 4,93 meses quando ajustada por renda; IC95% 3,4-6,4; $p < 0,001$). Conclusão: verifica-se relevante iniquidade na atenção à saúde relacionada ao tipo de prestador de serviços de Saúde.

Palavras-chave: Equidade. Tempo de espera. Cirurgia eletiva. Fatores sociais. Atenção à saúde. Políticas de Saúde.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (Brasil). **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 215p. ISBN 978-85-7541-160-5.

Resumo: Apresenta produto do relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), que desenvolveu uma série de atividades voltadas para a pro-

dução de conhecimento e informação sobre os determinantes sociais da Saúde no Brasil. Relata proposta da comissão de revisão e análise de políticas e programas de intervenção sobre estes determinantes, além da comunicação aos diversos setores da sociedade sobre a importância dos DSS e suas possibilidades de atuação. Avalia que somente por meio da transdisciplinaridade do grupo que compõe esta comissão foi possível produzir um texto que respeita todos os setores a que se destina, com a capacidade de atingi-los plenamente nas suas múltiplas linguagens.

Palavras-chave: Iniquidade social. Equidade (Direito). Saúde – Indicadores. Saúde – Condições sociais.

LOUVISON, Marília Cristina Prado et al. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública,** São Paulo, v. 42, n. 4, p. 733-740, 2008. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/6846.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2013.

Resumo: Objetivo: analisar os fatores relacionados à determinação e às desigualdades no acesso e uso dos serviços de saúde por idosos. Resultados: dos entrevistados, 4,7% referiram ter utilizado a internação hospitalar; e 64,4%, o atendimento ambulatorial. Dos atendimentos ambulatoriais em serviço público, 24,7% ocorreram em hospital; e 24,1%, em serviço ambulatorial; entre os que ocorreram em serviços privados, 14,5% foram em hospital; e 33,7%, em clínicas. Pela análise multivariada, observou-se associação entre a utilização de serviços e sexo, presença de doenças, autopercepção de saúde, interação da renda e escolaridade e posse de seguro-saúde. A análise isolada com escolaridade apresentou efeito inverso. Conclusões: foram observadas desigualdades no uso e acesso aos serviços de Saúde e inadequação do modelo de atenção, indicando necessidade de políticas públicas que levem em conta as especificidades dessa população, facilitem o acesso e possam reduzir essas desigualdades.

Palavras-chave: Saúde do idoso. Desigualdades em Saúde. Serviços de Saúde – Utilização. Hospitalização. Equidade no acesso. Necessidades e demandas de serviços de Saúde.

MARQUES JR., Ernesto T. A.; MACIEL FILHO, Romulo; AUGUST, Paul Nordstrom. Superando a falta de eqüidade em saúde: benefícios potenciais de uma estrutura de informação em saúde pública, centrada no paciente e de domínio público. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 547-557, 2008. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v24n3/08.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: Discute os benefícios de se desenvolver um sistema de informação em rede, centrado nos pacientes dos serviços médicos primários, usando tecnologias *open-source* e definições de padrões de programação e o desenvolvimento de ferramentas capazes de detectar desigualdades. Esses sistemas, que podem ser implementados em nível local e gradualmente se expandirem para uso nacional, capacitariam a expansão da prática da medicina baseada em evidência, a identificação mais clara das desigualdades e análises mais precisas de custos-benefícios. Os setores de saúde pública também poderiam interligar esse sistema aos prontuários eletrônicos tradicionais a custos muito reduzidos por meio da promoção do uso dos sistemas padrões de estocagem e transferência de dados nos produtos

de informática comerciais usados nos serviços de Saúde. Em sua forma final, esse novo sistema de informação em Saúde seria capaz de assistir à gestão da redução das desigualdades nas medidas de saúde pública. De fato, países em desenvolvimento como Brasil, Índia e África do Sul estão muito bem posicionados para darem um salto na frente de outros países que já estão comprometidos com sistemas de informações antiquados.

Palavras-chave: Sistemas de informação. Equidade no acesso. Atenção primária à saúde.

MOONEY, Gavin; HOUSTON, Shane. Equidade na assistência à saúde e confiança institucional: uma perspectiva comunitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1162-1167, 2008. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v24n5/24.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: O comunitarismo reconhece e valoriza (e não apenas no sentido instrumental) os elos que unem as comunidades e com os quais se identificam. Além disso, os comunitaristas também valorizam a comunidade em si. O artigo propõe que a confiança tende a ser maior naquelas comunidades onde os elos são mais sólidos. A equidade na assistência à saúde é um fenômeno social. Nos cuidados de saúde, fica evidente que sociedades mais comunitárias, tais como na Escandinávia ou entre os povos aborígines da Austrália, tendem a valorizar sistemas mais orientados para a equidade. No caso dos aborígines, o desejo de equidade aparece contra o pano de fundo de uma sociedade dominante poderosa (branca) que trata a minoria (negra) como dependente, levando à erosão da confiança dos aborígines na sociedade e nas instituições públicas australianas. Nesse contexto, predominam a desconfiança e a falta de equidade. O artigo discute a confiança institucional como facilitador da equidade na assistência à saúde no contexto específico da saúde indígena. O exemplo utilizado é a saúde dos aborígines australianos, mas os princípios se aplicam a outras populações indígenas, como as da América do Sul.

Palavras-chave: Equidade em Saúde. Assistência à saúde. População indígena. Relações comunidade-instituição.

MORAES, José Cassio de; RIBEIRO, Manoel Carlos Sampaio de Almeida. Desigualdades sociais e cobertura vacinal: uso de inquéritos domiciliares. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 11, p. 113-124, 2008. Suplemento 1. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbepid/v11s1/10.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2013.

Resumo: O Programa Nacional de Imunizações, com mais de três décadas de existência, tem desempenhado papel fundamental no controle de importantes doenças imunopreveníveis, atingindo atualmente altas taxas de cobertura vacinal em praticamente todo o território nacional. Esta situação instaura a necessidade de se aprimorar as estratégias de avaliação do programa, tanto na busca de indicadores mais precisos quanto na mensuração e no entendimento das desigualdades sociais relacionadas à cobertura vacinal. Entende-se que a efetividade do programa de imunização, mensurada por meio da cobertura vacinal de uma população, está condicionada pelo sistema de Saúde, pelo próprio programa de imunização e pelas características da população. Inquéritos domiciliares colocam-se como uma das melhores estratégias para aprofundar o estudo das desigualdades. Contudo a escolha da forma de mensurar a desigualdade dar-se-á em função dos objetivos do estudo. Assim, pode-se

tanto avaliar como a vacinação se distribui na população sem distinguir grupos sociais quanto estimar as desigualdades relativas e absolutas concernentes a grupos socioeconômicos. Por exemplo, os inquéritos de cobertura vacinal realizados em 1998 e 2002 no Município de São Paulo, além de mensurarem um ligeiro aumento da cobertura vacinal no período, possibilitaram avaliar que as desigualdades em função de estratos socioeconômicos se modificaram sensivelmente. Em 1998, os estratos mais rico e mais pobre apresentavam as coberturas mais baixas. Em 2002, diferentemente, houve clara tendência de aumento da cobertura conforme a piora do estrato socioeconômico.

Palavras-chave: Desigualdade social. Cobertura vacinal. Imunização.

MULLER, Magnor Ido; KNAUTH, Daniela Riva. Desigualdades no SUS: o caso do atendimento às travestis é 'babado'! **Cadernos EBAPE**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2008. Disponível em: <bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/cadernosebape/article/viewFile/5067/3801>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: Estigmatizadas por não corresponderem ao padrão hegemônico, segundo o qual sexo e gênero devem necessariamente coincidir, as travestis constituem um grupo social que não tem garantido o exercício de sua cidadania. Nesse sentido, analisa a percepção, os sentimentos e as dificuldades enfrentadas pelas travestis para terem acesso aos serviços de Saúde e serem atendidas de forma igualitária aos demais segmentos da população. Os dados aqui analisados resultam de uma pesquisa qualitativa desenvolvida com travestis frequentadoras dos encontros organizados pelo grupo Igualdade, em Porto Alegre, com as quais foram realizadas, em primeiro momento, observações participantes, e grupo focal, em outra ocasião. A partir das observações feitas e dos depoimentos colhidos, foi constatada a necessidade de se qualificar os profissionais de Saúde para um adequado acolhimento e atendimento ao grupo em estudo, pois a marginalização das travestis traz sérias consequências para a saúde pública.

Palavras-chave: Travesti. Saúde pública. HIV/Aids. Estigma. Discriminação.

TRAVASSOS, Cláudia. Fórum: equidade no acesso aos serviços de saúde: introdução. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1159-1161, 2008. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v24n5/23.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: Apresenta o fórum sobre equidade no acesso aos serviços de Saúde, composto por três artigos e um posfácio. O fórum representa uma continuidade das apresentações e debates ocorridos no seminário Equitable Access to Health Care and Infectious Disease Control: Concepts, Measurements and Interventions, organizado pela Fundação Oswaldo Cruz com a colaboração do Programa Especial de Pesquisa e Treinamento em Doenças Tropicais da Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Instituto para o Desenvolvimento Social das Nações Unidas (Unirisd), realizado na cidade do Rio de Janeiro, Brasil, em 2006. Acesso aos serviços de Saúde e equidade são abordados nos artigos do fórum de modo abrangente e contemporâneo. Um novo modelo teórico-conceitual, no qual a informação tem um papel central, é introduzido em um dos artigos. Em outro, confiança é apresentada como um valor

importante para a construção de sistemas de Saúde equânimes. Questões éticas nas práticas de administradores e profissionais de Saúde são destacadas como aspectos geradores de iniquidades pouco discutidos. No conjunto, os artigos apresentam novo conhecimento sobre os fatores geradores de iniquidades no acesso aos serviços de Saúde que representam uma contribuição à construção de sistemas de Saúde mais justos.

Palavras-chave: Equidade no acesso. Serviços de Saúde. Acesso aos serviços de Saúde.

Equidade e Desigualdades em Saúde 2009

BAGOLIN, Izete Pengo et al. Desigualdade socioeconômica e satisfação dos usuários em relação aos serviços de saúde do Corede Metropolitano Delta do Jacuí. **Ensaios FEE**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 925-954, dez., 2009. Disponível em: <revistas.fee.tche.br/index.php/ensaios/article/view/2345/2710>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: Analisa o setor Saúde sob os aspectos da equidade e satisfação dos usuários do Corede Metropolitano Delta do Jacuí (Corede MDJ). Mostra, a partir dos resultados, que a oferta dos serviços de Saúde é relativamente concentrada, além de ser insuficiente quando são considerados os padrões recomendados internacionalmente. O perfil dos usuários é composto por pessoas com faixa etária média de 45 anos; são predominantemente mulheres; um percentual significativo é portador de algum tipo de doença crônica; a grande maioria utiliza os serviços médicos apenas em caso de doença já manifestada e não faz prevenção. Entre os entrevistados, o predomínio é de usuários com renda média inferior a dois salários mínimos e com escolaridade correspondente ao ensino fundamental incompleto. Mostra também que os usuários estão significativamente mais satisfeitos com os serviços prestados nos hospitais do que nos postos de saúde e mais satisfeitos com os profissionais das unidades do que com a estrutura do SUS.

Palavras-chave: Desigualdade de renda. Corede MDJ. Qualidade dos serviços de Saúde. Índice de Gini.

BALDANI, Márcia Helena; ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de; ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. Equidade e provisão de serviços públicos odontológicos no estado do Paraná. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 2009, v. 43, n. 3, p. 446-454. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/74.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2013.

Resumo: Objetivo: analisar a associação entre indicadores socioeconômicos, de provisão de serviços públicos odontológicos e de alocação de recursos financeiros em Saúde, e identificar se o sentido das associações ocorre em favor da equidade vertical. Resultados: houve tendência redistributiva dos recursos federais transferidos aos municípios para o custeio da atenção básica, intensificada a partir do lançamento da Estratégia Saúde da Família. Observou-se expansão das ações de saúde bucal no período analisado, bem como tendência pró-equidade na oferta e utilização dos serviços odontológicos em atenção básica. Conclusões: houve tendência redistributiva, ou pró-equidade, na provisão de serviços odontológicos no Estado do Paraná, com maior provisão *per capita* de recursos ou serviços para municípios com piores indicadores socioeconômicos. Esta tendência mostrou-se compatível com as diretrizes programáticas recentes do Ministério da Saúde.

Palavras-chave: Serviços de saúde bucal – Provisão e distribuição. Assistência odontológica. Acesso aos serviços de Saúde. Equidade no acesso. Desigualdades em Saúde – Fatores socioeconômicos.

FERRAZ, Octávio Luiz Motta; VIEIRA, Fabíola Sulpino. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 223-251, mar., 2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/dados/v52n1/v52n1a07.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: Discusses the right to health as provided by the Brazilian Constitution in light of the increasing number of court rulings that order government to supply health products and services that have not been incorporated into public policies by other means. Using the Constitution's concept of health as the point of departure, authors demonstrate that guaranteeing the right to health requires more comprehensive social and economic policies. They argue that scarcity of resources places a limit on the formulation of public policies and that equity should be the underlying principle for orienting resource allocation. The article contends that the interpretation of the right to health as the individual right to unlimited care (the predominant position in the Brazilian Judiciary) is sustained to the detriment of the Constitutional principles of equity and universality, and that this interpretation results in a reversal in the primary objectives of the Unified National Health System (SUS), transforming it into an instrument for the perpetuation of the country's persistently daunting health inequities.

Palavras-chave: Direito à saúde. Direito na Saúde. Equidade em saúde e social. Equidade na distribuição de recursos.

GONÇALVES, Carla Vitola; CÉSAR, Juraci Almeida; MENDOZA-SASSI, Raul A. Qualidade e eqüidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2507-2516, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v25n11/20.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: Estudo de base populacional com objetivo de avaliar a cobertura da assistência pré-natal, de acordo com a renda familiar, em município do Sul do Brasil. As informações foram coletadas por questionário, com as mães nas primeiras 24 horas após o parto. Observa-se que a cobertura pré-natal, o início das consultas no primeiro trimestre, a realização de seis consultas ou mais, a execução do exame das mamas e do exame especular, a realização dos exames de laboratório da rotina pré-natal do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) e a realização da ultrassonografia aumentam com a melhoria da renda familiar, sendo mais realizados nas gestantes do quartil de maior renda ($p < 0,001$). Apesar desses resultados, a prevalência de baixo peso ao nascer não apresentou diferença estatística significante entre os diferentes quartis. O serviço local de Saúde mostrou-se pouco efetivo porque apenas 26,8% dos pré-natais foram classificados como adequados, segundo parâmetros do PHPN, e desigual porque as pacientes do menor quartil de renda tiveram o acompanhamento da sua gestação com qualidade inferior à das pacientes do quarto quartil.

Palavras-chave: Cuidado pré-natal. Qualidade da assistência à saúde. Equidade em Saúde.

KOHATSU, Emiliana Akiko; BARBIERI, Ana Rita; HORTALE, Virgínia Alonso. Exames de mamografia em Mato Grosso do Sul: análise da cobertura como componente de equidade. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, p. 563-577, maio/jun. 2009. Disponível em: <bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6701/5284>. Acesso em: 21 jan. 2013.

Resumo: Analisa a cobertura da mamografia em Mato Grosso do Sul em 2004, considerando sua variação nas regiões e nos municípios que referenciam e realizam o exame. Para tanto, foi desenvolvido um estudo utilizando dados secundários como fontes de informações referentes ao ano de 2004. Analisa os 77 municípios do Estado de Mato Grosso do Sul. A coleta dos dados e sua análise obedeceram à seguinte classificação: municípios sem serviços de mamografia que encaminham as mulheres para o exame; municípios com serviços de mamografia (municípios-referência) que realizam os exames. A análise dos resultados foi feita sobre as três regiões do estado. Os resultados apontaram: a oferta de exames é inferior ao necessário; a cobertura é desigual para as diferentes regiões; os termos de compromisso pactuados na Programação Pactuada e Integrada (PPI) não atendem às recomendações do Consenso para Controle do Câncer de Mama. Foi possível concluir que somente em uma região a cobertura dos exames é homogênea. A região que tem maior concentração de mamógrafos apresenta acentuada desigualdade de cobertura.

Palavras-chave: Mamografia. Cobertura de serviços de Saúde. Equidade de acesso.

LOBATO, Lenaura Vasconcelos Costa; FLEURY, Sonia (Org.). **Seguridade social, cidadania e saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2009. 204 pag. ISBN 978-85-88422-10-0. Disponível em: <www.cebes.org.br/media/File/Livro_Seguridade.pdf>. Acesso em: 7 mar. 2013.

Resumo: Trata do tema Seguridade Social com a complexidade e a abrangência requeridas. Discute as bases conceituais da noção de seguridade social e os desafios contemporâneos à sua concretização, aplicando os princípios de universalidade e integralidade ao direito à saúde no caso brasileiro. Trata especificamente da seguridade social brasileira na atualidade. Analisa aspectos do mercado de trabalho e da estrutura fiscal que constrangem a expansão da seguridade social. Analisa o desenvolvimento do financiamento da Seguridade Social, enfocando as áreas de Saúde e Assistência Social. Apresenta o que seriam dilemas da Seguridade Social hoje, após 21 anos de sua implantação pela Constituição de 1988.

Palavras-chave: Seguridade Social. Previdência Social. Saúde. Cidadania. Política social – Brasil.

REIS, Maurício; CRESPO, Anna. **O impacto da renda domiciliar sobre a saúde infantil no Brasil**. Rio de Janeiro: IPEA, fev. 2009. (Texto para Discussão, n. 1.397). Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4715>. Acesso em: 29 jan. 2013.

Resumo: Diversos estudos indicam que a renda domiciliar parece um importante determinante da saúde infantil. Documenta a relação entre renda e saúde das crianças no Brasil, usando três diferentes bases de dados e várias medidas de saúde. Na análise empírica, utiliza informações da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2002/2003, do suplemento de saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) de 2003 e da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 2006. Demonstra que crianças mais pobres tendem a ter condições de saúde significativamente piores do que crianças mais ricas, mesmo controlando para uma série de características individuais e dos seus pais. Apresenta evidências de

que crianças mais ricas normalmente se recuperam melhor de choques negativos de saúde. Como crianças menos saudáveis podem ter sua capacidade produtiva reduzida no futuro, os resultados apresentados neste artigo sugerem que as condições de saúde infantil no Brasil podem se constituir em um importante mecanismo de transmissão intergeracional de desigualdade nas condições socioeconômicas.

Palavras-chave: Saúde infantil e renda familiar. Economia da Saúde. Desigualdade social.

SILVEIRA, Lara Luna da. **A saúde pública na contramão da equidade**: uma proposta teórico-empírica de investigação da reprodução das desigualdades sociais. 2009. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora (MG), 2009.

Resumo: Analisa a exposição da relação entre políticas públicas de Saúde e a reprodução das desigualdades sociais no Brasil. Em um primeiro momento, isso se dá por meio da reconstrução histórica das políticas de Saúde que desembocaram na segmentação de clientelas, entre duas formas desiguais de assistência à saúde. O SUS "ideal", que surgiu em virtude da crítica a este modelo de assistência, todavia, está longe de ser exequível. Entre os fatores que obstaculizam sua viabilização estão o financiamento e os problemas de gestão. Contudo busca dar relevância aos conflitos de classe entre usuários e profissionais da área, intensificados pelo funcionamento precário da instituição, resultado dos problemas citados. Este último aspecto torna-se importante para a compreensão das falhas na humanização dos cuidados em Saúde.

Palavras-chave: Segmentação de clientela. Sistema Único de Saúde (SUS). Humanização.

Equidade e Desigualdades em Saúde 2010

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; NARVAI, Paulo Capel. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 360-365, 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v44n2/CO1239.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2013.

Resumo: Sistematiza o conhecimento disponível sobre o estágio atual de efetivação das principais políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em Saúde. Embora a fluoretação da água de abastecimento público no Brasil seja uma determinação legal, sua implantação tem sofrido marcantes desigualdades regionais. São apresentados dados sobre o grau de efetivação da medida e são revisados estudos que avaliaram seu impacto sobre a ampliação da desigualdade na experiência de cárie dentária. A oferta de atendimento público odontológico, ampliada consideravelmente após a implantação do Sistema Único de Saúde, também é discutida em relação à provisão do serviço e seu impacto sobre a redução da desigualdade no acesso ao tratamento dentário. A discussão do efeito diferencial dessas medidas propiciou a proposição de estratégias focais (direcionar a fluoretação para as áreas com maiores necessidades), visando reduzir a desigualdade na experiência de cárie no País.

Palavras-chave: Saúde bucal. Odontologia em saúde pública. Fluoretação. Desigualdades em Saúde. Política de Saúde.

COELHO, Ivan Batista. Democracia sem equidade: um balanço da reforma sanitária e dos dezenove anos de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 171-183, 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a23v15n1.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: Este artigo procura avaliar os 19 anos da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil sob o prisma da equidade. Toma como ponto de partida um contexto de expectativas vigentes nos anos 1980 do século XX de que a democratização do País e do setor Saúde pudesse, por si, levar a uma situação mais equitativa em relação ao acesso a serviços de Saúde. Discute os conceitos de democracia e equidade, analisando que situações podem facilitar ou dificultar sua associação no plano teórico, aplicando-os ao contexto brasileiro de forma mais geral e aos movimentos pela reforma sanitária e implementação do SUS em particular. Procura também evidenciar os limites e as possibilidades destes movimentos no que tange à redução das desigualdades no acesso a serviços de Saúde que ainda persistem. A conclusão aponta a necessidade de que se estabeleçam outros movimentos que busquem a redução dessas e de outras desigualdades, como o acesso à educação, à moradia etc., chamando a atenção, em especial, para o papel do Estado, que é questionado em sua pretensa debilidade para promover justiça social, uma vez que se mostra muito potente quando aborda outras questões.

Palavras-chave: Política de Saúde. Reforma sanitária. Equidade em Saúde.

LIRA, Anilska Medeiros Lima e. **A instância estadual e o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) sob a perspectiva da equidade regional**: estudo do caso do Rio de Janeiro. 2010. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, ENSP, Rio de Janeiro (RJ), 2010.

Resumo: Trata de estudo do caso do Estado do Rio de Janeiro, no período compreendido entre 2003 e 2006. Analisa o papel da instância estadual na distribuição geográfica (municipal e regional) dos recursos financeiros para o financiamento do Sistema Único de Saúde e propõe-se contribuir para a operacionalização de formas mais justas de alocação dos recursos. O estudo empírico, de natureza quantitativa, analisa as receitas públicas realizadas pelos municípios do Estado do Rio de Janeiro e as despesas liquidadas por ele durante o mesmo período. O estudo foi norteado pela concepção de equidade operacionalizada por meio da definição de igualdade de oportunidades de Sen[20], além da definição de igualdade de condições, da tipologia de Turner[21]. Observa que os critérios de alocação entre as esferas federativas não foram suficientes para garantir a equidade. A principal fonte de financiamento da Saúde no Estado do Rio de Janeiro é a receita própria municipal. As transferências federais para a atenção básica não modificam essa disparidade inter-regional. As transferências federais para a média e alta complexidade favorecem os municípios com maior capacidade instalada, consolidando as desigualdades existentes. Os recursos estaduais transferidos aos municípios não alteram as características das desigualdades no financiamento da Saúde.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Financiamento em Saúde. Equidade em Saúde. Alocação de recursos. Justiça social.

[20] SEN, A. **A desigualdade reexaminada**. Tradução: Ricardo Doninelli Mendes. 2. ed. Rio de Janeiro: Record, 2008.

[21] TURNER, B. Types of Equality. In: EQUALITY. London: Tavistock Publications, 1986. p. 35-55.

