Ministério da Saúde (DES/SCTIE/MS)
Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)
Departament for International Development (DFID)
(Acordo de Cooperação Técnica Brasil - Reino Unido)

"Projeto Economia da Saúde - PES: Reforçando Sistemas de Saúde para Reduzir Desigualdades." (2002-2005)

RELATÓRIO DE ATIVIDADES



Brasília, DF
Janeiro 2007

Ministério da Saúde (DES/SCTIE/MS)
Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)
Department for International Development (DFID)
(Acordo de Cooperação Técnica Brasil – Reino Unido**)**

"Projeto Economia da Saúde - PES: Reforçando Sistemas de Saúde para Reduzir Desigualdades." (2002-2005)

RELATÓRIO DE ATIVIDADES

Organizadores

Angela Márcia Loureiro Perocco
Consultora

Armando Martinho Bardou Raggio
Gerente do PES

Solon Magalhães Vianna
Consultor

Brasília, DF
Janeiro, 2007

© 2007 Ministério 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 outro fim comercial.
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: http://www.saude.gov.br/bvs
O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessada na página: http://www.saude.gov.br/editora

Série B. Textos Básicos em Saúde

Tiragem: 1.ª edição – 2007 – 500 exemplares

Organizadores:
Angela Márcia Loureiro Perocco, Armando Martinho Bardou Raggio, Solon Magalhães Vianna

Colaboradora:
Tânia Homer - Consultora

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
Departamento de Economia da Saúde
Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Sede, sala 801
CEP: 70.058-900, Brasília – DF
Tels.: (61) 3315-2790
Fax: (61) 3223-0799
Home page: www.saude.gov.br

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Dados Internacionais de Catalogação na Fonte (CIP)

Brasil. Ministério da Saúde.
B823 "Projeto Economia da Saúde – PES : Reforçando Sistemas de Saúde para reduzir desigualdades." (2002-2005) Relatório de Atividades / Organizadores: Angela Márcia Loureiro Perocco, Armando Martinho Bardou Raggio ; Solon Magalhães Vianna. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.
225 p. + 1 CD-ROM

Anexo: CD-ROM contendo a íntegra dos Relatórios de Pesquisa.

1. Sistemas de saúde. 2. Economia da saúde. I. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. II. Department for International Development. III. Título.

CDU 614(81)

Sumário

Apresentação 5

Síntese do Projeto Economia da Saúde (PES) 11

PARTE I: Resumo dos relatórios de pesquisas 15

Tema 1 - Equidade no financiamento 15

1. Metodologia de alocação eqüitativa de recursos públicos federais para atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (setembro, 2004); 15

2. Uma análise da equidade do financiamento do sistema de saúde brasileiro (março, 2005); 15

3. Alocação eqüitativa de recursos para a atenção secundária e terciária: uma proposta para o Estado do Ceará (2005); 16

4. Metodologia de alocação eqüitativa de recursos entre municípios (maio, 2005); 17

5. Metodologia de alocação de recursos para a Bahia (2005); 18

TEMA 2 - gastos e custos 19

6. Contas em saúde no Estado da Bahia, 2002/2004 (novembro, 2005); 19

7. Contas em Saúde no Brasil (março, 2004); 20

8. Financiamento da saúde no Estado do Ceará: receitas e despesas em face da evolução econômica e institucional (2004); 20

9. Assistência farmacêutica no SUS do Ceará (Brasil): gastos públicos e distribuição de medicamentos (agosto, 2004); 22

10. Implantação de sistema de custos (metodologia de insumo-produto) em hospitais e unidades da rede do SUS (2005); 23

11. Violência e saúde: magnitude e custos dos atendimentos de emergência na cidade de Salvador, Bahia (2003) 24

TEMA 3 - Avaliação econômica 25

12. Avaliação econômica do Programa de Saúde da Família (PSF) em municípios do Estado da Bahia: um estudo de custos (2003); 25

13. Custo efetividade da vacina contra influenza (maio, 2003); 26

14. Avaliação econômica do tratamento de terapia renal substitutiva (TRS) no Estado da Bahia (2005); 27

15. Avaliação econômica da diálise em pacientes com insuficiência renal aguda no Estado do Ceará (2005). 28

TEMA 4 - DESIGUALDADES 30

16. As diferentes faces da desigualdade em saúde: iniqüidade, discriminação e exclusão(2005); 30

17. Atenção de alta complexidade no sus: desigualdades no acesso e no financiamento (fevereiro, 2005) 31

18. Desigualdades socioeconômicas, morbidade e mortalidade no Ceará: implicações na política sanitária (2004); 32

19. Conceitos e instrumentos da economia da saúde e da epidemiologia nos estudos de desigualdades (Relatório de oficina de trabalho) 33

TEMA 5 - OUTROS TEMAS EM ES 34

20. Impacto da mortalidade prematura por causas evitáveis (2005); 34

21. Economia da saúde: conceitos, abrangência e formas de inserção no caso brasileiro (2003). 36

PARTE II - Atividades de capacitação 38

1. Cursos de Pós graduação (senso estrito) 38

2. Cursos de especialização 38

3. Outras modalidades de capacitação. 50

PARTE III - Congressos, jornadas 64

1. I Congresso de Economia da Saúde da América Latina e Caribe 64

2. Jornadas da ABRES; 66

3. Ciclos de debates do DES/SCTIE/MS 79

4. Oficina de trabalho: "Conceitos e instrumentos da economia da saúde e da epidemiologia nos estudos de desigualdades" 79

PARTE IV - OUTROS EVENTOS E INICIATIVAS 82

PARTE V - RELATÓRIO FINAL 96

ANEXO (MEMORANDO DO PROJETO) 107

APRESENTAÇÃO

A Economia da Saúde (ES), como se sabe, é a disciplina que estuda, pesquisa e aplica instrumentos econômicos a questões estratégicas e operacionais do setor saúde. Seu objetivo é, em última análise, a otimização das ações de saúde, mediante o estudo das condições ótimas de distribuição dos recursos disponíveis com vistas a assegurar à população a melhor assistência e o melhor estado de saúde possível, tendo em conta que meios e recursos são, por definição, finitos.

Embora seja a ética, social ou do bem comum, o elemento de aproximação entre economistas e sanitaristas, ainda há alguma incompreensão, no setor como um todo, quanto ao papel da economia na saúde.

Em parte porque, profissionais de saúde, de maneira geral, tendem a achar a economia como algo abstrato sem aplicação no cotidiano. Por isto decisões sobre a construção de um hospital, por exemplo, são tomadas, freqüentemente, desconsiderando estudos de demanda, viabilidade, inclusive quanto ao custeio do futuro empreendimento, número de leitos, escala de produção etc...Ao revés, o economista convencional costuma ver saúde, como qualquer outra atividade produtiva e abordá-la exclusivamente sob a ótica de mercado como se fora um *negócio* como tantos outros.

Em parte, também porque a ES é uma disciplina relativamente nova: trata-se de uma jovem senhora no esplendor dos seus quarenta anos. Em 1963, segundo Philip Musgrove, foi publicado na *Americam Economics Review* (53:991-973) o primeiro artigo sobre o tema (Arrow, Kenneth – *The welfare of health economics*). O clássico de Brian Abel Smith, *Value for Money in Health Services*, é de 1976. O *Journal of Health Economics*, primeiro periódico específico em economia da saúde, é do início dos anos oitenta.

No Brasil, embora a aproximação inicial entre saúde e economia, remonte a meados dos anos 50 com os escritos não assinados de Mário Magalhães da Silveira (1905-1986), oportunamente resgatados pelo Projeto Economia da Saúde em 2005, como disciplina acadêmica só surgiu na década de oitenta na FGV (SP) e na ESNP (RJ). É do final dessa década, a criação da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES).

A contribuição da ES não se esgota na análise do financiamento do setor objeto dos primeiros estudos nesse campo no Brasil. Isto foi, e continua sendo, fundamental, mas não é bastante. A economia, sobretudo quando associada a outras disciplinas como a epidemiologia e a estatística, traz uma ajuda importante para racionalizar o debate e separar o que são crenças, convicções e interesses do que são fatos e evidências. Contribui, por igual, para evitar ou contornar posições ancoradas apenas na emoção. A natureza da área da saúde

favorece esse tipo de postura. Para o bem ou para o mal. Não se trata, ressalte-se, de neutralizar a capacidade de se indignar ou de se comover, mas impedir que essa capacidade comprometa a tomada racional de decisões em favor do bem estar coletivo.

No Brasil, ainda estamos longe de explorar em sua plenitude todos os recursos que a economia oferece como ferramenta de gestão. Nesse sentido o "Projeto Economia da Saúde - PES: Reforçando Sistemas de Saúde para Reduzir Desigualdades", representou uma etapa, sem precedentes da mesma monta, na evolução do processo de incorporação do conhecimento econômico ao cotidiano da luta pela construção de um sistema de saúde universal, eficiente e eqüitativo.

A publicação dos Anais desse Projeto não acontece por mero formalismo. A iniciativa conjunta do MS/SCTIE/DES, IPEA/DISOC e DFID no sentido de divulgar os principais resultados do empreendimento teve, na verdade, múltiplas motivações.

Em primeiro lugar, a importância da contribuição do Projeto para o desenvolvimento da pesquisa, do ensino e da utilização da ES na gestão do sistema de saúde. Em cerca de 48 meses de vigência (2002-2005), o Projeto Economia da Saúde - PES, fruto do acordo de cooperação técnica entre os Governos do Brasil e do Reino Unido, produziu um acervo de estudos e pesquisas em escala até então não alcançadas. Além disto, capacitou dezenas de profissionais (no país e no exterior), bem como promoveu ou apoiou inúmeros eventos marcantes na história da ES no Brasil com destaque para o I Congresso Latino Americano de Economia da Saúde, as Jornadas Nacionais de ES, a criação do Departamento de Economia da Saúde no MS e dos primeiros núcleos estaduais de ES e o I Prêmio Nacional em Economia da Saúde.

Em segundo lugar, facilitar o acesso dos interessados a abordagem de temas especializados de interesse dos segmentos públicos e privados do sistema de saúde, os quais, de outra forma, permaneceriam inéditos ou restritos ao MS (SCTIE/DES), IPEA e instituições parceiras no Projeto. Finalmente, porque, a despeito do crescimento quantitativo e qualitativo nesses últimos anos, ainda é relativamente pequena a literatura econômica nacional aplicada ao setor de saúde, ao mesmo tempo em que cresce a demanda por informação qualificada. A produção intelectual do PES, expressa, sobretudo, nos vinte e um Relatórios de Pesquisa que acompanham este livro (CD anexo), ajuda a reduzir essa lacuna.

Tudo isto dificilmente seria realizado em tão curto espaço de tempo não fora, por um lado, o acordo de cooperação entre o Governo Brasileiro e o Reino Unido, do qual resultou um apoio financeiro da ordem de cinco milhões de libras, possibilitando a profícua associação entre DFID, DES/SCTIE/MS e

DISOC/IPEA. Por outro, a sinergia gerada pela ação conjugada das entidades parceiras: o Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA) e a Secretaria Estadual de Saúde (SES) na Bahia. Escola de Saúde Pública (ESP), SES, as Universidades Estadual (UECE) e Federal (UFC) do Ceará. No Rio de Janeiro a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ) e a SES. E ainda, as Faculdades de Economia e Administração (FEA) e de Saúde Pública (FSP) ambas na Universidade de São Paulo (USP) e a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), em São Paulo. A essas parcerias soma-se a participação da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) por intermédio do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina e do Grupo de Pesquisas em Economia da Saúde (GPES).

Também foram colaboradores importantes, particularmente na gestão dos recursos do Projeto, a Fundação de Empreendimentos Científicos e Tecnológicos da UNB (FINATEC), a Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde da ENSP/FIOCRUZ (FIOTEC), a Fundação de Desenvolvimento da UNICAMP (FUCAMP), o Instituto de Estudos, Pesquisas e Projetos da Universidade Estadual do Ceará (IEPRO) e a Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura (FCPC) da Universidade Federal do Ceará (UFCE)

Os resultados dessa exitosa conjugação de esforços estão sintetizados neste Livro, estruturado em cinco grandes partes e um Anexo.

A primeira parte, que sucede a Apresentação e a Síntese do Projeto, abriga os resumos dos 21 Relatórios de Pesquisas e um Relatório de Oficina de Trabalho. Os textos completos desses trabalhos estão no CD inserido na contracapa deste Livro. Tanto os resumos como as versões integrais desses relatórios, estão agrupados segundo as seguintes linhas temáticas:

(i) EQUIDADE NO FINANCIAMENTO

- *Metodologia de alocação eqüitativa de recursos públicos federais para atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (setembro, 2004);*
- *Uma análise da equidade do financiamento do sistema de saúde brasileiro (março, 2005);*
- *Alocação eqüitativa de recursos para a atenção secundária e terciária: uma proposta para o Estado do Ceará (2005);*
- *Metodologia de alocação eqüitativa de recursos entre municípios (maio, 2005);*
- *Metodologia de alocação de recursos para a Bahia (2005);*

(ii) GASTOS E CUSTOS

- *Contas em saúde no Estado da Bahia, 2002 / 2004 (novembro, 2005);*
- *Contas em Saúde no Brasil (março, 2004);*
- *Financiamento da saúde no Estado do Ceará: receitas e despesas em face da evolução econômica e institucional (2004);*
- *Assistência farmacêutica no SUS do Ceará (Brasil): gastos públicos e distribuição de medicamentos (agosto, 2004);*
- *Implantação de sistema de custos (metodologia de insumo-produto) em hospitais e unidades da rede do SUS (2005);*
- *Violência e saúde: magnitude e custos dos atendimentos de emergência na cidade de Salvador, Bahia (2003).*

(iii) AVALIAÇÃO ECONÔMICA

- *Avaliação econômica do Programa de Saúde da Família (PSF) em municípios do Estado da Bahia: um estudo de custos (2003)*
- *Custo efetividade da vacina contra influenza (maio, 2003);*
- *Avaliação econômica do tratamento de terapia renal substitutiva (TRS) no Estado da Bahia (2005);*
- *Avaliação econômica da diálise em pacientes com insuficiência renal aguda no Estado do Ceará (2005).*

(iv) DESIGUALDADES

- *As diferentes faces da desigualdade em saúde: iniqüidade, discriminação e exclusão(2005);*
- *Atenção de alta complexidade no sus: desigualdades no acesso e no financiamento (fevereiro, 2005);*
- *Desigualdades socioeconômicas, morbidade e mortalidade no Ceará: implicações na política sanitária (2004);*
- *Conceitos e instrumentos da economia da saúde e da epidemiologia nos estudos de desigualdades (Relatório de oficina de trabalho)*

(iv) OUTROS TEMAS EM ES

- *Impacto da mortalidade prematura por causas evitáveis (2005);*
- *Economia da saúde: conceitos, abrangência e formas de inserção no caso brasileiro (2003).*

As atividades de capacitação - cursos de especialização no Brasil, capacitação no exterior, cursos de sensibilização e treinamento à distância., -, conformam a segunda parte destes Anais.

Já a terceira parte dos Anais está dedicada a jornadas, debates e outros eventos e iniciativas do PES ou apoiadas por ele, destacando-se o, já mencionado, I Congresso de Economia da Saúde da América Latina e Caribe, organizado pela Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES) em parceria com a Asociación de Economia de la Salud (AES) da Argentina, realizado no Rio de Janeiro entre 30 de novembro e 3 de dezembro de 2004; o VII Encontro Nacional da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES), durante o I Congresso; as Jornadas de ES em São Leopoldo (RS) e Belo Horizonte (MG) e a Oficina de Trabalho organizada pelo ISC sobre o papel da economia da saúde e da epidemiologia no estudo das desigualdades.

Outros eventos e iniciativas constituem parte específica, a quarta, que compreende um conjunto expressivo de ações e medidas entre as quais o I Prêmio em Economia da Saúde, para o qual concorreram 69 trabalhos[1]; o livro (2005) *Política Nacional de Saúde Pública. A trindade desvelada: economia-saúde-população*, que resgata a contribuição pioneira de Mário Magalhães da Silveira (1905-1986), à economia da saúde no Brasil; a criação do Departamento de Economia da Saúde, da Biblioteca Virtual em Economia da Saúde (BVS ECOS – Portal Nacional de Informação em Economia da Saúde (http://economia.saude.bvs.br) - e do Banco de Preços e a consolidação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

A quinta e última parte do livro contém o Relatório de Avaliação do Projeto elaborado pela Professora Almira Rodrigues, onde se destaca a avaliação do projeto por pontuação, análise dos riscos de administração e as lições apreendidas.

A memória do Projeto não ficaria integralmente preservada se seus Anais omitissem o *Memorando do Projeto*. Trata-se do documento básico de formulação do PES, incorporado neste livro como Anexo. Em seus diversos componentes, o documento apresenta a descrição e base lógica do PES (Antecedentes e Políticas), tópicos de avaliação (técnica, econômica, financeira, institucional e social), procedimentos de implementação e gestão (organização e gestão do Projeto, cronograma, insumos necessários, contratação e compras, contabilidade e monitoramento), riscos e pressupostos do empreendimento e o orçamento do Projeto.

Em síntese, os resultados do PES foram altamente positivos sobretudo considerando que foram alcançados em apenas três anos de trabalho efetivo, já

[1] Os doze trabalhos premiados foram publicados pelo IPEA com o apoio do Projeto.

que 2002, o primeiro ano do Projeto, foi praticamente todo dedicado a elaboração do plano de trabalho e acertos com os parceiros, entre outras medidas preliminares. Ademais, houve redução nos recursos inicialmente previstos, seja devido a reestruturação do Programa do DFID no Brasil, seja pelas variações cambiais.