Equidade e Desigualdades em Saúde 2011

BAIRROS, Fernanda Souza de et al. Desigualdades raciais no acesso à saúde da mulher no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p. 2364-2372, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v27n12/08.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: Investiga o acesso de mulheres negras e brancas aos exames de detecção precoce de câncer de mama e colo de útero (citopatológico) em duas cidades no Sul do Brasil. Realiza um estudo transversal de base populacional com mulheres de 20 – 60 anos residentes em São Leopoldo e Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. As análises foram ajustadas por renda, escolaridade, classe econômica e idade para verificar a associação entre raça/cor e acesso aos exames. Foram entrevistadas 2.030 mulheres, sendo que 16,1% eram negras e 83,9% brancas. A probabilidade de as mulheres não realizarem os exames citopatológico e de mama foi significantemente maior nas negras. A desigualdade racial no acesso aos exames de detecção precoce de câncer persistiu após controle para idade e variáveis socioeconômicas. O diferencial na realização dos exames de detecção precoce pode ser um reflexo das desigualdades raciais e socioeconômicas vividas por mulheres negras no acesso aos serviços e às ações de atenção à saúde reprodutiva.

Palavras-chave: Saúde da mulher. Acesso aos serviços de Saúde. Detecção precoce de câncer.

BARBOSA, Arnaldo Prata; CUNHA, Antônio José Ledo Alves da. Terapia intensiva neonatal e pediátrica no Rio de Janeiro, Brasil: distribuição de leitos e análise comparativa de equidade em 1997 e 2007. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, p. s263-s271, 2011. Suplemento 2. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v27s2/13.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: Descreve as características das unidades de terapia intensiva (UTIs) neonatais e pediátricas e dos leitos no Rio de Janeiro (Brasil), correlacionando os dados com demandas da população em 1997 e 2007. UTIs neonatais e pediátricas foram visitadas, identificando-se o tipo e a disponibilidade de leitos. Foram feitas comparações entre a oferta e a demanda projetada da necessidade de leitos para a população, a natureza pública ou privada das UTIs e as regiões geográficas. Em 2007, 95 unidades foram incluídas, totalizando 1.094 leitos (74 e 1.080 leitos em 1997): 51% públicas e 48% privadas (47% e 52% em 1997); 47% neonatais, 18% pediátricas e 35% mistas. A maioria estava localizada na região metropolitana. A distribuição dos leitos públicos e privados foi semelhante na região metropolitana em ambos os períodos. Já no interior, os públicos triplicaram. O acesso melhorou principalmente no interior, mas ainda não há equidade na distribuição e no acesso aos leitos disponíveis, com falta no setor público, excesso no privado e grande concentração na região metropolitana.

Palavras-chave: Cuidados intensivos. Pediatria. Neonatologia. Acesso aos serviços de Saúde. Equidade.

BARROS, Marilisa Berti de Azevedo et al. Desigualdades sociais em saúde entre idosos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, p. s198-s208, 2011. Suplemento 2. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v27s2/08.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: Avalia desigualdades sociais no estado de saúde, comportamentos de saúde e uso de serviços segundo o nível de escolaridade. É um estudo transversal de base populacional com 1.518 idosos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil (ISA-Camp 2008/2009). Observa significativas diferenças sociodemográficas entre os estratos estudados. Idosos de melhor nível educacional, em maior proporção, consomem bebidas alcoólicas, são mais ativos fisicamente em contextos de lazer e têm padrões de dieta mais saudáveis. Apresentam, também, menor prevalência de hipertensão, diabetes, tontura, dor de cabeça, dor nas costas, deficiência visual, uso de prótese dentária e de saúde autoavaliada como ruim. Mas não houve diferença no uso de serviços de Saúde, hospitalizações, cirurgias e uso de medicamentos. Entre os hipertensos ou diabéticos, não houve diferença quanto ao uso regular de serviços de Saúde e de medicamentos. Os resultados apontam a presença de desigualdades sociais em diversos indicadores de saúde e a presença de equidade no acesso a alguns componentes dos serviços de Saúde.

Palavras-chave: Saúde do idoso. Inquéritos de morbidade. Iniquidade social. Prevalência.

BOING, Alexandra Crispim; BERTOLDI, Andréa Dâmaso; PERES, Karen Glazer. Desigualdades socioeconômicas nos gastos e comprometimento da renda com medicamentos no Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 897-905, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v45n5/2653.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2013.

Resumo: Objetivo: descrever as desigualdades socioeconômicas referentes ao uso, aos gastos e ao comprometimento de renda com a compra de medicamentos. Resultados: a prevalência de uso de medicamentos foi 76,5% (ic95%: 73,8; 79,3) maior entre as mulheres e naqueles com maior idade. A média de gastos com medicamentos foi igual a R$ 46,70, com valores mais elevados entre as mulheres, os brancos, os com idade mais elevada e entre os mais ricos, enquanto 3,1% dos mais ricos comprometeram mais de 15% de seus rendimentos na compra de medicamentos. Esse valor chegou a 9,6% nos mais pobres. A proporção de pessoas que tiveram de comprar medicamentos após tentativa fracassada de obtenção pelo Sistema Único de Saúde foi maior entre os mais pobres (11,0%), as mulheres (10,2%) e aqueles com maior idade (11,1%). Grande parte dos adultos comprou medicamentos contidos na relação nacional de medicamentos essenciais (19,9%) ou na relação municipal de medicamentos essenciais (28,6%), com diferenças significativas segundo sexo, idade e renda. Conclusões: existe desigualdade socioeconômica, de idade e de gênero no comprometimento de renda com a compra de medicamentos, com piores condições para os mais pobres, os de maior idade e para as mulheres.

Palavras-chave: Renda. Gastos em Saúde. Preparações farmacêuticas. Desigualdades em Saúde. Estudos transversais.

CASTRO, Jorge Abrahão de; VAZ, Fábio Monteiro (Org.). **Situação social brasileira:** monitoramento das condições de vida 1. Brasília: IPEA, 2011. 283 p. ISBN 978-85-7811-086-4. Disponível em: <www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_situacaosocial.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2013.

Resumo: Analisa sob diversas perspectivas os resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) realizada em 2008 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Focaliza diferentes aspectos, abordando o ritmo do crescimento da população e as tendências da dinâmica demográfica brasileira (Cap. 1), as tendências das migrações interestaduais (Cap. 2), a evolução recente da pobreza e da desigualdade no Brasil (Cap. 3), as desigualdades de renda (Cap. 4), o efeito da desigualdade regional na desigualdade racial (Cap. 5), as principais alterações na estrutura social do País (Cap. 6), as condições de vida e trabalho no campo (Cap. 7), estabelecendo comparações entre as realidades sociais do campo e da cidade; a evolução e as desigualdades na educação brasileira (Cap. 8). Discute a situação dos jovens brasileiros no Cap. 9 a partir de dados de educação e trabalho da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) 2008. Focaliza no Capítulo 10 a Previdência Social e busca entender as variações dos dados e das informações previdenciários, principalmente no que diz respeito às questões relativas à cobertura e ao papel desta na redução da pobreza e seu efeito distributivo. Trata de questões relativas à saúde no Capítulo 11. Mensura e discute as correlações entre a desigualdade de renda e as desigualdades em saúde a partir de dados do Suplemento de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) 2008. Confirma a existência de distâncias consideráveis entre os estratos mais ricos e mais pobres da população no que diz respeito à utilização de determinados serviços de Saúde e ao desenvolvimento de diversas doenças. Analisa nos capítulos 12, 13 e 14 o mercado de trabalho e, no Capítulo 15, alguns aspectos das condições de vida das famílias brasileiras, tais como o acesso ao saneamento básico, aos domicílios de boa qualidade e aos bens de consumo duráveis.

Palavras-chave: Brasil – condições sociais e econômicas. Brasil – população – condições de vida.

CELESTE, Roger Keller; FRITZELL, Johan; NADANOVSKY, Paulo. A associação dos níveis de desigualdade de renda com cárie dental e doença periodontal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1111-1120, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v27n6/08.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: Avaliar a associação entre desigualdade de renda (Gini municipal) defasada em 2 e 11 anos com dois desfechos de curta latência (cárie dentária não tratada e gengivite) e dois de longa latência (edentulismo e perda de inserção periodontal > 8mm). Foram utilizados dados do inquérito brasileiro de saúde bucal em 2002 – 2003. A análise incluiu 13.405 indivíduos com idades entre 35 – 44 anos. Foram usados modelos de regressão multinível. Covariáveis incluídas: renda municipal *per capita*, renda domiciliar equivalente, idade, sexo, tempo decorrido desde a última consulta odontológica e local de residência (rural *versus* urbano). Estimativas brutas mostraram que apenas cárie dental não tratada estava associada ao Gini (atual e defasado no tempo), mas em modelos ajustados apenas Gini atual manteve uma relação significativa com razão de 1,19 (IC95%: 1,09 – 1,30) para cada dez pontos de aumento no coeficiente de Gini. Concluímos que o Gini defasado no tempo não mostrou associação com saúde bucal e o Gini atual esteve associado com cárie dentária, mas não com doença periodontal.

Palavras-chave: Doenças periodontais. Cárie dentária. Iniquidade social.

FUSCO, Carmen Linda Brasiliense. **Aborto inseguro**: determinantes sociais e iniquidades em saúde em uma população vulnerável – Favela Inajar de Souza, São Paulo, SP, Brasil, 2011. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo (SP), 2011.

Resumo: Após 17 anos da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), Cairo, 1994, a situação do aborto inseguro (AI), nela contemplado como um grave problema de saúde pública, permanece inalterada no Brasil. O aborto inseguro é a principal causa de mortalidade materna na América Latina e no Caribe, região que possui a mais alta taxa de abortos inseguros, ilegais e clandestinos. Em torno de 21% das mortes maternas na região devem-se às complicações relacionadas ao aborto inseguro. Na análise dos dados, após medidas de associação, foram efetuadas análises univariadas de Regressão Logística Multinomial (RLM) para as categorias AP (aborto provocado inseguro) e AE (aborto espontâneo), tendo como referência a categoria NA (sem aborto). Nos resultados, as CSD cujas variáveis permaneceram nos dois modelos finais da análise de RLMM foram: idade da primeira relação sexual, defasagem (NV-NI), número de parceiros, escolaridade, etnia/cor, estado civil e aceitação do aborto por falta de condições econômicas. Após os resultados obtidos, foi efetuado estudo que teve por finalidade analisar a influência exercida pelos determinantes sociais da saúde (DSS) na ocorrência do AI e das CSD associados e as iniquidades em saúde por eles geradas, tomado como desfecho de saúde principal o abortamento inseguro, com suas consequências e/ou complicações. São discutidas nessa análise as CSD cujas variáveis permaneceram nos resultados, além da renda *per capita* e da alta morbidade, com uma abordagem voltada aos determinantes sociais da Saúde (DSS), segundo conceito e modelo adotados pela WHO, e às iniquidades em saúde provocadas na população. Verificou-se que o AI e as CSD associados são influenciados pelos DSS descritos, gerando nessa população iniquidades em saúde de proporções diversas.

Palavras-chave: Aborto induzido. Desigualdades em Saúde. Iniquidade social.

GRABOIS, Marília Fornaciari; OLIVEIRA, Evangelina X. G. de; CARVALHO, Marília Sá. O câncer infantil no Brasil: acesso e equidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 1711-1720, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/ v27n9/05.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: O câncer em crianças e adolescentes é raro e altamente curável se o tratamento for iniciado precocemente. No entanto, representa a principal causa de óbito por doença nesse grupo. O objetivo deste estudo é discutir o acesso aos serviços de saúde de menores de 18 anos de idade com câncer no Brasil, a partir do mapeamento de óbitos e das modalidades de tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS). Os dados do período de 2000 – 2007 foram analisados por regional de Saúde. Os mapas das taxas de mortalidade por câncer e indicadores de assistência – internações, quimioterapias e radioterapias – mostraram desigualdade no acesso pelo pequeno volume de tratamentos para residentes nas regiões mais carentes do País. Mesmo com a usual concentração de serviços especializados onde é maior a população, o acesso começa com a suspeita clínica na assistência básica, seguido pelo encaminhamento para níveis mais complexos, em que se estabelece o diagnóstico e se inicia o tratamento. Treinamento de pediatras para a suspeita clínica e definição de fluxos rápidos podem mudar esse quadro, aumentando a chance de cura.

Palavras-chave: Diagnóstico precoce. Neoplasias. Criança. Acesso aos serviços de Saúde. Equidade.

MARINHO, Alexandre; CARDOSO, Simone de Souza; ALMEIDA, Vivian Vicente de. **Desigualdade de transplantes de** ó**rgãos no Brasil**: análise do perfil dos receptores por sexo e raça ou cor. Brasília, IPEA, jun. 2011. (Texto para discussão, n. 1629). Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1629.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2013.

Resumo: Trata do perfil dos transplantados e do problema das desigualdades no acesso aos transplantes de órgãos no Sistema Nacional de Transplantes (SNT) do Sistema Único de Saúde (SUS). A equidade nos procedimentos relacionados com transplantes de órgãos no Brasil recebe garantias constitucionais. Um recorte por gênero indica que o Brasil tem população com maioria de mulheres. Sob o ponto de vista étnico, pretos e pardos são a maioria da população. As necessidades de transplantes não diferem muito entre esses diferentes grupos populacionais. A despeito disso, constata-se que a maioria dos transplantes de órgãos, no Brasil, é feita em homens e em brancos. Existem inúmeras causas para essas desigualdades.

Palavras-chave: Transplante de órgãos. Desigualdade social. Perfil epidemiológico.

MENDES, Áquilas; LEITE, Marcel Guedes; MARQUES, Rosa Maria. Discutindo uma metodologia para a alocação equitativa de recursos federais para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 673-690, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n3/13.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2013.

Resumo: Trata da aplicação de uma metodologia de alocação equitativa dos recursos federais do SUS para os estados e municípios brasileiros, tanto para procedimentos da Atenção Básica como para Média e Alta Complexidade. Poucas ações na área de financiamento da Saúde foram desenvolvidas até o momento no Brasil para atender às exigências legais da universalidade e da equidade. Via de regra prevalece o comportamento histórico da alocação de recursos pautada na produção e não nas necessidades. A metodologia proposta segue a abordagem de Porto e colaboradores (2001), usando a técnica de análise de componentes principais, com alguns ajustes e alterações na definição da escala de referência, especialmente para procedimentos de média e alta complexidade. Com base nessa metodologia, apresenta a distribuição proposta para os recursos federais do SUS, efetuados em 2005, comparando, inclusive com o realizado, para os dois níveis de procedimentos previstos. No caso da Atenção Básica, a metodologia proposta abrange todos os municípios brasileiros consolidados em nível estadual. Já para recursos destinados à Média e Alta Complexidade, ela foi desenvolvida apenas para a esfera estadual.

Palavras-chave: Alocação de recursos. Equidade. Financiamento do SUS.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **Critérios de justiça distributiva em saúde**. Brasília: IPEA, mar. 2011. (Texto para Discussão, n. 1.591). Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=9763>. Acesso em: 29 jan. 2013.

Resumo: Discute diferentes concepções sobre critérios distributivos em saúde com base na noção de equidade. Pressupõe que as necessidades de saúde constituem simultaneamente necessidades de segurança social. Analisa as questões da equidade e dos limites da distribuição de serviços de Saúde a partir da conformação histórica da seguridade social no Brasil e dos ideais de igualdade e universalidade de acesso e integralidade da assistência defendidos pelo Movimento Sanitário nos anos 1980, os quais deram origem ao Sistema Único de Saúde (SUS). Salienta a emergência, ao longo dessa história institucional, de um conflito entre racionalidades distributivas de três tipos: a securitária, a sanitária e a seguridade social. A articulação filosófica entre a saúde e a segurança social é realizada por meio do conceito de habilidade fundamental, tendo por referências o pensamento de Martin Heidegger e a noção similar apresentada por Amartya Sen. Conclui ser necessário que as políticas do SUS se pautem mais explicitamente pela racionalidade da seguridade social, ao considerar a saúde como sustentáculo das habilidades fundamentais humanas.

Palavras-chave: Saúde – política distributiva. Brasil – saúde – financiamento e gestão. Economia da Saúde.

NUNES, André. As teorias de justiça e a equidade no Sistema Único de Saúde no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, IPEA, n. 37, p. 9-37, jul./dez., 2011. Disponível em: <www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/revista_ppp37.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2013.

Resumo: Contrapõe as teorias de justiça que embasaram a construção do modelo de provisão de saúde universal no Brasil. O argumento central é que os critérios de justiça postulados não são atingidos na prática, uma vez que não há como se pensar em justiça sem considerar as restrições impostas pela escassez de recursos econômicos. Essa é a questão fundamental a ser tratada pela justiça. Neste contexto, questiona a viabilidade de que o modelo de provisão de saúde pública, universal e gratuita proporcione a atenção à saúde com a qualidade e a tecnologia demandadas pela Medicina atual. Duas opções se apresentam. A mais confortável é continuar com o atual modelo, mesmo sem tornar factível o princípio da universalização equitativa. A outra é repensar o modelo de atenção pública e gratuita, criando-se critérios de acessibilidade, priorização do atendimento e coparticipação dos custos.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS). Equidade em saúde e social. Justiça social.

SANTOS, José Alcides Figueiredo. Classe social e desigualdade de saúde no Brasil. **Rev. Bras. Ci. Soc**., São Paulo, v. 26, n. 75, p. 27-55, fev., 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v26n75/02.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: Investiga as assimetrias de classe social na distribuição do estado de saúde da população brasileira. Modelos de regressão logística são estimados para determinar a relação entre a posição de classe e a autoavaliação do estado de saúde. De um lado, as relações de propriedade, o exercício de autoridade e a posse de qualificações escassas minimizam as ocorrências de estados negativos de saúde, assim como, de outro lado, o trabalho tipicamente explorado e a exclusão do controle de recursos econômicos geram desvantagens relativas de saúde. As categorias de classe social fazem emergir uma importante fonte de variação na distribuição das chances de saúde, que é independente e adicional aos indicadores usuais nos estudos de saúde, como grupos de renda relativa, bens acumulados e

educação. As evidências obtidas são favoráveis à proposição sociológica de que esta divisão social fundamental é capaz de enfeixar múltiplas dimensões e trajetórias que determinam consequências de saúde.

Palavras-chave: Classe social. Desigualdade de Saúde. Sociologia da Saúde. Classificação socioeconômica.

SANTOS, José Alcides Figueiredo. Desigualdade racial de saúde e contexto de classe no Brasil. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 1, p. 5-40, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/dados/v54n1/01.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: This study focuses on social patterns, socioeconomic mediations, and conditional relations characterizing racial inequalities in health in Brazil. Multiple logistic regression models were used to assess the association between racial division and poor health status. Socioeconomic factors explain a high proportion (84%) of racial inequality in health, which depends heavily on asymmetries in resources, power, and valuable contexts. When social class contexts interact with race, they reveal nonequivalent (conditional on class) health advantages or disadvantages between racial groups. Racial divisions affect the actors' capacities and opportunities to achieve their ends by mobilizing the available means.

Palavras-chave: Desigualdade social. Desigualdades em Saúde. Equidade no acesso.

SCHIAVINATTO, Fabio (Org.). **Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS)**. Brasília: IPEA, 2011. 254 p. ISBN 978-85-7811-124-3. Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_sistemaindicadores_sips_01.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2013.

Resumo: Analisa alguns dos principais resultados obtidos pelo Sistema de Indicadores de Percepção Social (Sips) em sua edição de 2010. Concebido pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), o projeto Sips tem como objetivo principal implementar um sistema de indicadores sociais que se mostrem de grande utilidade para o estado e a sociedade, possibilitando verificar, por exemplo, como a população avalia os serviços de utilidade pública disponíveis e seu grau de importância. Com isso, o Sips pretende fornecer ao estado subsídios para atuar de maneira mais efetiva no atendimento das demandas dos cidadãos. A metodologia utilizada pelo Sips permite acompanhar no tempo e no espaço a percepção da população em relação aos serviços de utilidade pública; criar indicadores que reflitam a percepção da população em relação aos serviços públicos; produzir, periodicamente, relatórios e análises que ajudem o governo em suas decisões; disponibilizar à sociedade dados e análises sobre sua percepção em relação aos serviços públicos; e tornar acessível metodologias inovadoras de avaliação de políticas públicas. Em seu Capítulo 4 ("Percepção Social sobre a Saúde no Brasil", de autoria de Sérgio Francisco Piola, Luciana Mendes Santos Servo, Edvaldo Batista de Sá, Leila Posenato Garcia, Andrea Barreto de Paiva e Maria Elizabeth Diniz Barros) estão apresentadas análises de resultados do Sips Saúde que contemplam aspectos relacionados às desigualdades e à equidade no acesso a partir de informações que refletem a percepção da população sobre o acesso.

Palavras-chave: Políticas públicas de Saúde – participação social – Brasil. Percepção social – Saúde – Brasil. Desigualdade social. Equidade social. Sistema de Indicadores de Percepção Social (Sips).

BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. 1. reimpr. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. 120p. (Coleção Temas em Saúde). ISBN: 978-85-7541-184-1.

Resumo: Apresenta, no Cap. 1, breves considerações teóricas sobre a temática das desigualdades sociais em saúde, apontando correntes e tendências existentes na pesquisa epidemiológica sobre o assunto. Partindo daí, nos capítulos seguintes, trata da questão das classes sociais – de como a posição social de cada indivíduo repercute sobre sua saúde – e sobre a influência da renda – ou seja, as relações entre riqueza e estado de saúde. Insere também a discussão sobre etnia e discriminação como categorias importantes da análise do estudo em questão. Por fim, destaca as relações de gênero e a produção da saúde e da doença, tecendo, ainda, comentários sobre as políticas públicas no enfrentamento das desigualdades sociais, para então expor suas considerações e conclusões em torno do tema. É bastante atual o debate evocado por este livro, sendo extremamente pertinentes sua leitura e reflexão mesmo para leitores não especializados, pois nele é proporcionada uma visão panorâmica acerca do assunto, tendo por base dados de consistentes pesquisas.

Palavras-chave: Saúde – Desigualdade social. Políticas públicas de Saúde – Gestão – Brasil. Investimento na Saúde – Brasil. Política de Saúde.

BASTOS, João Luiz; FAERSTEIN, Eduardo. **Discriminação e saúde**: perspectivas e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. 112p. (Coleção Temas em Saúde). ISBN 978-85-7541-384-5.

Resumo: É possível apreender cientificamente a discriminação? Que desafios complexos devem ser enfrentados nesta iniciativa? Para responder a estas perguntas, são necessárias estratégias metodológicas capazes de identificar e medir a discriminação. Os objetivos deste livro são apresentar as ferramentas disponíveis e discutir suas potencialidades e limitações. "Há vasta literatura que documenta a influência deletéria de processos discriminatórios na relação estabelecida entre profissionais de Saúde e pacientes, na prescrição de tratamentos medicamentosos ou de outros procedimentos cirúrgicos e terapêuticos, assim como na própria satisfação dos usuários com o atendimento prestado", afirmam os autores. Eles apresentam o tema em perspectiva histórica, desde antes da década de 1920 até os dias atuais. Também descrevem os principais métodos hoje utilizados para mensurar a discriminação, como experimentos laboratoriais, experimentos de campo, análises de dados observacionais e experimentos naturais, além de análise de indicadores. Sublinham as peculiaridades do contexto brasileiro e chamam atenção, por exemplo, para casos em que os tratamentos injustos estão tão internalizados que discriminadores e discriminados não identificam aquelas situações como problemáticas, considerando-as normais e naturais.

Palavras-chave: Discriminação. Iniquidade social.

BASTOS, Tássia Fraga et al. A saúde dos homens: desigualdades sociais em estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2133-2142, 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v28n11/13.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: Avalia as desigualdades sociais em saúde, segundo a escolaridade, na população masculina. Trata de um estudo transversal de base populacional, envolvendo 449 homens, de 20 a 59 anos, residentes em Campinas (São Paulo, Brasil). Realiza o teste qui-quadrado para verificar as associações e o modelo de regressão de Poisson para estimar as razões de prevalência brutas e ajustadas. O segmento de menor escolaridade apresenta maiores proporções de consumo e dependência de bebida alcoólica, tabagismo, sedentarismo e de consumo alimentar menos saudável, além de maiores prevalências de autoavaliação da saúde como ruim/muito ruim, pelo menos uma doença crônica, hipertensão, entre outros problemas de saúde. Não foram detectadas diferenças entre os segmentos com relação ao uso de serviços de Saúde, à exceção da utilização de serviços odontológicos. Os achados revelam que há desigualdade social na maioria dos comportamentos relacionados à saúde e em alguns indicadores de estado de saúde. Entretanto, observa possível equidade no uso de praticamente todos os serviços de Saúde.