Comitê Gestor do PES

Elias Antonio Jorge (MS, Diretor do DES/SCTIE)

Sérgio Francisco Piola (IPEA, Diretor-Adjunto do DISOC)

Ernesto Jeger (DFID)

"Projeto Economia da Saúde - PES: Reforçando Sistemas de Saúde para Reduzir Desigualdades." (2002-2005)

Projeto de Cooperação Técnica Brasil/Reino Unido para o fortalecimento da Economia da Saúde no Brasil

SÍNTESE [2]

Apesar dos esforços do governo brasileiro para reduzir as iniqüidades e aumentar a eficiência do sistema de saúde, a ausência de massa crítica na área de economia da saúde revela-se como um entrave para a discussão, compreensão dos problemas e formulação de alternativas que incorporem informações de economia da saúde. Poucos profissionais do setor possuem conhecimento básico em economia da saúde e questões como alocação de recursos, apropriação de custos e financiamento, entre outras igualmente relevantes, não se configuravam, até então, como prioridades na agenda pública.

O Projeto visa incrementar a utilização do instrumental de economia da saúde na tomada de decisões de políticas de saúde. Para tanto, pretende-se fortalecer tanto a oferta como a demanda na área economia da saúde. Do lado da oferta, as instituições acadêmicas serão beneficiadas por atividades de intercâmbio de conhecimentos, de disseminação de informações e incremento das relações entre universidades, MS e SES. Do lado da demanda, serão desenvolvidas atividades com o objetivo de sensibilizar gestores e treinar técnicos e gerentes para a utilização do ferramental de economia da saúde a fim de aumentar a efetividade, eficiência e equidade do sistema de saúde brasileiro.

Objetiva-se também reforçar a atuação dos governos federal, estadual e municipal no desenvolvimento do setor saúde, por meio da melhoria da capacitação nacional em economia da saúde, tanto à nível acadêmico como institucional, possibilitando assim análises setoriais baseadas em evidências e respaldadas por informações econômicas confiáveis. Alguns estados como Ceará e Bahia iniciaram a implantação de unidades de economia da saúde em suas secre-

[1] Fonte: UGP, *s. d.*

tarias, com o intuito de colaborar na formulação de políticas, mas estão se confrontando com a ausência de economistas da saúde ou de profissionais qualificados nessa área. De fato, poucas são as universidades brasileiras que oferecem cursos ou programas nessa área.

Sendo assim, a cooperação técnica com o Reino Unido vem suprir a escassez de capacitadores e cursos, por meio da transferência de tecnologia e de conhecimentos na área de economia da saúde. Espera-se, assim, que o projeto venha a contribuir decisivamente na formação de massa crítica para que, ao final da cooperação técnica, o país tenha incorporado conceitos de economia da saúde e utilize esse instrumental na formulação de políticas de saúde.

O PES deverá ser implementado ao longo de cinco anos. Nos dois primeiros anos o Projeto trabalhará com duas secretarias estaduais de saúde (Bahia e Rio de Janeiro). Ao final do segundo ano serão escolhidas mais duas secretarias. Os critérios para a escolha das secretarias integrantes do Projeto são: vontade política para desenvolver atividades e aprofundar a utilização do instrumental de economia da saúde, pobreza absoluta e relativa, disponibilidade de equipe para participar do Projeto e condições técnicas e utilização prévia do ferramental de economia da saúde na tomada de decisões de política.

Do lado acadêmico, o Projeto irá desenvolver atividades juntamente com as seguintes instituições: ISC/BA, NEPP/UNICAMP, FEA/USP e ENSP/Fiocruz.

Além disso, será criada a Rede de Ensino e Pesquisa em Economia da Saúde (REPES) com o objetivo de disseminar informações relacionadas a economia da saúde e promover a integração entre os diferentes atores envolvidos no processo. Essa Rede irá desenvolver o Serviço de Informações em Economia da Saúde com o uso da internet e contando com informações sobre equipes que trabalham na área, linhas de pesquisa, dados relevantes, cursos disponíveis, entre outras informações.

A fase preparatória do projeto deverá ter duração de sete meses, compreendendo as seguintes atividades:

- Seleção da equipe integrante da Unidade de Gerenciamento do Projeto e do espaço físico onde estará sediada;
- Integração entre a Unidade de Gerenciamento do Projeto e o DFID/Brasília, principalmente com o Assessor para Programas de Saúde (APS/HPA).
- Formação do Comitê de Planejamento e Revisão do Projeto (CPRP) e convocação para primeira reunião;
- Estabelecimento dos Comitês Consultivos Estaduais (CCE) nos dois estados selecionados e definição de prioridades de treinamento e pesquisa;

- Detalhamento de Plano de Trabalho dos estados para o primeiro ano do projeto e sua submissão ao CPRP;
- Estabelecimento de contatos com as instituições acadêmicas participantes do projeto;
- Detalhamento de Plano de Trabalho das universidades e sua submissão ao CPRP;
- Discussões preliminares sobre a criação da Rede de Ensino e Pesquisa em Economia da Saúde (REPES);

Ao longo da primeira fase do Projeto, pretende-se estreitar os laços com as instituições participantes e definir as obrigações e contribuições tanto das instituições responsáveis pelo Projeto como das instituições beneficiárias. Para isso, tanto as SES como as universidades deverão definir pessoas que responderão pelo projeto, estabelecer as demandas em economia da saúde e participar das atividades previstas. Além disso, as instituições terão representatividade em uma das instâncias consultivas do projeto: o Comitê Consultivo Estadual. O Comitê será responsável por definir as prioridades do projeto à nível estadual e auxiliar na elaboração de Planos de Trabalhos em cada estado participante. A composição do Comitê deverá ser a seguinte: um representante da SES, o gerente de Projeto, um representante do CONASEMS à nível estadual, um representante do Conselho Estadual de Saúde e um representante das instituições acadêmicas envolvidas nas atividades do Projeto.

Além disso, tanto as SES como as universidades estarão representadas no Comitê de Planificação e Acompanhamento do Projeto que será composto também pelo Secretário de Gestão de Investimento do MS, de um representante do IPEA, do gerente de Projeto, do gerente de campo do DFID. Esse Comitê será responsável pelo sancionamento dos Planos de Trabalho e pelo acompanhamento da implementação do Projeto. Dessa forma, as instituições acadêmicas e SES também terão participação na estrutura gerencial do Projeto.

PARTE I
RESUMOS DOS RELATÓRIOS DE PESQUISA

TEMA I – EQUIDADE NO FINANCIAMENTO

(I) METODOLOGIA DE ALOCAÇÃO EQÜITATIVA DE RECURSOS PÚBLICOS FEDERAIS PARA ATENÇÃO À SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (setembro, 2004) – Distrito Federal;

Instituição: Ministério da Saúde – DES

Autor: André Nunes

Resumo

Este ensaio tem como objetivos analisar o processo de alocação de recursos públicos federais para a saúde no Brasil e propor uma metodologia alocativa. A proposta incorpora a capacidade de financiamento do município como variável relevante no mecanismo de distribuição intermunicipal. Para compreender as implicações deste processo, revisa-se a literatura sobre alocação eqüitativa e aprofunda-se a discussão sobre a eqüidade da atenção em saúde, a fim de apresentar um diagnóstico da iniqüidade na alocação de recursos, engendrada pelo critério de repasse *per capita* populacional.

A busca da eqüidade tem sido ponto de convergência no estabelecimento de critérios para os sistemas de saúde em todo o mundo, principalmente para àqueles de caráter universal, como é o caso do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. A concepção de um mecanismo que reduza as iniqüidades em saúde é fundamental, não só para aprimorar o SUS tornando-o mais justo, como também, para justificar sua continuidade como modelo de provisão pública e universal.

Os resultados indicam que a utilização de uma variável que incorpore a capacidade de financiamento do município – medida pela receita própria *per capita* municipal-, à uma metodologia de descentralização de recursos, que utilize critérios baseados no Índice de Necessidade em Saúde e no Índice de Necessidade de Financiamento, dá ao *policy maker* as condições para desenhar um mecanismo de alocação que reduza as iniqüidades na provisão de ações e serviços de saúde desenvolvidos pelo SUS.

II - UMA ANÁLISE DA EQUIDADE DO FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO (março, 2005) - RIO DE JANEIRO

Instituição: Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ (Rio de Janeiro)

Autores:

Coordenadoras: Maria Alicia Dominguez Ugá e Isabela Soares Santos

Consultores: Carla Lourenço Tavares de Almeida, Eddy Van Doorslaer, Thiago R. Pereira e Tim Ensor.

Resumo

Este trabalho desenvolve e aplica metodologia de avaliação do grau de eqüidade na capitação de recursos para o financiamento do sistema de saúde brasileiro como alternativa à utilizada pela OMS no Relatório Mundial de 2000. Para tanto, foi adaptada metodologia elaborada por A. Wagstaff e Van Doorslaer, já desenvolvida nos países da OEDC e em outros. Essa metodologia permitiu avaliar o impacto do financiamento sobre a distribuição de renda familiar, considerando o financiamento do gasto público e do privado.

III - ALOCAÇÃO EQÜITATIVA DE RECURSOS PARA A ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA: UMA PROPOSTA PARA O ESTADO DO CEARÁ (2005) - CEARÁ;

Instituição: Secretaria Estadual de Saúde do Ceará - SESA

Autores:

Coordenadora: Maria Helena Lima Sousa

Pesquisadores: Maria Alrenice de Oliveira, Paulo Egídio Santos Feitosa, José Romério Melo, Edilmar Carvalho de Lima, Lúcia de Fátima Sales Costa e Maria das Graças de Sousa.

Consultor: Roy Carr-Hill**.**

Apoio: Rosa Maria Salani Mota (Estatística) e Leilane da Silva Benevenuto (Digitação).

Resumo

O processo de reordenação da atenção secundária e terciária provida pelo SUS no Estado do Ceará exigiu um aporte extra de recursos por parte da Secretaria Estadual de Saúde - SESA, de modo a viabilizar tal política. Para tanto, 25 hospitais secundários e 5 hospitais terciários passaram a receber recursos do Tesouro do Estado para o atendimento de procedimentos segundo o que preceitua as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS). Atualmente, a distribuição dos recursos não leva em consideração critérios de necessidades que contribuam para a redução das desigualdades em saúde, daí a importância em se buscar fórmulas que convirjam para este foco.

O objetivo deste estudo é elaborar uma proposta para distribuição de recursos do Tesouro do Estado para hospitais-pólo no nível secundário e terciário, que não compõem a rede de hospitais da SESA, observando critérios de necessidades e eqüidade. Desenvolvido por Roy Carr-Hill, o método parte da seleção de variáveis de necessidades, socioeconômicas, demográficas, epidemiológicos, morbidades, fatores de risco e cobertura, tendo como base o ano de 2003.

Foram construídas: uma variável padronizada de gastos por faixa etária com hospitalização (AIH) de recursos federais e o total do gasto esperado e uma variável de acesso por intervalos de distância. Através da correlação linear (simples) de Pearson, regressão linear múltipla usando-se o processo *stepwise* e regressão linear múltipla em 2 estágios, pesquisou-se quais das variáveis dependentes tinham uma boa correlação linear com cada uma das variáveis independentes. A partir da definição das variáveis dependentes e independentes, foi construída uma variável composta chamada *guesswork*, e, posteriormente, feita a correção da população dos municípios proporcional à população total para distribuição dos recursos disponíveis entre os municípios. Por fim distribuiu-se os recursos proporcionalmente ao acesso dos pacientes, por municípios, a cada hospital. Utilizou-se o programa estatístico SPSS, versão 10.0 *for windows*. Para analisar os resultados foi feita uma simulação correspondente ao valor repassado em 2004, aos hospitais-pólo, para permitir a comparação entre os valores recebidos pelos critérios atuais e o proposto, identificando-se o comportamento do incremento de recursos com a nova proposta.

Tal simulação mostra que o método, neste momento, favorece um maior aporte de recursos aos hospitais terciários em detrimento dos secundários, o que poderá provocar uma distorção no modelo de atenção que pretende fortalecer o nível secundário de atenção. Conclui-se que é necessário aprofundar a investigação utilizando-se outros métodos antes da tomada de decisão de utilização do método como critério de distribuição de recursos entre estes hospitais.

IV - METODOLOGIA DE ALOCAÇÃO EQUITATIVA DE RECURSOS ENTRE MUNICÍPIOS (maio, 2005) – RIO DE JANEIRO;

Instituição: Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP / FIOCRUZ

Autores:

Coordenadora: Silvia Marta Porto.

Pesquisadores: Claudia Travassos; Francisco Viacava, Mônica Martins, Heglaucio da Silva Barros, Jurema Corrêa da Mota e Paulo Roberto Borges de Souza Junior.

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 serviços para estimar o uso com base na necessidade de saúde.

Nesta pesquisa objetivou-se avaliar a aplicabilidade dessa metodologia para alocação de recursos federais no Brasil. Empregaram-se dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS sobre as internações de curta permanência ocorridas no Brasil em 1999. Inicialmente foram analisadas 134 áreas geográficas, que cobrem o país como um todo; posteriormente utilizou-se como unidade geográfica os 5.507 municípios existentes no país em 2000.

Todos os modelos de estimativa do uso 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 é o caso do Brasil.

V - METODOLOGIA DE ALOCAÇÃO DE RECURSOS PARA A BAHIA (2005) - BAHIA;

Instituições: Instituto de Saúde Coletiva - ISC (Universidade Federal da Bahia – UFBA) e Secretaria Estadual de Saúde da Bahia

Autores:

Coordenador: Sebastião Loureiro.

Pesquisadores: Monique Azevedo Esperidião, Flávio Fontanell, Edson Correia Araújo, Mônica Maria Celestina de Oliveira (Estaística), Craig Milroy (Epidemiologista), Gileno Novaes Paiva Júnior e Virgínia Góes Ariane Silva (Bolsistas).

Resumo

O presente estudo tem por objetivo desenvolver uma metodologia de alocação de recursos federais para o custeio de serviços de saúde no estado da Bahia para o ano de 2002. A metodologia baseia-se num modelo inglês de demanda e emprega a utilização como *proxy* de necessidade de saúde. Utilizou-se como principal método de construção da fórmula uma regressão econométrica de dois estágios com variáveis de saneamento, epidemiológicas, de oferta e sócio-econômicas para os módulos assistenciais de saúde.

As primeiras simulações do modelo proposto para cada tipo de especialidade ou grupo de especialidades, a partir da utilização da média estadual para a construção da variável dependente, não apresentaram consistência teórica com o modelo. Optou-se, portanto, pela construção e utilização de uma variável depen-

dente *per capita*. As estimativas obtidas com estas novas variáveis de utilização, agregadas por módulos assistenciais apresentaram consistência teórica com o modelo teórico adotado.

Os resultados obtidos apontam para a existência de iniqüidades na alocação de recursos do Ministério da Saúde para o estado da Bahia, mas o modelo desenvolvido não se mostra plenamente adequado para a alocação de recursos para esse o estado. Finalmente, são discutidos limites da proposta e sugeridos novos estudos no campo.

TEMA 2 – GASTOS E CUSTOS

(I) CONTAS EM SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA, 2002 / 2004 (novembro, 2005)

Instituições: Secretaria Estadual de Saúde da Bahia e Instituto de Saúde Coletiva - ISC (Universidade Federal da Bahia – UFBA);

Autores:

Coordenadoras: Martha Teixeira e Maria da Glória Teixeira.

Pesquisadores: Cláudia d'Arede, Érika Aragão, Geovane Santana, Harrison Floriano, Indaiá Brasil, Gileno Paiva Junior, Guilhermo Etikim, Renata Berbert Castro e Liziane Lima.

Consultor: Daniel Aran.

Resumo

Contas de Saúde é um instrumento essencial para compreender quem está pagando pelos cuidados de saúde, quanto se está pagando e quais são as contribuições e serviços que estão sendo adquiridos.

Objetivo: Estimar o financiamento dos gastos da saúde no Estado da Bahia no período 2002 a 2004 utilizando a metodologia proposta pela OMS (Organização Mundial de Saúde) para subsidiar o planejamento da política de saúde e de seu impacto.

Metodologia: Para o preenchimento das matrizes foi utilizado o critério do registro por transação. Uma transação é a transferência de recursos de uma fonte de financiamento a um agente financeiro e a um provedor de bens ou serviços, o qual investe em diferentes objetos de gasto para produzir atividades de saúde que beneficiam a população. As categorias de análise foram definidas para entender a realidade do Estado da Bahia, sem descuidar de seu possível uso a nível federal.

Resultados: Em 2004 o gasto em saúde no Estado da Bahia totalizou R$6.789.100.771 representando um gasto em saúde *per capita*, correspondente a

R$496,02. As fontes públicas de financiamento correspondem a 51% total dos recursos aplicados em saúde. As "Fontes Federais" correspondem a 40% do total de fontes públicas. Enquanto que as "Fontes Estaduais" e "Municipais" correspondem a 31% e 29%, respectivamente, do total de fontes públicas de recursos para a saúde. O "Governo Estadual" gerência 55% do total dos recursos referente às três esferas de governo. O "Governo Municipal" é responsável pelo gerenciamento de 45% do total de recursos. As "Fontes Privadas" correspondem a 49% do total de recursos aplicados na saúde no Estado da Bahia.

(II) CONTAS DE SAÚDE DO BRASIL

Instituições: Ministério da Saúde (DES/SCTIE), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA/DISOC)

Autores: Ana Cecília Faverett e M. Angélica VB. Dos Santos

Resumo

O projeto Contas de Saúde do Brasil foi desenvolvido de março de 2004 a março de 2005. Foi um esforço interinstitucional fortemente baseado nos trabalhos realizados por um núcleo executivo formado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e por duas assessoras técnicas, contando também com a participação do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). No decorrer do relatório do projeto foram analisadas as principais metodologias existentes para apuração das Contas de Saúde, com foco em duas: Conta Satélite (ONU/93) e Contas Nacionais de Saúde (OCDE), sendo debatidos aspectos relativos às escolhas metodológicas feitas no âmbito do projeto, com ênfase na Conta Satélite de Saúde (CSS - ONU/93) e nas Contas Nacionais de Saúde (CNS - OCDE). Discute-se a metodologia das CNS (OCDE), atualizada a partir do documento da OMS (2003), e a aplicação de alguns conceitos e classificações ao caso brasileiro. Aborda-se, também, os conceitos gerais da metodologia do Sistema de Contas Nacionais, que constituem a base para a construção da Conta Satélite de Saúde (CSS-ONU/93), cujos aspectos metodológicos também são discutidos. Nele são apresentados, ainda, alguns resultados preliminares, incluindo comentários sobre os avanços e as restrições de ordem metodológica e sobre as bases de dados utilizadas.

(III) FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO ESTADO DO CEARÁ: RECEITAS E DESPESAS EM FACE DA EVOLUÇÃO ECONÔMICA E INSTITUCIONAL (2004) - CEARÁ;

Instituições: Universidade Federal do Ceará – UFC & Secretaria Estadual da Saúde do Ceará – SESA

Autores:

Coordenadores: Fernando José Pires de Sousa e Vera Maria Câmara Coelho

Pesquisadores: Ana Lorena Braga Fernandes, Edilmar Carvalho de Lima, Ismênia Maria Barreto Ramos, Maria Alrenice de Oliveira, Maria de Fátima Aguiar Lustosa, Maria das Graças Barbosa Peixoto, Rosângela Brasil Ferreira e Alays Andrade Madeira Barros.

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 onde, 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 numa 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 presente estudo objetiva analisar o financiamento do setor saúde no Ceará, nas décadas de 80 e 90, através da evolução das receitas e despesas segundo o comportamento da economia e frente às transformações institucionais e políticas verificadas no referido período.

Metodologicamente, pretende-se analisar o comportamento das receitas considerando suas principais fontes, de modo a confrontar a dinâmica entre recursos próprios, transferências e repasses de convênios, segundo fases da economia cearense e mudanças institucionais, bem como, analisar a evolução dos gastos com saúde, discriminados por categoria econômica e função, comparativamente a determinados agregados macroeconômicos.

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 infra-estrutura 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.

(IV) - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS DO CEARÁ (BRASIL): GASTOS PÚBLICOS E DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS – (agosto, 2004) - CEARÁ;

Instituição: Secretaria Estadual da Saúde do Ceará – SESA

Autores:

Coordenadores: Isabel Cristina Cavalcanti Carlos e Daniel Marques Mota

Pesquisadores: Emília Pimentel Madeira Barros Pontes, Maria das Candeias Carlos Dias, Maria Odilma Gonçalves Pinto, Paulo César Almeida, André Luiz Sampaio Braúna, Francisca Camila Gonçalves Ribeiro e Regina Lúcia Correia Lima Siqueira;

Consultores: Wilson Follador.

Resumo

O Sistema Integral de Assistência Farmacêutica constitui-se num subsistema do sistema de saúde, sendo parte integrante e prioritária da Atenção à Saúde. Está centrado em dois amplos objetivos: garantir o acesso da população aos medicamentos essenciais com qualidade e promover o uso racional desses insumos.

Os medicamentos essenciais são ferramentas fundamentais para o desenvolvimento e resolubilidade das ações de saúde preventiva, terapêutica e paliativa. Além de suas dimensões éticas primordiais, sua representatividade nos aspectos econômicos é elevada, tanto nos gastos com aquisição, que corresponde entre 18 a 30% dos gastos em saúde, como na redução dos gastos indiretos, associados a morbimortalidade, incapacidade para o trabalho, expectativa de vida, dentre outros.

O Estado do Ceará, busca incorporar elementos de eqüidade, qualidade e eficiência ao processo de descentralização da Assistência Farmacêutica, bem como garantir a economia de escala. Em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, promoveu a reorganização desse componente, objetivando mecanismos de ação para garantir maior acesso à população cearense de medicamentos em todos os níveis de atenção (primária, secundária e terciária), de modo a assegurar impactos nos indicadores epidemiológicos e, por conseguinte, nos indicadores de saúde.

O desenvolvimento do estudo sobre Gastos Públicos e Distribuição de Medicamentos no SUS-Ceará na Atenção Primária de Saúde e no Tratamento das Doenças de Alta Complexidade, se propõe a oferecer ferramentas analíticas e informações que permitam aumentar o grau de controle sobre a gestão da assistência farmacêutica, prestada, medir as relações entre a distribuição de medicamentos e o perfil nosológico regional, demonstrar o papel estratégico do Núcleo de Assistência Farmacêutica - NUASF como promotor de políticas e na

aquisição de medicamentos, a partir da identificação de prioridades, visando à tomada de decisões que permitam melhorar os gastos farmacêuticos, garantir alocação de novos recursos, bem como adoção de estratégias para promoção e qualificação dos serviços.

Diante dos resultados, pode-se constatar um incremento no acesso da população aos medicamentos essenciais de alta complexidade, nos investimentos destinados a aquisição e na quantidade de unidades físicas distribuídas. As recomendações resultantes do estudo foram no sentido do fortalecimento e melhoria da qualidade da assistência prestada, quanto ao processo de planejamento, medição de unidades físicas distribuídas/consumidas Dose Diária Definida (DDD), Dose Habitante/Dia (DHD); melhoria no processo de aquisição com compras centralizadas e maior ganho de escopo, aperfeiçoamento no mecanismo de incentivo econômico e de controle social; desenvolvimento de pesquisa para avaliar a satisfação dos profissionais e dos usuários em relação a diferentes fatores; que os resultados da pesquisa sejam utilizados para a definição de diretrizes políticas e delineamento de Planos Estaduais e Municipais de Assistência Farmacêutica, bem como a priorização de outras investigações no setor saúde.

(V) IMPLANTAÇÃO DE SISTEMA DE CUSTOS (METODOLOGIA DE INSUMO-PRODUTO) EM HOSPITAIS E UNIDADES DA REDE DO SUS (2005) - CEARÁ;

Instituição: Secretaria Estadual de Saúde do Ceará– SESA

Autores:

Coordenadora: Maria Helena Lima Sousa.

Pesquisadores: Magda Ferreira da Silva, Jânia Maria Freire, Gotardo Vasconcelos Cota, Adriana Castelo Branco de Paula Vianna, Robson Rocha de Alencar; Francisco Augusto Andrade Maia, Maria do Socorro Josué, Edilmar Carvalho de Lima, Gleidmar Araújo, Júlia Matos Castro, Hermínia Moreira Barreto da Costa, José Leosmar Henrique Oliveira, Luadênio de Moura Sous, Joana Maria Pereira Dutra, Maria de Fátima Aguiar Lustosa e Rosângela Brasil Ferreira.

Consultor: Ricardo Regis Saunders Duarte.

Resumo

A apuração dos custos é, reconhecidamente, um instrumento fundamental para o aperfeiçoamento da gestão hospitalar. Os hospitais brasileiros, de uma forma geral, não conhecem seus custos. A complexidade das atividades exercidas e a imensa quantidade e variedade de ações, serviços e bens envolvidas no processo de produção hospitalar, dificultam a montagem de sistemas de custos, que sejam, ao mesmo tempo, confiáveis e viáveis.

O presente trabalho tenta construir uma metodologia capaz de, numa forma simples e com sentido econômico, estimar os custos unitários médios de cada atividade exercida no hospital. Estas estimativas mensais servem como instrumento de gestão viabilizando as tentativas de tornar os hospitais mais eficientes na utilização de seus recursos.

Objetivos: Instituir um processo de informações e tratamento de dados no funcionamento normal dos hospitais para gerar a base necessária para a estimação dos custos. Estimar os custos unitários de cada atividade hospitalar (gerais, intermediários e finais), a partir dos valores dos custos diretos unitários (conhecidos). Produzir relatórios mensais de estimativas com análises comparativas de resultados anteriores. Verificar o comportamento dos custos em diferentes ocasiões e em situações distintas. Comparar também estes resultados com estimativas de hospitais semelhantes.

Metodologia: A partir da classificação das atividades hospitalares em três grandes categorias - *gerais*, *intermediárias* e *finais* - cada unidade dessas categorias é denominada de Centros de Custos. É definida pela natureza da atividade ali exercida, que além de ser identificável tem de ser quantificável. Essas definições dividem o hospital em termos de pessoal e de área, em Centros de Custos. Uma primeira matriz é construída onde se identificam os gastos diretos realizados para o funcionamento de cada Centro de Custos (Matriz dos Custos Diretos). Uma outra matriz mostra como a produção de cada Centro de Custo é distribuída pelos demais. A partir desta segunda matriz usa-se o modelo adaptável de Insumo x Produto. Com os custos unitários diretos e com variáveis exógenas, estima-se os custos unitários totais.

Conclusão: Este modelo já vem sendo aplicado em seis unidades de saúde no Ceará com resultados favoráveis e com a continuação deve ser aperfeiçoado e aplicado em mais unidade do SUS.

(VI) - VIOLÊNCIA E SAÚDE: MAGNITUDE E CUSTOS DOS ATENDIMENTOS DE EMERGÊNCIA NA CIDADE DE SALVADOR, BAHIA (2003).

Instituição: Instituto de Saúde Coletiva - ISC (Universidade Federal da Bahia – UFBA)

Autores:

Coordenador: Ceci Vilar Noronha;

Pesquisadores: Alex Santos Fernandez, Luciano Damasceno Santos, José dos Santos Costa, Elton Souza Lima e Diego Felzemburg Vieira;

Consultor: Paulo Henrique de Almeida;

Assistentes: Maurício Barbosa Silva e Renata Berbeth de Castro.

Resumo

Este estudo teve dois grandes objetivos: a) traçar o *perfil das vítimas de violência intencional* que procuram atendimento de saúde no setor público para sistematizar informações sobre a morbidade relacionada às causas externas; b) estimar os *custos monetários unitários* dos atendimentos ocasionados por diversas causas de violências intencionais, através do sistema público de saúde, bem como identificar os gastos dos indivíduos e suas respectivas famílias após sofrerem agressão. Os resultados foram obtidos mediante duas estratégias metodológicas: (a) análise dos registros de dois hospitais públicos de Salvador e (b) entrevista domiciliar com uma amostra de pessoas que recorreram às emergências de dois hospitais nessa cidade, no período de agosto a outubro de 2002.

Os resultados mostram que os atos de violência analisados ocorreram de modo desigual no que se refere à condição socioeconômica das vítimas, pois foram os segmentos pobres os mais vitimizados. Em resumo, a vítima típica da violência intencional atendida em hospitais públicos de Salvador pode ser caracterizada como sendo: (a) homem (80,4%); (b) adolescente ou jovem adulto (55,8%); (c) analfabeto ou analfabeto funcional (63,6%); (d) convivendo em famílias pobres ou muito pobres (79,3% com renda inferior a quatro SM); (e) em grupos domiciliares numerosos (52% de domicílios com mais de cinco pessoas), e (f) com grande proporção de trabalhadores informais (40,9%).

TEMA 3 – AVALIAÇÃO ECONÔMICA

(I) AVALIAÇÃO ECONÔMICA DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) EM MUNICÍPIOS DO ESTADO DA BAHIA: UM ESTUDO DE CUSTOS (2003) -

Instituição: Instituto de Saúde Coletiva - ISC – Universidade Federal da Bahia - UFBA

Autores:

Coordenadora: Edyara Santana;

Pesquisadores: Cláudia de Oliveira d'Arede, Indaiá do Brasil Dias e Iulo de Araújo Lima Lobo;

Consultor: Paulo Henrique de Almeida.

Resumo:

Este estudo teve como objetivo estimar os custos médios de funcionamento da equipe de Saúde da Família (mínima e com odontólogo), incluindo custo *per capita* e custo por atendimento em municípios de diferentes portes no

Estado da Bahia. Ao estimar os custos do Programa de Saúde da Família - PSF em municípios criteriosamente selecionados de modo a compor um estudo de casos exemplares, buscou-se produzir subsídios que permitam aos gestores planejar, com base em dados concretos e o mais próximo possível da realidade, a implantação e implementação do PSF em seus territórios.

Foi realizado um estudo de casos múltiplos, utilizando-se como metodologia de apuração de custos do Programa a técnica de custeio por absorção, com coleta de dados nos municípios selecionados. Verificou-se a inexistência de centros de custeio organizados nos municípios. Salvo exceções, os municípios estudados não dispõem de sistemas de controle de custos informatizados. Quando informatizado, sua organização é ainda deficiente ou não atinge todos os centros de custos, o que dificultou o trabalho de apuração.

Para além dos objetivos específicos do estudo, foi possível identificar a necessidade de fortalecer, junto aos municípios, uma cultura de apuração de custos que permita, com o tempo, monitorar e avaliar, sistematicamente, a aplicação dos recursos em saúde, criando as condições necessárias para uma maior eficiência no gerenciamento e gestão dos sistemas municipais.

(II) CUSTO EFETIVIDADE DA VACINA CONTRA INFLUENZA (maio, 2003) - BAHIA;

Instituição: Instituto de Saúde Coletiva - ISC – Universidade Federal da Bahia - UFBA

Autores:

Coordenadora: Maria Inês Dourado;

Pesquisadores: Virginia Góes, Sebastião Loureiro, Sérgio Souza da Cunha, Andréia Costa Santos, Maria Yury Travassos Ichihara e Edvan Chaves.

Resumo

Introdução: A vacina contra influenza foi introduzida no Brasil em 1999 a partir de campanhas anuais de vacinação, tendo a população idosa como alvo. A literatura nacional sobre o impacto dessa vacinação é escassa o que sugere a necessidade de estudos para estimar a efetividade e custo efetividade dessa vacina, principalmente em áreas fora das regiões sul e sudeste.

Objetivos: (i) Estimar a efetividade da vacina contra influenza na redução de internamentos por doença respiratória aguda na população com 60 anos e mais de idade; (ii) Estimar o custo médio unitário para aplicar uma dose da vacina contra influenza na população dessa faixa etária na campanha realizada em 2001; (iii) Estimar o custo médio unitário do internamento por doença respiratória aguda para pacientes com idade de 60 anos ou mais em 2001; (iv) Estimar a

relação custo-efetividade para as seguintes intervenções: apenas tratar (internamento) pacientes com idade de 60 anos ou mais, ou vacinar contra influenza e tratar (internamento) essas pessoas.

Metodologia: (i) Estimativa da efetividade da vacina contra influenza realizada através do método de "*screening*"; (ii) análise de custo efetividade.

Resultados: (i) A vacinação contra influenza, na campanha de 2001 na cidade de Salvado,r esteve associada com uma redução de cerca de 50% nos internamentos notificados e registrados pelo SUS com diagnóstico de infecção respiratória aguda (pneumonia) e doença pulmonar obstrutiva crônica, na população alvo da campanha e em indivíduos residentes de Salvador, durante o ano de 2001; (ii) Os custos para implementar a campanha de vacinação contra influenza em 2001 na cidade de Salvador não produziram uma economia de recursos comparado com o cenário hipotético em que a vacinação não é implementada.

Recomendações: (i) estudos visando estimar a efetividade e custo/efetividade da campanha de vacinação contra influenza em idosos devem ser considerados como componentes inerentes à implementação dessas campanhas; (ii) esses estudos devem ser realizados principalmente em áreas fora das regiões sul e sudeste do país; (iii) os estudos devem tratar do custo do valor real de uma internação computando todos os custos com pessoal médico e não médico, despesas correntes, custos com depreciação, medicamentos, etc., e não apenas baseados no valor pago por autorização de internação hospitalar (AIH) pelo SUS; e (iv) a definição da necessidade da campanha e sua continuidade em todo território nacional, deve levar em conta os resultados dos estudos de efetividade e custo efetividade.

(III) AVALIAÇÃO ECONÔMICA DO TRATAMENTO DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA NO ESTADO DA BAHIA (2005)

Instituição: Instituto de Saúde Coletiva - ISC – Universidade Federal da Bahia - UFBA

Autores

Coordenador: Hamilton Ferreira Jr.

Pesquisadores: Alfredo Corniali, Bruno Simões, Cristiane Kraychete, Geovane Santana dos Santos, Joseneide Queiroz, Luiz Alberto Lima Teixeira, Maria Zelinda Silva e Cosete Rodrigues.

Resumo

Este estudo teve como objetivo geral avaliar o custo-utilidade do tratamento de Hemodiálise em pacientes atendidos em quatro instituições de distintas naturezas jurídicas, na cidade de Salvador. O estudo foi realizado em: 1) um

hospital da rede pública; 2) três instituições privadas sendo uma filantrópica. Os custos, levantados por absorção, foram convertidos em custos por atividades. O método ABC – *Activity Based Costing*,- foi utilizado para ratear os custos nas instituições hospitalares, os dados obtidos foram confrontados com os dados nas clínicas especializadas. A utilidade do tratamento foi avaliada através da qualidade de vida relacionada á saúde (QVRS), usando o SF-36, um questionário genérico validado internacionalmente.

Os resultados encontrados apontam para o fato de os hospitais pesquisados atenderem pacientes agudos e realizarem triagem até o estabelecimento de diagnóstico definitivo (alto custo, pelo descarte de insumos com reutilização permitida pela Portaria 82/00). Já as clínicas privadas tratam de pacientes crônicos, não atendendo, portanto, os hospitalizados clinicamente instáveis. O gerenciamento do estoque tem ampla influência na determinação dos custos da sessão de hemodiálise, os hospitais geram reserva elevando os custos e as clínicas possuem demanda fixa, trabalhando com baixa movimentação do estoque. Quanto à avaliação da QV, a Clínica B obteve melhor custo-utilidade e entre os hospitais o hospital D obteve melhor custo-utilidade. Características de gerenciamento de estoque realizadas pelas clínicas podem subsidiar redução de custos da sessão, mas a utilidade do tratamento foi melhor onde o custo da sessão foi maior; o controle clínico (como o controle da anemia) pode estar associado a melhor QV dos usuários da hemodiálise no hospital D.