Palavras-chave: Saúde do homem. Iniquidade social. Inquéritos epidemiológicos.

CAMBOTA, Jacqueline Nogueira. **Desigualdades sociais na utilização de cuidados de saúde no Brasil e seus determinantes.** 2012. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 2012. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12140/tde-11062012-190139/pt-br.php>. Acesso em: 22 fev. 2013.

Resumo: A equidade na utilização de cuidados de saúde deve ser considerada como questão central em qualquer política de saúde que pretenda contribuir para uma sociedade mais justa. Desse modo, o objetivo desta tese é analisar o desempenho da entrega de cuidados no Brasil em termos de equidade por meio de violações do princípio de equidade horizontal na utilização dos serviços de cuidados de saúde e da decomposição dos determinantes da desigualdade na utilização do cuidado relacionado à renda. A desigualdade na distribuição de cuidado médico pela renda é capturada por índices de iniquidade para a utilização de serviços de consultas médicas e internações hospitalares. Esses índices mostram se existem diferenças no uso de serviços de cuidados de saúde entre indivíduos com similares necessidades de saúde. Os resultados mostraram iniquidade horizontal pró-rico no uso de consultas médicas e pouca evidência de iniquidade no uso de internações. O padrão de iniquidade horizontal no uso se repetiu para todas as regiões, mas regiões menos desenvolvidas (como o Norte e o Nordeste) apresentaram maior grau de iniquidade. A decomposição da desigualdade mostra que contribuições de fatores de necessidades de saúde são principalmente pró-pobre, uma vez que pessoas mais pobres tendem a possuir maiores necessidades de cuidado. Por outro lado, as contribuições dos determinantes sociais foram bastante diversificadas. Renda e escolaridade contribuem para aumentar a distribuição pró-rico no uso de consultas e reduzir a contribuição pró-pobre no uso de internações hospitalares. Assim, contribuições pró-rico do plano de saúde e das desigualdades regionais poderiam ser reduzidas, por exemplo, por estratégias com foco em grupos de renda mais baixa e pela ampliação de recursos físicos e humanos das áreas menos desenvolvidas.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de Saúde. Economia da Saúde. Equidade.

FERNANDEZ-MARTINEZ, Beatriz et al. Estado de saúde percebido em idosos: desigualdades regionais e sociodemográficas na Espanha. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 310-319, 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v46n2/3181.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2013.

Resumo: Objetivo: analisar as diferenças regionais e sociodemográficas no estado de saúde percebido por adultos mais velhos. Resultados: os participantes dos grupos mais jovens e os que tinham uma melhor situação econômica mostraram maior probabilidade de ter uma percepção positiva da sua saúde. A ausência de problemas crônicos de saúde, a independência para realizar atividades da vida diária e menor nível de depressão também se associaram positivamente à saúde percebida como boa. Os idosos que viviam no Sul mostraram uma percepção mais negativa da saúde do que os que vivem em outras regiões. Conclusões: os resultados indicam uma desigualdade relativa no estado de saúde dos adultos mais velhos de níveis socioeconômicos inferiores e dos habitantes do Sul do País. A análise por unidades territoriais estatísticas permite estabelecer comparações entre regiões em nível internacional.

Palavras-chave: Idoso. Nível de saúde. Qualidade de vida. Fatores socioeconômicos. Desigualdades em Saúde. Iniquidade social. Distribuição espacial da população. Desenvolvimento regional.

Área temática 6

Gestão em Saúde

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Ação **assistência financeira para aquisição e distribuição de medicamentos excepcionais**. TC 005.010/2004-2. Relatório, Voto e Acórdão 1.673/2004 – Plenário, em 27 out. 2004. Entidade: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde. Relator: Auditor Lincoln Magalhães da Rocha. Monitoramentos. 1º Monitoramento: TC 019.162/2005-4. Acórdão 1.130/2006 – Plenário. Entidade: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde. Relator: Auditor Marcos Vinícios Vilaça. Disponível em: <portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/comunidades/programas_ governo/areas_atuacao/saude>. Acesso em: 15 mar. 2013.

Resumo: Relatório de Auditoria de Natureza Operacional no Programa Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos – Ação Assistência Financeira para Aquisição e Distribuição de Medicamentos Excepcionais. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde. Expedição de recomendações visando contribuir para a melhoria do programa. Determinação para remessa, ao referido Tribunal, de plano de ação para implementação das recomendações prolatadas. Encaminhamento de cópias aos tribunais de contas dos estados e do Distrito Federal, ao Ministério da Saúde, ao Controle Interno, às Secretarias Estaduais de Saúde, à Câmara dos Deputados e ao Senado Federal. Determinação para que a Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo (Seprog) e a 4ª Secretaria de Controle Externo (Secex) realizem o monitoramento do acórdão ora proferido. Arquivamento dos autos na Seprog.

Palavras-chave: Programa de governo – Avaliação.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária**. TC 012.271/2003-0. Relatório, Voto e Acórdão 303/2004 – Plenário, em 24 mar. 2004. Entidade: Fundação Nacional de Saúde. Relator: Auditor Lincoln Magalhães da Rocha. Monitoramentos. 1º Monitoramento: TC 012.271/2003-0. Acórdão 1.895/2004 – Plenário. Entidade: Fundação Nacional de Saúde. Relator: Auditor Benjamim Zymler. 2º Monitoramento: TC 003.805/2005-5. Acórdão 1.099/2005 – Plenário. Entidade: Fundação Nacional de Saúde. Relator: Auditor Lincoln Magalhães da Rocha. 3º Monitoramento: TC 001.822/2008-1. Relatório, Voto e Acórdão 2323/2008 – Plenário. Entidade: Fundação Nacional de Saúde. Relator: Auditor Lincoln Magalhães da Rocha. Disponível em: <portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/comunidades/ programas_governo/areas_atuacao/saude>. Acesso em: 18 fev. 2013.

Resumo: Tomada de contas especial. Transferência de recursos. Ministério da Saúde. SUS. Hospital Ipiranga S.A. Embargos de declaração opostos a acórdão que suscitou dúvida quanto ao valor da multa aplicada ao responsável em razão das cobranças indevidas de procedimentos ambulatoriais. Alegação da existência de contradição entre o voto do ministro-relator e o acórdão. Ausência da contradição. A modificação do valor da multa decorreu de deliberação do colegiado, sendo vencido o voto do relator. Falta de registro em ata. Obscuridade para o recorrente. Conhecimento. Provimento parcial. Esclarecimentos.

Palavras-chave: Programa de governo – Avaliação.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Assistência farmacêutica**: medicamentos de dispensação em caráter excepcional: seminário do CONASS para construção de consensos: diagnóstico do programa de medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional. Brasília, 2004. 64 p. (CONASS Documenta, n. 5). ISBN 85-89545-04-0. Disponível em: <www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_5.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2013.

Resumo: Apresenta as propostas resultantes das discussões realizadas em Manaus, no dia 14 de julho de 2004, durante a 7ª Assembleia do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), e também o diagnóstico da situação do Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional nas Unidades da Federação. Explicita os avanços na organização do programa e as dificuldades que enfrenta em diferentes etapas de seu gerenciamento, podendo subsidiar os gestores das instâncias envolvidas na sua estruturação.

Palavras-chave: Assistência farmacêutica. Medicamentos para atenção básica. Armazenagem de medicamentos. Política Nacional de Medicamentos.

PROITE, André; SOUSA, Maria da Conceição Sampaio de. Eficiência técnica, economias de escala, estrutura da propriedade e tipo de gestão no sistema hospitalar brasileiro. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA, 32, 2004, João Pessoa. [**Anais...**]. João Pessoa: ANPEC, 2004. Disponível em: <www.anpec.org.br/encontro2004/artigos/A04A100.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2013.

Resumo: Computa as fronteiras não paramétricas de eficiência técnica para 1.170 hospitais brasileiros da rede SUS, utilizando o método DEA (*Data Envelopment Analysis*), para retornos variáveis de escala com o método, recentemente proposto, que combina as técnicas de reamostragem Bootstrap e Jackknife para eliminar os efeitos de *outliers* e outras discrepâncias estatísticas. Após o cálculo dos índices de eficiência, utiliza técnicas econométricas, em especial regressão quantílica, para investigar os determinantes desses escores. Nossos resultados confirmaram a importância do efeito escala (medido por meio do total de atendimentos realizados) sobre a eficiência técnica deste setor, controlada pelo tempo médio de permanência no hospital, pelo custo médio e pelo capital humano. No que diz respeito à gestão dos hospitais, destacam-se os efeitos negativos das instituições não lucrativas (beneficentes e cooperativas) sobre o desempenho para os quantis maiores de eficiência, resultado que se diferencia da literatura empírica pelo uso de regressão quantílica. A especialização excessiva das instituições também tem efeitos negativos sobre a eficiência, sugerindo que existe uma combinação ótima entre especialização e generalização dos hospitais. Quanto à propriedade, os hospitais privados tiveram sua performance negativamente afetada para as unidades acima do 30º quantil de eficiência, sugerindo que os efeitos associados às falhas de mercado são importantes para esse setor.

Palavras-chave: Análise envoltória de dados. Fronteiras não paramétricas. Eficiência técnica. Quantis de eficiência.

ROTTA, Carmen Silvia Gabriel. **Utilização de indicadores de desempenho hospitalar como instrumento gerencial**. 2004. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), 2004.

Resumo: Descreve e analisa os indicadores de desempenho utilizados pelos hospitais de Ribeirão Preto (SP), bem como analisa a opinião dos dirigentes desses hospitais em relação à utilização desses indicadores na gestão desses hospitais. Trata de um estudo exploratório, de natureza qualitativa e quantitativa, em nove hospitais não especializados, selecionados intencionalmente. Os resultados demonstram que os dirigentes dos hospitais do estudo estão caminhando para a utilização de indicadores de desempenho na gestão das instituições, mas ainda de forma muito incipiente. Os hospitais privados filantrópicos e os hospitais públicos demonstraram uma melhor definição da sua estrutura organizacional e um trabalho mais prospectivo relacionado aos dados financeiros, além de uma gestão mais especializada na área hospitalar quando comparados aos hospitais com fins lucrativos. Há uma menor produtividade dos hospitais filantrópicos e dos hospitais públicos quando se analisa indicadores de utilização de leitos e indicadores de produtividade do centro cirúrgico. Os hospitais privados com fins lucrativos apresentaram maior produtividade quando se analisa o número de funcionários por leito. A análise da opinião dos dirigentes demonstrou que algumas barreiras (como a falta de profissionalização dos administradores de hospitais, a ausência de padrões para hospitais brasileiros, bem como a ausência de incentivos dos órgãos financiadores em relação ao desempenho baseado em indicadores) são consideradas obstáculos para a utilização de indicadores pelos administradores hospitalares. Os indicadores relacionados a custos, receita, utilização de leitos e recursos humanos foram considerados pelos dirigentes entrevistados como muito importantes na gestão de um hospital, mas percebe-se uma incoerência entre o discurso desses dirigentes e a prática verificada nos hospitais estudados.

Palavras-chave: Administração hospitalar. Garantia da qualidade dos cuidados em saúde. Indicadores de serviços.

Gestão em Saúde 2005

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Ações de **atenção** à **saúde mental do Programa Atenção à Saúde de Populações Estratégicas e em Situações Especiais de Agravos**. TC 011.307/2004-9. Relatório, Voto e Acórdão 654/2005 – Plenário, em 25 maio 2005. Entidade: Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde. Relator: Auditor Lincoln Magalhães da Rocha. Monitoramentos. 1º Monitoramento: TC-001.862/2006-0. Relatório, Voto e Acórdão 1.275/2007 – Plenário. Entidade: Secretaria de Atenção à Saúde /Ministério da Saúde. Relator: Auditor Raimundo Carreiro. 2º Monitoramento: TC 013.387/2010-3. Relatório, Voto e Acórdão 2.506/2010 – Plenário. Entidade: Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde. Relator: Auditor André Luís. Disponível em: <portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/comunidades/programas_governo/areas_atuacao/saude>. Acesso em: 22 fev. 2013.

Resumo: Auditoria de Natureza Operacional. Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde (ações de Atenção à Saúde Mental, Auxílio-Reabilitação Psicossocial aos Egressos de Longas Internações Psiquiátricas no Sistema Único de Saúde – De Volta para Casa e Apoio a Serviços Extra-Hospitalares para Transtornos de Saúde Mental e Decorrentes do Uso de Álcool e outras Drogas). Recomendações. Determinações. Monitoramento. Arquivamento. Proposição de indicadores de desempenho.

Palavras-chave: Saúde mental. Doente mental – Proteção. Programa de governo – Avaliação. Programa de Atenção à Saúde de Populações Estratégicas e em Situações Especiais de Agravo (Brasil).

VASCONCELOS, Cipriano Maia de. **Paradoxos da mudança no SUS**. 2005. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), 2005.

Resumo: Discute os paradoxos e as contradições associados à implementação do Sistema Único de Saúde em um contexto sociopolítico marcado pelas expectativas de mudança na orientação da política de saúde no Brasil. Toma como objeto de investigação a produção discursiva sobre o processo de gestão compartilhada do SUS produzida nos espaços de pactuação e nas instâncias de controle social em âmbito nacional. Avalia o significado das decisões produzidas nesse processo, inquirindo algumas categorias que orientam a produção da racionalidade do sistema, como a integração, a responsabilidade sanitária e a regionalização. Verifica se as decisões sobre financiamento, normatização e programação estão coerentes com essas diretrizes de racionalidade. Analisa o material discursivo de alguns sujeitos coletivos no campo setorial em relação às expectativas de mudança na condução do SUS e confrontou-se com os registros sobre as deliberações do Conselho Nacional de Saúde (CNS), com o relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde e com os resumos da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). A pressuposição que orientou a investigação foi a de que a implementação do SUS, no período estudado, se fez com base no incrementalismo. Os elementos da análise reforçam a pressuposição e permitem-nos argumentar que o discurso

reformista, vocalizado nos espaços nacionais de gestão, tem se frustrado e encontra-se em descompasso com a realidade de gestão do SUS. Os impasses e conflitos que permeiam os interesses em disputa na arena setorial, inclusive os de ordem federativa, têm inviabilizado as reformas institucionais desejadas e dado às mudanças um caráter incremental, com predomínio de uma racionalidade distinta daquela apregoada nos discursos reformistas.

Palavras-chave: Sistema de Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS). Política de Saúde – Brasil. Reforma sanitária.

Gestão em Saúde 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Economia da Saúde. **Relatório de gestão**: Departamento de Economia da Saúde: 2005. Brasília, 2006. 143 p. (Série C. Projetos, programas e relatórios). ISBN 85-334-1165-0. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/ publicacoes/relatorio_gestao_economia_saude_2005.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2013.

Resumo: Descreve as atividades desenvolvidas na gestão de 2005 do Departamento de Economia da Saúde. Relata as atividades considerando a ação de Implantação do Centro Nacional de Informações em Economia da Saúde e Ciência e Tecnologia e Apoio à Estruturação de Núcleos Estaduais e/ou Regionais de Economia da Saúde, Farmacoeconomia e Avaliação de Tecnologias.

Palavras-chave: Instrumentos de gestão em Saúde – Relatório de gestão. Economia da Saúde – Gestão – Relatórios. Gestão do trabalho no SUS.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Programa Nacional de Erradicação da Hanseníase**. TC 012.489/2005-2. Relatório, Voto e Acórdão 2.259/2006 – Plenário , em 29 nov. 2006. Entidade: Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Relator: Ministro Marcos Vilaça. Monitoramentos. 1º Monitoramento: TC 001.876/2009-0. Relatório, Voto e Acórdão 1.113/2010 – Plenário, em 19 maio 2010. Entidade: Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Relator: Ministro José Múcio. Disponível em: <portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/comunidades/programas_governo/areas_atuacao/saude>. Acesso em: 15 jan. 2013.

Resumo: Auditoria operacional. Avaliação do Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase. Falhas na execução do programa. Recomendações. Determinação.

Palavras-chave: Programa de governo – Avaliação.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Programa Doação, Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos**. TC 004.846/2005-2. Relatório, Voto e Acórdão 562/2006 – Plenário, em 19 abr. 2006. Entidade: Secretaria de Atenção à Saúde. Relator: Ministro Marcos Vilaça. Monitoramentos. 1º Monitoramento: TC 029.006/2007-0. Acórdão 1.704/2009 – 1ª Câmara, em 29/4/2009. Entidade: Secretaria de Atenção à Saúde do MS. Relator: Ministro Marcos Vilaça. 2º Monitoramento: TC 006.977/2012-0. Acórdão 1.742/2012. Entidade: Secretaria de Fiscalização e Avaliação dos Programas do Governo. Relator: Ministro Walton Alencar Rodrigues. Disponível em: <portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/comunidades/programas_governo/areas_atuacao/saude>. Acesso em: 5 mar. 2013.

Resumo: Auditoria de natureza operacional realizada com a finalidade de avaliar o Programa de Doação, Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos, que tem o objetivo de reduzir o tempo de espera em fila de candidatos a transplante, por meio da otimização do uso de

órgãos e tecidos, recursos operacionais, humanos e assistenciais na área de transplante, com a preservação da ética. A equipe de auditoria – composta pelos analistas Cristiane Maria Costa Pereira Coutinho, Daniel Dias Pereira, Daniel de Menezes Delgado, Fábio Mafra e Flávia Monken Mascarenhas – elaborou o relatório.

Palavras-chave: Auditoria operacional. Avaliação do Programa de Doação, Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos. Deficiências na operacionalização do programa. Recomendações. Determinação.

GIOVANELLA, Lígia. A atenção primária à saúde nos países da União Europeia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 5, p. 951-963, 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v22n5/08.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2013.

Resumo: Propósitos de contenção de gastos em saúde e exigências de mudanças no perfil epidemiológico impulsionaram, durante a década de 1990, reformas organizacionais dos serviços de atenção primária em países da União Europeia, com o objetivo de promover a coordenação dos serviços prestados pelos diversos níveis de atenção. Neste artigo, a partir de revisão bibliográfica, análise documental e entrevistas com informantes-chave, são analisadas as configurações institucionais do primeiro nível de atenção à saúde e discutidas as reformas organizacionais pró-coordenação nos países da União Europeia. A atenção ambulatorial de primeiro nível é prestada nesses países com grande variedade de configurações institucionais, observando-se diferenciados mecanismos de financiamento, gama de profissionais envolvidos, espectro de serviços clínicos oferecidos e posição do profissional médico de Atenção Primária no Sistema de Saúde. Com as reformas da última década, ocorreu diversificação de modelos organizacionais da atenção ambulatorial, com a ampliação das funções clínicas, gerenciais, de coordenação da atenção e financeiras dos profissionais de Atenção Primária, indicando processo em transição, com redefinição das funções do clínico geral como condutor dos cuidados ao paciente.

Palavras-chave: Atenção primária em saúde. Reforma do setor Saúde. Serviços de Saúde. Administração de serviços de Saúde.

GUERRA, Daniele Marie. **O processo de descentralização da assistência à saúde no município de São Paulo.** 2006. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), 2006.

Resumo: Aborda o processo de descentralização da assistência à saúde no Município de São Paulo, que teve sua reinclusão ao SUS praticamente dez anos após a maioria dos municípios do Brasil. Neste sentido, buscou-se analisar as alterações na estrutura e no processo de trabalho do Sistema de Saúde da cidade, após a sua habilitação como gestor pleno da Atenção Básica, em 2001, pela Norma Operacional Básica (NOB 96) e posteriormente, em 2003, como gestor pleno do Sistema Municipal, pela Normal Operacional de Assistência à Saúde (Noas). Os resultados demonstram que no final do período o município passa a ter a gestão de 57% das unidades hospitalares, o que representa cerca de 38% dos leitos

contratados pelo SUS no município, e 91% das unidades ambulatoriais. Quanto ao financiamento, observou-se que, no último ano do estudo, os gastos referentes a despesas correntes no município são realizados por meio de recursos das três esferas de governo, sendo 30% municipal, 37% estadual e 33% federal, dos quais 46% são executados pelo município e 54% pelo estado. Em relação à assistência hospitalar, 40% dos procedimentos são realizados sob gestão municipal, sendo 40% de média complexidade, 38% de alta complexidade e 51% dos procedimentos são estratégicos. A assistência ambulatorial é gerida pelo município em praticamente 100% na Atenção Básica, 47% na Média Complexidade e somente 5% na Alta Complexidade. Conclui-se que, apesar do avanço no processo de descentralização, a gestão da assistência à saúde do SUS no Município de São Paulo ainda é amplamente dividida com o estado, indicando a necessidade de um esforço dos gestores em busca de melhor articulação, visando ao planejamento e à execução das ações adequadas às reais necessidades de saúde da população.

Palavras-chave: Descentralização. Municipalização. Sistema Único de Saúde (SUS). Sistema de Saúde.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **Novos modelos de gestão na saúde privada**. Rio de Janeiro: IPEA, fev. 2006. (Texto para discussão nº 1.167). Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4336>. Acesso em: 2 fev. 2013.

Resumo: Propõe a realização de uma reforma institucional do mercado de planos de saúde, por meio da criação de empresas-modelo (*benchmarks*), na perspectiva de se resistir ao movimento de concentração das operadoras. Apesar das normas que defendem o consumidor e a concorrência regulada, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) tende a ser capturada pelo poder de mercado dos oligopólios privados se este não for relativizado. Na contramão dessa tendência, tais *benchmarks* serviriam de braço de apoio às atividades regulatórias para reduzir o preço dos prêmios, ampliar a cobertura, melhorar a qualidade da atenção médica, induzir arranjos organizacionais solidários e ajudar no cumprimento de metas clínicas e epidemiológicas definidas pelo Ministério da Saúde (MS), expressando o interesse público presente nas diretrizes constitucionais do estado, na área da Saúde.

Palavras-chave: Saúde – Gestão da informação – Setor privado. Administração em Saúde – Setor privado.

SCHIFFLER, Angela Carla da Rocha. **Contexto, pactuações e contratualidades na gestão plena do sistema municipal de saúde com os hospitais universitários**: o caso HUCFF, 2006. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), 2006.

Resumo: Apresenta estudo de caso realizado no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF/UFRJ). O debate sobre a "crise" recorrente dos Hospitais Universitários (HU) conduziu o estudo para que se tentasse compreender os problemas destes estabelecimentos de ensino e pesquisa, considerando-se o perfil assistencial que assumem. Acrescenta-se o interesse de acompanhar as mudanças recentes nos mecanismos de gestão do SUS que trazem implicações para os HU, tendo em vista as

tentativas de integrá-los ao SUS. Olhando-se os dispositivos utilizados para esta integração, a grande motivação foi tentar investigar os recursos utilizados e as lógicas implicadas na relação que se dá entre gestores no contexto da Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM). A análise das entrevistas apoia-se na hermenêutica dialética, sendo que a narrativa, construída por um sujeito implicado, traz uma versão do que há de comum e do que destoa nas falas, sem que estas sejam identificadas. Com a nova política para os hospitais de ensino de 2004, perspectivas se abrem com relação à inserção dos HU no SUS, trazendo possibilidades de envolver a gestão e a assistência atrelada à pesquisa e ao ensino, além de mecanismos de financiamento sustentado por metas, como facilitadores de novas lógicas de se organizar a saúde, com a publicização dos processos, e operar o cuidado, com o uso de novas tecnologias. Faz-se mister o entendimento de que as macrodecisões precisam se expressar no cotidiano, no dia a dia do serviço, e de que são os protagonistas desses lugares os responsáveis por promover mudanças significativas na saúde que envolvam os usuários e suas necessidades de andar na vida. As contratualidades são, sim, dispositivos potentes, embora dependam dos atores em cena, com suas intencionalidades e seus projetos de futuro, mas é no campo da micropolítica que as mudanças efetivamente acontecem.

Palavras-chave: Hospitais universitários (HU). Gestão plena. Contratualidades. Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF/UFRJ).

Gestão em Saúde 2007

BATISTA, Fábio Ferreira et al. **Gestão do conhecimento em organizações públicas de saúde**. Brasília: IPEA, dez. 2007. (Texto para Discussão nº 1.316). Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4559>. Acesso em: 2 fev. 2013.