(IV) AVALIAÇÃO ECONÔMICA DA DIÁLISE EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA NO ESTADO DO CEARÁ (2005) - CEARÁ;

Instituição: Secretaria Estadual de Saúde do Ceará– SESA

Autores:

Coordenadores*:* Maria Helena Lima Sousa e Alexandre José Mont'Alverne Silva;

Pesquisadores: Ana Lúcia Ximenes Rodrigues, Antônio Augusto Carvalho Guimarães, Cléber Domingos Cunha da Silva, Francisco Alexandre Monteiro Nogueira, Edilmar Carvalho de Lima, Francidênia Barbosa Nobre, e Maria do Socorro Menezes Rolim de Carvalho.

Consultores: Juan Eduardo Tello e Jaume Puig-Junoy (Economistas),

Apoio estatístico e desenvolvimento do sistema: Rosa Maria Salani Mota e Eugeniano Brito Martins;

Apoio: Daniela Serpa Moura Silva, Silvana Lima Machado, Roberto Silva Maia Pereira e Leilane da Silva Benevenuto.

Resumo

Este trabalho constitui-se numa avaliação econômica da diálise em pacientes com insuficiência renal aguda no Ceará. O estudo se justifica diante da ausência de normatização do SUS, custo diferenciado, escassez de oferta e diferença entre preço de mercado e pagamento efetuado pelo SUS. Seu objetivo é contribuir para aumentar a eficiência do tratamento dialítico realizado em pacientes agudos no Hospital Geral de Fortaleza, através da análise econômica dos tratamentos ministrados.

O método utilizado é a análise de custo-conseqüência realizado na perspectiva do Gestor Estadual. Definidos critérios de inclusão e exclusão foram estudados 96 casos no período de agosto/2003 a junho/2004 sendo considerados os custos de agosto/2003 a janeiro/2004. Utilizou-se questionário para registro e identificação por pacientes por prontuário. Os custos diretos foram apurados diretamente do prontuário sendo incluídos também os custos do setor de diálise. Os custos administrativos relacionados a outros setores bem como a depreciação do ativo permanente imobilizado não foram incluídos nos custos. No tratamento estatístico utilizou-se a análise descritiva. Os custos totais com hemodiálise e tratamento total foram descritos: por paciente, sessão e hora de hemodiálise. Foram feitas: (i) análise de Regressão Linear Múltipla para o custo por hora de hemodiálise através da correlação linear de Pearson; (ii) gráficos de dispersão e a técnica de equação de regressão linear múltipla pelo método *Stepwise Backword* e estatística de Wald; (iii) análise dos fatores de risco para o óbito do paciente utilizando-se a técnica de Regressão Logística pelo método *Stepwise Beckward* e a estatística de Wald sendo considerados vários blocos de variáveis; e (iv) simulação para possível terceirização do serviço.

Como resultados verificou-se que estão associados ao maior risco de óbito: idade, baixa diurese de 24h e freqüência elevada do pulso prévios à diálise e maior proporção de hemodiálise lenta. Menores riscos de óbito: presença de doenças do aparelho genitorinário e creatinina elevada. Maior custo por hora: creatinina baixa, acidose (para os que não foram a óbito), sódio (quando corrigido pela idade), baixa temperatura (foram a óbito), baixa freqüência do pulso, baixa diurese durante a diálise (foram a óbito). A hemodiálise lenta apresenta maior custo que a Hemodiálise. O custo da terceirização é 6,5% mais elevado.

Como conclusão observou-se variação do custo conforme a conseqüência, sendo mais caro o paciente que foi a óbito. Estudos adicionais envolvendo mais centros poderão trazer informações relevantes para o gestor público da saúde.

TEMA 4 – DESIGUALDADES

(I) AS DIFERENTES FACES DA DESIGUALDADE EM SAÚDE: INIQÜIDADE, DISCRIMINAÇÃO E EXCLUSÃO –(2005) - BAHIA;

Instituição: Instituto de Saúde Coletiva - ISC, Universidade Federal da Bahia - UFBA

Autores:

Coordenador: Sebastião Loureiro de Souza e Silva

Pesquisadores: Mônica de Oliveira Nunes, Maurice Charles Henri M. Raymond de Torrente, Carolina Ramos Homem, Cláudia de Oliveira D'Arede, Erika Santos de Aragão, Isaura F. Gottschall de Almeida, Luciano Damasceno Santos, Marília Hughes Guerreiro Costa, Marise Cláudia Itaparica de Carvalho Melo, Ricardo Luciano Silva Pereira de Souza e Suzana Mendes Almeida

Resumo

Este projeto procura explicitar as relações entre a condição econômica, de gênero e caracterização racial na produção dos processos de desigualdade, tanto na condição de saúde como nas trajetórias de buscas e desencontros nas tentativas de sua recuperação. Para dar conta da complexidade do objeto em foco foram adotados três níveis de análise: o primeiro nível utilizou os dados da PNAD – 98 para a Bahia, em análise estratificada e multivariada, com o objetivo de evidenciar o efeito isolado ou em conjunto das variáveis selecionadas. O segundo nível explorou o método de "benefit incidence" para demonstrar iniqüidade na alocação de recursos públicos para a saúde, nos municípios de Cachoeira e Senhor do Bonfim, Bahia. O terceiro nível empregou um modelo de antropologia econômica em um corte intergeracional de modo a revelar as mudanças no perfil da demanda, oferta e utilização, e, concomitante, nas formas de financiamento de serviços de saúde, em três gerações de mulheres dos municípios selecionados.

O estudo mostrou que a produção da desigualdade em saúde é um processo multifatorial e complexo. Em todos os níveis de análise contatou-se que os grupos de renda mais elevada têm maior facilidade ao acesso aos serviços de saúde, mesmo quando não se apropriam do maior montante de recursos. No que tange a cor da pele, observou-se que apesar de os negros utilizarem mais os serviços de saúde, eles manifestam sofrer discriminação, não somente por sua característica racial, mas também pela econômica. No quesito gênero, o estudo evidenciou que as mulheres são as maiores beneficiadas com os recursos públicos de saúde.

(II) ATENÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE NO SUS: DESIGUALDADES NO ACESSO E NO FINANCIAMENTO (fevereiro, 2005)

Instituição: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA;

Autores:

Coordenador: Solon Magalhães Vianna.

Pesquisadores: André Nunes, Geraldo Góes, Joelmir Rodrigues da Silva e René José Moreira dos Santos

Colaboradores: Edson Albano Dantas Junior, Handerson Gonçalves Pereira, Luiz Renato Costa Lima e Raucélio Coelho Cardoch Valdes

Resumo

Os serviços de alta complexidade oferecidos pelo Sistema Único de Saúde-SUS, aproximam-se da efetiva consecução dos princípios da universalização do acesso e da integralidade de atenção, pois contam com a adesão dos estratos médios da sociedade brasileira. O objetivo desse trabalho é estudar as diferenças de acesso e utilização em alguns procedimentos da alta complexidade, entre os quais as cirurgias cardíacas, os transplantes, a hemodiálise e os medicamentos excepcionais, utilizando-se algumas *proxys*, principalmente a escolaridade dos usuários, como fonte de informação socioeconômica.

Os dados referentes a cirurgias cardíacas e aos transplantes são secundários e foram fornecidas pelo INCOR. A escolaridade dos pacientes SUS transplantados no INCOR é bastante superior àquela observada nos pacientes SUS/SP em geral. Entre os de nível superior, o percentual de transplantados no INCOR/SUS é dez vezes maior do que entre os pacientes que demandam o SUS como um todo no estado de São Paulo.

A informação referente aos procedimentos de hemodiálise e medicamentos excepcionais é resultado de pesquisa de campo realizada no Distrito Federal. No caso da hemodiálise, o número dos usuários sem escolaridade é 12 vezes maior no SUS do que entre os dializados. Enquanto, o percentual de renais crônicos em tratamento, que possuem curso superior completo, é 3,4 vezes maior do que no grupo de mesmo nível educacional no SUS/DF como um todo. No acesso aos medicamentos excepcionais (alto custo), o percentual dos sem escolaridade no SUS/DF é nove vezes superior àquele observado entre os que fazem uso dos referidos medicamentos. O percentual de pacientes com instrução superior em uso de medicamentos de alto custo atinge a 9,04 %, enquanto no SUS/DF como um todo esse percentual é de apenas 2,7%.

O estudo constata, portanto,uma diferenciação importante na utilização dos serviços: a demanda global do SUS é claramente distinta, em termos socioeconômicos, da demanda por alta complexidade. Embora a participação

dos usuários de menor escolaridade seja majoritária em todos os casos estudados, os estratos médios da sociedade que, de forma geral, não utilizam os serviços oferecidos pelo SUS, fazem-no quando se trata dos serviços de alta complexidade/alto custo, ratificando a idéia que o SUS é universal nos extremos, isto é, no mais freqüente e barato (vacinação, por exemplo) e no menos freqüente e mais caro (alta complexidade).

(III) DESIGUALDADES SOCIOECONÔMICAS MORBIDADE E MORTALIDADE NO CEARÁ (BRASIL): IMPLICAÇÕES NA POLÍTICA SANITÁRIA (2004).

Instituição: Secretaria Estadual de Saúde do Ceará– SESA e IPLANCE

Autores:

Coordenadoras: Maria Helena Lima Sousa e Ana Maria Matos de Araújo.

Pesquisadores: Cícera Borges Machado, Maria Cláudia Nogueira de Lima, Paulo Egídio Santos Feitosa, Joana Maria Pereira Dutra, Annuzia Maria Pontes Moreira Gosson, Maria Angela Lécio Hitzscky Madeira e Sérgio Mattos Brito.

Consultor: Juan Eduardo Tello.

Pesquisadores de Campo: Paulo Egídio Santos Feitosa e Joana Maria Pereira Dutra.

Estatística: Annuzia Maria Pontes Moreira Gosson e Maria Angela Lécio Hitzscky Madeira.

Geoprocessamento: Sérgio Mattos Brito.

Apoio: André Lima Sousa e Luciana Dantas Soares Teixeira (estagiários) e Danilo Batista Albuquerque e Leilane da Silva Benevenuto (digitadores).

Resumo

Objetivo: A pesquisa tem por finalidade descrever as condições de mortalidade e morbidade e suas relações com a situação socioeconômica nos municípios cearenses e bairros de Fortaleza, para subsidiar as políticas públicas de saúde com eqüidade.

Método: o estudo analisa as principais causas de mortalidade e morbidade ocorridas nos anos de 2000 e 2001 por grupos socioeconômicos, avaliados segundo o indicador chamado ISE. Este foi construído a partir de dados censitários (IBGE-2000) pela análise fatorial e consta de três fatores (econômico, social e habitacional), e *cluster analysis* para agrupamento em cinco grupos, sob base municipal, exceto Fortaleza, desagregada por bairros. Em seguida foi realizado um *crosstabs* por intermédio do cálculo dos indicadores de saúde por classe de ISE,

sendo Fortaleza (Capital) a referência (classe 1). Finalmente foram feitas correções metodológicas nos indicadores de saúde e validação estatística (cálculo dos indicadores e das razões de taxas – risco relativo; intervalo de confiança e *p-value trend*).

Resultados: indicam a influência das desigualdades socioeconômicas no Estado do Ceará sobre a situação de saúde, notadamente na mortalidade infantil, em crianças menores de cinco anos e em idade escolar. O risco de adoecer e morrer aumenta entre as classes mais desfavorecidas. Mostram também as desigualdades por gênero, emergindo entre homens na mortalidade por causas externas e mulheres nas neoplasias mamárias. As desigualdades são encontradas também em pessoas de 65 anos e mais, embora em sentido inverso.

Conclusões: por trás das médias estaduais de saúde, existe um mundo complexo e diferenciado de desníveis socioeconômicos com reflexos na saúde que não está sendo observado no planejamento ou na avaliação. A subnotificação de casos de doenças e mortes e o alto índice por causas não definidas são um alerta às autoridades de saúde para a fragilidade das informações que podem comprometer o desenvolvimento de políticas de saúde consistentes e eqüitativas.

IV. RELATÓRIO DE OFICINA DE TRABALHO: CONCEITOS E INSTRUMENTOS DA ECONOMIA DA SAÚDE E DA EPIDEMIOLOGIA NOS ESTUDOS DE DESIGUALDADES

Organização da Oficina: Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Local e data: Curitiba , 23 e 24 de março de 2002, (V Congresso Brasileiro de Epidemiologia – ABRASCO)

Relatores da Oficina: Áquilas Mendes e Rosa Maria Marques

Apoio. Ministério da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (*IPEA*) e Department for International Development (DFID)

Resumo

Ao longo da última década, a aproximação dos campos da saúde e da economia tem se tornado uma necessidade para todos aqueles envolvidos na academia e nos serviços da saúde pública no país. Já existe uma produção de pesquisas e trabalhos resultante desse esforço na interface entre saúde e economia. Porém, muitos deles não estão largamente difundidos e analisados criticamente, possibilitando o seu uso em potencial. Além disso, sabe-se que há muito por construir nesse esforço de melhor integrar conceitos e fundamentos dos distintos campos, a fim de que os envolvidos com a política de saúde no país sintam-se seguros com relação a essa parceria e avancem na implementação de uma saúde universal.

O V Congresso Brasileiro de Epidemiologia da ABRASCO, preocupado com a aproximação da saúde e economia, promoveu a realização da Oficina *Conceitos e Instrumentos da Economia da Saúde e da Epidemiologia nos Estudos de Desigualdade",* nos dias 23 e 24 de março de 2002, em Curitiba. Dela participaram 21 técnicos – economistas, epidemiologistas, médicos e sociólogos - provenientes de diversas instituições de ensino e pesquisa do país, bem como agentes públicos e especialistas das área de economia da saúde.

A Oficina foi estruturada com base na discussão de questões consideradas pertinentes ao tema da desigualdade, conforme roteiro distribuído aos participantes. Como contribuição às discussões, também foi entregue a cada participante um Caderno Referência, contendo textos e artigos sobre a temática da mensuração da desigualdade na área da saúde.

O Relatório da oficina (ver CD anexo aos Anais do PES) tem como objetivo apresentar os resultados dos debates então realizados. A estrutura do Relatório segue os temas relacionados no roteiro básico de questões, distribuídos aos participantes, e organizados em oito partes. A primeira parte trata dos aspectos conceituais de desigualdade, exclusão, discriminação e iniqüidade; a segunda, da mensuração de desigualdades: indicadores econômicos e de saúde, abordagens metodológicas e trabalhos em andamento; a terceira, das relações de causalidade entre economia-saúde e saúde-economia e as variáveis "*confounders*"; a quarta, dos problemas metodológicos dos estudos sobre desigualdade; a quinta, da relação entre medidas de desigualdade econômica e desigualdade em saúde; a sexta, da base de dados nacionais – características, críticas e sugestões; a sétima, da rede de economia da saúde: características, objetivas e estratégias; e finalmente, a oitava, das sugestões para o desenvolvimento, difusão, fortalecimento e maior utilização da economia da saúde.

Ainda, com a finalidade de garantir o acompanhamento sistemático das questões discutidas no âmbito da Oficina, o Relatório anexa a memória do conteúdo principal das falas de cada participante.

Tema 5: outros temas

(I) IMPACTO DA MORTALIDADE PREMATURA POR CAUSAS EVITÁVEIS – (2005) - CEARÁ;

Instituição: Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Autores:

Coordenador: Marcelo Gurgel Carlos da Silva e Miren Maite Uribe Arregi

Pesquisadores: Breitner Gomes Chaves e Marcus Vicente Rego

Resumo

Introdução: O estudo dos Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) é relevante para a compreensão da magnitude dos problemas de saúde.

Objetivo da pesquisa: Determinar e analisar o impacto da mortalidade por causas evitáveis em APVP em capitais brasileiras selecionadas, e de seus agregados macro-regionais, em 1979-1981 e 1999-2001.

Metodologia: O material básico foi constituído de dados das declarações de óbito dos residentes em doze capitais brasileiras selecionadas: Manaus, Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, São Paulo, Curitiba, Porto Alegre, Goiânia e Brasília referentes aos triênios 1979-81 e 1999-01. Esses dados foram obtidos no CD-ROM do Sistema de Informação sobre Mortalidade e apresentados conforme a Lista de Mortalidade Evitável, proposta por Ortún & Gispert (1988), observando as faixas etárias restritivas de redutibilidade nas causas. As mortes por causas mal definidas foram redistribuídas nas demais causas. Os resultados foram analisados por agregados macro-regionais: Norte/Nordeste (NNE) *versus* Sul/Sudeste/Centro-Oeste (SEC). Os dados populacionais foram gerados a partir de resultados dos Censos do IBGE, mediante projeção geométrica. Os APVP foram calculados pela técnica de Romeder & McWhinnie, com o limite superior de vida média fixado em 65 anos.