Resumo: Avalia como o tema Gestão do Conhecimento (GC) é tratado em organizações públicas de Saúde. Centros de pesquisa clínica (unidades vinculadas a hospitais universitários e a outras organizações de Saúde) e organizações aderidas ao Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização (GesPública) responderam, em parte ou totalmente, a três instrumentos: i) ao Método da American Productivity and Quality Center (APQC), que analisa o grau de institucionalização da GC; ii) ao questionário desenvolvido pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), para avaliar a implantação e o alcance de 27 práticas de GC; e iii) aos requisitos do item 4.3 (Gestão do conhecimento do instrumento de avaliação do GesPública), que verifica como a organização identifica, desenvolve, cultiva, protege e compartilha conhecimento.

Palavras-chave: Saúde – Gestão da informação – Setor público. Administração em Saúde – Setor público.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva; FUNDO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Manual de cooperação técnica e financeira por meio de convênios**. Brasília, jun. 2007. 86 p. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_cooperacao_tecnica_financeira_convenio.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2013.

Resumo: Orienta gestores públicos e privados quanto às normas e aos procedimentos necessários à captação e à correta aplicação de recursos públicos federais, por meio da celebração de convênios, visando a atender aos programas e projetos na área de serviços e ações públicas de saúde. Para tal finalidade, este guia foi elaborado de forma a sintetizar os aspectos relevantes do processo de financiamento.

Palavras-chave: Saúde – Financiamento. Economia da Saúde. Administração em Saúde – Cooperação técnica. Administração em Saúde – Convênios.

BRASIL. Ministério da Saúde; BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Fundação estatal**: metas, gestão profissional e direitos preservados: informações sobre o Projeto de Lei Complementar enviado ao Congresso Nacional pelo Governo Federal. Brasília, 2007. 16 p. (Série C. Projetos, programas e relatórios). ISBN 978-85-334-1389-4. Disponível em: <dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/popup/07_0862.htm>. Acesso em: 28 jan. 2013.

Resumo: Apresenta informações do Ministério da Saúde e do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão sobre o Projeto de Lei Complementar (PLC) nº 92/07, que o governo federal enviou ao Congresso Nacional em 13/7/2007 com os objetivos de regulamentar o

inciso XIX do art. 37 da Constituição Federal, no que se refere às fundações instituídas pelo poder público, e estabelecer as áreas de atuação e a natureza jurídica dessas entidades. Informa que a fundação estatal é uma categoria jurídica existente na administração pública desde 1967, quando foi definida pelo Decreto-Lei nº 200. O que se pretende com o Projeto de Lei Complementar nº 92/07, encaminhado ao Congresso Nacional, é redefinir o seu campo de atuação e um novo regime administrativo, conferindo-lhe características condizentes com as necessidades atuais da administração pública. O projeto que agora tramita no Congresso Nacional apenas autoriza a possibilidade de que seja instituída a fundação sem fins lucrativos, integrante da administração pública indireta, com personalidade jurídica de direito público ou privado, para exercício de atividades que não exijam o uso do poder de polícia do Estado. Isso se dá nas áreas de Saúde, Assistência Social, Cultura, Desporto, Ciência e Tecnologia, Meio Ambiente, Comunicação Social e Promoção do Turismo Nacional. Como a fundação estatal é uma entidade pública, será necessária uma lei específica para criar cada fundação.

Palavras-chave: Administração em Saúde. Fundação pública.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Coleção para entender a gestão do SUS**. 2007. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/sus/pub_destaques.php>. Acesso em: 2 fev. 2013.

Resumo: A *Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS* foi desenvolvida pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde, (Conass) em parceria com o Ministério da Saúde, com o objetivo de subsidiar os secretários de Estado da Saúde e suas equipes com as principais informações a respeito dos aspectos técnicos e gerenciais do Sistema Único de Saúde (SUS). Integra a coleção a coletânea de informações para a gestão do SUS no âmbito estadual, na qual são apresentados indicadores previamente selecionados, que permitem análises integradas e fidedignas da situação da saúde da população de cada estado brasileiro, além do livro *SUS: avanços e desafios*, com propostas para serem pensadas em conjunto pelas três esferas gestoras do SUS, e do livro *Conass 25 anos*, no qual o Conselho rememora e celebra suas lutas e vitórias, por meio da reconstrução de sua história, que se confunde e se entrelaça com a história do Sistema Único de Saúde. Os livros da coleção compreendem os seguintes capítulos: 1 – Sistema Único de Saúde; 2 – A Gestão e o Financiamento do SUS; 3 – O Financiamento da Saúde; 4 – Ciência e Tecnologia em Saúde; 5 – Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; 6 – Vigilância em Saúde – Tomo I; 6 – Vigilância em Saúde – Tomo II; 7 – Assistência Farmacêutica no SUS; 8 – Atenção Primária e Promoção da Saúde; 9 – Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS; 10 – Regulação em Saúde; 11 – Saúde Suplementar; e 12 – Legislação Estruturante no SUS.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS). Gestão do Trabalho no SUS.

MACHADO, Sérgio Pinto; KUCHENBECKER, Ricardo. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 871-877, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/06.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: A mudança das instituições hospitalares verificada internacionalmente envolve particularmente os Hospitais Universitários (HU). O presente artigo objetiva promover uma reflexão acerca de desafios dos HU brasileiros. O texto atém-se à análise daqueles hospitais vinculados às instituições federais de ensino superior. Há substantiva heterogeneidade entre os HU, envolvendo desde os perfis assistenciais e o porte até os modelos de gestão. No Brasil, os HU são agentes nucleares de duas políticas de Estado – educação e saúde. É no âmbito dos HU que se manifestam os tensionamentos inerentes à complexidade de articulação de tais políticas. Os HU têm sido incitados a oferecer respostas a problemas que transcendem sua capacidade. Cabe fortalecer a sustentabilidade organizacional dos HU, incluindo a capacidade de implantação de mecanismos de saneamento financeiro, de indicadores de avaliação e gestão, a incorporação das questões afetas à qualidade dos serviços prestados, a transparência e a responsabilidade social. Aos HU cabe melhorar as condições de saúde da população. A efetivação desses papéis é mais ampla do que conceber os HU somente como instituições prestadoras de serviços. O futuro e a afirmação dos HU dependerão da sua capacidade de contribuir para ações integradoras nas políticas de Estado para a saúde e a educação.

Palavras-chave: Hospitais universitários. Sistema Único de Saúde (SUS).

OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; BERMUDEZ, Jorge Antonio Zepeda; OSÓRIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa. **Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 112 p. ISBN 978-85-7541-131-5.

Resumo: Discute os medicamentos, a promoção de seu acesso, as políticas de medicamentos e um novo campo conceitual que se convencionou denominar assistência farmacêutica. São abordados conceitos e práticas da assistência farmacêutica, patentes, estratégias de *marketing*, doenças negligenciadas e a Política Nacional de Medicamentos.

Palavras-chave: Assistência farmacêutica. Medicamentos para Atenção Básica. Política Nacional de Medicamentos. Acesso aos serviços de Saúde.

SOUSA, Maria Fátima de. **Programa de Saúde da Família**: estratégia de superação das desigualdades na saúde?: análise do acesso aos serviços básicos de saúde. 2007. Tese (Doutorado) – Universidade de Brasília, Brasília (DF), 2007.

Resumo: Trata de elementos pouco abordados na agenda política brasileira da Saúde no campo da descentralização e regionalização: 1) a reconfiguração dos espaços urbanos e seu impacto deletério no modo de viver dos grandes centros e das regiões metropolitanas; e 2) a diluição de fronteiras formais e federativas nesses territórios, seja nos aspectos produtivos ou no acesso a serviços públicos. Há uma tensão na conformação institucional do SUS, entre a ênfase no poder local/esfera municipal e a necessidade de se afirmar uma boa performance do sistema, por um lado, e a oferta e o acesso aos serviços com integralidade das ações, por outro. A regionalização, contudo, fortemente condicionada pelo sistema político e de organização do Estado brasileiro, não é exercida plenamente, se apoiando em formalismos ou experiências incipientes. Analisa como tais desafios têm sido enfrentados no setor Saúde.

Verifica que a agenda política da Saúde ainda não incorporou de forma adequada a questão dos grandes centros urbanos no seu desenho de organização da atenção, no seu modelo de financiamento e mesmo na relativização conceitual dos princípios de regionalização e hierarquização relacionada a esta problemática. Os resultados são apresentados na forma de dois artigos complementares e articulados. O primeiro artigo discute a temática da configuração do território metropolitano e dos grandes centros urbanos e de seus impactos no campo das políticas públicas, com foco na organização e gestão de sistemas de Saúde. Analisamos a produção discursiva e documental dos atores e das arenas que debatem o SUS no nível federal, utilizando a formulação teórica de Matus sobre as disposições estratégicas das representações governamentais e sociais. O segundo artigo aborda o tema específico dos desafios postos à organização da atenção à saúde diante das regiões metropolitanas, por meio da análise da produção científica, documental e discursiva sobre a formulação e implementação de políticas de corte regional e metropolitano.

Palavras-chave: Políticas de Saúde – Brasil. Atenção básica à saúde. Programa Saúde da Família.

Gestão em Saúde 2008

BERNARDO, Pedro José Baptista. **Resumo dos tributos incidentes sobre o setor farmacêutico**. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária/Núcleo de Assessoramento Econômico em Regulação, 2008.

Resumo: Destaca os principais tributos, os instrumentos legais, as isenções e os benefícios fiscais do setor farmacêutico, além da ferramenta NVE, que aperfeiçoa o controle tributário. Os principais tributos abordados aqui são: ICMS, IPI, Imposto de Importação e PIS/Cofins incidentes no setor, desde intermediários de síntese até medicamentos acabados, passando pelos fármacos. A incidência desses principais tributos sobre os medicamentos pode oscilar entre 0% (para produto da lista positiva com isenção de ICMS) e 31% sobre o Preço Fábrica (para produto da lista negativa com 19% de ICMS) e 12% de PIS/Cofins. Os medicamentos de uso humano, no que se refere a ICMS, têm incidência tributária mais alta do que os produtos da cesta básica e tão alta quanto a maioria dos produtos consumidos no País.

Palavras-chave: Vigilância sanitária – Medicamentos. Indústria farmacêutica. Política Nacional de Medicamentos – Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Economia da Saúde. **Relatório anual de gestão do Departamento de Economia da Saúde**: 2006. Brasília, 2008. 77 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). ISBN 85-334-1448-8. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_anual_departamento_economia_2006.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2013.

Resumo: Descreve as atividades desenvolvidas na gestão de 2006 do Departamento de Economia da Saúde. Relata as atividades a partir de três ações: Implantação do Centro Nacional de Informações em Economia da Saúde e Ciência e Tecnologia e Apoio à Estruturação de Núcleos Estaduais e/ou Regionais de Economia da Saúde, Farmacoeconomia e Avaliação de Tecnologias; Expansão e Fortalecimento do Banco de Preços em Saúde e Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops).

Palavras-chave: Instrumentos de gestão em Saúde – Relatório de gestão. Economia da Saúde – Gestão – Relatórios. Gestão do Trabalho no SUS.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Auditoria operacional na Funasa**: TC 009.240/2007-5: relatório, Voto e Acórdão 668/2008 – Plenário, em 16 abr. 2008. Entidade: Fundação Nacional de Saúde. Relator: Ministro Guilherme Palmeira. Disponível em: <portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/comunidades/programas_governo/areas_atuacao/saude>. Acesso em: 7 mar. 2013.

Resumo: Apresenta análise geral de eficiência da Fundação Nacional de Saúde (Funasa). Para tal finalidade, avalia alguns aspectos operacionais relacionados à estrutura e aos meios

disponíveis à Fundação, em especial os recursos humanos e o orçamento, em confronto com seus objetivos institucionais e os resultados alcançados por suas ações, além de procurar sistematizar os principais problemas apontados em trabalhos anteriores do Tribunal de Contas da União (TCU) e da Auditoria Interna da Funasa. Em comparação com as demais unidades gestoras na função saúde, a importância relativa do orçamento da Funasa é grande. Entre 2005 e 2007, a Fundação recebeu aproximadamente 8% dos créditos aprovados no orçamento da Saúde, percentual inferior apenas aos 88% destinados ao Fundo Nacional de Saúde, que é o gestor financeiro, na esfera federal, dos recursos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras-chave: Programa de governo – Avaliação.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Gestão e financiamento do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2008. 150 p. (CONASS Documenta; n. 14). ISBN 978-85-89545-52-5. Disponível em: <www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_14.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2013.

Resumo: Aborda pontos significativos das seis principais alternativas de gerência de unidades públicas – autarquia, fundação estatal, organizações sociais, organizações da sociedade civil de interesse público, fundação de apoio e consórcio público – e relata os questionamentos e o processo de construção de consensos dos secretários de Estado da Saúde e o posicionamento do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) sobre o assunto. Registra também o resultado de estudos realizados pelo Conass em colaboração com o Ministério da Saúde sobre aspectos do financiamento da Saúde no Brasil: analisa a estrutura das receitas e despesas dos estados no ano de 2004, apresentando elementos que contribuem para as discussões sobre a regulamentação da Emenda Constitucional n° 29 e a implantação da Lei de Responsabilidade Fiscal, bem como apresenta alguns posicionamentos teóricos sobre a busca da equidade, destacando modelos de alocação equitativa de recursos para populações que apresentem necessidades diferentes.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS) – Financiamento. Gestão do Trabalho no SUS. Administração em Saúde. Financiamento da Saúde.

COSTA, Vera Lucia Cabral; SILVA, Pedro Luis Barros; BIASOTO JR., Geraldo (Org.). **Efetividade das políticas de saúde**: experiências bem-sucedidas na América Latina: anais do seminário. Campinas: NEPP-Unicamp; São Paulo: Biruta, 2008. ISBN 978-85-88159-86-0. 572 p.

Resumo: Produto de um conjunto de 11 estudos sobre experiências latino-americanas no campo da Saúde, a publicação demonstra que o sucesso na implantação de políticas e programas pode ser o resultado da busca incessante de padrões de excelência nas condutas técnicas, científicas e éticas. As experiências que o livro retrata foram vivenciadas em contextos sociopolíticos e técnicos muito diferenciados. Ocorreram no interior de sistemas de Saúde com diferentes graus de universalização, com princípios estruturantes muito diversos e com diferentes níveis de consistência institucional, que variaram desde sistemas cuja implantação é muito incipiente, até outros, mais consolidados, com algumas décadas de existência. Não se trata, é claro, de estabelecer uma receita para o sucesso das políticas e

dos programas. Trata-se, sim, nesta complexa trama de relações, buscar encontrar o fio que poderá conduzir, como probabilidade, à escolha de condutas condizentes com a natureza dos problemas enfrentados, com os meios disponíveis e com os objetivos perseguidos. Este livro é resultado do trabalho de pesquisa envolvido no projeto *Efetividade das Políticas de Saúde: Experiências Bem-Sucedidas na América Latina*, desenvolvido pelo Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Universidade Estadual de Campinas (NEPP/Unicamp). O projeto desenvolveu-se com base em um Acordo de Cooperação Técnica com o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), tendo como principal objetivo fornecer elementos para a ampliação da efetividade das políticas de Saúde na América Latina e no Caribe. Tendo como referências as diretrizes de desenvolvimento social apoiadas pelo BID, o projeto centrou-se na identificação, documentação e difusão de experiências exitosas de melhoria das condições de saúde passíveis de serem reproduzidas, integral ou parcialmente, em outros países da região. Ao final do projeto, foi realizado um seminário para a discussão e divulgação dos resultados obtidos, que muito contribuiu para a sua conclusão e para a publicação do presente livro.

Palavras-chave: Investigação de resultados em Saúde. Efeitos em Saúde. Políticas públicas em Saúde.

PEIXOTO, Sandro Garcia Duarte. **Eficácia e gestão da política de atenção básica de saúde nos municípios brasileiros**. 2008. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), 2008.

Resumo: Investiga dois aspectos complementares da política de atenção básica em saúde: auferir sua eficácia, em termos de impacto sobre indicadores de saúde populacionais, e avaliar a qualidade de sua gestão. A referida política se consolidou nos últimos anos como base estruturante do Sistema Único de Saúde. No que se refere à análise de eficácia, a abordagem empregada foi a econometria de painel de dados, com base na amostra dos municípios da Região Sudeste entre 1999 e 2003. Com base na evolução da cobertura populacional do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, constata que a política de atenção básica reduz de forma significativa a mortalidade infantil e a subnotificação de óbitos, porém não gera redução das internações hospitalares. Avalia os aspectos concernentes à gestão do programa com base nos relatórios do programa de fiscalização a partir de sorteios públicos da Controladoria-Geral da União. Como principal conclusão derivada de sua análise, salienta que há limitado incentivo para a fiscalização das ações no escopo da Atenção Básica por parte dos munícipes, uma vez que a política é majoritariamente custeada pela União, ou seja, as populações beneficiárias não internalizam a análise de seu custo-benefício. Além disso, a limitada transparência na condução do programa, a fiscalização incipiente e a probabilidade reduzida de punição aos indivíduos envolvidos em irregularidades representam inibidores da disseminação de boas práticas de gestão.

Palavras-chave: Atenção Básica à Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS). Programa Saúde da Família. Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Mortalidade infantil. Fiscalização. Gestão em Saúde.

REIS, Adriano Max Moreira; PERINI, Edson. Desabastecimento de medicamentos: determinantes, consequências e gerenciamento. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 603-610, 2008. Suplemento. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v13s0/a09v13s0.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: Analisa o desabastecimento de medicamentos como um problema que transcende o aspecto logístico da área de Saúde, discutindo suas implicações para a qualidade, a segurança e o custo da assistência. A cadeia de abastecimento farmacêutico e os fatores que interferem na capilaridade da distribuição e na disponibilidade do medicamento são discutidos. Ressalta a contribuição da comissão de farmácia e terapêutica para a prevenção e o gerenciamento do desabastecimento de medicamentos nos estabelecimentos de Saúde. Sugestões de medidas para gestão do desabastecimento de medicamentos são apresentadas. Enfatiza a necessidade de o medicamento ser considerado, pelos componentes da cadeia logística, um produto de saúde, com tratamento diferenciado dos bens de consumo comuns.

Palavras-chave: Logística. Mercado farmacêutico. Cadeia de abastecimento. Desabastecimento de medicamento.

Gestão em Saúde 2009

ALMEIDA, André Graf de; BORBA, José Alonso; FLORES, Luiz Carlos da Silva. A utilização das informações de custos na gestão da saúde pública: um estudo preliminar em Secretarias Municipais de Saúde do Estado de Santa Catarina. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, 2009. Disponível em: <bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6702/5285>. Acesso em: 21 jan. 2013.

Resumo: Analisa o uso das informações de custos pelos gestores de 20 grandes secretarias municipais da Saúde do Estado de Santa Catarina. Para isso, avalia o perfil dos gestores entrevistados, verifica a existência ou não de sistemas de custos implantados nessas secretarias, avalia a percepção desses gestores sobre a utilização das informações de custos no processo de tomada de decisão e identifica quais informações de custos são utilizadas atualmente na gestão desses órgãos. Os entrevistados foram os ocupantes de cargos administrativos nas secretarias municipais da Saúde pesquisadas. Conseguiu-se avaliar o uso das informações de custos na gestão de 18 secretarias municipais da Saúde do Estado de Santa Catarina. Os resultados indicam que apenas duas secretarias municipais da Saúde possuem esse processo um pouco mais avançado; nas demais, o que se verifica é que existem algumas tentativas de se obter informações mais detalhadas sobre custos. Entretanto, na opinião dos entrevistados, as informações de custos são bastante importantes na gestão das secretarias.

Palavras-chave: Contabilidade de custos. Sistema Único de Saúde (SUS). Administração pública.

ANDRADE, Laíse Rezende de. **A FE no SUS**: Fundação Estatal como proposta de gestão do trabalho para a Estratégia Saúde da Família na Bahia. 2009. 128 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/AFEnoSUS.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2013.

Resumo: Nas últimas décadas, os processos de flexibilização e mesmo de precarização que ocorreram no mundo do trabalho, somados às mudanças no papel do Estado, afetaram diretamente os projetos de expansão e universalização das ações e dos serviços de Saúde no Brasil. Na Bahia, a proposta de solução para as dificuldades de fixação e gestão do trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família foi a criação de uma carreira estadual para esses trabalhadores. Para tanto, os municípios aprovaram leis de instituição de um novo ente jurídico, a Fundação Estatal Saúde da Família (Fesf). O presente estudo objetiva analisar as estratégias de gestão do trabalho dessa fundação, buscando compreender seus limites e suas possibilidades para o enfrentamento de problemas de provimento, fixação e qualificação dos trabalhadores para a Estratégia de Saúde da Família na Bahia. A pesquisa é eminentemente qualitativa e compreende um estudo de caso. Teve ênfase na análise documental e apoia-se em entrevistas com atores envolvidos na formulação e no debate da Fesf. Durante

sua realização, a proposta da Fesf esteve em processo de construção, o que trouxe muitos desafios metodológicos para este estudo. Os resultados deste estudo congregam o debate sobre o caráter interfederado do modelo jurídico-institucional da Fesf, a elucidação da conformação colegiada do sistema de governança e das pactuações do contrato de gestão entre fundação e município. Além disso, o trabalho enfoca as peculiaridades da proposta de gestão do trabalho, que prevê, dentro da mesma carreira, mobilidade do trabalhador entre os municípios, remuneração variável, associada aos fatores de fixação de profissionais em cada município, e gestão do trabalho compartilhada entre Fesf e municípios. A complexidade dessas propostas depara-se com a ausência de experiência na gestão desse modelo e também nas questões estruturais e institucionais que marcaram a gestão da Saúde nos municípios. Portanto, um dos seus principais desafios é a operacionalização das novas ferramentas e dos instrumentos de gestão do trabalho que ela cria, em um contexto histórico de dificuldades nesse âmbito.

Palavras-chave: Modernização do setor público. Programa Saúde da Família (PSF). Gestão em Saúde. Trabalho. Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Farmácia popular**: TC 002.985/2010-1: Relatório, Voto e Acórdão 3030/2010 – Plenário, em 10 de novembro de 2010. Entidade: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde. Relator: Ministro José Jorge. Representação: TC 027.102/2010-6. Relatório, Voto e Acórdão 2.918/2011 – Plenário, em 9 nov. 2011. Entidade: Ministério da Saúde. Relator: Ministro José Jorge. Disponível em: <portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/comunidades/programas_governo/areas_atuacao/saude>. Acesso em: 18 jan. 2013.

Resumo: Analisa o Programa Farmácia Popular – Sistema de Copagamento, que trata da expansão do programa para a rede privada de farmácias. O programa é gerido pelo Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF), vinculado à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde. O objetivo da auditoria foi avaliar a operacionalização dessa ação governamental e os mecanismos de controle existentes para coibir potenciais erros e fraudes, sendo investigadas três questões: i) análise da cobertura do programa e questionamento de aspectos econômicos e jurídicos em relação à sua concepção e normatização; ii) identificação de situações sugestivas de irregularidades a partir dos registros do Sistema Autorizador de Vendas; e iii) se o processo de controle e monitoramento desempenhado pelo Ministério da Saúde está de acordo com o que preconiza a legislação vigente, se realiza de forma eficiente e gera expectativa de controle.

Palavras-chave: Auditoria operacional. Farmácia popular – Sistema de copagamento. Programa de governo – Avaliação.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Relatório de levantamento de natureza operacional na Função Saúde.** TC 002.088/2009-2. Relatório, Voto e Acórdão 2788/2009-Plenário. Entidade: Hospital do Andaraí – RJ. Relator: Ministro Valmir Campelo (desde: 27 nov. 2009). Disponível em: <portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/comunidades/programas_governo/areas_atuacao/saude>. Acesso em: 22 fev. 2013.

Resumo: Relatório de levantamento realizado com a finalidade de formular diagnóstico acerca do funcionamento da função Saúde: áreas de gestão do SUS, da atenção básica, da média e alta complexidade e da assistência farmacêutica. Identificação de áreas e eventos de maior risco em termos de relevância e materialidade.