Resultados: Com o limite superior de vida média fixado em 65 anos, entre 1979-1981, aconteceram 3.608.715,0 e 2.133.368,5 anos potenciais de vida perdidos (APVP), em homens e mulheres, para os quais a mortalidade por causas evitáveis na faixa etária participou com 32,02% e 38,89% e por causas evitáveis fora da faixa etária com 6,28% e 8,14%. Os óbitos inevitáveis arcaram com 61,70% e 52,97%, nesses sexos. Entre 1999-2001, ocorreram 4.455.769 e 1.785.940,5 APVP, em homens e mulheres, para os quais a mortalidade por causas evitáveis na faixa etária colaborou com 17,22% e 25,25% e por causas evitáveis fora da faixa etária com 4,81% e 8,15%, enquanto as inevitáveis assumiram 77,97% e 66,60%, nesses sexos. As taxas de APVP, no período 1979-1981, foram de 35,18/1000 e 23,25/1000 para a mortalidade por causas evitáveis na faixa etária, de 6,90 e 4,86 para a mortalidade por causas evitáveis fora da faixa etária e de 67,78 e 31,66 para as inevitáveis, em homens e mulheres, respectivamente. No triênio 1999-2001, as taxas de APVP foram de 17,41/1000 e 9,41/1000 para a mortalidade por causas evitáveis na faixa etária, de 4,52/1000 e 2,77/1000 para a mortalidade por causas evitáveis fora da faixa etária e de 73,36/1000 e 22,61/1000 para as inevitáveis, em homens e mulheres, respectivamente. No período 1979-1981, as cinco principais causas de mortes evitáveis responsáveis por APVP foram: acidente de veículo a motor, doenças do aparelho respiratório, hipertensão e DCV, cirrose hepática e gastroenterites, no sexo masculino, e doenças do aparelho respiratório, hipertensão e DCV, acidentes de veículo a motor, gastroenterites e doenças relacionadas a gravidez, parto e puerpério, no feminino;

em 1999-2001, as cinco primeiras evitáveis em APVP ficaram na seguinte ordem decrescente: acidente de veículo a motor, hipertensão e DCV, cirrose hepática, tuberculose e doenças do aparelho respiratório, no sexo masculino, e hipertensão e DCV, acidente de veículo a motor, doenças do aparelho respiratório, câncer do colo uterino e doenças relacionadas a gravidez, parto e puerpério, no feminino. Em 1979-81, para NNE, aconteceram 919.286 e 640.848,5 APVP, em homens e mulheres, para os quais a mortalidade por causas evitáveis na faixa etária participou com 39,25% e 28,20% e a por causas evitáveis fora da faixa etária, com 5,32% e 7,07%, enquanto as inevitáveis arcaram com 55,43% e 44,73%, nesses sexos. Entre 1999 e 2001, ocorreram 11.086.968 e 488.731 APVP, em homens e mulheres, nos quais a mortalidade por causas evitáveis na faixa etária contribuiu com 18,00% e 26,63% e por causas evitáveis fora da faixa etária com 5,51% e 9,31%, enquanto as inevitáveis assumiram 76,41% e 64,06%, nesses sexos. Em 1979-81, para SEC, ocorreram 2.673.569,5 e 1.470.164 APVP, em homens e mulheres, para os quais a mortalidade por causas evitáveis na faixa etária concorreu com 29,69% e 25,05% e a por causas evitáveis fora da faixa etária com 6,68% e 8,58%, enquanto as inevitáveis responderam por 63,63% e 56,39%, nesses sexos. No período 1999-2001, ocorreram 3.368.801,0 e 1.297.209,5 APVP, em homens e mulheres, para os quais a mortalidade por causas evitáveis na faixa etária colaborou com 27,93% e 24,74% e a por causas evitáveis fora da faixa etária com 4,56% e 7,71%, enquanto as inevitáveis assumiram 67,51% e 67,55%, nesses sexos. As taxas de APVP, para causas evitáveis na faixa etária, em 1979-81 e 1999-01, foram de 49,85/1000 e 16,87/1000, e de 38,23/1000 e 10,22/1000, em homens e mulheres, na NNE, e de 33,45 e 17,60, e de 20,44 e 9,12, na SSE, na mesma ordem.

Conclusão: Do primeiro para o segundo triênio sob análise, a maioria das causas evitáveis teve redução em APVP proporcional, com ênfase para a substancial redução das doenças infecciosas como causa de vida potencial sacrificada, em todas as regiões, notadamente no Norte e Nordeste.

(II) ECONOMIA DA SAÚDE: CONCEITOS, ABRANGÊNCIA E FORMAS DE INSERÇÃO NO CASO BRASILEIRO

Autor: Geraldo Biasoto Junior

Resumo

Este trabalho procura identificar os campos de maior interesse para a introdução de conceitos e ferramentas de economia da saúde no SUS. Duas linhas de análise são desenvolvidas: a) identificação da abrangência da economia da saúde; b) análise das estruturas de administração e gestão, mapeando os pontos críticos para intervenção do instrumental de economia da saúde. O objetivo é a identificação da confluência entre os dois campos para a avaliação das possi-

bilidades que a economia da saúde coloca para de alcançar eficiência e equidade no SUS.

O amplo conjunto de conceitos e metodologias de análise, tanto quantitativas como qualitativas, forjado na história do desenvolvimento da ciência econômica não poderia deixar de ter utilização na busca da compreensão e gestão de diversos campos da atividade humana. Nesse sentido, a economia da saúde, como sub-disciplina da ciência econômica, evoluiu, nos últimos anos, tomando emprestados conceitos e instrumentos ao arcabouço teórico-conceitual da teoria econômica e da economia aplicada.

No campo do SUS, a tarefa é tentar divisar as áreas de interesse e qualificar as inserções. Cumpre usar estratégias para caracterizar e segmentar as ações que poderiam incrementar a capacidade de produção e difusão de conhecimento em economia da saúde: a) capacitar os grupos de trabalho que são responsáveis nas secretarias de saúde, agências e associações de profissionais e instituições privadas, para a realização de trabalhos de economia da saúde; b) fortalecimento das instituições formadoras, para capacitar profissionais em economia da saúde, aumentando o número de profissionais capacitados a aplicar o instrumental a casos concretos; e c) dinamizar a produção de documentos de avaliação contratados junto a consultores especialistas em economia da saúde.

PARTE II

ATIVIDADES DE CAPACITAÇÃO

(I) CURSOS DE PÓS GRADUAÇÃO

Mestrado (YORK University)

Édson Araújo	2003 / 2004 (30 de setembro 2003 a 30 de setembro 2004)	(ISC / UFBA), Salvador, BA
Edvaldo Sá	2003 / 2004 (30 de setembro 2003 a 30 de setembro 2004)	DES/SCTIE/MS, Brasília, DF

Disciplina de Doutorado ***(Universidade Autônoma Pompeu Fabra, Barcelona, Espanha)***

Alex Santos Fernandez	2004	Bahia (ISC / UFBA)

(II) CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO NO BRASIL

BAHIA (Salvador)

1. Curso**: Economia na Gestão dos Sistemas de Saúde**
2. Coordenador do curso ou da atividade: **Prof. Sebastião Loureiro**
3. Local: **Pavilhão de Aulas do Canela, Salvador (Bahia)**
4. Instituição ministradora: **Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal da Bahia (UFBA)**
5. Período de duração e carga horária: **14 de Março de 2005 a 26 de Janeiro de 2006**
6. Carga Horária: **375 horas-aula**
7. Tipo de curso: **Especialização**
8. Regime Presencial **Presencial com momentos de concentração (uma semana de aulas a cada mês) e de dispersão (atividades extra-classe entre as semanas de aulas)**
9. Relação dos docentes

1 - Andréia Costa Santos (Doutoranda em Economia da Saúde, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Universidade de Londres, Inglaterra; Mestre em Economia – CME/UFBA

2 - Carlos Octávio Ocké-Reis (Doutorado em Saúde Coletiva - Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

3 - Eduardo Luiz Andrade Mota (Pós-Doutorado – University of North Carolina, EUA, Doutorado em Medicina – UFBA)

4 - Edson Correia Araújo (Mestre em Economia da Saúde, University of York – Reino Unido)

5 – Edvaldo Batista de Sá (Mestre em Economia da Saúde, Universidade de York)

6 - Érika Aragão (Mestrado em Economia (UFBA).

7 - Hamilton de Moura Ferreira Júnior (Doutorado em Economia – Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

8 - Jairnilson Silva Paim. Mestrado em Medicina (UFBA**)**

9 - Lígia Bahia Doutorado em Saúde Pública (ENSP, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

10- Kenya Valeria Micaela de Souza Noronha (Doutoranda em Economia - Universidade Federal de Minas Gerais -UFMG e Mestre em Economia - UFMG)

11 - Maria da Glória Teixeira (Doutorado em Saúde Pública – UFBA)

12 **- Martha Carvalho Pereira Teixeira** (Especialização em Health Economics to Developing Countries, University of York – Reino Unido,Ciências Econômicas - Faculdade de Ciências Econômicas – UFBA)

13 - Mônica Viegas de Andrade (Doutorado em Economia – Escola de Pós Graduação Em Economia Fundação Getulio Vargas - EPGE/FGV)

14 - Monique Azevedo Esperidião (Mestrado em Saúde Comunitária, Instituto de Saúde Coletiva – ISC/UFBA)

15 - Paulo Henrique Almeida (Doutorado em Economia, Université de Paris X, Nanterre, França

16 - Sebastião Loureiro (Pós-Doutorado em Métodos Epidemiológicos Aplicados a Avaliação de Saúde - Universidade do Texas; Doutorado em Epidemiologia pelo Centro de Ciências da Saúde de Houston - Universidade do Texas

10. Relação dos participantes

Nome	Profissão	Empresa	Função
1. Agnaldo Dantas de Oliveira	Economista	Secretaria Municipal de Saúde de Lauro de Freitas	Contabilidade / Fundo Municipal
2.Alice da Silva Ribeiro Firmino	Assistente Social	Secretaria Municipal de Saúde de Salvador	Gerente de Unidade
3.Cristiana Grande de Sá Freire Torres	Médica	Secretaria Municipal de Saúde de Campo Formoso	Secretária Municipal de Saúde
4.Cristina Maria da Cruz Azevedo Riccó	Administradora	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB)	Técnico (Diretoria de Regulação)
5. Dione Cruz Pimentel	Contadora	Secretaria Municipal de Saúde de Salvador	Contadora (Fundo Municipal de Saúde)
6. Diralúcia Pereira de Brito	Bach. Letras	SESAB	Técnico (SUDESC)
7. Dolores Fernandez	Médica	SESAB	Médica
8. Edgar Tavares Lima	Contador	SESAB	Auditor
9.Eliane M. de Oliveira Souza	Economista	Secretaria Municipal de Saúde de Alagoinhas	Coordenadora financeira
10.Gerardo Azevedo Júnior	Dentista	S. M de Saúde de Livramento de N.S.	Secretário Municipal de Saúde
11. Isaura Gottschall	Economista	Programa Economia da Saúde – ISC/UFBA	Pesquisadora
12. Jane de Souza	Assistente Social	Secretaria Municipal de Saúde de Salvador	Gerente de unidade de saúde
13. José dos Santos Costa	Economista	PECS/ISC/UFBA	Pesquisador
14. Lílian Mota Muniz	Administradora	SESAB	Técnico (SURCAS)
15.Marcelo Pereira Orrico	Economista	SESAB	Técnico (GASEC/SURAPS)
16. Maria Leonor S. Santos	Administradora	SESAB	Técnico (COCARE/DGE)
17. Mônica Souza dos Santos	Enfermeira	SESAB	Técnico (SEUDESC)
18. Nilson da S.Gomes dos Santos	Contador	Secretaria M. de Saúde de Salvador	Auditoria
19. Regina Márcia Miguel A. de Miranda	Enfermeira	SESAB	Técnico (Coord. Urgências/GASEC)
20. Ricardo Luciano Silva de Souza	Economista	PECS/ISC/UFBA	Pesquisador
21. Sandra Maria Marins Paes Coelho	Enfermeira	SESAB	Técnico (SURAPS)
22. Sandra Marta Padula Sanches	Engenheira	SESAB	Técnico (SURAPS)
23.Silvia Franco Dórea Bandeira	Assistente Social	SESAB	Técnico (COPAD)

24. Zaida de Barros M. N. Santos	Farmacêutica	Secretaria Municipal de Saúde de Salvador	Coord. Atenção e Promoção à Saúde
25. Tatiana Sanjuan Ganem Prado	Farmacêutica	Hospital Mario Leal – SESAB	Farmacêutica

11. Programação

DISCIPLINA	CARGA HORÁRIA
Módulo I – Março / Abril de 2005	
1. Introdução à Economia da Saúde	15 h
2. Epidemiologia Básica	30 h
3. Métodos Quantitativos	15 h
4. Microeconomia Aplicada	15 h
Módulo II – Maio / Junho de 2005	
5. Economia da Saúde	30 h
6. Macroeconomia e Saúde	30 h
7. Economia dos Serviços: O setor de saúde	30 h
Módulo III – Julho / Agosto / Setembro de 2005	
8. Gestão de Informações em Saúde	15 h
9. Gestão dos Sistemas de Saúde	30h
10. Avaliação Econômica em Saúde	30 h
12. Saúde e Desigualdade	15 h
13. Econometria Aplicada à Saúde	15h
14. Sistemas de Saúde Comparados	15 h
Módulo IV – Outubro / Novembro de 2005	
14. Estrutura e Dinâmica do Mercado de Planos e Seguros de Saúde no Brasil	30 h
15. Financiamento do Setor	15 h
16. Cadeia Produtiva em Saúde	30 h
17. Pesquisa Orientada	30 h

CEARÁ (Fortaleza)

1. Curso ou atividade de capacitação: CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ECONOMIA E GESTÃO EM SAÚDE
2. Coordenador do curso: Prof. **FERNANDO JOSÉ PIRES DE SOUSA**
- 3. Localidade onde foi desenvolvido: **FORTALEZA (CE)**
- 4. Instituição ministradora: **UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**
5. Período de duração **janeiro a novembro / 2005**
6. Carga horária: **480hs,**
7. Tipo de curso : **ESPECIALIZAÇÃO**
8. Regime: Presencial,:
9. Relação dos docentes

Docentes	Titulação	Instituição
Agamenon Tavares de Almeida	Mestre	UFC
Arnaldo R. Costa Lima	Mestre	UFC/NESC
Clélia Nolasco	Mestre	UFC/SESA
Fátima de Sousa Freire	Doutora	UFC
Fernando José Pires de Sousa	Doutor	UFC
Isabel Thomás Dias	Mestre	SESA/ESP
Maria Helena Lima Sousa	Mestre	SESA
Marcelo Gurgel Carlos da Silva	Doutor	UECE
Márcia Teixeira Gurgel do Amaral	Mestre	SESA/HEMOCE
Marcos Alberto de Oliveira Vieira	Mestre	ONG (planefor)
Maria Vaudelice Mota	Mestre(doutorando)	UFC
Raul dos Santos Filho	Especialista	UFC
Rogena Wearver Noronha Brasil	Mestre	SESA
Silvia Maria Negreiros Bomfim Silva	Mestre	UFC/NESC
Silvia Helena Bastos de Paula	Doutora	-
Sebastiana Shirley de Oliveira Lima	Mestre	SESA
Socorro Mourão	Mestre	-
Vera Maria Câmara Coelho	Mestre	SESA

10. Relação dos discentes

Nome	Profissão	Cargo ou Função	Instituição
1. Andréia Paula de Oliveira	Enfermeira	Enfermeira	SMS – Alto Santo
2. Celina Maria Lopes de Lima	Economista	Economista/	HEMOCE
3.Cláudio Costa Fortier	Analista de Sistema	Central de Regulação	SESA
4. Eufrazina Hortência Pedrosa Carlos	Administradora	Administradora	SESA
5. Francis George Almeida Oliveira	Economista	-	UFC
6. Francisca Daniele Queiroz Oliveira	Economista	-	UFC
7. Francisco Antonio de Oliveira	Pedagogo	Aux. Adm Nefrologia	HGF
8. Francisco Cláudio dos Santos Pinheiro	Economista	-	UFC
9. Francisco Eloy Marinho Alves	Economista	-	UFC
10. Francisco Laércio Pereira Braga	Economista	-	UFC
11. Henrique Rosa Rodrigues	Economista	-	UFC
12. José Amaral Gurgel Filho	Pedagogo	Setor de Custos	SESA/CEO
13. Kediman Célis Barros Bastos	Enfermeira	Enfermeira	SESA/ de Canindé
14. Luis Carlos do Nascimento	Pedagogo	Aux. de Planejamento	SESA Tianguá
15. Marcela Aguiar Lustosa	Administradora	-	UECE
16. Margarida Maria Gadelha Pessoa	Administradora	Administradora	SESA
17. Maria do Carmo Amaral Gurgel	Administradora	Setor de Planejam.	ESP
18. Maria do Socorro Alves da Costa	Enfermeira	Enfermeira	SESA de Aracati
19. Maria Isomar da Silva Xenoforte	Administradora	Gerente administ.	MEAC – UFC
20. Nathan Mendes Sousa	Médico	Médico doPSF	SMS – SOBRAL
21. Regina Lucia Correia Lima Siqueira	Farmacêutica	Farmacêutica	SESA
22. Rosélia Maria Soares Mesquita	Enfermeira	Gerente da MR	SESA de Canindé
23. Solange de Andrade Castelo Branco Diniz	Administradora	Administradora	SESA
24. Tercília Maria Rabelo	Enfermeira	Enfermeira	SMS – Fortaleza
25. Walquiria Brasil Falcão	Assistente Social	Assistente Social	SESI

11. Programação das disciplinas

MÓDULO	Professor	Créditos	CH	
I – Módulo: Fundamentos teóricos – conceituais de economia e das políticas públicas			**Prática**	**Teórica**
1. Evolução do Pensamento Econômico, Desenvolvimento e a Questão da Saúde	Agamenon T. Almeida Fernando Pires Marcelo Gurgel Raul dos S. Filho	2	-	32
2. Fundamentos das Teorias Econômicas para Análise, Concepção, Avaliação e Implementação das Políticas de Saúde.	Fátima Freire Fernando Pires	2	-	32
II – Módulo: Instrumentalização do desenvolvimento da gestão em saúde				
3. Gestão e Planejamento em Saúde	Arnaldo R. Costa Lima Maria Vaudelice Mota	2	32	32
4. Metodologia Cientifica I	Marco Alberto de O.Mota	1	-	16
5. Produção de Serviços na Saúde e para Saúde	Clélia Nolasco Silvia Bomfim	3	32	32
6. Abastecimento dos Sistemas e Serviços de Saúde	Arnaldo R. Costa Lima Silvia Bomfim	3	32	32
7. Orçamento e Custos em Saúde	Fátima Freire Helena Lima	3	32	32
8. Financiamento, Gastos e Alocação de Recursos em Saúde	Fernando Pires Vera Coelho	3	32	32
9. Avaliação dos Sistemas e Serviços de Saúde e Avaliação Econômica	Silvia Bastos Helena Lima	3	32	32
10. Metodologia Cientifica II	Marco Alberto O.Vieira	1	-	16
TOTAL		**24**	**192**	**288**