Palavras-chave: Gestão do SUS. Assistência farmacêutica. Programa de governo – Avaliação.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Relatório de levantamento de ações e serviços de saúde pública no Estado do Amapá – solicitação do Congresso.** TC 024.104/2007-8. Relatório, Voto e Acórdão 1913/2009 – Plenário. Entidade: Secretaria de Estado da Saúde do Amapá e Secretaria Municipal de Saúde de Macapá. Relator: Walton Alencar Rodrigues (desde: 11 ago. 2009). Disponível em: <portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/comunidades/programas_governo/areas_atuacao/saude>. Acesso em: 10 fev. 2013.

Resumo: Solicitação de fiscalização sobre a efetividade dos serviços de saúde pública prestados no Estado do Amapá formulada pela Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados.

Palavras-chave: Programa de governo – Avaliação.

COSTA, Patrícia Seixas da. **Mapeamento de processos de trabalho da área de contratos e transferência de tecnologia da GESTEC como ferramenta para a implementação de melhorias organizacionais**. 2010. Dissertação (Mestrado). Fiocruz, Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), 2010.

Resumo: Diante de um cenário de desafios e oportunidades, uma atuação mais dinâmica e pró-ativa da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) para a celebração das parcerias tecnológicas passa necessariamente pelo enfrentamento de mudanças organizacionais, culturais e do aprimoramento das ferramentas de gestão direcionadas para a sua aproximação com o setor produtivo, em especial quando envolvidos o licenciamento de patentes de titularidade da Fiocruz e o estabelecimento de cooperações tecnológicas para o desenvolvimento conjunto de produtos. Dentro desse contexto, o formato de gestão da inovação adotado pela Fiocruz é fator determinante para lhe propiciar – mais do que o sucesso no alcance de suas metas e objetivos – condições de atender as responsabilidades que lhe cabem dentro do Sistema Nacional de Inovação em Saúde. Com essa preocupação, o presente trabalho teve por objeto "Mapear os processos da área de Contratos e Transferência de Tecnologia da GESTEC com vistas a identificar suas principais lacunas e sugerir a introdução de melhorias voltadas, em especial, para o licenciamento das patentes da Fiocruz para o setor produtivo do Sistema Nacional de Inovação em Saúde, bem como para subsidiar as estratégias institucionais relacionadas ao seu portfólio de patentes" e o propósito de se caracterizar como um passo na busca da excelência organizacional. Para tanto, focou nas questões internas relacionadas à execução dos processos de trabalho da área de contratos e transferência de tecnologia, o que compreendeu, além do seu detalhamento, o destaque às interseções com os processos executados pelas demais áreas da GESTEC, o levantamento de seus pontos fortes, fracos e a sua tradução em fluxogramas para, por fim, poder propor a introdução de melhorias nos processos de trabalho investigados.

Palavras-chave: Mapeamento dos processos de trabalho. Melhoria organizacional.

FADEL, Cristina Berger et al. Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, 2009. Disponível em: <bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6695/5278>. Acesso em: 21 jan. 2013.

Resumo: O pacto pela saúde surge no cenário brasileiro após inúmeras tentativas de operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), em busca da consolidação da equidade social. Este artigo divulga o pacto, visando subsidiar o processo de administração pública no Brasil, por meio de análise documental. Essa nova política, ainda em fase inicial de implementação, constitui uma realidade única e altamente viável à otimização das práticas nacionais em saúde pública, estando o seu cumprimento diretamente relacionado à transposição de entraves políticos e operacionais inerentes a cada nível de gestão.

Palavras-chave: Política de Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS). Organização e administração.

GOUVEIA, Giselle Campozana et al. Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 281-296, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbepid/v12n3/01.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2013.

Resumo: Desenvolver modelos de avaliação de satisfação que permitam comparar sistemas de Saúde de diversos países é um esforço recente no Brasil. Esse tipo de avaliação representa importante ferramenta para desenvolver estratégias de gestão para o setor. Objetivo: identificar fatores e avaliar diferenças regionais do grau de satisfação dos usuários do sistema de Saúde brasileiro, analisando os resultados da Pesquisa Mundial de Saúde (PMS) e da Pesquisa Mundial de Saúde com foco na Atenção Básica (PMS-AB). Foi realizado estudo avaliativo de corte transversal, em que as amostras foram selecionadas de forma aleatória. Os resultados revelaram que ser jovem, usuário exclusivo do SUS, ter baixa escolaridade e autopercepção de saúde ruim gerou mais chances de insatisfação dos usuários com o sistema de Saúde brasileiro. Os moradores da Região Sul do País estão mais satisfeitos com o atendimento em saúde, enquanto para pernambucanos as chances de satisfação são menores quando se avalia a qualidade dos serviços de Saúde. Os moradores desse estado apresentaram maior insatisfação na resolução de seus problemas de saúde quando precisaram de internação.

Palavras-chave: Diferenças regionais. Sistema de Saúde. Satisfação de usuários. Modelos de avaliação.

MACHADO, José Angelo. Pacto de gestão na saúde: até onde esperar uma "regionalização solidária e cooperativa"?. **Rev. Bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 24, n. 71, p. 105-119, out. 2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v24n71/v24n71a08.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: Trata dos problemas de coordenação intergovernamental emergentes na formação das redes assistenciais regionalizadas e hierarquizadas, estabelecidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), de modo a articular municípios "exportadores" e "importadores" de serviços de Saúde com maior complexidade tecnológica sob a coordenação dos gover-

nos estaduais. Com base em uma avaliação crítica acerca dos efeitos, produzidos pelas regras institucionais que lhe dão amparo, sobre a disposição dos agentes governamentais à cooperação, apresenta uma reflexão prospectiva em torno das possibilidades de que o Pacto de Gestão do SUS, firmado entre as três esferas de governo no ano de 2006 e atualmente em desenvolvimento, venha a consumar a almejada *regionalização solidária e cooperativa*.

Palavras-chave: Descentralização. Coordenação intergovernamental. Regionalização. Teoria da cooperação.

MARINHO, Alexandre. **Estado de uma nação**: textos de apoio: a economia das filas no Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro. Brasília: IPEA, fev. 2009. (Texto para Discussão, n. 1.390). Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4629>. Acesso em: 2 fev. 2013.

Resumo: Não existem avaliações sistemáticas sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil sobre os prazos de espera para internações, consultas ou exames nem sobre o número de pessoas que aguardam nas filas para serem atendidas. Tampouco existem avaliações oficiais dos custos desses procedimentos. Na experiência internacional, essas avaliações não são desprezadas, e os países ricos publicam, na internet, dados bastante detalhados a respeito do tema. As filas são um resultado do descompasso entre a demanda e a oferta, visto que o sistema de preços não é o mecanismo determinante da produção e do consumo de bens e produtos em saúde. No caso do SUS, a causa das filas é determinada em três âmbitos: i) governamental, que decide o tamanho do orçamento geral da Saúde; ii) autoridades individuais e instituições médicas, científicas, jurídicas e empresariais atuantes no setor, que decidem os benefícios e os custos das internações; iii) profissionais de Saúde, principalmente os médicos, que decidem quais são as necessidades clínicas dos pacientes. A demora no atendimento exerce impactos negativos significativos no bem-estar dos pacientes e familiares envolvidos e gera custos adicionais importantes ao sistema de Saúde, incluindo o desprestígio social.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS). Internação hospitalar. Leito hospitalar.

MARINHO, Alexandre. **Estado de uma nação**: textos de apoio: a situação dos transplantes de órgãos no Brasil. Brasília: IPEA, fev. 2009. (Texto para discussão, n. 1.389). Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4628>. Acesso em: 2 fev. 2013.

Resumo: A realização de transplantes de órgãos é, inegavelmente, uma conquista muito importante da nossa Medicina e de nosso sistema de Saúde. O Brasil possui o maior programa público desse tipo do mundo, realizando, em 2005, 15.527 transplantes de órgãos e de tecidos. Desses, 11.095 foram pagos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sistema, o custo elevado dos transplantes, incluindo medicamentos, é comparável aos custos indiretos da não realização de transplantes. O Sistema Nacional de Transplantes (SNT) do Ministério da Saúde (MS), órgão responsável pela administração dos transplantes de órgãos financiados pelo SUS, administra uma fila cuja prioridade é por ordem de chegada, considerando critérios técnicos, geográficos e de urgência específicos para cada órgão. No entanto, apesar

disso, o SNT convive com sérios problemas operacionais. Para piorar, há precariedade dos sistemas de informação nas coordenações estaduais, além de baixa difusão, mesmo entre a classe médica, e outros problemas que reduzem fortemente a eficiência do sistema. Nesse contexto, é grave perceber que o tempo de espera pode ultrapassar um ano e atingir até nove anos para fígado e mais de 11 anos para rim. O resultado é que o tempo de espera elevado implica, além dos custos e sofrimentos dos pacientes na fila, o aproveitamento de órgãos de qualidade inferior e a consequente redução do tempo de duração dos enxertos, necessidade de retransplantes e provável elevação das taxas de mortalidade pós-transplantes.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS). Transplante de órgãos. Sistema Nacional de Transplantes (SNT) – Brasil.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **A constituição de um modelo de atenção à saúde universal**: uma promessa não cumprida pelo SUS? Rio de Janeiro: IPEA, fev. 2009. (Texto para Discussão, n. 1.376). Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4928>. Acesso em: 3 fev. 2013.

Resumo: Em 1988, o Brasil foi um dos primeiros países latino-americanos a definir o acesso à saúde como um direito constitucional, mas, de fato, isto não foi suficiente para garantir a cobertura de seus cidadãos. O Sistema Único de Saúde (SUS) não pode ser descrito completamente como um sistema público de saúde que fornece acesso universal e atenção integral. Revela que parece haver uma forte contradição entre o modelo redistributivo desenhado na Constituição de 1988 e o inadequado nível de gasto público em saúde. Por um lado, a lei estipula que a assistência à saúde é um direito social básico que deve ser regido pela necessidade e não de acordo com a capacidade de pagamento das famílias. Por outro lado, em 2003, o Brasil destinou para a saúde apenas US$ 597 por habitante ou 7,6% do PIB, enquanto a média dos países da Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) é de US$ 3.145 ou 10,8%, respectivamente, e a média dos países latino-americanos, US$ 622 e 6,7% do PIB.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS). Atenção à saúde. Princípios do SUS – Universalidade. Equidade em saúde e social.

PAHIM, Maria Luiza Levi. **Organizações sociais de saúde do estado de São Paulo**: inserção privada no SUS e gestão financeira do modelo pela Secretaria de Estado da Saúde. 2009. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo (SP), 2009.

Resumo: Analisa a experiência de implantação do modelo das Organizações Sociais de Saúde (OSS) no Estado de São Paulo, buscando compreender as questões que se colocam para a adoção de modelos centrados na administração privada de unidades de saúde no âmbito do SUS, seja do ponto de vista sistêmico, seja com relação aos elementos de natureza prática relacionados à sua gestão financeira por parte do Estado. Para tanto, procura, inicialmente, identificar as referências teóricas que dão suporte ao modelo das OSS no campo da Ciência Econômica e posicionar a experiência em relação às tendências recentes de reforma dos sistemas de Saúde. Em seguida, explora a importância relativa desse modelo no orçamento do Estado e da Pasta Saúde e os determinantes da formação dos preços dos serviços contratados pelo Estado sob essa forma específica de gestão das unidades públicas de Saúde.

Palavras-chave: Mercado de serviços de Saúde. Planos de saúde. Planos privados de saúde. Assistência médica suplementar.

PASINATO, Maria Tereza de M.; KORNIS, George E. M. **Cuidados de longa duração para idosos**: um novo risco para os sistemas de seguridade social. Rio de Janeiro: IPEA, jan. 2009. (Texto para Discussão, n. 1.371). Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4923>. Acesso em: 2 fev. 2013.

Resumo: No ano em que se comemoraram os 20 anos de promulgação da Constituição de 1988, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) teve o prazer de disponibilizar ao público uma série de trabalhos voltados ao debate sobre a Seguridade Social no Brasil. As principais questões analisadas no presente trabalho referem-se à forma como os atuais sistemas de seguridade social têm lidado com a complexidade das novas demandas impostas pelo processo de envelhecimento da população e à maneira de como articular as políticas voltadas para os cuidados de longa duração com o atual arcabouço do sistema de seguridade social brasileiro.

Palavras-chave: Seguridade Social. Assistência à saúde do idoso. Envelhecimento populacional.

PEREIRA, Adelyne Maria Mendes. **Dilemas federativos e regionalização na saúde**: o papel do gestor estadual do SUS em Minas Gerais. 2009. 133 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/resource/364633>. Acesso em: 18 fev. 2013.

Resumo: Analisa o papel da esfera estadual na condução do processo de regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) em Minas Gerais no período de 2003 a 2007, tendo em vista os dilemas relativos ao federalismo brasileiro e à especificidade da configuração do sistema de Saúde no estado. Identifica os fatores relativos ao federalismo brasileiro (nas suas dimensões política, organizacional e fiscal) e à regulação nacional da descentralização do SUS que interferem na condução estadual do processo de regionalização na saúde. Percebe-se que a regionalização na saúde é um processo antigo em Minas Gerais, em função da extensão territorial do estado e da capacidade institucional da secretaria. No entanto, a implantação de serviços de Saúde se deu, historicamente, de maneira descoordenada e fragmentada, em decorrência das diferenças interregionais, do grande número de municípios, da ausência de parâmetros racionais de distribuição dos serviços e das falhas no papel do estado em controlar tal processo. Visando superar esses problemas, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) utiliza várias estratégias e instrumentos: (a) na condução do processo de regionalização; (b) no planejamento, na elaboração, na implantação e na avaliação do Plano Diretor de Regionalização (PDR); (c) no estímulo e no apoio técnico à gestão microrregional; (d) na constituição das redes de atenção; (e) no financiamento e na alocação regional de recursos próprios, segundo o critério redistributivo; (f) no direcionamento dos investimentos em função das metas acordadas com o governo do estado; (g) na regulação e na implantação do Sistema Estadual de Regulação Assistencial (SUS Fácil); e (h) na promoção de ações educacionais. Na prestação de serviços, a SES-MG optou pela administração indireta, via Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Ao fim, o presente trabalho

discute as potencialidades e os desafios da condução estadual do processo de regionalização. Os achados deste estudo sugerem que a regionalização na saúde sob condução estadual é possível, à medida que o gestor assuma esse papel e desenvolva mecanismos para superar a municipalização autárquica e a fragmentação interna da secretaria, recuperando a prática do planejamento estratégico, promovendo uma efetiva articulação intergestores e assumindo funções específicas para o avanço da regionalização.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Regionalização. Gestão em Saúde. Política de Saúde. Serviços de Saúde. Planejamento em Saúde – Organização e administração. Federalismo.

PINTO, Nicanor R. S.; TANAKA, Oswaldo Yoshimi; SPEDO, Sandra Maria. Política de saúde e gestão no processo de (re)construção do SUS em município de grande porte: um estudo de caso de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 927-938, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v25n4/24.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2013.

Resumo: O processo de (re)construção do SUS no Município de São Paulo, Brasil, foi analisado, no período de 2001 – 2008, por meio de estudo de caso, utilizando-se distintas fontes: documentos, entrevistas com informantes-chave e observação participante. Os conceitos de política de saúde e de gestão em saúde foram utilizados na qualidade de categorias analíticas. Foram selecionadas e analisadas apenas políticas priorizadas pela gestão iniciada em 2001 e que tiveram sustentação até 2008. Discutem-se desafios para a (re)construção do SUS no município relacionados com o contexto político-institucional e com mudanças de estrutura implementadas. As reorganizações da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo propiciaram a constituição e manutenção de dois subsistemas municipais, um hospitalar e outro ambulatorial. Negociações entre os governos municipal, estadual e federal não avançaram para que o município assumisse a gestão de fato de todo o sistema de Saúde, constatando-se a coexistência de três subsistemas públicos de saúde paralelos: dois municipais e um estadual. A sustentação política do Programa Saúde da Família foi associada ao fato de que esse programa não se constituiu como marca da primeira gestão municipal e, ainda, por ser política prioritária e estimulada pelo governo federal.

Palavras-chave: Política de Saúde. Gestão em Saúde. Sistemas de Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS).

ROMÃO, Edjanece Guedes Melo. **Regionalização da saúde e as estratégias de gestão para o acesso às ações e serviços do Sistema Único de Saúde**. 2009. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa (PB), 2009.

Resumo: Analisa a regionalização da saúde a partir do processo de descentralização das ações e dos serviços de Saúde ocorridas no Estado da Paraíba como diretriz organizativa do SUS, na perspectiva da definição de papéis e responsabilidades, poder decisório e recursos financeiros. A partir deste estudo de pesquisa, buscaram-se motivações para emergir a verdadeira visão sobre a temática, possibilitando um espaço de construção de olhares diversos sobre o real. Como resultado das análises dos conteúdos, foi possível identificar elementos de signi-

ficações susceptíveis de propiciar uma descrição de mecanismos dos quais, a priori, não se tinha a compreensão. O estudo do caso do processo de implantação da regionalização do Estado da Paraíba discute, com base em uma experiência concreta, o modo como o estado lida com esses dilemas institucionais na prática da gestão e quais são as potencialidades e os limites da condução estadual da regionalização na saúde e do planejamento da assistência, utilizando como principais instrumentos o PDR e a PPI. A Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde constitui-se em um importante instrumento de gestão que, articulado com o processo de planejamento, define e quantifica as ações de saúde para a população, obedecendo a um desenho regional, no qual as referências são definidas a partir da capacidade instalada da rede de serviços. Isto é feito de maneira a estabelecer tetos físicos e financeiros por município, mediante o estabelecimento de pactos entre os secretários municipais de Saúde, sob a coordenação da Secretaria de Estado e do Ministério da Saúde, objetivando a garantia do acesso da população aos serviços de Saúde de forma regionalizada e hierarquizada, a fim de que seja cumprido o princípio da integralidade. Traçando-se um balanço do papel da SES/PB na regionalização, identificam-se as potencialidades e os limites desse processo. As potencialidades identificadas estão relacionadas ao modo como este enfrentou, por meio das estratégias e dos instrumentos formulados, dois desafios importantes para a consolidação do papel do estado na descentralização e regionalização da saúde. Podemos destacar a decisão da gestão estadual de assumir a condução da regionalização e de cumprir funções específicas para seu avanço e, em segundo, a recuperação da prática do planejamento estratégico no momento em que programou e implantou o PDR e a PPI (2001) como instrumentos capazes de organizar a rede de serviços de média e alta complexidade e ordenar o fluxo de pacientes. Com base nos instrumentos desenvolvidos na Paraíba e analisados nesta pesquisa, afirma-se que a secretaria estadual de Saúde adotou medidas que impulsionaram o processo de descentralização na perspectiva do fortalecimento dos sistemas municipais de Saúde mediante a transferência de responsabilidades. Entretanto, a falta de mecanismos de controle e o financiamento sem critérios de equidade nas transferências fundo a fundo, aliados à pouca capacidade de gestão e gerência dos gestores municipais e do próprio estado, têm dificultado o avanço no processo de organização da rede de serviços. Constata-se, também, o constante esforço desprendido pela equipe técnica tanto da SES/PB quanto dos municípios em organizar redes de referência, ampliando a cobertura em todos os níveis da assistência.

Palavras-chave: Regionalização da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS).

VIEIRA, Fabíola Sulpino. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1565-1577, 2009. Suplemento 1. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a30v14s1.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), os gestores têm despendido esforços para a discussão do planejamento, enquanto componente fundamental da gestão, e feito tentativas para institucionalizá-lo. Entretanto, mesmo com os avanços, há aspectos que se colocam de forma prioritária e que constituem desafios para a institucionalização do planejamento no SUS. Nesse sentido, o presente trabalho descreve a evolução do pla-

nejamento no sistema, por meio da análise de documentos legais e materiais técnicos publicados pelo Ministério da Saúde. A partir da concepção de planejamento presente nessas publicações, faz a reflexão sobre a abordagem empregada, considerando os instrumentos de gestão estabelecidos e sua vinculação às abordagens teórico-metodológicas mais aceitas atualmente para o planejamento em saúde. Para finalizar, aponta aspectos que precisam ser observados para a efetivação do planejamento ascendente no SUS.

Palavra-chave: Sistema Único de Saúde (SUS). Planejamento em Saúde. Planos governamentais de Saúde.

Gestão em Saúde 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Análise do processo de contratualização dos hospitais de ensino e filantrópicos no SUS**: dificuldades, perspectivas e propostas. Brasília, 2010. 84 p. (Série D. Reuniões e conferências). ISBN 978-85-334-1693-2. Disponível em: <dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/popup/analise_contratualizacao_hospitais_ensino_filantropicos.html>. Acesso em: 2 fev. 2013.

Resumo: Anais do Seminário de Análise do Processo de Contratualização dos Hospitais de Ensino e Filantrópicos do SUS realizado em Brasília/DF, nos dias 8 e 9 de dezembro de 2008.

Palavras-chave: Hospitais filantrópicos e sem fins lucrativos – Contratos. Hospitais de ensino – Contratos.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Ação de atenção aos pacientes portadores de coagulopatias II**. TC 006.693/2009-3. Relatório, Voto e Acórdão 766/2010 – Plenário, em 14 abr. 2010. Entidade: Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde – MS. Relator: Ministro José Jorge. Disponível em: <portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/comunidades/programas_governo/areas_atuacao/saude>. Acesso em: 10 jan. 2013.

Resumo: Examina a auditoria de natureza operacional realizada na ação de Atenção aos Pacientes Portadores de Doenças Hematológicas gerenciada pela Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados (CGSH), vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS). Avalia se o Ministério da Saúde (MS) tem garantido aos pacientes acesso a níveis satisfatórios de medicamentos e quais são os entraves à obtenção da quantidade necessária de medicamentos, bem como qual foi a real gravidade da crise de abastecimento do Fator de Coagulação FVIII em 2008 e qual foi a razão desta crise.

Palavras-chave: Auditoria de natureza operacional. Ação de atenção aos pacientes portadores de doenças hematológicas. Programa de governo – Avaliação.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde**. TC 014.541/2009-6. Relatório, Voto e Acórdão 1189/2010 – Plenário, em 4 jun. 2010. Entidade: Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Piauí e Fundação Municipal de Saúde de Teresina/PI. Relator: Ministro José Jorge. Disponível em: <portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/comunidades/programas_governo/areas_atuacao/saude>. Acesso em: 22 fev.2013.

Resumo: Auditoria operacional integrante da Fiscalização de Orientação Centralizada destinada a verificar a implantação, implementação e operacionalização de complexos reguladores e centrais de regulação nos três níveis governamentais, visando avaliar a regulação assistencial existente no âmbito do Sistema Único de Saúde (FOC Regulação Assistencial do SUS). Nesta oportunidade, apresenta-se a consolidação dos resultados obtidos em de-

corrência das auditorias prospectivas realizadas, por amostragem, em diversas unidades da federação, com vistas à obtenção de uma visão geral da questão.

Palavras-chave: Programa de governo – Avaliação. Fiscalização de orientação centralizada. Regulação assistencial do Sistema Único de Saúde.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Ação de atenção aos pacientes portadores de coagulopatias**. TC 016.415/2006-5. Relatório, Voto e Acórdão 2.236/2007 – Plenário, em 24 out. 2007. Entidade: Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. Relator: Ministro Marcos Vilaça. Monitoramentos. 1º Monitoramento: TC 009.983/2010-4. Relatório, Voto e Acórdão 1.984/2010 – Plenário, em 18 ago. 2010. Entidade: Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. Relator: Ministro Marcos Vilaça. Disponível em: <portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/comunidades/programas_governo/areas_atuacao/saude>. Acesso em: 10 jan. 2013.

Resumo: Trata-se de auditoria de natureza operacional na ação de Atenção aos Pacientes Portadores de Coagulopatias, de responsabilidade do Ministério da Saúde. A auditoria teve por objetivos: (a) verificar em que medida os controles internos vêm sendo orientados para minimizar o risco de desabastecimento das unidades da hemorrede e para o atendimento equitativo dos pacientes que necessitam desses medicamentos; (b) avaliar a gestão de informações cadastrais de pacientes e o controle do consumo de fator de coagulação; (c) verificar a cobertura e a estrutura da hemorrede pública para realizar exames laboratoriais de distúrbio de coagulação sanguínea e prestar atendimento multidisciplinar ao paciente; (d) identificar os instrumentos de supervisão e monitoramento adotados pela ação e as boas práticas de gestão. Os trabalhos de campo consistiram na pesquisa postal com pacientes portadores de coagulopatias, associações de hemofílicos e a Federação Brasileira de Hemofilia, entrevista com técnicos da área, verificação de controles, análise de dados secundários e exame documental.