1. Curso: **ESPECIALIZAÇÃO EM ECONOMIA DA SAÚDE II**

2. Coordenador: **Prof. Dr. Marcelo Gurgel Carlos da Silva**

3. Localidade onde foi desenvolvido: **Fortaleza (CE)**

4. Instituição ministradora: **Instituto de Economia da Universidade Estadual do Ceará**

5. Período de duração: **02/02/2004 à 30/07/2005**

6. Carga horária: **495 HORAS**

7. Tipo de curso **Especialização**

8. Regime: **Presencia**l com concentração semanal, uma vez por mês, com atividades de 45 a 60 horas

9. Relação dos docentes:

Alcides da Silva Miranda	Doutor
Alexandre José Mont'Alverne Silva	Mestre
Ana Paula Soares Gondim	Mestre
Fernando José Pires de Sousa	Doutor
Ilse Tigre Leitão de Arruda	Mestre
João A. Pereira	Doutor
José Jackson Coelho Sampaio	Doutor
José Meneleu Neto	Doutor
Mª Helena Lima Sousa	Mestre
Marcelo Gurgel Carlos da Silva	Doutor
Márcia Teixeira Gurgel do Amaral	Mestre
Maria Eneida Porto Fernandes	Mestre
Rita Erotildes Mariano	Mestre
Vera Maria Câmara Coelho	Mestre

10 Relação dos participantes

Nome	Instituição de Origem	Situação		
		Profissão	Cargo ou função	Concluído
Adélia Maria Araújo Bandeira	SESA	Nutricionista	Nutricionista	Sim
Adélia Maria Barsi G. Oliveira	HGF	Economista	Economista	Não
Alberto Farias Filho	SESA	Médico	Médico	Não
Ana Lúcia Carneiro Bezerra	SESA	Advogada	Super. Licitação	Sim
Antônio Faustino Maia	HIAS	Administrador	Administrador	Sim
Antônio Sousa Bezerra	HM	Fisioterapeuta	Fisioterapeuta	Sim
Carlos André Monteiro do Amaral	Sec. Mun. Sobral	Economista	Economista	Sim
Cleonice Moreira Coordeiro	Externo	Cirurgião-Dentista	Cirurgião-Dentista	Sim
Edilmar Carvalho de Lima	SESA	Economista	Economista	Sim
Fernando dos Santos Rocha Filho	UFC	Médico	Médico	Sim
Florentino de Araújo Cardoso Filho	HGF	Médico	Diretor do HGF	Sim
Francisca Márcia Barros Alvarez	HGCC	Enfermeira	Enfermeira	Não
Francisco José Coelho Bezerra	SESA	Contador	Contador	Sim
Isabel Thomaz Dias	ESP	Economista	Economista	Sim
José Nilson Batista da Silva	HUWC- UFC	Economista	Economista	Sim
José Romério Melo	SESA	Farmacêutico	Farmacêutico	Não
Lúcia de Fátima Barreto de Alencar	SESA	Farmacêutica	Farmacêutica	Sim
Maria do Socorro Lessa Marques	HM	Contadora	Contadora	Sim
Maria Gleide de Oliveira	SESA	Contadora	Contadora	Sim
Maria Horceni de Sousa	SESA	Economista	Economista	Sim
Rejane Feijó de Vasconcelos	HGF	Enfermeira	Enfermeira	Sim
Rogério Ribeiro Saraiva	HGF	Administrador	Analista de Sistema	Não
Valéria Machado N.C. de Albuquerque	SESA	Farmacêutica	Farmacêutica	Sim

Programação das disciplinas

MÓDULO	CARGA HORÁRIA
Introdução à Economia	30
Introdução à Saúde Pública	30
Política e Planejamento em Saúde	30
Introdução à Economia da Saúde	30
Mercado e Sistemas de Saúde	45
Alocação de Recursos e Orçamento em Saúde	45
Custos em Saúde	45
Financiamento e Gastos em Saúde	45
Avaliação Econômica da Saúde	45
Ensino e Pesquisa em Economia da Saúde	30

SÃO PAULO (Campinas)

1.Curso :**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ECONOMIA E GESTÃO EM SAÚDE**

2.Coordenador: **Prof. Dr. Gabriel Ferrato dos Santos**

3. Localidade onde foi desenvolvido; **Campinas (SP)**

4.Instituição ministradora: **Instituto de Economia da Universidade Estadual dee Campinas (UNICAMP)**

5.Período de duração:**18/10/2004 a 25/11/2005;**

6. Carga horária: **404 HORAS**

7. Tipo de curso: **Especialização (modalidade Extensão)**

8. Regime (**Presencial com concentração semanal, uma vez por mês, com atividades de 40 horas**

9. Relação dos docentes :

Afonso José de Mattos	Doutor
Alberto Kideki Kanamura	Doutor
Ana Lucia Gonçalves	Doutor
Ana Maria Malik	Doutor
André Tosi Furtado	Doutor
Antonio Marcio Buainain	Doutor
Bernard François Couttolenc	Doutor
Cláudio Salvador Dedecca	Doutor
Djalma de Carvalho Moreira Filho	Doutor
Edgard Antonio Pereira	Doutor
Fernando Erenesto Cárdenas	Mestre
Gabriel Ferrato dos Santos	Doutor
Geraldo Biasoto Junior	Doutor
Geraldo di Giovanni	Doutor
Joice Valentim	Mestre
José Carlos de Souza Braga	Doutor
José Mendes Ribeiro	Doutor
José Norberto Walter Dachs	Doutor
Marcos Kisil	Doutor
Maria Alicia Ugá	Doutor
Maria Carolina A.F. de Souza	Doutor
Maria do Rosário Dias Oliveira Latorre	Doutor
Marilisa Berti de Azevedo Barros	Doutor
Nilson do Rosário Costa	Doutor
Pedro Luis Barros Silva	Doutor
Said Jorge Calil	Doutor
Sergio Robles Reis de Queiroz	Doutor
Silvia Marta Porto	Doutor

10. Relação dos participantes

Álvaro José Pires Júnior
Ana Conceição Cardoso Bezerra
Antônio Walter Brandão Luna
Armando Martinho Bardou Raggio
Carlos Alberto Tayar
Cássia da Silveira
Claudete de Souza Maria
Cleuza Maria dos Santos
Egídio Borges Tavares Filho
Evanilde Ramos Saldanha
Fernando Antonio Gomes Leles
Josefa Lourdes Ramos Ribeiro
Joseneida Teixeira Remigio
Julia Maria Fernandes Tenório Levino
Keila da Conceição da Silva Rocha
Luiz Ricardo Barbosa Gomes
Maria Bernadete Passabom
Maria de Cassia de Oliveira Melo
Maria de Nazaré Barros Pires
Maristella Zamborlini Macedo
Mauro Fonseca de Souza
Nélia Elvira de Abreu Salles
Oliani Nouey Machado
Oscarlino Alves de Arruda Junior
Renato Sena Gomes Junior
Rosa Maria Reis de Jesus
Sheyla Verônica de Araújo Morais
Sueli de Sá Riechi
Telma Maria de Medeiros Bezerra
Uildéia Galvão da Silva
Valéria Morgana Penzin Goulart
Vanessa Maciel Pissetti Muniz

11. Programação das disciplinas

MÓDULO	CARGA HORÁRIA
Epidemiologia para o Planejamento	64
Métodos Quantitativos aplicados à Saúde	56
Economia da Saúde	64
Mercados e Regulação	56
Sistemas de Saúde Comparados	56
Gestão em Saúde	108
Total	**404**

III. Outras modalidades de capacitação

a – NO BRASIL

Programa de ensino a distância da Universidade Pompeu Fabra (Barcelona, Espanha)

Curso de Pós graduação em Economia da Saúde e Farmacoeconomia

Súmula -Este programa de formação à distância, fundamentado na ampla experiência do Instituto de Educação Continuada da Universidade Pompeu Fabra – IDEC/UPF (Barcelona-Espanha) foi desenvolvido por intermédio da internet a partir do uso de diferentes recursos de ensino-aprendizagem que permitam uma interação contínua professor/aluno e aluno/professor.

O curso teve como objetivo proporcionar uma formação em Economia da Saúde e Farmacoeconomia a profissionais das Secretarias Estaduais de Saúde, cujas atividades estejam relacionadas com o desenvolvimento e a utilização da Economia da Saúde na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS. Vale salientar que o programa não exige dos participantes conhecimentos prévios em economia e é destinado a profissionais que não dispõem de tempo para uma formação presencial ou preferem um trabalho sustentado basicamente na comunicação virtual.

O programa teve início em setembro de 2004 com o desenvolvimento de cinco módulos:

- Módulo de Avaliação Econômica de Medicamentos e Tecnologias em Saúde: Conceitos básicos.
- Módulo de Técnicas Quantitativas Aplicadas à Gestão de Serviços de Saúde.

- Módulo de Economia e Políticas de Financiamento da Assistência Farmacêutica.
- Módulo de Economia da Saúde I.
- Módulo de Economia da Saúde II.

Cada módulo, desenvolvido por um especialista que atua como professor-tutor, foi organizado em quatro unidades didáticas. A metodologia utilizada durante o curso é baseada em estudos de casos, na participação dos alunos em fóruns de discussão e em trabalho em grupo. Além disso, os participantes realizam trabalhos práticos individuais e em grupo, e todos os pontos da temática incluem provas baseadas em perguntas de auto-avaliação de múltipla-escolha. O curso requer uma dedicação semanal mínima de 6 horas e 25 minutos de cada participante. Os cinco módulos, à distância, podem ser reforçados mediante algumas sessões presenciais ao longo da realização do curso.

Cada uma das Unidades Didáticas compõe-se de:

1. Uma descrição precisa dos objetivos e das habilidades que o participante deve adquirir.
2. Um Teste Introdutório que o participante realiza para poder prosseguir com a realização da Unidade Didática.
3. Os conteúdos da Unidade Didática podem ser acessados em formato web e também ser descarregados e imprimidos se o aluno desejar.
4. As atividades, correspondentes ao conteúdo da Unidade Didática, consistem na realização de diversos exercícios de forma interativa na web do módulo. Essas atividades são apresentadas em um formato do tipo teste de auto-avaliação.
5. Um exercício final de avaliação personalizado para cada participante, composto por dez perguntas do tipo teste. O participante realiza esse exercício final na web do módulo e obterá de forma imediata um registro da sua pontuação.
6. Um fórum de discussão sobre algum tema diretamente relacionado com o conteúdo da Unidade Didática.
7. Respostas do tutor às perguntas mais freqüentes sobre a Unidade Didática, feitas pelos participantes.
8. Acesso personalizado ao tutor do módulo mediante correio eletrônico.
9. Complementos de aprendizagem, bibliografia, artigos relacionados e *links* diversos que estarão disponíveis durante o período de realização do curso na *web*.

Finalmente, a duração temporal de cada um dos módulos é de oito semanas. Uma Unidade Didática ocorre em duas semanas. O idioma do curso é o espanhol e os requerimentos técnicos mínimos para participar do programa são os seguintes:

- Computador Pentium III, com sistema operativo MS Windows;
- Navegador MS Internet Explorer; e
- Conexão a Internet.

Acta Académica

Diploma de Posgrado en Economía de la Salud - Brasil - On-line / 1

Ano acadêmico: 2004-2006 Convocatoria / nº anexo: 1ª

NIF	Nombre	Calificación
1902050SSP/DF	Akiko Kanamota Ronchini, Misani	Apto
1743764 SSP/DF	Alencar da Silva, Rita de Cássia	Apto
3310209	Alves de Oliveira, Josué	Apto
518590	Aragão de Lavôr Vieria, Eliane	Apto
71071519	Arroio Nicoletti, Regina Helena	Apto
M 6777194	Assis Alves, Ricardo	Apto
7676053 - SSP/SP	Barcellos Esteves, João Paulo	No apto
111368968	Bertao Cataneli, Rita de Cássia	Apto
115994980 IFP/RJ	Canuto Santos, Vania Cristina	Apto
085023604 – IFP/RJ	Castro Barbosa Lobo, Adriana	Apto
28424 SSP/RR	Coelho de Oliveira, Paulo Ernesto	No apto
13297167 - SSP/SP	Coutinho Farias, Reus	Apto
135889 SSP/PB	de Araújo Morais, José Joácio	No apto
237792 SSP/PB	de Araújo, Walter	No apto
2357721 SSP/DF	de Deus Costa, Renata Maria	Apto
M2954822 - SSP/MG	de Freitas, Andréia	Apto
52372877 CRM-RJ	de Maio, Wilson	Apto
8189600 SSP/GO	de Moraes e Silva, Sônia Maria	Apto
2266 CRA-ES	de Oliveira, Tônia Cristina	Apto
828530 SSP-DF	de Resende Vianna Barbosa, Saulo	Apto

1454776-2	Dissenha, Amauri Anselmo	Apto
870721 SSP/PB	Duarte Silva, Marta Betânia	Apto
8902127 PR	Fanini Paulini, Maria Leonor	Apto
926541 SSP/MT	Félix Mendonça, Alessandra	Apto
597134 SSP/MS	Franchi Nunes, Maria Anízia	Apto
31211427582	Garcia de Paula, Dante	Apto
081802415 IFP/RJ	Lemgruber Portugal d'Oliveira, Alexandre	Apto
99010492940	Lima Sousa, Maria Helena	Apto
417726 - SSP/SP	Lucas Prado, Clementina Corah	Apto
1029879853	Machado de Britto, Alexandre Paulo	Apto
213173 SSP/AL	Medeiros Santos, Joellyngton	Apto
M4797633	Mendes Santos Servo, Luciana	Apto
1004498 ES	Meneguel, Analberto Inácio	Apto
1901296 SSP/PR	Moreira dos Santos, René José	Apto
3837550-4	Moura, Paulo Sérgio	Apto
302476	Negre Sanches, Elaine	Apto
99001093648	Nunes da Costa, Noelia	Apto
2465414	Oliveira Reis, Gilson	Apto
598774	Passos Cupertino de Barros, Fernando	No apto
10060134 ssp/mg	Pérez Ferreira, Bruno	Apto
256395 SSP/SE	Prado Costa Batista, Marta Maria	Apto
23088 SSP/RR	Ribeiro Lago, Altamir	No apto
9.545.840	Rocha de Luiz, Viviane	Apto
CREMERS 8164	Rodrigues dos Santos, Sandra	No apto
04519958-5 IFP/RJ	Roges Jordy Sant'Ana, Soraia	Apto
869657SSPMT	Soares da Silva, Lucinéia	Apto
3246052 IFP/RJ	Souza de Pastrana, Rosa Maria	Apto
11347161 SSP/MG	Tavares Junior, Francisco Antonio	Apto
1228682 SSP/DF	Vieira Teixeira de Freitas, Ruterson	Apto
M3 139.538 SSP/MG	Vocurca Teixeira, Hugo	Apto

Acta Acadêmica

Diploma de Posgrado en Farmacoeconomia - Brasil - On-line / 1

Año académico: 2004-2006 Convocatoria / nº anexo: 1ª

NIF	Nombre	Calificación
1902050SSP/DF	Akiko Kanamota Ronchini, Misani	Apto
1743764 SSP/DF	Alencar da Silva, Rita de Cássia	Apto
3310209	Alves de Oliveira, Josué	Apto
518590	Aragão de Lavôr Vieria, Eliane	Apto
71071519	Arroio Nicoletti, Regina Helena	Apto
M 6777194	Assis Alves, Ricardo	Apto
7676053 - SSP/SP	Barcellos Esteves, João Paulo	No apto
111368968	Bertao Cataneli, Rita de Cássia	Apto
115994980 IFP/RJ	Canuto Santos, Vania Cristina	Apto
085023604 - IFP/RJ	Castro Barbosa Lobo, Adriana	Apto
13297167 - SSP/SP	Coutinho Farias, Reus	Apto
237792 SSP/PB	de Araújo, Walter	No apto
2357721 SSP/DF	de Deus Costa, Renata Maria	Apto
M2954822 - SSP/MG	de Freitas, Andréia	Apto
52372877 CRM-RJ	de Maio, Wilson	Apto
8189600 SSP/GO	de Moraes e Silva, Sônia Maria	Apto
2266 CRA-ES	de Oliveira, Tônia Cristina	Apto
828530 SSP-DF	de Resende Vianna Barbosa, Saulo	Apto
1454776-2	Dissenha, Amauri Anselmo	Apto
870721 SSP/PB	Duarte Silva, Marta Betânia	Apto
8902127 PR	Fanini Paulini, Maria Leonor	Apto
926541 SSP/MT	Félix Mendonça, Alessandra	Apto
597134 SSP/MS	Franchi Nunes, Maria Anízia	Apto
31211427582	Garcia de Paula, Dante	Apto
081802415 IFP/RJ	Lemgruber Portugal d'Oliveira, Alexandre	Apto
99010492940	Lima Sousa, Maria Helena	Apto
417726 - SSP/SP	Lucas Prado, Clementina Corah	Apto
1029879853	Machado de Britto, Alexandre Paulo	Apto

213173 SSP/AL	Medeiros Santos, Joellyngton	Apto
M4797633	Mendes Santos Servo, Luciana	Apto
1004498 ES	Meneguel, Analberto Inácio	Apto
1901296 SSP/PR	Moreira dos Santos, René José	Apto
3837550-4	Moura, Paulo Sérgio	Apto
302476	Negre Sanches, Elaine	Apto
99001093648	Nunes da Costa, Noelia	Apto
2465414	Oliveira Reis, Gilson	Apto
598774	Passos Cupertino de Barros, Fernando	No apto
10060134 SSP/MG	Pérez Ferreira, Bruno	Apto
256395 SSP/SE	Prado Costa Batista, Marta Maria	Apto
9.545.840	Rocha de Luiz, Viviane	Apto
04519958-5 IFP/RJ	Roges Jordy Sant'Ana, Soraia	Apto
869657SSPMT	Soares da Silva, Lucinéia	Apto
3246052 IFP/RJ	Souza de Pastrana, Rosa Maria	Apto
11347161 SSP/MG	Tavares Junior, Francisco Antonio	Apto
1228682 SSP/DF	Vieira Teixeira de Freitas, Ruterson	Apto
M3 139.538 SSP/MG	Vocurca Teixeira, Hugo	Apto

BAHIA

1. Curso ou atividade de capacitação: **ISC 720 – Economia da Saúde e Desigualdades**

2. Coordenador: **Prof. Sebastião Loureiro**

3. Localidade onde foi desenvolvido:**Salvador – Bahia**

4. Instituição ministradora: **Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal da Bahia (UFBA)**

5. Período de duração e carga horária:

a. 1º Semestre 2005 – 30 horas (01/04 – 22/07; 15 sessões de 2hs – sexta 14 -16hs)

b. 2º Semestre 2005 – 30 horas (19/08 – 25/11/2005; *15 sessões de 2hs – sexta 14 -16hs*)

6. Tipo de curso: **Disciplina na pós-graduação em Saúde Coletiva (mestrado e doutorado)**

7. Regime: **Presencial**

8. Relação dos docentes:

(i) Edson Correia Araújo (Mestre em Economia da Saúde, University of York – Reino Unido)

(ii) Luciano Damasceno dos Santos (Mestre em Economia, CME/ UFBA)

(iii) Sebastião Loureiro (Pós-Doutorado em Métodos Epidemiológicos Aplicados a Avaliação de Saúde - Universidade do Texas; Doutorado em Epidemiologia pelo Centro de Ciências da Saúde de Houston - Universidade do Texas)

8. Relação dos participantes:

2005.1

Nome do aluno
Alba Regina de Sousa
Alessandra da Costa Meira
Aline Lima dos Santos
Ana Cristina Pimentel Martins
Andréa Salgado Silva
Ariel Rios Rezende
Augusto César Costa Cardoso
Carla Pedra Branca Valentim silva
Erica Lima Costa de Menezes
Fabiana Santana Abreu
Giselle Boaventura Barros
Heleni Duarte Dantas de Ávila
Jane Dias Coelho
Juliana Oliveira Farias
Leda Maria Costa Pereira
Lenira Ferreira Ribeiro
Lílian Conceição Guimarães Almeida
Luciana Pires Santos de Souza
Márcia Perrucho Faria de Miranda Santos

Maria Cecila Moraes Simonetti
Maria do Socorro Sales Mariano
Pedro Hernado Pairazaman Diaz
Rosangela Rodrigues Lima
Sandra Mara Silva Brignol
Sandra Regina da Cruz
Selma Chaves Guilera
Silviameire Freitas Azevedo
Tânia Maria de Oliva Menezes
Valderez Machado de Aragão
Yukari Figueroa Mise
Joana Machado de Carvalho
Maria Lúcia da C. e S. Laje
Marcus Vinicius Teixeira Navarro
Maria da Conceição Costa Rivemales
Mônica Batista de Almeida
Mônica Maria Celestina de Oliveira
Paulo César Alcântara Ribeiro
Pérola Alonso Catela
Rita de Cássia Sousa Nascimento
Silvia de Oliveira Pereira
Valéria Ramos Dantas
William Mendes Lobão

9. Programação

2005.1

Aula	Tema	Metodologia
Aula 1 (01/04)	- **Apresentação** - **Introdução à Economia da Saúde**: O que é economia da saúde?; Como a economia da saúde pode contribuir n a gestão dos sistemas e dos serviços de saúde.	Aula expositiva (Profs. Sebastião Loureiro e Edson Araújo) e discussão com os alunos.
Aula 2 (08/04)	- **Introdução à Economia da Saúde** : Economia e Saúde. - **Princípios de Economia**: o princípio da escassez; o comportamento do consumidor; demanda e oferta em mercados competitivos; mercados não-competitivos; elasticidade da demanda; falhas de mercado; externalidades.	Aula expositiva (Profs. Sebastião Loureiro e Edson Araújo) e discussão com os alunos.
Aula 3 (15/04)	- **Tópicos em Economia da Saúde I**: demanda e oferta em saúde; falhas no mercado de bens e serviços de saúde (risco moral e seleção adversa); formas de financiamento dos bens e serviços de saúde; pagamento dos provedores de serviços de saúde; incentivos econômicos em saúde; a economia dos planos e seguros de saúde.	Aula expositiva (Profs. Sebastião Loureiro e Edson Araújo) e discussão com os alunos.
Aula 4 (29/04)	- **Tópicos em Economia da Saúde II**: Saúde e desenvolvimento econômico; gastos no setor saúde; alocação de recursos em saúde; financiamento da saúde no Brasil; O SUS; o estado da Bahia; o desempenho dos sistemas de saúde; a macroeconomia do setor de saúde.	Aula expositiva (Profs. Sebastião Loureiro e Edson Araújo) e discussão com os alunos.
Aula 5 (06/05)	- **Tópicos em Economia da Saúde III (Avaliação Econômica em Saúde)**: análises de custo-Beneficio, custo-efetividade e custo-utilidade; farmacoeconoia; custos em saúde (custos de produtividade, custos futuros e etc); mensuração da sa úde (QALY's, DALY's, HYE's e SAVE's); mesuração da demanda/beneficio em saúde *Willingness to pay* e *Ability to pay*.	Aula expositiva (Profs. Sebastião Loureiro e Edson Araújo) e discussão com os alunos.
Aula 6 (13/05)	- **Desigualdades em Saúde – Definições e conceitos**: O que são desigualdades em saúde?; Porque estudá-las?; Dimensões a serem estudadas (financiamento, acesso, utilização, situação de saúde); o princípio da equidade; desigualdades versus equidade; equidade vertical e equidade horizontal; co mo avaliar o conceito de justiça?: Starfield (2001), Wlliams (1997), Whitehead (1992), Sen (2001), Andersson (1999), e Darchs (2001).	Aula expositiva (Profs. Sebastião Loureiro e Edson Araújo) e discussão com os alunos.
Aula 7 (20/05)	- **Desigualdades em saúde – seminário I: definições e conceitos** Faça uma análise critica do conceito de "fair innings" Como apresentado em Williams (1997).	Seminário apresentado por grupo de alunos (máximo de 6 por grupo) monitorado pelos docentes.

Aula 8 (27/05)	**- Desigualdades em Saúde – Indicadores e métodos:** esta sessão apresentará os indicadores e métodos mais utilizados para medir desigualdades/equidade em saúde (índice de Gini, Curva de Lorenz, índice de concentração, index de dissimilaridade, pseudo-lorenz curve e índice relativo de desigualdade) suas limitações e algumas ilustrações com dados do Brasil.	Aula expositiva (Profs. Sebastião Loureiro e Edson Araújo) e discussão com os alunos.
Aula 9 (03/06)	**- Desigualdades em Saúde – Seminário II: Indicadores e métodos** Discutir vantagens e desvantagens da abordagem da Organização Mundial de Saúde/2000 para mensuração das desigualdades em saúde .	Seminário apresentado por grupo de alunos (máximo de 6 por grupo) monitorado pelos docentes.
Aula 10 (10/06)	**- Desigualdades em Saúde:** Apresentação do projeto de pesquisa do PECS/ISC: '***As diferentes faces da desigualdade em saúde: iniqüidade, discriminação e exclusão***' e de estudos realizados pela SEI/SEPLANTEC no estado da Bahia.	Exposição dos projetos e trabalhos por pesquisadores do PECS/ISC e da SEI/SEPLANTEC.
Aula 11 (17/06)	**- Desigualdades em Saúde – Seminário III: Indicadores e métodos** Discutir as vantagens e desvantagens práticas e conceituais das principais medidas de desigualdades em saúde apresentadas em Wagstaff, et al. (1991).	Seminário apresentado por grupo de alunos (máximo de 6 por grupo) monitorado pelos docentes
Aula 12 (01/07)	**- Desigualdades em Saúde – "pathways" e influências:** esta sessão discutirá os modelos que tentam explicar as causas e determinantes das desigualdades em saúde (desigualdades econômicas, de gênero, de raça, geográficas, epidemiológicas, influência do ambiente político e cultural e a questão da violência). Será apresentado o componente antropológico do projeto de pesquisa do PECS/ISC '***As diferentes faces da desigualdade em saúde: iniqüidade, discriminação e exclusão'.***	Aula expositiva com os professores da disciplina e um palestrante convidado seguidos de debate em sala.
Aula 13 (08/07)	**- Desigualdades em Saúde – Seminário IV "pathways" e influências:** Comente as idéias expressas por Wlkinson (1997 e 1996) sobre 'relative income hyopotesis" para abordar as desigualdades em saúde	Seminário apresentado por grupo de alunos (máximo de 6 por grupo) monitorado pelos docentes
Aula 14 (15/07)	**- Desigualdades em Saúde – Análise de políticas:** esta sessão discutirá as principais políticas de saúde implementadas para reduzir desigualdades em saúde (Alocação eqüitativa de recursos, descentralização da oferta dos serviços, investimento em atenção básica, financiamento através da taxação, seguro social, equidade e eficiência em saúde). Serão apresentados dados e metodologia do projeto de pesquisa do PECS/ISC "Desenvolvimento de Metodologia Eqüitativa de Recursos em Saúde para o estado da Bahia"	Aula expositiva com os professores da disciplina e um palestrante convidado seguidos de debate em sala.
Aula 15 (22/07)	**- Desigualdades em Saúde – Seminário V "pathways" e influências:** Discuta as questões relacionados à gênero, raça e desigualdades em saúde apresentadas por Bartley (2004); Thomas, S.B. (2001) e Williams, D.R. (1997a,b)	Seminário apresentado por grupo de alunos (máximo de 6 por grupo) monitorado pelos docentes

2005.1

Aula	Tema	Metodologia
Aula 1 (19/08)	- **Apresentação** - **Introdução à Economia da Saúde** : O que é economia da Saúde? Como a economia da saúde pode contribuir na gestão dos sistemas e dos serviços de saúde?	Aula expositiva
Aula 2 (26/08)	- **Introdução à Economia da Saúde**: Economia e Saúde. - **Princípios de Economia**: o princípio da escassez; o comportamento do consumidor; demanda e oferta em mercados competitivos; mercados não-competitivos; elasticidade da demanda; falhas de mercado; externalidades.	Aula expositiva
Aula 3 (02/09)	- **Tópicos em Economia da Saúde I** : demanda e oferta em saúde; falhas no mercado de bens e serviços de saúde (risco moral e seleção adversa); formas de financiamento dos bens e serviços de saúde; pagamento dos provedores de serviços de saúde; incentivos econômicos em saúde; a economia dos planos e seguros de saúde.	Aula expositiva
Aula 4 (09/09)	- **Tópicos em Economia da Saúde II**: Saúde e desenvolvimento econômico; gastos no setor saúde; alocação de recursos em saúde; financiamento da saúde no Brasil; O SUS; o estado da Bahia; o desempenho dos sistemas de saúde; a macroeconomia do setor de saúde.	Aula expositiva
Aula 5 (16/09)	- **Tópicos em Economia da Saúde III (Avaliação Econômica em Saúde)** : análises de custo-benefício, custo - efetividade e custo-utilidade; farmacoeconomia; custos em saúde (custos de produtividade, custos futuros e etc.); mensuração da saúde (QALY's, DALY's, HYE's e SAVE's); mensuração da demanda/benefício em saúde *Willingness to pay* e *Ability to pay*.	Aula expositiva
Aula 6 (23/09)	- **Desigualdades em Saúde – definições e conceitos: O** que são desigualdades em saúde?; Porque estudá-las?; Dimensões a serem estudadas (financiamento, acesso, utilização, situação de saúde); o princípio da equidade; desigualdades versus equidade; equidade vertical e equidade horizontal; como avaliar o conceito de justiça?: Starfield (2001), Williams (1997), Whitehead (1992), Sen (2001), Andersson (1999), e Dachs (2001).	Aula expositiva
Aula 7 (30/09)	- **Desigualdades em saúde – seminário I: definições e conceitos** Faça uma análise crítica do conceito de "*fair innings*" com apresentado em Williams (1997).	Seminário apresentado por grupo de alunos (máximo de 6 por grupo) monitorado pelos docentes.
Aula 8 (07/10)	- **Desigualdades em Saúde – Indicadores e métodos:** esta sessão apresentará os indicadores e métodos mais utilizados para medir desigualdades/equidade em saúde (índice de Gini, Curva de Lorenz, índice de concentração, index de dissimilaridade, pseudo -lorenz curve e índice relativo de desigualdade) suas limitações e algumas ilustrações com dados do Brasil.	Aula expositiva

Aula 9 **(14/10)**	**- Desigualdades em Saúde – Seminário II: Indicadores e métodos** Discutir vantagens e desvantagens da abordagem da Organização Mundial de Saúde/2000 para mensuração das desigualdades em saúde	Seminário apresentado por grupo de alunos (máximo de 6 por grupo) monitorado pelos docentes.
Aula 10 **(21/10)**	**- Desigualdades em Saúde:** Apresentação do projeto de pesquisa do PECS/ISC ***("As diferentes faces da desigualdade em saúde: iniqüidade, discriminação e exclusão")*** e outros estudos sobre desigualdades em saúde no Brasil.	Apresentação do projeto de pesquisa desenvolvido pelo PECS/ISC e outros trabalhos.
Aula 11 **(28/10)**	**- Desigualdades em Saúde – Seminário III: Indicadores e métodos** Discutir as vantagens e desvantagens práticas e conceituais das principais medidas de desigualdades em saúde apresentadas em Wagstaff, et al. (1991).	Seminário apresentado por grupo de alunos (máximo de 6 por grupo) monitorado pelos docentes.
Aula 12 **(04/11)**	**- Desigualdades em Saúde – *"pathways"* e influências:** esta sessão discutirá os modelos que tentam explicar as causas e determinantes das desigualdades em saúde (desigualdades econômicas, de gênero, de raça, geográficas, epidemiológicas, influência do ambiente político e cultural e a questão da violência).	Aula expositiva
Aula 13 **(11/11)**	- Desigualdades em Saúde - Seminário IV "*pathways*" e influências: Comente as idéias expressas por Wilkinson (1997 e 1996) sobre "*relative income hyopotesis*" para abordar as desigualdades em saúde	Seminário apresentado por grupo de alunos (máximo de 6 por grupo) monitorado pelos docentes.
Aula 14 **(18/11)**	**- Desigualdades em Saúde – Análise de políticas:** esta sessão discutirá as principais políticas de saúde implementadas para reduzir desigualdades em saúde (Alocação eqüitativa de recursos, descentralização da oferta dos serviços, investimento em atenção básica, financiamento através da taxação, seguro social, equidade e eficiência em saúde). Serão apresentados dados e metodologia do projeto de pesquisa do PECS/ISC "Desenvolvimento de Metodologia Eqüitativa de Recursos em Saúde para o estado da Bahia"	Aula expositiva
Aula 15 **(25/11)**	**- Desigualdades em Saúde – Seminário V " *pathways*" e influências:** Discuta as questões relacionados a gênero, raça e desigualdades em saúde apresentadas por Bartley (2004); Thomas, S.B. (2001) e Williams, D.R. (1997a,b)	Seminário apresentado por grupo de alunos (máximo de 6 por grupo) monitorado pelos docentes

NO EXTERIOR

Curso de Verão em YORK

Relação dos participantes

2002-2003

Édson Araújo	2002 (12 de maio a 05 de julho)	Bahia (ISC / UFBA)
Alexandre Silva	2002 (12 de maio a 05 de julho)	Ceará (SES)
Luciana Mendes Servo	2002 (12 de maio a 05 de julho)	IPEA
Andréia C. Santos	2002 (13 de maio a 05 de julho)	Bahia (ISC / UFBA)
Helena Lima	2003 (abril a junho)	Ceará (SES)
Paulo E. S. Feitosa	2003 (abril a junho)	Ceará (SES)
Isabel T. Dias	2003 (abril a junho)	Ceará (SES)
Ricardo Vidal	2003 (abril a junho)	M.S.
Carlos Octávio Ocké Reis	2003 (abril a junho)	IPEA

2004

Martha Carvalho Teixeira	2004 (08 a 11 de Setembro)	Bahia (SESAB)
Francisco Monteiro Nogueira	2004 (08 a 11 de Setembro)	Ceará (SES / CE)
Rafael Siqueira Barreto	2004 (08 a 11 de Setembro)	(MS / DES / SCTIE)
Joice Valentim	2004 (08 a 11 de Setembro)	UNICAMP

Visita de Estudos de Representantes do Ministério da Saúde ao Reino Unido, Portugal e Espanha. (11 a 25 de Outubro de 2003)

- Elias Jorge;
- José Alberto Hermógenes

Visita de Estudos a YORK (24 a 28 de junho de 2002)

- Anastácio de Queiroz Souza (Secretário da Saúde do Ceará);
- Antônio Campino (USP / SP);
- Armando Raggio (PES / UGP);
- Bernard Couttolenc (USP / SP);
- Gabriel Ferrato dos Santos (UNICAMP);
- Geraldo Giovanni (UNICAMP);
- Helena Lima Silva (SES / CE);

• Marcelo Gurgel (SES / CE);

• Maria Alicia Ugá (ENSP / FIOCRUZ);

• Monique Vledder (DFID);

• Nilson Rosário da Costa (ENSP / FIOCRUZ);

• Sebastião Loureiro (ISC / UFBA);

• Sérgio Francisco Piola (IPEA)

Conferência em São Francisco CA – USA (15 a 18 de junho de 2003)

Hugo Vocurca Teixeira	15 a 18 de Junho de 2003	M.S.
Maria Alícia Ugá	15 a 18 de Junho de 2003	ENSP / FIOCRUZ
Silvia Marta Porto	15 a 18 de Junho de 2003	ENSP / FIOCRUZ
Bernard Couttolenc	15 a 18 de Junho de 2003	FSP / USP
Nilson Costa	15 a 18 de Junho de 2003	ENSP / FIOCRUZ
Édson Correia Araújo	15 a 18 de Junho de 2003	ISC / UFBA

Conferência de Economia da Saúde em Lisboa (23 e 24 de Outubro de 2003)

• Sérgio F. Piola (IPEA);

• Silvia Marta Porto (ENSP / FIOCRUZ)

Todo esse esforço de capacitação de recursos humanos possibilitou formar cerca de 230 especialistas em Economia da Saúde que estão atuando em 22 estados brasileiros.