Palavras-chave: Atenção aos pacientes portadores de coagulopatias. Programa de governo – Avaliação.

CAMACHO, Reinaldo Rodrigues**. Fatores condicionantes da gestão de custos interorganizacionais na cadeia de valor de hospitais privados no Brasil**: uma abordagem à luz da teoria da contingência. 2010. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), 2010.

Resumo: Investiga e identifica, sob a perspectiva da Teoria da Contingência, os fatores ou as circunstâncias que favorecem ou inibem a prática da Gestão de Custos Interorganizacionais (GCI) por parte de hospitais privados no Brasil. Não identifica nenhum novo fator capaz de inibir ou favorecer a GCI que seja configurado como específico do setor hospitalar. Entretanto, alguns fatores condicionantes, reportados na literatura, não se aplicam ou não fazem sentido no setor hospitalar. Identifica algumas ações realizadas pelos hospitais com fornecedores e/ou planos de saúde que se configuram como práticas de GCI, a saber: compras consignadas, compras programadas e empacotamento de serviços. No tocante à gestão de processos ou atividades (tais como cirurgias, processamento de roupas, esterilização de materiais, exames etc.), nenhuma evidência foi encontrada a respeito da GCI. Os achados

permitem afirmar que os hospitais pesquisados confiam mais em seus fornecedores do que nas operadoras de planos de saúde. Em se tratando de 'cooperação' para a resolução dos problemas que surgem no dia a dia dos negócios, sob a ótica dos hospitais, os fornecedores estão mais dispostos a cooperar do que os planos de saúde. No que diz respeito à divisão justa de benefícios econômicos advindos de uma possível parceria com foco na gestão conjunta de custos, na percepção dos hospitais, as expectativas maiores recaem sobre seus fornecedores. Demonstra, a partir dos dados levantados, que os hospitais percebem seu relacionamento com fornecedores mais estável e maduro do que o relacionamento com os planos de saúde. Corroborando evidências empíricas de pesquisas anteriores, os dados parecem apontar também para uma possível dependência financeira dos hospitais em relação às operadoras de planos de saúde.

Palavras-chave: Contabilidade gerencial. Administração estratégica de custos. Hospitais privados.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **O desafio do acesso a medicamentos nos sistemas públicos de saúde**: relatório do Seminário Internacional de Assistência Farmacêutica do Conass, realizado em 15 e 16 de junho de 2009, em Brasília/DF. Brasília: CONASS, 2010. 108 p. (CONASS Documenta, n. 20). ISBN 978-85-89545-58-7. Disponível em: <www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_20.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2013.

Resumo: Relata as apresentações e os debates ocorridos durante o Seminário Internacional de Assistência Farmacêutica do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), incluindo os desafios do acesso aos medicamentos nos sistemas públicos de Saúde, com exemplos da Europa, da América do Norte e da América Latina; o desafio do acesso a medicamentos em sistemas públicos de Saúde; o acesso aos medicamentos e as políticas farmacêuticas na Europa; a experiência brasileira na implantação e na estruturação da Assistência Farmacêutica; preços e *marketing* como obstáculos ao acesso ao medicamento certo: o exemplo norte-americano; o acesso aos medicamentos e as políticas farmacêuticas na América Latina; reflexões sobre a Assistência Farmacêutica no SUS e a experiência brasileira na implantação e na estruturação da Assistência Farmacêutica; a experiência dos municípios brasileiros na implantação e na estruturação da Assistência Farmacêutica; o papel da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) na avaliação e na incorporação de tecnologias no SUS; o direito à saúde e o acesso a medicamentos; a importância da avaliação de tecnologias para garantir o acesso a medicamentos seguros e eficazes nos sistemas públicos de saúde; avaliação de tecnologias em saúde e impactos no SUS; e incorporação de tecnologias pelo Ministério da Saúde.

Palavras-chave: Assistência farmacêutica. Medicamentos para atenção básica. Política Nacional de Medicamentos. Acesso aos serviços de Saúde.

CREMADEZ, Michel. A gestão estratégica dos hospitais na França: balanço e perspectivas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2285-2296, 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a04.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: A gestão estratégica é introduzida nos hospitais franceses no final da década de

1980, em um contexto de ineficácia e necessidade de controle das despesas de saúde. Este conceito tem inspirado uma série de reformas do governo, da organização e da dinâmica dos hospitais e do modo de regulação do sistema de saúde francês, pressupondo uma verdadeira mudança da cultura profissional. As mudanças no contexto econômico e no modo de financiamento dos hospitais, no comportamento dos usuários, o envelhecimento da população, o desenvolvimento das patologias crônicas e a intensificação da concorrência constituem novos desafios a serem enfrentados. O envolvimento dos atores é fundamental e a gestão estratégica, baseada na mobilização dos atores, torna-se, hoje, um modo de administração particularmente adaptado à área da Saúde. Este artigo tem por objetivo apresentar o impacto do conceito de gestão estratégica na evolução do meio hospitalar francês e as consequências desta evolução sobre as perspectivas de difusão da gestão estratégica no setor da Saúde. Para isso, examina-se a evolução do contexto francês até 2010, os novos desafios que os hospitais franceses devem enfrentar e, por fim, as consequências desses desafios sobre a maneira de conceber os serviços, de administrar as relações entre os atores do sistema de saúde e de organizar o funcionamento operacional dos hospitais.

Palavras-chave: Gestão estratégica. Gestão hospitalar. Mudança organizacional. Redes de cuidados coordenados. Percurso do paciente.

MACHADO, Cristiani Vieira; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; LIMA, Luciana Dias de. O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2367-2382, 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a12.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: Enfoca o planejamento nacional da política de saúde de 2003 a 2010, à luz da trajetória do planejamento estatal no Brasil e do contexto do Governo Lula. Inicialmente, traça um histórico dos momentos relevantes para o planejamento nacional, considerando suas interfaces com a saúde. A seguir, situa o contexto governamental e discute as estratégias e os instrumentos de planejamento em saúde recentes. A metodologia envolve a revisão bibliográfica e a análise de documentos – os planos plurianuais, o Plano Nacional de Saúde, o Pacto pela Saúde e o Mais Saúde – considerando o seu propósito, conteúdo e processo de elaboração. Os resultados sugerem um adensamento do planejamento nacional em saúde, visando dar direcionalidade à política. Identifica dois momentos no planejamento federal em saúde: entre 2003 e 2006, predominou uma orientação participativa e gerencialista; entre 2007 e 2010, a orientação gerencialista se manteve e houve um esforço de atrelar a política de saúde ao modelo de desenvolvimento. Apesar dos avanços, o planejamento em saúde expressou limitações como a não regulamentação do financiamento setorial, que tem comprometido a execução dos planos, o escasso enfrentamento de problemas estruturais do sistema de Saúde e a fragilidade da lógica territorial.

Palavras-chave: Planejamento em Saúde. Planejamento nacional. Política de Saúde. Ministério da Saúde.

ROCHA, Romero C. B.; MEDICI, André. Federal University Hospitals and Stochastic Frontier Model. ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA, 38, Salvador. [**Anais...**]. Niterói: ANPEC, 2010. Disponível em: <www.anpec.org.br/encontro_2010.htm#TRABALHOS>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: Caracteriza os Hospitais Universitários Federais (HUFs) brasileiros em termos de sua importância, suas fraquezas, suas fortalezas e suas necessidades. Além disso, analisa a relação entre os HUFs e o sistema hospitalar do SUS, tentando explicar como eles podem melhorar a qualidade do atendimento e racionalizar esta relação. Revisita alguns estudos para entender a melhor maneira de os hospitais organizarem sua governança. Finalmente, roda um modelo de fronteira estocástica no intuito de construir *rankings* de eficiência para os hospitais e analisar o quanto eles poderiam aumentar sua produção com os insumos que possuem. Os resultados encontrados nos estudos revisitados mostram que a melhor maneira de organizar a governança é por meio do modelo de Organizações Sociais (OS), na qual o governo contrata um operador privado sem fins lucrativos para administrar as unidades. No entanto, as unidades continuam sendo propriedade do governo e 100% financiadas pelo governo sob um contrato de desempenho baseado em resultado com riscos financeiros. Os resultados encontrados no modelo de fronteira mostram que os hospitais estão mais perto da eficiência na produção ambulatorial do que na produção hospitalar. Entretanto, esta análise não leva em consideração a gravidade dos casos, que é o que pode estar produzindo estes resultados. Comparando-se o *ranking* dos hospitais no modelo com o *ranking* dos hospitais produzido por meio da taxa de rotatividade dos leitos, obtêm-se resultados similares, o que nos deixa confiantes sobre a estratégia utilizada no modelo.

Palavras-chave: Hospitais universitários. Sistema Único de Saúde (SUS). Fronteira estocástica.

SACARDO, Daniele Pompei; FORTES, Paulo Antonio de Carvalho; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Novas perspectivas na gestão do sistema de saúde da Espanha. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 170-179, 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n1/14.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2013.

Resumo: Ao longo dos últimos 25 anos, a organização do sistema de saúde na Espanha vem adotando diversas medidas que reorientaram seu gerenciamento, melhoraram sua eficiência e aprimoraram seu sistema de financiamento, resultado de profundas reformas e da introdução de novos instrumentos de gestão. Este artigo é resultado de uma análise documental que objetivou descrever a trajetória de conformação do sistema de saúde espanhol e sua organização na contemporaneidade. Apresenta alguns determinantes históricos que tornaram possíveis as reformas no setor sanitário, como a descentralização para o nível das comunidades autônomas, a incorporação de mecanismos de coordenação e a integração e o financiamento dos novos e distintos formatos organizativos coexistentes no país. Além disso, identifica desafios que emergem no cenário atual do Sistema Nacional de Saúde, como o fenômeno da imigração, o avançado processo de transição demográfica, a crescente demanda por melhorias na qualidade da atenção e de incorporação tecnológica. Todos esses fatores influem na sustentabilidade do sistema, o que motivou a criação de mais um espaço para o estabelecimento de consensos sobre o papel fundamental do sistema sanitário para o estado de bem-estar espanhol.

Palavras-chave: Sistemas de Saúde. Políticas de Saúde. Reformas sanitárias. Modalidades de gestão.

SANTOS, Silvone Santa Bárbara da Silva. **Avaliação da capacidade de gestão descentralizada da vigilância epidemiológica no estado da Bahia**. 2010. Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia, Bahia (BA), 2010.

Resumo: Avalia a capacidade de gestão descentralizada da vigilância epidemiológica (VE) no Estado da Bahia, Brasil, a partir de três dimensões: dimensão operacional, dimensão organizacional e dimensão da sustentabilidade da gestão, respondendo às seguintes questões: qual é a capacidade de gestão da Vigilância Epidemiológica nos municípios baianos? Por que no Estado da Bahia os municípios possuem graus diferenciados de capacidade de gestão da VE? A pesquisa demonstrou que, dos municípios amostrados, 71% possuem uma capacidade regular para manter e mobilizar os recursos que garantam condições desejáveis para atuar em VE (dimensão operacional); 39,5% apresentam uma avaliação precária na dimensão organizacional, evidenciando uma relação frágil na esfera municipal quanto à autonomia de decidir; 50% dos municípios evidenciaram que existe uma fragilidade nos mecanismos e nas estratégias de gestão que ampliem e solidifiquem as parcerias e alianças para sustentar os resultados declarados e pretendidos. Por outro lado, os estudos de caso demonstraram que o município com melhor capacidade de gestão é aquele cujo gestor tem maior potencial de operar os recursos oriundos da posição que ocupa (financeiros, normativos, materiais, relacionais, técnicos e de informação), somado à capacidade deste mesmo ator em controlar, negociar e articular com outros atores. Assim, a capacidade de gasto que o município possui, somado a uma maior autonomia no processo decisório, confere uma melhor capacidade de gestão de VE. Com a descentralização da VE, definindo a natureza compartilhada da gestão entre as três esferas de governo, não se pode negar a melhoria de alguns indicadores de saúde. No entanto, existe uma expressiva variação na capacidade de gestão dos municípios, evidenciada nos estudos de caso, que é determinada em função das desigualdades sociais, econômicas, políticas e dos mecanismos de gestão adotados.

Palavras-chave: Capacidade de gestão. Avaliação. Descentralização. Vigilância epidemiológica – Bahia.

TREVISAN, Leonardo; JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. Gestão em rede do SUS e a nova política de produção de medicamentos. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 638-652, 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/15.pdf>. Acesso em: 1 fev. 2013.

Resumo: Na previsão orçamentária do Ministério da Saúde, entre 2008 e 2011, o governo pretendia gastar R$ 12 bilhões por ano com compras na área farmacêutica para o atendimento das necessidades do sistema de Saúde. Avaliar o desenvolvimento tecnológico implícito na produção competitiva de 20 produtos estratégicos para o Sistema Único de Saúde é objetivo relevante de análise, se a evolução do vínculo entre a produção nacionalizada de fármacos e a gestão em rede do SUS também for avaliada. A nova política de medicamentos visa conter tanto o déficit comercial do setor farmacêutico como garantir forte investimento

na complementaridade da oferta de medicamentos, com o programa *Aqui Tem Farmácia Popular*. Essa política terá impacto na questão orçamentária da saúde e na execução do Programa *Mais Saúde: Direito de Todos 2008–2011*, a partir de medidas estruturadas em sete eixos com objetivo definido: "articular a dimensão econômica e a social da saúde". A hipótese de análise principal avalia se o perfil desses novos "eixos integradores" funciona como faces interativas de um "pacto de gestão" que inclua a oferta de medicamentos. A hipótese secundária avalia se o princípio de rede tem conexão operacional com o eixo Complexo Industrial da Saúde (CIS). As conclusões sugerem que a "previsão de demanda" não foi contemplada na lógica de gestão em rede e não foi ponderado que o atendimento em saúde compõe um "mercado imperfeito". Também identificou na nova política de medicamentos prioridade para a concepção de uma rede interorganizacional, preservando a dependência de instâncias, sem incentivo à descentralização dos processos decisórios.

Palavras-chave: Gestão em rede. Pacto de gestão. Sistema Único de Saúde (SUS). Sistema da Política de Medicamentos.

UGÁ, Maria Alicia D. et al. (org.). **A gestão do SUS no âmbito estadual**: o caso do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. 380 p. ISBN 978-85-7541-198-8.

Resumo: Política, planejamento e gestão em saúde: três pilares do SUS em revisão em uma obra que traz a contextualização histórica desde os anos 1970, quando surgiu a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) e grande parte da produção teórica referia-se apenas às políticas de Saúde. Já nos anos 1980, o foco direcionou-se especialmente aos estudos sobre planejamento. A década seguinte foi a era da gestão, do estudo de modelos e de programas; e, enfim, no novo milênio, predominaram investigações sobre a avaliação de programas e de serviços. Um movimento do geral ao particular, indicativo de dificuldades ideológicas – enfraquecimento da cultura das políticas públicas – e de contrastes entre as políticas e a gestão em saúde, no nascimento da nova política científica brasileira.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS) – Abrangência geográfica estadual – Rio de Janeiro (RJ). Gestão do trabalho no SUS. Administração em Saúde. Estadualização.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LIMA, Luciana Dias de; FERREIRA, Maria Paula. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 5, p. 2317-2326, 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a07.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: O atraso na implementação da estratégia da regionalização e a fragilidade de iniciativas combinadas de descentralização e regionalização no Brasil requerem explicação. O presente trabalho levanta algumas hipóteses para elucidar essa intrincada questão e analisa os condicionantes estruturais do processo de regionalização em curso nos estados. Para isso, elabora uma tipologia nacional das regiões de saúde que as diferenciam segundo graus de desenvolvimento econômico, social e as características da rede de saúde dos municípios que compõem os Colegiados de Gestão Regional (CGR), formalmente implantados até janeiro de 2010. Para a construção da tipologia, adotaram-se os modelos de análise fatorial

e de análise de agrupamentos (*cluster analysis*). Foram identificados cinco grandes grupos socioeconômicos de CGR, descritos de acordo com sua distribuição regional, sua população, sua despesa em saúde, o perfil da oferta (incluindo *mix* público e privado) e a cobertura de serviços de Saúde. Os resultados encontrados servem como norteadores da constituição de redes de atenção à saúde e de novas iniciativas no campo regional, de forma a aprimorar a política de regionalização e favorecer a construção de instrumentos de regulação diversificados, flexíveis e, sobretudo, mais ajustados às realidades regionais.

Palavras-chave: Regionalização. Política de Saúde. Colegiados de gestão. Sistema Único de Saúde (SUS).

Gestão em Saúde 2011

BITTAR, Olímpio J. Nogueira V.; MENDES, José Dínio Vaz; MAGALHAES, Adriana. Administração de sistemas e serviços de saúde: competências exigidas na atualidade**. RAHIS**: Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde, Belo Horizonte, n. 7, p. 30-44, jul./dez., 2011. Disponível em: <web.face.ufmg.br/face/revista/index.php/rahis/article/view/1491/941>. Acesso em: 21 jan. 2013.

Resumo: Objetivo: estimular debate sobre as competências profissionais necessárias e/ou desejáveis para garantir ao setor Saúde, seja público ou privado, gestão com qualidade, alta produtividade, qualidade e custos sustentáveis. Métodos: apresentação sucinta das variáveis que influenciam o meio interno e externo dos sistemas e serviços de Saúde e a sua evolução enquanto quantidade e complexidade de procedimentos ao longo da segunda metade do século XX. Resultado: a dinâmica das mudanças nos sistemas de Saúde é acentuada e rápida, características que exigem interação entre o aparelho formador de recursos humanos, o gestor e o prestador, na promoção da atualização dos conteúdos das disciplinas de acordo com as necessidades de saúde da população, das atuais demandas do mercado (no que se refere ao setor privado), de doenças novas e negligenciadas e de tecnologias emergentes. Conclusão: o setor Saúde depende cada vez mais de tecnologia e capacitação de recursos humanos. Complicados, complexos, com custos e riscos elevados, necessitam de gestão diferenciada, se comparada com a de outras empresas.

Palavras-chave: Administração hospitalar. Necessidades e demandas de serviços de Saúde. Administração de recursos humanos. Administração em Saúde.

BONACIM, Carlos Alberto Grespan et al. A influência da estrutura organizacional nos controles internos de uma fundação para pesquisa, prevenção e assistência do câncer do interior paulista. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2635-2642, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a33v16n5.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: O estudo centra-se na discussão de que o nível da estrutura organizacional interfere nas práticas de controle interno das organizações não governamentais (ONGs), sobretudo das ligadas à saúde. Observa a eficiência dos testes de controle interno aplicados dentro de uma estrutura organizacional da Fundação para Pesquisa, Prevenção e Assistência do Câncer, verificando a confiabilidade dos relatórios contábeis e dos controles operacionais. Como metodologia, realiza um estudo de caso em uma organização de saúde do terceiro setor. O estudo de caso ocorreu por meio de entrevistas e análises de relatórios confidenciais. Diante de uma avaliação da estrutura organizacional (das relações entre funcionários e voluntários) e da aplicação de procedimentos de avaliação da qualidade dos controles internos, avalia o quanto o nível da estrutura organizacional interfere nas práticas de controle interno do hospital. Observa que existem mecanismos de controle estruturados na instituição, porém a execução desses controles deixa a desejar. Constata também que o nível da estrutura organizacional interfere, sim, nas práticas de controle interno da entidade.

Palavras-chave: Entidades do terceiro setor. Fundação para Pesquisa, Prevenção e Assistência do Câncer. Controle interno. Estrutura organizacional.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Glossário temático**: banco de preços em saúde. Brasília, 2011. 37 p. (Série A. Norma e Manuais Técnicos). ISBN 978-85-334-1801-1. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_banco_preco_saude.pdf>. Acesso em: jan. 2013.

Resumo: Identifica os termos próprios da área técnica. Fornece referências para a compreensão de termos e conceitos. Proporciona a exatidão conceitual e define a atuação de cada termo em seus diferentes contextos institucionais. Elimina ambiguidades para facilitar a comunicação interna. Contribui para a tradução especializada. Permite a elaboração da linguagem documentária do Tesauro do Ministério da Saúde. Organiza e divulga informações técnicas e profissionais e se constitui em um instrumento para representação e transmissão do conhecimento especializado. Elaborado conjuntamente pelas equipes do Banco de Preços em Saúde (BPS) e do Projeto de Terminologia da Saúde, este *Glossário Temático: Banco de Preços em Saúde* reúne os principais vocábulos utilizados na linguagem do campo de atuação dessa área técnica. Nesse conjunto, dado o enfoque, poderão não ser citados aqueles vocábulos com significados facilmente encontrados nos dicionários de língua portuguesa, haja vista que já são consenso e independem do Ministério da Saúde (MS).

Palavras-chave: Banco de Preços em Saúde (BPS) – Glossário. Terminologia. Disseminação de informação. Glossário temático – Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento. **Padrão descritivo de medicamentos**: unidade catalogadora do catálogo de materiais do Ministério da Saúde: UC/MS-CATMAT. Brasília, 2011. 157 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). ISBN 978-85-334-1808-0. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/padrao_descritivo_medicamentos_2011.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2013.

Resumo: Oferece aos gestores e técnicos do Sistema Único de Saúde (SUS) as descrições padronizadas de medicamentos, acompanhadas das respectivas unidades de fornecimento, constantes no Catálogo de Materiais (Catmat), as quais constituem a base das especificações técnicas necessárias à elaboração de termos de referência dos processos de licitação. Contribui com a gestão das aquisições de medicamentos por instituições públicas, ao ofertar lista de descrições padronizadas de medicamentos do Catmat, dos medicamentos que constam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), dos Componentes Básico, Especializado e Estratégico da Assistência Farmacêutica. Espera-se que esta publicação possa cumprir seu papel como produto de cooperação técnica no SUS, a fim de fomentar a eficiência no uso dos recursos, a serviço da população brasileira.

Palavras-chave: Política Nacional de Medicamentos – Brasil. Medicamentos – Aquisição. Planejamento em Saúde.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Política Nacional de Atenção Oncológica**. Relator: Ministro José Jorge. Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo,

2011. 132 p. (Relatório de auditoria operacional). Disponível em: <portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/comunidades/programas_governo/areas_atuacao/saude/Rel_Oncologia.pdf>. Acesso em: 24 jan.2013.

Resumo: Considerando o aumento da incidência de câncer no Brasil e dos gastos federais com tratamentos oncológicos, que ultrapassaram R$ 1,9 bilhão em 2010 e, ainda, as deficiências na estrutura da rede de atenção em oncologia apuradas em levantamento realizado na Função Saúde, este trabalho relata a realização de auditoria operacional no Ministério da Saúde, na Secretaria de Atenção à Saúde e no Instituto Nacional de Câncer com o objetivo de avaliar a Política Nacional de Atenção Oncológica. Desenvolve como estratégia metodológica análises quantitativas, com a utilização de bancos de dados sobre os tratamentos de câncer; pesquisa por correio eletrônico, com envio de questionários para médicos oncologistas, estabelecimentos habilitados e associações de apoio a pacientes; e estudos de caso em sete unidades da Federação, com a realização de entrevistas com gestores, profissionais de Saúde e pacientes. As análises realizadas evidenciaram que a estrutura da rede de atenção oncológica não tem possibilitado acesso tempestivo e equitativo ao diagnóstico e ao tratamento de câncer. A partir das constatações realizadas, conclui-se que os investimentos governamentais e os mecanismos existentes para a estruturação da rede de atenção oncológica para atender a demanda por tratamento não têm sido suficientes. Essa situação acaba inviabilizando o acesso aos tratamentos de câncer para contingentes consideráveis da população brasileira que deles necessitam. Recomenda, ainda, a adoção de medidas visando à efetividade do RHC, de maneira que contemple o cálculo e a divulgação de indicadores nacionais de tempestividade dos atendimentos e de sobrevida dos pacientes, possibilitando o aperfeiçoamento das decisões gerenciais e o estímulo à melhoria contínua da prestação dos serviços oncológicos.