PARTE III

CONGRESSOS, ENCONTROS E JORNADAS

1. CONGRESSOS

I Congresso de Economia da Saúde da América Latina e Caribe

No final de abril de 2004, a Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES) e a Asociación de Economia de la Salud (AES) da Argentina assinaram um protocolo de colaboração. A primeira atividade conjunta prevista referia-se ao desenvolvimento do I Congresso de Economia da Saúde de América Latina e Caribe. O Congresso foi realizado entre 30 de novembro e 3 de dezembro de 2004, na cidade de Rio de Janeiro. Na mesma ocasião ocorreu o VII Encontro da ABrES.

Comissão Organizadora

André Médice (Banco Interamericano de Desenvolvimento)

Àquilas Mendes (ABrES)

Armando Raggio (Projeto Economia da Saúde – Cooperação Brasil-Reino Unido)

Carlos Vassallo (AES – Argentina)

Eduardo Levcovich (OPAS Washington)

Elias Jorge (DES / MS)

Ernesto Jegger (Projeto Economia da Saúde – Cooperação Brasil-Reino Unido)

Gerard La Forgia (Banco Mundial)

Julio Suarez (Opas Brasil)

Maria Alicia Ugá (Fundação Oswaldo Cruz)

Mônica Levcovich (AES – Argentina)

Sérgio Francisco Piola (IPEA)

Silvia Marta Porto (ABRES) (Presidente da Comissão Organizadora)

O tema central do Congresso foi abordado a partir de três eixos temáticos, nos quais são destacados temas específicos.

- Desenvolvimento Econômico e Saúde
- Equidade nos Sistemas e Serviços de Saúde
- Eficiência nos Sistemas e Serviços de Saúde

Comissão Científica

Rosa Marques (Brasil – Presidente da Comissão Científica)
Vicente Ortún Rubi o (Espanha)
Beatriz González Lopez-Varcárcel (Espanha)
João Pereira (Portugal)
Pedro Pita Barros (Portugal)
Solon Magalhães Vianna (Brasil)
Candido Lopez Pardo (Cuba)
Gustavo Nigenda (México)
Frederico Tobar (Argentina)
Expositores Convidados
Aloísio Teixeira (Brasil)
Álvaro Cardona (Colômbia)
Amparo Gordillo (OPS)
André Médice (BID)
Beatriz González Lopez-Varcárcel (Espanha)
Cid Manso Vianna (Brasil)
Céu Mateus (Portugal)
Eduardo Levcovich (OPS)
Elias Jorge (Brasil)
Fernando Muñoz (Chile)
Fernando Sacoto (Equador)
Gastão Wagner (Brasil)
Gavin Mooney (Austrália)
Gustavo Nigenda (México)
Joan Rovira (Espanha)
João Pereira (Portugal)
Juan Rafael Vargas (Costa Rica)
Manuel Alvarez (Argentina)
Márcia Pinto (Brasil)
Nora Lustig (México)
Oscar Cetrángolo (Argentina)

Robert Evans (Canadá)

Roman Veja (Colômbia)

Vicente Ortún Rubio (Espanha)

Local do evento:

Hotel Sofitel Rio de Janeiro

Av. Atlântica, 4240 – Copacabana

22070-002 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil

Datas do evento:

30 de novembro, 1, 2 e 3 de dezembro de 2004.

2. JORNADAS DE ECONOMIA DA SAÚDE DA ABrES

I JORNADA de ES de SÃO LEOPOLDO

Promoção:

Associação Brasileira de Economia da Saúde – ABrES e Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS (Centro de Ciências Econômicas)

Apoio e colaboração:

DFID, DES/SCTIE/MS, IPEA e Centro de Ciências da Saúde – UNISINOS (Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde)

Coordenação: Prof. Dra. Janice Dornelles de Castro

Programa

Dias:	20 e 21/11/2003
Carga horária:	13 horas
Local:	Auditório Maurício Berni – Centro de Ciências Jurídicas Universidade do Vale do Rio dos Sinos - Unisinos Av. Unisinos, 950 – São Leopoldo/RS

Dia 20 de novembro (quinta-feira)

9h – Credenciamento

9h30min – Abertura

- Silvia Maria Porto - Presidente da ABRES
- Tiago Wickstrom Alves - Diretor do Centro de Ciências Econômicas da UNISINOS
- Cornélia Hulda Volkart - Diretora do Centro de Ciências da Saúde da UNISINOS

- Armando Raggio - Gerente do Projeto de Economia da Saúde (Cooperação Técnica Brasil-Reino Unido)
- Elias Jorge – Diretor do Departamento de Economia da Saúde do Ministério da Saúde
- Dariush Akhavan – Representante da OPAS-Brasil

10h - Mesa 1: Eqüidade, Eficácia e Eficiência em Economia da Saúde

Coordenadora: Rosa Maria Souza Pastrana - Tesoureira da ABrES (SES/RJ)

"Alocação eqüitativa de recursos para atenção básica: uma proposta para redistribuição de recursos entre microrregiões e municípios de Minas Gerais" - Edite Novais da Mata Machado, Fátima Beatriz Carneiro Teixeira P. Fortes e Mercês Somarriba

"Metodologias equitativas para financiamento do setor saúde" - Maria Lectícia Machry de Pelegrini

"Estudo sobre as transferências federais do Sistema Único de Saúde aos municípios brasileiros" - Natalia Nunes Ferreira Batista e Terry Macedo Ivanauskas

12h - Almoço livre

14h - Painel: Saúde na América Latina: visões contemporâneas

Coordenadora: Janice Dornelles de Castro - Secretária da Abr ES (UNISINOS – UERGS)

- "O Sistema de Saúde Brasileiro" - Elias Jorge - Diretor de Economia da Saúde (Ministério da Saúde)
- "O Sistema de Saúde Argentino" - Federico Tobar - Ministério da Saúde da Argentina
- "O Sistema de Saúde Chileno" - Maria Eliana Labra - Pesquisadora Titular do Departamento de Administração e Planejamento da ENSP/FIOCRUZ
- "Os Sistemas de Saúde em América Latina" - Dariush Akhavan - OPAS-Brasil

16h - Intervalo

16h30min – Mesa 2: Economia e Gestão da Política de Saúde

Coordenador: Áquilas Mendes - Vice-presidente da ABRES (FAAP/SP)

- "Economia e gestão da política de saúde no período 1995/2002" - Gabriel Ferrato dos Santos
- "Gasto público com a saúde no Brasil: possibilidades e desafios" - Hugo Vocurca Teixeira e Viviane Barroso Gonçalves

- "Estudo Financeiro sobre a Reordenação Assistencial da Atenção Secundária na Microrregião de Saúde de Canindé – Ceará" - Joana Maria Pereira Dutra

17h30min - Encerramento

Dia 21 de novembro (sexta-feira)

8h15min - Mesa 3: Economia e Gestão da Política de Saúde

Coordenadora: Rosa Maria Marques (ABRES)

- "A utilização de novas tecnologias e o aumento de custos com a atenção a saúde: uma análise dos países desenvolvidos" - Maria Helena Leal Castro
- "Desigualdade Social em Saúde entre os idosos: uma análise para os países da América Latina" - Kenya Valeria Micaela de Souza Noronha e Mônica Viegas Andrade
- "Violência e Saúde: o custo dos atendimentos de emergência para as vítimas de agressões intencionais em Salvador-Bahia" - Alex Santos Fernandez, Ceci Vilar Noronha, Paulo Henrique de Almeida, Luciano Damasceno Santos, Maurício Barbosa Silva, Renata Berbert de Castro, Isaura Gottschall de Almeida

10h15min- Intervalo

10h30min - Mesa 4: Eqüidade, Eficácia e Eficiência em Economia da Saúde

Coordenadora: Maria Helena L. Sousa (SES/CE) – Secretária Suplente da ABRES

- "Introdução de fator moderador de uso em planos de saúde como elemento de correção da sinistralidade no seguro-saúde" - Gilberto Fossati, Felipe F. Ruschel, Gustavo Robinson, Carlos A. Caye e Jorge G. Robinson
- "Eficiência nos Contratos do Mercado Brasileiro de Saúde Suplementar: Um Teste Econométrico para Seleção Adversa" - Sandro Leal Alves
- "A regulação dos planos de saúde no Brasil: uma gestão sem política?" - Carlos Octávio Ocké-Reis

12h30min - Almoço livre

14h - Painel: Eqüidade no Financiamento dos Sistemas de Saúde e no Uso de Serviços de Saúde

Coordenador: Sérgio Piola - IPEA

- "Desigualdades no Uso de Serviços de Saúde no Brasil" – Rita Barata - Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
- "Equidade no Financiamento do Sistema de Saúde no Brasil" – Silvia Porto - Pesquisadora Titular do Departamento de Administração e Planejamento da ENSP/FIOCRUZ e Presidente da ABRES
- "Política de Educação Permanente em Saúde no SUS – O Uso de Critérios Técnicos para Alocação de Recursos" - Maria Luiza Jaeger - Secretária Nacional da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde

16h - Intervalo

16h30min - Mesa-especial de Homenagem ao Profissional/Acadêmico em Economia da Saúde: SOLON MAGALHÃES VIANNA (Primeiro Presidente da ABrES)

Coordenadora: Silvia Maria Porto - Presidente da ABrES (ENSP)

17h30min - Encerramento

Trabalhos selecionais para apresentação e publicação

Título	*Autor(es)*
A Regulação dos Planos de Saúde no Brasil: Uma Gestão sem Política?	Carlos Octávio Ocké-Reis
A utilização de novas tecnologias e o aumento de custos com a atenção a saúde: uma análise dos países desenvolvidos	Maria Helena Leal Castro
Alocação eqüitativa de recursos para atenção básica: uma proposta para redistribuição de recursos entre microrregiões e municípios de Minas Gerais	Edite Novais da Mata Machado, Fátima Beatriz Carneiro Teixeira P. Fortes e Mercês Somarriba
Desigualdade Social em Saúde entre os idosos: uma análise para os países da América Latina	Kenya Valeria Micaela de Souza Noronha e Mônica Viegas Andrade
Economia e Gestão da Política de Saúde no Período 1995/2002	Gabriel Ferrato dos Santos
Eficiência nos Contratos do Mercado Brasileiro de Saúde Suplementar: Um Teste Econométrico para Seleção Adversa	Sandro Leal Alves
Estudo Financeiro sobre a Reordenação Assistencial da Atenção Secundária na Microrregião de Saúde de Canindé - Ceará	Joana Maria Pereira Dutra
Estudo sobre as transferências federais do Sistema Único de Saúde aos municípios brasileiros	Natalia Nunes Ferreira Batista e Terry Macedo Ivanauskas
Gasto público com a saúde no Brasil: possibilidades e desafios	Hugo Vocurca Teixeira e Viviane Barroso Gonçalves
Introdução de fator moderador de uso em planos de saúde como elemento de correção da sinistralidade no seguro-saúde	Gilberto Ferreira Fossati, Felipe F. Ruschel, Gustavo Robinson, Carlos A. Caye, Jorge G. Robinson
Metodologias Equitativas para Financiamento do Setor Saúde	Maria Lectícia Marchry de Pelegrini
Violência e Saúde: o custo dos atendimentos de emergência para as vítimas de agressões intencionais em Salvador-Bahia	Ceci Vilar Noronha, Paulo Henrique de Almeida, Luciano Damasceno Santos, Maurício Barbosa Silva, Renata Berbert de Castro, Isaura Gottschall de Almeida e Alex Santos Fernandez

Trabalhos selecionados para publicação

Título	*Autor(es)*
Análise de Custos com Transplantes Realizados pelo Sistema Público de Saúde no Brasil e no Rio Grande do Sul	Carla Kramer Dutra, Fábio Renato da Silva e Fabrício Badalotti
Análise de Custos em Saúde	Carlos Alberto Melotto e Marize do Socorro Vulcão Leão
As Ações e Serviços de Saúde nos Municípios do Estado de Minas Gerais: Uma Análise Preliminar do SIOPS	Blenda Leite S. Pereira, Marta Sousa Lima, Tadahiro Tsubouchi e Mariangela Leal Cherchiglia
Condições de acesso a serviços de saúde, sob o aspecto da eqüidade, no interior do Estado de São Paulo e Região Metropolitana	Cristiane Quartaroli
Conseqüências, no Sistema de Saúde Municipal, da Descentralização do Financiamento da Saúde em Cachoeira do Sul, Panambi e Santa Rosa no Rio Grande do Sul	Luciana Leite Lima
Justiça Social e Eqüidade no Setor Saúde	Maria Lecticia Machry de Pelegrini
O Cálculo da Inflação Interna no Setor Saúde - Um Case do Hospital Mãe de Deus	Antônio Horácio Fernandes da Silva e Luciano Caffarate de Souza
O Programa Saúde da Família em Porto Alegre: Análise da Gestão Financeira e Orçamentária	Carla Kramer Dutra, Carlos Alberto Melotto, Letícia Dias Fantinel, Marize do Socorro Vulcão Leão e Mayko Custódio Teixeira
Política Estadual de Apoio e Qualificação da Assistência Hospitalar aos usuários do SUS - Saúde Solidária	Cláudia Denise Correia, Fabiana Souza Olaves e Luana Alves Figueiró
Renúncia Fiscal e Eqüidade na Distribuição de Recursos para a Saúde	Patrícia Dutra Sayd
Uso de DRGs - Diagnosis Related Groups para qualificação das AIHs - Autorizações de Internação Hospitalar como instrumentos de gestão de serviços e sistemas de saúde	Sérgio Fernando Rodrigues Zanetta

II. JORNADA DE ECONOMIA DA SAÚDE (BELO HORIZONTE)

Comissão Organizadora

- Eli Iola Gurgel Andrade – GPES/UFMG – Presidente
- Ângela Márcia Perocco – SCTIE/MS
- Daniel Resende Faleiros – DES/SCTIE/MS
- Edite Novais da Mata Machado – FJP/MG
- Eduardo Caldeira Souza Penna – SMSA/BH
- Fátima Beatriz Carneiro P. Fortes – FJP/MG
- Hugo Vocurca Teixeira – PBH
- João Carlos Saraiva Pinheiro – SCTIE/MS
- Luiz Felipe Caram de Almeida Guimarães – COSEMS/MG
- Marcelo Gouvêa Teixeira – SES/MG

- Marileni Marta Nascimento Martins – ESP/MG
- Vânia Lacerda Macedo – DES/SCTIE/MS

• **Secretaria Executiva**

- Eli Iola Gurgel Andrade – GPES/UFMG – Pres. da C. Organizadora
- Ângela Márcia Perocco – SCTIE/MS
- Daniel Resende Faleiros – DES/SCTIE/MS
- Edite Novais da Mata Machado – FJP/MG
- João Carlos Saraiva Pinheiro – SCTIE/MS

• **Comissão científica:**

- Sílvia Marta Porto – Presidente da Comissão Científica
- Armando Martinho Bardou Raggio – Relator
- Francisco de Assis Acúrcio
- Janice Dornelles de Castro
- Marcos Bosi Ferraz
- Maria Alícia Dominguez Ugá
- Mariângela Leal Cherchiglia
- Mônica Viegas Andrade
- Sebastião Antônio Loureiro de Souza e Silva
- Sueli Gonsalez Saes
- Waleska Teixeira Caiaffa

Local do evento: Hotel Ceasar Business

Programa

30 de novembro, 2005

19:00 **– Abertura da Jornada:** Apresentação das autoridades, Objetivos da Jornada, Temas abordados; dinâmica.

Representações institucionais: MS, SCTIE, DES, REITOR UFMG, CONASS, CONASEMS, SES/MG, SMS/BH, ABRES

Coordenação:

Silva Porto (Presidente da ABRES);

Eli Iola Gurgel Andrade (Presidente da Comissão Organizadora)

Edite Mata Machado (Comissão Organizadora)

20:30 **– Coquetel**

1 de dezembro, 2005

8:00 **– Abertura dos trabalhos**

Coordenação: Silvia Marta Porto (Presidente da ABRES*)*

8:30 **– Painel 1 - A contribuição da Economia da Saúde na política e na gestão dos serviços e sistemas de saúde: concepção e prática**

Conferencistas:

Beatriz González López-Valcárcel (Espanha)

Céu Mateus (Portugal)

Mediadora: Rosa Maria Marques (ABrES)

10:00 às 10:15**– Café**

10:15 às 12:00 **– Mesa 1 Avaliação