Palavras-chave: Auditoria operacional – Brasil. Oncologia – Brasil. Câncer – Brasil. Administração em Saúde – Auditoria.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Farmácia Básica no DF**. TC 018.405/2010-0. Relatório, Voto e Acórdão 182/2011 – Plenário, em 2 fev. 2011. Relatório de Auditoria. Entidade: Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Relator: Ministro José Jorge. Disponível em: <portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/comunidades/programas_governo/areas_atuacao/saude>. Acesso em: 22 jan. 2013.

Resumo: Como parte de uma Fiscalização de Orientação Centralizada (FOC), analisa a implantação e operacionalização da Assistência Farmacêutica Básica pelos três níveis da Federação, avaliando a eficiência na gestão dos recursos pelos entes estaduais e municipais e os controles realizados pelo Ministério da Saúde. No Distrito Federal, avalia aspectos relacionados ao planejamento da Assistência Farmacêutica, à seleção e programação dos medicamentos, ao seu armazenamento e à sua distribuição para as unidades básicas de Saúde, além da dispensação para a população. Consta que, além de aplicar recursos federais repassados para a Assistência Farmacêutica, o Distrito Federal custeia a aquisição de medicamentos com recursos federais repassados para outras áreas com desvio de finalidade. Propõe determinar à Secretaria de Saúde do Distrito Federal que as despesas

com a aquisição de medicamentos da Assistência Farmacêutica Básica sejam realizadas com recursos orçamentários alocados no programa de trabalho específico. Além disso, determina ao Distrito Federal a adoção de medidas que corrijam falhas nos procedimentos de controle de estoque, de forma a mitigar os riscos de desvios de medicamentos e permitir a melhoria da gestão do programa. Espera que o Distrito Federal apure adequadamente a demanda por medicamentos, realize programação de compras condizente com a necessidade da população e economize recursos públicos, por meio da adoção de medidas que assegurem a eficiência do gasto público.

Palavras-chave: Auditoria operacional – Brasil. Assistência farmacêutica – Brasil. Administração em Saúde – auditoria. Medicamentos para atenção básica. Investigação de resultados em Saúde.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Farmácia básica**. TC 011.290/2010-2. Relatório, Voto e Acórdão 1459/2011 – Plenário, em 1 jun. 2011. Relatório de Auditoria. Entidade: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde. Relator: Ministro José Jorge. Disponível em: <portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/comunidades/programas_governo/areas_atuacao/saude>. Acesso em: 18 jan. 2013.

Resumo: Auditoria operacional, integrante da Fiscalização de Orientação Centralizada, destinada a analisar a implantação e operacionalização da Assistência Farmacêutica Básica pelos três níveis da Federação, avaliando a eficiência na gestão dos recursos pelos entes estaduais e municipais e os controles realizados pelo Ministério da Saúde (FOC Farmácia Básica).

Palavras-chave: Auditoria operacional. Fiscalização de orientação centralizada. Promoção da assistência farmacêutica e insumos estratégicos na atenção básica em saúde. Programa de governo – Avaliação.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Ações de vigilância sanitária e medicamentos.** TC 017.238/2006-3. Relatório, Voto e Acórdão 2361/2011 – Relatório de auditoria. Entidade: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Relator: Ministro José Múcio Monteiro. Disponível em: <portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/comunidades/programas_governo/areas_atuacao/saude>. Acesso em: 10 jan. 2013.

Resumo: Trata de auditoria operacional conduzida pela Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo (Seprog) na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para avaliar os processos relacionados à vigilância sanitária de medicamentos.

Palavra-chave: Vigilância sanitária de medicamentos.

CASIMIRO, Cledenir Formiga. **Uma reflexão sobre os caminhos da formação de gestores de saúde:** um estudo de caso da adequação entre a teoria e a prática. 2011. Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), 2011.

Resumo: O cotidiano dos problemas de gestão de Saúde perpassa o contexto das políticas econômicas, interage com as faces das incorporações tecnológicas, estando intimamente

relacionado aos componentes regional e social. Nesse ambiente, o mundo da educação e o trabalho mantêm relação estreita, associando os resultados das ações de saúde às necessidades de ações educacionais guiadas por avaliações sistemáticas. A busca de soluções dos problemas que permeiam as dificuldades de gestão dos sistemas e serviços de Saúde está intimamente relacionada ao grau de afinidade entre as ações teórico-práticas que se desenvolvem no terreno da educação profissional. O estudo da adequação dos conteúdos educacionais às necessidades contextuais dos processos de trabalho importa na leitura das condições de enfrentamento dos problemas cotidianos. As dificuldades ou facilidades de soluções podem variar em função do nível de apropriação dos saberes trabalhados no processo de aprendizagem. Neste sentido, a medição da adequação do processo de capacitação necessita da participação de atores que proporcionem respostas nos dois cenários. As necessidades de desempenho dos gerentes podem ser facilitadas pela capacidade de análises contextuais e pelo domínio de manuseio de ferramentas técnicas que se configurem como instrumentos de resolução de problemas na realidade cotidiana. O acompanhamento dos alunos egressos é uma das ferramentas que auxiliam a reestruturação e modernização da capacitação profissional. Neste sentido, o diagnóstico resultante deste trabalho servirá de base para a programação de um conjunto coerente de atividades capaz de promover a adaptação dos conteúdos às necessidades da educação profissional na área de gestão em saúde. Os resultados dessa pesquisa buscaram oferecer subsídios na formulação de conteúdo programático que fomentem as necessidades de profissionalização da gestão na saúde. Considera-se, também, que o espaço de atuação do Instituto de Medicina Social contempla a pós-graduação *lato* e *stricto sensu*. O presente estudo com os egressos do Curso de Especialização em Gestão de Saúde pode promover a integração e subsidiar futuras articulações entre estas duas áreas de ensino.

Palavras-chave: Licenciamento hospitalar. Acreditação. Organizações de manutenção da saúde – Teses. Serviços de Saúde – Teses.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Coleção para entender a gestão do SUS 2011**. Brasília, 2011. Disponível em: <www.conass.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=51&Itemid=21>. Acesso em: 2 fev. 2013.

Resumo: A *Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS* representa uma contribuição do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) para o aprimoramento da gestão do SUS. O Conass lança a *Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011*. Revisada e com conteúdos atualizados, que contemplam toda a mudança ocorrida no SUS até hoje, a Coleção 2011 incorpora, ainda, novos temas que foram prioridades do Conass nos últimos quatro anos, como, por exemplo, o impacto da violência no SUS, as recentes decisões sobre a questão das demandas judiciais, o processo de implementação do Pacto pela Saúde e a organização das Redes de Atenção à Saúde.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS). Gestão do trabalho no SUS.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2011. 291 p. (Coleção para entender a gestão do SUS, v. 1). ISBN 978-85-89545-61-7. Disponível em: <www.conass.org.br/colecao 2011/livro_1.pdf>. Acesso em: fev. 2013.

Resumo: Aborda a importância das Secretarias Estaduais de Saúde e da sua entidade representativa – o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) – na construção do sistema público de Saúde no Brasil, além de fazer um registro do processo de implantação do Pacto pela Saúde no momento atual. O livro *Sistema Único de Saúde* apresenta os antecedentes históricos da criação do SUS, a conformação legal a partir da Constituição de 1988 e os seus desdobramentos normativos até os dias de hoje. Aborda os instrumentos e as estratégias fundamentais para a sua implementação (como seu planejamento, os sistemas de informação e a participação social) e descreve o processo de implantação do SUS, seus avanços e desafios.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS). Gestão do trabalho no SUS.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **O financiamento da saúde**. Brasília, 2011. 124 p. (Coleção para entender a gestão do SUS, v. 2). ISBN 978-85-89545-62-4. Disponível em: <www.conass.org.br/colecao2011/ livro_2.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2013.

Resumo: O Financiamento da Saúde é um livro que traz o panorama do financiamento do setor no Brasil, as informações mais atualizadas sobre as mudanças ocorridas a partir do Pacto pela Saúde e reflete a preocupação constante com a inadequação do financiamento para a área. Trata do financiamento setorial da Saúde com foco no setor público e aborda, entre outros aspectos, as principais formas de financiá-lo, a Emenda Constitucional n° 29, a origem e a distribuição das receitas públicas e a evolução do gasto com saúde das três esferas de governo. O livro traz ainda as fontes de receitas federais do SUS, suas prioridades alocativas e seus efeitos no processo de descentralização.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS). Gestão do trabalho no SUS. Saúde – Financiamento.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília, 2011. 197 p. (Coleção para entender a gestão do SUS, v. 3). ISBN 978-85-89545-63-1. Disponível em: <www.conass.org.br/ colecao2011/livro_3.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2013.

Resumo: Aborda o conceito de Atenção Primária à Saúde (APS), o seu papel na construção do SUS, seus princípios e sua importância para a eficiência e a efetividade dos sistemas de Saúde, bem como destaca alguns desafios para o seu fortalecimento. Apresenta com destaque o papel da APS na conformação das redes de atenção à saúde e na coordenação do cuidado. Nesse sentido, merecem destaque as ações do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), por meio da realização de Oficinas sobre Redes de Atenção à Saúde e de Planificação da Atenção Primária à Saúde. São abordados os aspectos organizacionais, de financiamento, com ênfase para a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS). Gestão do trabalho no SUS. Atenção à saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Atenção Primária à Saúde (APS).

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Assistência de média e alta complexidade no SUS**. Brasília, 2011. 223 p. (Coleção para entender a gestão do SUS, v. 4). ISBN 978-85-89545-641-8. Disponível em: <www.conass.org.br/ colecao2011/livro_4.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2013.

Resumo: Aborda a organização da Assistência à Saúde no que se refere às ações de média e alta complexidade do SUS e a base normativa vigente por área de assistência, além de conter informações de caráter prático e operacional sobre a organização, o financiamento e a gestão. Nele são apresentados os conceitos gerais sobre assistência de média e alta complexidade no SUS, a relação entre atenção primária e atenção em média e alta complexidade, a importância da produção de média e alta complexidade no SUS e o papel a ser desempenhado pelas três esferas de governo. Também são descritas, com informações atualizadas, as Políticas Nacionais de Saúde por área, com ênfase na assistência de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, além de toda a legislação que orienta a organização das ações de média e alta complexidade, as responsabilidades dos gestores e a forma de financiamento.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS). Gestão do trabalho no SUS. Assistência à saúde. Políticas públicas em Saúde – Média complexidade. Políticas públicas em Saúde – Alta complexidade.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Vigilância em saúde**: parte 1. Brasília, 2011. 320 p. (Coleção para entender a gestão do SUS, v. 5). ISBN 978-85-89545-65-5. Disponível em: <www.conass.org.br/ colecao2011/livro_5.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2013.

Resumo: Apresenta a organização atual da área de Vigilância em Saúde nos seus aspectos políticos, técnicos e operacionais e traz informações atualizadas sobre o perfil demográfico e epidemiológico do Brasil. Aborda o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, sua organização nas três esferas de gestão do SUS e seu financiamento. Quanto à vigilância em saúde do trabalhador, apresenta a atual situação epidemiológica, a organização da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) e seu financiamento. Também aborda os sistemas de informações da Vigilância em Saúde e ainda as responsabilidades compartilhadas entre as três esferas de gestão, os principais programas de prevenção e controle de doenças transmissíveis e não transmissíveis.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS). Gestão do trabalho no SUS. Vigilância em Saúde. Vigilância sanitária de serviços de Saúde.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Vigilância em saúde**: parte 2. Brasília, 2011. 113 p. (Coleção para entender a gestão do SUS, v. 6). ISBN 978-85-89545-66-2. Disponível em: <www.conass.org.br/ colecao2011/livro_6.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2013.

Resumo: Trata do tema Vigilância Sanitária, visando proporcionar aos secretários de estado de Saúde e à sua equipe a visão de como esta área está inserida no Sistema Estadual de

Saúde. Apresenta o campo de abrangência da Vigilância Sanitária, sua área de atuação e o processo de trabalho no contexto da administração pública e detalha sua organização, sob quais preceitos foi criada e como está sendo desenvolvida no Brasil. O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária também é apresentado em seus aspectos estruturais, de financiamento e de gestão, bem como sua inserção no processo de pactuação do SUS.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS). Gestão do trabalho no SUS. Vigilância em Saúde. Vigilância sanitária de serviços de Saúde.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Assistência farmacêutica no SUS**. Brasília, 2011. 186 p. (Coleção para entender a gestão do SUS, v. 7). ISBN 978-85-89545-67-9. Disponível em: <www.conass.org.br/colecao2011/livro_7.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2013.

Resumo: Aborda os principais aspectos relacionados à Assistência Farmacêutica no SUS e serve de fonte de informação para os gestores e técnicos das secretarias estaduais de Saúde, pois apresenta de forma sistemática toda a gestão da Assistência Farmacêutica, com ênfase para o ciclo da Assistência Farmacêutica em seus aspectos técnico-operacionais. Traz, ainda, as informações mais atualizadas sobre a Assistência Farmacêutica no SUS no contexto do Pacto pela Saúde e dos componentes estabelecidos: Básico, Estratégico e Especializado. Nele é enfatizada a importância da adoção dos protocolos clínicos como orientadores e disciplinadores do acesso aos medicamentos no SUS e é apresentada a questão das demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos, bem como as informações mais recentes sobre importantes decisões tomadas no âmbito do Poder Judiciário sobre o tema.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS). Gestão do trabalho no SUS. Assistência farmacêutica.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **A gestão administrativa e financeira no SUS.** Brasília, 2011. 132 p. (Coleção para entender a gestão do SUS, v. 8). ISBN 978-85-89545-68-6. Disponível em: <www.conass.org.br/colecao2011/livro_8.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2013.

Resumo: Aborda questões relacionadas à gestão administrativa e financeira do SUS, envolvendo toda a sistemática processual, indo do planejamento à aquisição, da elaboração à assinatura dos contratos administrativos, abordando inclusive a fiscalização deles. Trata da incorporação de novos conhecimentos e novas tecnologias e modernas ferramentas gerenciais e administrativas, principalmente no campo da tecnologia da informação e comunicação. O livro aborda também, de forma detalhada, as alternativas de gerência de unidades públicas de Saúde, como organizações sociais, fundação estatal e consórcios públicos.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS). Gestão do trabalho no SUS. Administração em Saúde.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **A gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília, 2011. 120 p. (Coleção para entender a gestão do SUS, v. 9). ISBN 978-85-89545-69-3. Disponível em: <www.conass.org.br/ colecao2011/livro_9.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2013.

Resumo: Aborda questões como planos de cargos, carreiras e salários; a implantação de mesas estaduais de negociação; o planejamento, a modernização e a informatização do sistema de informação de Recursos Humanos (RH) nas secretarias estaduais de Saúde (SES); a formulação e a implementação de programas de educação permanente, além de apresentar as políticas e os programas pactuados pelos gestores do SUS para a operacionalização da Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, com informações atualizadas e análises consistentes, de modo a tornar a leitura ágil e facilitar a compreensão de todos.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS). Gestão do trabalho no SUS. Administração em Saúde. Gestão do trabalho e da educação em Saúde.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Regulação em saúde**. Brasília, 2011. 126 p. (Coleção para entender a gestão do SUS, v. 10). ISBN 978-85-89545-70-9. Disponível em: <www.conass.org.br/colecao2011/livro_10.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2013.

Resumo: Reflete sobre os conceitos da regulação como macrofunção de gestão do SUS. Aborda os conceitos relativos à regulação assistencial, a política de regulação vigente e os aspectos técnico operacionais para a implantação dos complexos reguladores. Apresenta a base legal e normativa vigente no SUS relativa à contratualização dos serviços de Saúde, ao controle e à avaliação e ao papel do Sistema Nacional de Auditoria, além de contemplar a programação de ações e serviços para o atendimento às necessidades da população.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS) – Regulação. Gestão do trabalho no SUS. Administração em Saúde. Controle social da gestão do trabalho no SUS.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Ciência e tecnologia em saúde**. Brasília, 2011. 143 p. (Coleção para entender a gestão do SUS, v. 11). ISBN 978-85-89545-71-6. Disponível em: <www.conass.org.br/ colecao2011/livro_11.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2013.

Resumo: Aborda a importância da ciência e da tecnologia em saúde no provimento efetivo de ações e serviços de Saúde, enfatizando os aspectos que se configuram como de responsabilidade dos gestores. Contempla o panorama atual do complexo econômico-industrial da saúde, enfocando os principais produtos e insumos estratégicos para as políticas e os programas e apresenta conceitos básicos relativos à gestão da tecnologia da informação. Também apresenta os principais aspectos relacionados a estudos e pesquisas em saúde no Brasil, bem como as informações atualizadas sobre os desafios da incorporação de tecnologia no SUS e as linhas de pesquisa no SUS, além de trazer de forma detalhada a Política Nacional de Ciência e Tecnologia e Inovação em Saúde.

Palavras-chave: Ciência e tecnologia em Saúde. Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde. Gestão do trabalho no SUS.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Saúde suplementar**. Brasília, 2011. 148 p. (Coleção para entender a gestão do SUS 2011, v. 12). ISBN 978-85-89545-72-3. Disponível em: <www.conass.org.br/colecao2011/livro_12.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2013.

Resumo: Um dos desafios encontrados nos últimos anos para os gestores da área da Saúde tem sido a regulação do setor de Saúde Suplementar e o estabelecimento da necessária interface com o SUS. Apresenta a regulamentação do setor de planos e seguros de saúde no Brasil de forma detalhada, com a descrição das características gerais do sistema de Saúde no Brasil, da situação atual do mercado de Saúde Suplementar e o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Traz também informações atualizadas sobre o ressarcimento dos planos de saúde, a cobertura por região e o faturamento das operadoras, bem como a recente ampliação de procedimentos previstos. Aborda as interfaces do setor de Saúde Suplementar com o Sistema Único de Saúde (SUS) e os mecanismos de articulação institucional.

Palavras-chave: Saúde complementar – Regulação. Regulamentação de fiscalização do setor de Saúde Suplementar. Administração em Saúde.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Legislação estruturante do SUS**. Brasília, 2011. 534 p. (Coleção para entender a gestão do SUS, v. 13). ISBN 978-85-89545-73-0. Disponível em: <www.conass.org.br/colecao2011/livro_13.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2013.

Resumo: Ressalta a Lei Orgânica da Saúde (Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990), que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Reúne a legislação considerada fundamental para a criação e a implementação do SUS, com uma síntese da história do sistema de Saúde brasileiro, a partir do início do século XX, enfatizando a criação e a implantação do SUS, bem como a conjuntura em que as principais leis e os mais relevantes atos normativos foram editados. Insere, na íntegra, os textos de 29 atos normativos publicados desde o ano de 1953 até 2010.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS) – Legislação. Gestão do trabalho no SUS. Administração em Saúde – Leis. Lei Orgânica da Saúde.

FARIAS, Josivania Silva. **Inovação em gestão hospitalar apoiada em tecnologia de informação e comunicação**: um estudo de hospitais de Brasil e Espanha. 2011. Tese (Doutorado) – Universidade de Brasília, Brasília (DF), 2011.

Resumo: Articula o estudo da inovação administrativa com o conceito de rede tecnoeconômica (RTE), mediante a análise de situações vivenciadas no processo de adoção do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) em hospitais públicos vinculados a universidades no Brasil e na Espanha. Propõe que as RTEs são palcos para a geração e difusão de inovações, considerando que a inovação, por si, é uma rede. As conclusões do estudo mostram primeiramente que o PEP é um ator-rede mediador da gestão hospitalar em sua interação com o usuário do sistema, atuando por meio de mecanismos de controle. À medida que fornece ao gestor e ao profissional de Saúde informações úteis à tomada de decisão, o PEP agrega valor aos resultados organizacionais. Dessa forma, o PEP caracteriza-se como uma inovação que ressignifica o processo decisório hospitalar. As conclusões mostram também que: (a) na ótica do usuário, o PEP é entendido como um instrumento que contribuiu

com a gestão e com a assistência hospitalar na geração e no acompanhamento de informações clínicas e hospitalares; (b) quanto à percepção do impacto do PEP no desempenho, o usuário que possui maior habilidade com a informática está mais propenso a concordar com a conclusão de que o PEP melhora seu desempenho; (c) *testes t* (*Student*) indicaram que há diferenças significativas entre médias de percepção geral do PEP entre grupos independentes quando são levados em conta o tempo de uso do PEP, o domínio de informática do usuário, o nível de participação na adoção do PEP e o sexo dos participantes; (d) o entusiasmo apresentado pelo gestor hospitalar em relação ao PEP se reflete moderadamente no nível de concordância do usuário concernente à explicação dada ao PEP no instrumento de coleta; e (e) a noção de RTE associada à discussão de inovação administrativa permite o avanço teórico-metodológico nesse campo, pois propõe que a perspectiva fluida da TAR pode ser incorporada à visão econômica da inovação, geralmente baseada em etapas e trajetórias.

Palavras-chave: Prontuário eletrônico do paciente. Rede tecnoeconômica.

FERREIRA JÚNIOR, Walter Cintra. **Ampliação dos hospitais privados na cidade de São Paulo:** uma estratégia ou uma aposta?, 2011. Tese (Doutorado) – Fundação Getulio Vargas, São Paulo (SP), 2011.

Resumo: Investiga o que tem levado hospitais privados, no segmento da assistência médica suplementar no município de São Paulo, a ampliar sua capacidade de atendimento, especificamente sua oferta de leitos de internação, quando aparentemente a tendência mundial do setor hospitalar é de diminuição da necessidade de internação para a população. Os dados oficiais brasileiros indicam redução no número de leitos privados. Para isso, realiza pesquisa qualitativa dirigida por um roteiro de entrevista com executivos de uma amostra de dez hospitais atuantes no mercado de Saúde Suplementar. Analisa os processos de elaboração de estratégias de negócio destes hospitais, quais tipos de serviços e especialidades foram oferecidos e quais evidências justificaram estas decisões. Também identifica qual foi o modelo de planejamento adotado por estas organizações. Na revisão bibliográfica, busca textos em livros, periódicos e trabalhos acadêmicos que tratam de estratégia e de estratégia em saúde. Além disso, estuda bases de dados nacionais com estatísticas de saúde. Indica, a partir dos resultados, que a ampliação de leitos e serviços é decorrente do aumento da demanda do mercado de saúde e de reposicionamento dos hospitais em relação ao mercado. A estratégia de crescimento tem por objetivos: 1) obter a escala econômica para viabilizar a incorporação tecnológica necessária para a manutenção da competitividade; 2) ter maior poder de barganha com as operadoras de planos de saúde. O modelo de planejamento é orçamentário e de análise Swot, com a utilização do BSC.

Palavras-chave: Leitos hospitalares. Assistência médica suplementar – São Paulo (SP). Hospitais privados – São Paulo.

GIOVANELLA, Ligia. Redes integradas, programas de gestão clínica e generalista coordenador: análise das reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha. **Ciênc. Saúde Coleti-**

va, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1081-1096, 2011. Suplemento 1. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a40v16s1.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

Resumo: O fortalecimento do papel do generalista na condução e coordenação de cuidados especializados, hospitalares e sociais para garantir a continuidade é tendência observada em reformas de saúde recentes em países europeus. Na Alemanha, a partir da segunda metade da década de 1990, impulsionadas por pressões econômicas, por legislação específica e por iniciativas dos próprios prestadores, foram desenvolvidos novas estruturas organizacionais e modelos assistenciais com os propósitos de integração do sistema de Saúde e de coordenação da atenção, na forma de redes de consultórios médicos, modelo generalista coordenador, programas de gestão clínica para agravos específicos e assistência integrada. A partir de revisão bibliográfica, análise documental, visitas a serviços e entrevistas com informantes-chave, analisa a dinâmica dessas mudanças organizacionais no setor ambulatorial alemão. Examina os mecanismos de integração e coordenação propostos, discute os impactos potenciais das novas modalidades organizacionais sobre a eficiência e a qualidade e analisa motivos e interesses envolvidos, apontando obstáculos para a implementação. Observa processo de reforma incremental com tendência à diversificação do panorama assistencial na Alemanha, com a presença de modelos integrados de atenção e fortalecimento do papel do médico generalista na função de coordenação dos cuidados aos pacientes.

Palavras-chave: Reformas em Saúde. Atenção primária em Saúde – coordenação.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org.). **Gestão pública e relação público-privado na saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2011. 300 p. ISBN 978-85-88422-14-8. Disponível em: <www.idisa.org.br/img/File/GC-2010-RL-LIVRO%20CEBES-2011.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2013.

Resumo: Trata de um especial da Revista Saúde em Debate, com vários artigos selecionados ou encomendados sobre a avaliação dos 20 anos do SUS. Aborda as necessárias contextualizações e aclaramentos conceituais introduzidos por instigante colocação sobre a regulação na área da Saúde.

Palavras-chave: Administração em Saúde – setor público. Gestão Pública. Saúde – relação público-privado.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Glossário temático**: Sistema de Apoio à Elaboração de Projetos de Investimentos em Saúde (SomaSUS). Brasília, 2012. 64 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). ISBN 978-85-334-1922-3. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_somasus.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2013.

Resumo: Elaborado conjuntamente pelas equipes do Departamento de Economia da Saúde, Investimento e Desenvolvimento (DESID) e do Projeto de Terminologia da Saúde do Ministério da Saúde (MS), o *Glossário Temático: Sistema de Apoio à Elaboração de Projetos de Investimentos em Saúde* (SomaSUS) reúne os principais vocábulos utilizados na linguagem desse sistema. Entre os objetivos deste Glossário estão os seguintes: identificar os termos próprios da área técnica; fornecer referências para a compreensão de termos e conceitos; proporcionar a exatidão conceitual e definir a atuação de cada termo em seus diferentes contextos institucionais; eliminar ambiguidades para facilitar a comunicação interna; contribuir para a tradução especializada; permitir a elaboração da linguagem documentária do Tesauro do Ministério da Saúde; organizar e divulgar informações técnicas, científicas e profissionais; e se constituir em instrumento para representação e transmissão do conhecimento especializado.

Palavras-chave: Sistema de Apoio à Elaboração de Projetos de Investimentos em Saúde (SomaSUS). Terminologia.

MACHADO, Felipe Rangel de Souza Machado; DAIN, Sulamis. A Audiência Pública da Saúde: questões para a judicialização e para a gestão de saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 4, 2012. Disponível em: <bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/7122/pdf_2>. Acesso em: 21 jan. 2013.

Resumo: O termo *judicialização* vem sendo utilizado nos países para nomear os mais diversos fenômenos que se diferenciam quanto à intensidade, profundidade e historicidade. A recente inserção do Poder Judiciário no campo da Saúde no Brasil pode ser percebida como uma forma de "judicialização da política". O termo, entretanto, carece de uma definição mais clara que permita identificar mais precisamente a profundidade desse fenômeno no Brasil. Nos últimos anos, observou-se no Brasil um aumento vultoso do número de ações judiciais voltadas para a garantia do direito à saúde. Isso implicou, entre outras coisas, uma apropriação rápida dos gestores da Saúde da expressão "judicialização da saúde". Muitas das ações da área da Saúde têm chegado à instância máxima do Judiciário brasileiro. A fim de refletir sobre essas ações, o Supremo Tribunal Federal (STF) convocou uma Audiência Pública (AP) para ouvir de toda a sociedade questões relacionadas ao direito à saúde. Cinquenta pessoas tiveram a oportunidade de se pronunciar nessa audiência. Assim, com base na análise da retórica, este estudo observa as falas desses oradores, buscando compreender o posicionamento perante o fenômeno da judicialização, os principais argumentos utilizados e as consequências para a gestão em Saúde.

Palavras-chave: Judicialização. Direito à saúde. Poder Judiciário. Políticas de Saúde.

SCARATTI, Dirceu; CALVO, Maria Cristina Marino. Indicador sintético para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde**. Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 446-455, 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v46n3/3478.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2013.

Resumo: objetivo: desenvolver um indicador sintético para avaliar a qualidade da gestão municipal da Atenção Básica à Saúde. Resultados: os resultados da aplicação foram apresentados em medidas monóticas no intervalo [0, 1] (medidas = 1: eficientes; demais: ineficientes). Cinco municípios apresentaram medida = 1 na qualidade da gestão das ações de acesso, enquanto oito obtiveram medida = 1 na qualidade da gestão das ações de provimento. Os demais municípios, para ambas as dimensões, foram classificados como ineficientes (medidas < 1). Conclusões: a qualidade da gestão municipal da Atenção Básica à Saúde pode ser avaliada como um indicador sintético, construído por técnicas de programação linear, que contempla simultaneamente os critérios de relevância, de efetividade, de eficácia e de eficiência agregados em medidas de valor, mérito e qualidade.

Palavras-chave: Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde. Atenção Primária à Saúde. Gestão em Saúde. Administração municipal.

ANEXO A – Grupos de Pesquisa de Diretório do CNPq selecionados

1. Administração e Planejamento em Saúde (FGV)
Líder: Ana Maria Malik AP: Administração

2. Análises Econômicas em Saúde (HCPA)
Líder: Carísi Anne Polanczyk AP: Saúde Coletiva

3. Arte e Ciência em Odontologia (UNP)
Líder: Fábio Roberto Dametto AP: Odontologia

4. Assistência à Saúde (UEPB)
Líder: Lindomar de Farias Belém AP: Farmácia

5. Assistência Farmacêutica (UFBA)
Líder: Lúcia de Araújo Costa Beisl Noblat AP: Farmácia

6. Assistência Farmacêutica e Atenção Básica à Saúde (UFG)
Líder: Clévia Ferreira Duarte Garrote AP: Farmácia

7. Avaliação de efetividade de dispositivos médico-hospitalares (ESCS)
Líder: Carlos Alberto Moreno Zaconeta AP: Medicina

8. Avaliação de Tecnologia em Saúde (UFRJ)
Líder: Rosimary Terezinha de Almeida AP: Engenharia Biomédica

9. Avaliação de Tecnologias em Saúde (UGF)
Líder: Anete Trajman AP: Saúde Coletiva

10. Avaliação de Tecnologias em Saúde (USP)
Líder: Moacyr Roberto Cuce Nobre AP: Medicina

11. Avaliação em saúde (USP)
Líder: Hillegonda Maria Dutilh Novaes AP: Saúde Coletiva

12. Bioética e Biossegurança (Unoesc)
Líder: Elcio Luiz Bonamigo AP: Saúde Coletiva

13. Centro de Estudos e Pesquisas sobre Hospital e Enfermagem (USP)
Líder: Lucieli Dias Pedreschi Chaves AP: Enfermagem

14. Centro de Pesquisas Epidemiológicas (UFPEL)
Líder: Cesar Gomes Victora AP: Saúde Coletiva

15. Cidade do Conhecimento (USP)
Líder: Gilson Schwartz AP: Ciência da Informação

16. Ciência, Tecnologia e Políticas Públicas em Saúde e em Meio Ambiente (Fiocruz)
Líder: Carlos José Saldanha Machado AP: Sociologia

17. Centro de Pesquisas em Assistência Farmacêutica e Farmácia Clínica (CPAFF/USP)
Líder: Leonardo Régis Leira Pereira AP: Farmácia

18. Desenvolvimento de Medicamentos (UFRN)
Líder: Eryvaldo Sócrates Tabosa do Egito AP: Farmácia

19. Desenvolvimento socioeconômico, ciência e tecnologia (PUC Minas)
Líder: Catari Vilela Chaves AP: Economia

20. Dimensão econômica do gerenciamento em enfermagem (USP)
Líder: Valeria Castilho AP: Enfermagem

21. Doenças Crônicas Não Transmissíveis (UFBA)
Líder: Inês Lessa AP: Saúde Coletiva

22. Economia da Ciência e da Tecnologia (UFMG)
Líder: Eduardo da Motta e Albuquerue AP: Economia

23. Economia da Saúde (Fiocruz)
Líder: Maria Alicia Dominguez Ugá AP: Saúde Coletiva

24. Economia da Saúde (Uece)
Líder: Marcelo Gurgel Carlos da Silva AP: Saúde Coletiva

25. Economia da Saúde (UFMG)
Líder: Eli Iola Gurgel Andrade AP: Saúde Coletiva

26. Economia da Saúde (UFPEL)
Líder: César Augusto Oviedo Tejada AP: Economia

27. Economia da Saúde (UFRGS)
Líder: Sabino da Silva Pôrto Júnior AP: Economia

28. Economia da Saúde (Unifesp)
Líder: Rozana Mesquita Ciconelli AP: Medicina

29. Economia e Políticas Públicas (Fiocruz)
Líder: Clarice Melamed AP: Economia

30. Economia Política da Saúde (UFPE)
Líder: Adriana Falangola Benjamin Bezerra AP: Saúde Coletiva

31. Economia Política da Seguridade e da Saúde: Financiamento, Relações Intergovernamentais e Descentralização (UERJ)
Líder: Sulamis Dain AP: Saúde Coletiva

32. Economia, Saúde e Sociedade (UFRJ)
Líder: Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi AP: Saúde Coletiva

33. Eficácia e segurança de fármacos e substâncias bioativas (Ulbra)
Líder: Lucimar Filot da Silva Brum AP: Farmácia

34. Envelhecimento e Saúde (UnATI- UERJ – UERJ)
Líder: Renato Peixoto Veras AP: Saúde Coletiva

35. Epidemiologia clínica aplicada ao desenvolvimento de instrumentos de apoio à decisão médica (Fiocruz)
Líder: Sonia Regina Lambert Passos AP: Saúde Coletiva

36. Epidemiologia de Doenças Crônicas (IDPC/Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia)
Líder: Nagib Haddad AP: Saúde Coletiva

37. Epidemiologia de Doenças Infecciosas e Infecções Hospitalares (HCPA)
Líder: Ricardo de Souza Kuchenbecker AP: Saúde Coletiva

38. Epidemiologia, Saúde e Trabalho (Unicamp)
Líder: Heleno Rodrigues Corrêa Filho AP: Saúde Coletiva.

39. Estado, Cidadania e Políticas de Saúde (Cedec)
Líder: Amélia Cohn AP: Sociologia

40. Estudos de informação e avaliação em ciência e tecnologia e saúde (Fiocruz)
Líder: Maria Cristina Soares Guimarães AP: Ciência da Informação

41. Estudos em Economia da Saúde e Criminalidade (UFMG)
Líder: Mônica Viegas Andrade AP: Economia

42. Estudos Estatísticos na Saúde (UFJF)
Líder: Alfredo Chaoubah AP: Probabilidade e Estatística

43. Farmacoepidemiologia (UFF)
Líder: Selma Rodrigues de Castilho AP: Farmácia

44. Farmacologia Clínica e Avaliação e Gestão de Tecnologias em Saúde (HCPA)
Líder: Paulo Dornelles Picon AP: Medicina

45. Fundamentação Teórica, Metodológica e Tecnológica de Assistência à Saúde do Indivíduo, Família e Coletividade (Unifal/MG)
Líder: Sueli Leiko Takamatsu Goyatá AP: Enfermagem

46. Grupo de Economia e Mercados (GEM/Unifesp)
Líder: Renato Cesar Sato AP: Economia

47. Gepag – Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração de Serviços de Saúde e Gerenciamento de Enfermagem (Unifesp)
Líder: Isabel Cristina Kowal Olm Cunha AP: Enfermagem

48. Gestão e Saúde (UFU)
Líder: Vidigal Fernandes Martins AP: Administração

49. Gestão da Saúde (Unifesp)
Líder: Paola Zucchi AP: Medicina

50. Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (Hemoam)
Líder: Edson da Fonseca de Lira AP: Administração

51. Gestão Democrática na Saúde e Serviço Social (UERJ)
Líder: Maria Inês Souza Bravo AP: Serviço Social

52. Gestão e Informática em Saúde (Unifesp)
Líder: Heimar de Fatima Marin AP: Medicina

53. Gestão Estratégica e Inovações Tecnológicas em Saúde (Fhemig)
Líder: Flávio Diniz Capanema AP: Saúde Coletiva

54. Gestão, Economia Ambiental e Saúde (Fiocruz)
Líder: Martha Macedo de Lima Barata AP: Economia

55. Grupo de Estudos, Trabalho e Sociedade (GETS/UFPR)
Líder: Benilde Maria Lenzi Motim AP: Sociologia

56. Giepes – Grupo Integrado de Estudos e Pesquisa em Economia da Saúde (UFPE)
Líder: Tatiane Almeida de Menezes AP: Economia

57. Governança, Custos e Financiamentos na Saúde (UFU)
Líder: Adeilson Barbosa Soares AP: Administração

58. Grupo de Análise de Microdados para Avaliação, Monitoramento e Elaboração de Políticas Públicas (Gamametrics/USP)
Líder: Maria Dolores Montoya Diaz AP: Economia

59. Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde e Sociedade (GEPSS/UFF)
Líder: Gabriela Bittencourt Gonzalez Mosegui AP: Saúde Coletiva

60. Grupo de Inovação Tecnológica Aplicada à Saúde (IFPB/Reitoria)
Líder: Helder Rolim Florentino AP: Engenharia Biomédica

61. Grupo de Pesquisa em Farmacoepidemiologia (UFMG)
Líder: Francisco de Assis Acurcio AP: Saúde Coletiva

62. Grupo de Pesquisa em Inovação Terapêutica (GPIT/UFPE)
Líder: Suely Lerns Galdino AP: Farmácia

63. Grupo de Pesquisa sobre Tecnologia em Saúde (IFBA)
Líder: Handerson Jorge Dourado Leite AP: Engenharia Biomédica

64. Grupo de Pesquisas em Economia da Saúde (Fhemig)
Líder: Cristina Mariano Ruas Brandão AP: Saúde Coletiva

65. Grupo de Pesquisas Políticas para o Desenvolvimento Humano (PUC/SP)
Líder: Rosa Maria Marques AP: Economia

66. Infecções Hospitalares e Controle de Antimicrobianos (Famema)
Líder: Lucieni de Oliveira Conterno AP: Medicina

67. Inovação em doenças negligenciadas (Fiocruz)
Líder: Carlos Medicis Morel AP: Saúde Coletiva

68. Inovações terapêuticas para doenças crônicas e infecciosas (Fiocruz)
Líder: Tânia Cremonini de Araujo-Jorge AP: Biologia Geral

69. Instituições e Políticas Públicas (GIPP/UnB)
Líder: Paulo Carlos Du Pin Calmon AP: Administração

70. Instrumentação e Informática em Saúde (Uncisal)
Líder: Pedro de Lemos Menezes AP: Engenharia Biomédica

71. Laboratório de Avaliação, Monitoramento e Vigilância em Saúde (Fiocruz)
Líder: Eduardo Maia Freese de Carvalho AP: Saúde Coletiva

72. Medicina Baseada em Evidências (Univille)
Líder: Carlos Augusto Cardim de Oliveira AP: Medicina

73. Métodos Quantitativos em Custos e Controle Interno (UFU)
Líder: Vidigal Fernandes Martins AP: Administração

74. Modelos de Análise de Decisão em Gestão e Economia da Saúde (UERJ)
Líder: Cid Manso de Mello Vianna AP: Saúde Coletiva

75. Modelos de Análise de Decisão em Gestão e Economia da Saúde (UERJ)
Líder: Cid Manso de Mello Vianna AP: Saúde Coletiva

76. Núcleo de Estudos sobre morbidade referida e Processo de Gestão em Saúde (Nemoreges/Famerp)
Líder: Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler AP: Saúde Coletiva

77. Núcleo de Estudos e Pesquisas de Política Internacional. Estudos Internacionais e Políticas Comparadas (Nespi/USP)
Líder: Maria Cristina Cacciamali AP: Economia

78. NPES (Unifesp)
Líder: Marcos Bosi Ferraz AP: Medicina

79. Núcleo de Avaliação e Inovação Tecnológica em Saúde da Criança e da Mulher (Fiocruz)
Líder: Maria Elisabeth Lopes Moreira AP: Saúde Coletiva

80. Núcleo de Estudo e Pesquisa na Gestão de Serviços de Enfermagem (Nepgese/UEL)
Líder: Maria do Carmo Lourenço Haddad AP: Enfermagem

81. Núcleo de Estudos de Farmacoepidemiologia (UEL)
Líder: Ester Massae Okamoto Dalla Costa AP: Farmácia

82. Núcleo de Estudos Econômicos (NEEC/UFSM)
Líder: Gilberto de Oliveira Veloso AP: Economia

83. Núcleo de Estudos em Economia da Saúde (PUC/RS)
Líder: Paulo de Andrade Jacinto AP: Economia

84. Núcleo de Estudos em Economia Da Saúde (Needs/USP)
Líder: Antonio Carlos Coelho Campino AP: Economia

85. Núcleo de Gestão em Saúde (Nuges/UFMG)
Líder: Luiz Carlos Brant Carneiro AP: Saúde Coletiva

86. Núcleo de Inovação e Avaliação Tecnológica em Saúde (Niats/UFU)
Líder: Adriano de Oliveira Andrade AP: Engenharia Biomédica

87. Núcleo de Inovação Tecnológica em Saúde (UFRN)
Líder: Ricardo Alexsandro de Medeiros Valentim AP: Engenharia Biomédica

88. Núcleo de Pesquisa de Políticas Públicas (Nupep/UEA)
Líder: André Luiz Nunes Zogahib AP: Administração

89. Núcleo de Pesquisa e Inovação em Ciências da Saúde (UFJF)
Líder: Nádia Rezende Barbosa Raposo AP: Farmácia

90. Núcleo de Pesquisa em Enfermagem na Gestão, Desenvolvimento de Pessoas e da Tecnologia de Grupo no Contexto do Trabalho em Saúde (Nepegets/UFG)
Líder: Denize Bouttelet Munari AP: Enfermagem

91. Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (Nupisc/UEFS)
Líder: Marluce Maria Araújo Assis AP: Saúde Coletiva

92. Núcleo de Pesquisas em Ciências Básicas e Aplicadas da Saúde – (IFRJ/Reitoria)
Líder: Mira Wengert AP: Farmácia

93. Núcleo de Pesquisas em Qualidade de Vida (Mackenzie)
Líder: Mônica Yukie Kuwahara AP: Economia

94. Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Ensino (Nipe/UFSCAR)
Líder: Sylvia Rosalina Grasseschi Panico AP: Saúde Coletiva

95. Núcleo Observatório de Custos e Economia da Saúde (UFMG)
Líder: Márcio Augusto Gonçalves AP: Administração

96. Núcleo de Saúde Coletiva (Nusc/UEFS)
Líder: Thereza Christina Bahia Coelho AP: Saúde Coletiva

97. Patente, Inovação e Inteligência Competitiva (Fiocruz)
Líder: Wanise Borges Gouvea Barroso AP: Ciência da Informação

98. Pesquisas em Farmacologia (UFRN)
Líder: Aurigena Antunes de Araujo AP: Farmácia

99. Políticas e Gestão do Desenvolvimento de Fitomedicamentos no Brasil (Fiocruz)
Líder: Glauco de Kruse Villas Bôas AP: Saúde Coletiva

100. Políticas e Práticas de Saúde (IS)
Líder: Sonia Isoyama Venâncio AP: Saúde Coletiva

101. Políticas e Serviços Farmacêuticos (UFSC)
Líder: Mareni Rocha Farias AP: Farmácia

102. Poluição Atmosférica e Doenças Respiratórias (USP)
Líder: Paulo Hilário Nascimento Saldiva AP: Medicina

103. Programa de Estudos sobre Política Social e Desigualdades (UERJ)
Líder: Vanda Maria Ribeiro Costa AP: Serviço Social

104. Proteção Social em Saúde, Desenvolvimento e Território (USP)
Líder: Ana Luiza d'Ávila Viana AP: Ciência Política

105. Qualidade em Produtos e Serviços Farmacêuticos (UFPR)
Líder: Roberto Pontarolo AP: Farmácia

106. Saúde Ambiental e do Trabalhador (UFBA)
Líder: Vilma Sousa Santana AP: Saúde Coletiva

107. Saúde Urbana, Ambiente e Desigualdades (UFRGS)
Líder: Jacqueline Oliveira Silva AP: Saúde Coletiva

108. Trabalho, Desenvolvimento e Políticas Públicas (UFCG)
Líder: Roberto Véras de Oliveira AP: Sociologia

109. Trabalho, saúde e intensificação (Fundacentro)
Líder: José Marçal Jackson Filho AP: Engenharia de Produção

110. Vigilância Sanitária (Fiocruz)
Líder: Vera Lúcia Edais Pepe AP: Saúde Coletiva

ANEXO B – Fontes de informação utilizadas durante o levantamento bibliográfico

Instituições

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
<http://www.ans.gov.br/>

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)
<http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/home>

Bireme (BVS)
<http://regional.bvsalud.org/php/index.php>

Biblioteca Virtul da Saúde (BVS-Ecos)
<http://economia.saude.bvs.br/php/index.php>

Capes
<www.capes.gov.br/>

CNPq
<www.cnpq.br>

CNPq/Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil
<http://dgp.cnpq.br/buscaoperacional/>

Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems)
<www.conasems.org.br>

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass)
<http://www.conass.org.br>

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)
<http://portal.fiocruz.br/pt-br/node/161>

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)
<http://www.ipea.gov.br/portal>

Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)
<http://new.paho.org/bra/>

Ministério da Saúde (MS)
<http://portal.saude.gov.br>

Repositórios e publicações periódicas

Scielo
<http://www.scielo.br/scielo.php/script_sci_home/lng_pt/nrm_iso>

Revista Análise Econômica (UFRGS)
<http://seer.ufrgs.br/AnaliseEconomica>

Revista Ciência & Saúde Coletiva
<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/>

Revista Brasileira de Epidemiologia
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=1415-790X>

Revista Conjuntura Econômica (FGV)
<http://portalibre.fgv.br/main.jsp?lumChannelId=402880811D8E34B9011D92CC23104342>

Revista Saúde em Debate
<http://www.cebes.org.br/saudeDebate.asp?idSubCategoria=16>

Revista de Saúde Pública (USP)
<http://www.rsp.fsp.usp.br/mensagem/pub/edicao_atual.tpl.php>

Cadernos Ebape (FGV)
<http://app.ebape.fgv.br/cadernosebape/asp/dsp_sobre_revista_apresentacao.asp>

DADOS (IUPERJ)
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0011-5258&lng=pt&nrm=iso>

Divulgação em Saúde
<http://www.cebes.org.br/interna.asp?idSubCategoria=21>

Nova Economia: Revista do Depto. de Ciências Econômicas da UFMG
<http://face.ufmg.br/revista/index.php/novaeconomia>

Novos Estudos Cebrap
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0101-3300&lng=pt&nrm=iso>

Revista Brasileira de Ciências Sociais (Anpocs)
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=0102-6909&script=sci_serial>

Revista de Economia Contemporânea/UFRJ/IE
<www.ie.ufrj.br/revista/lng/pt/index.php>

Revista de Estudos Econômicos (FEA/USP)
<http://www.estecon.fea.usp.br/index.php/estecon/login>

Revista Economia e Sociedade (Unicamp)
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0104-0618&lng=en>

Revista Economia Aplicada (USP/RP)
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=1413-8050&lng=pt&nrm=iso>

Revista de Sociologia e Política (UFPR)
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0104-4478&lng=pt&nrm=iso>

Serviço Social & Sociedade (Ed. Cortez)
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issues&pid=0101-6628&lng=pt&nrm=iso>

Jornal Brasileiro de Economia da Saúde
<http://www.ppc.uerj.br/publicacoes/jbes/JBES_numero1.pdf>

Cadernos de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz)
<www.ensp.fiocruz.br/csp/>

Revista de Economia Política
<www.rep.org.br/>

Revista da Sociedade Brasileira de Economia e Política (SEP)
<http://www.sep.org.br/revista/>

Revista da Associação Médica Brasileira (Ramb)
<www.ramb.org.br/>

Saúde e Sociedade (USP)
<www.revistas.usp.br/sausoc>

Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde (UFMG)
<http://web.face.ufmg.br/face/revista/index.php/rahis/article/view/1491>

Dissertações e teses

Base de dados do CNPq

Universidades (USP, Unicamp, UFRJ, UnB, UFF, Fundação Oswaldo Cruz, UERJ, PUC-SP).

Banco de Teses da Capes

<http://www.capes.gov.br/servicos/banco-de-teses>

ISBN 978-85-334-2061-8

DISQUE SAÚDE
136
Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs

SUS

Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA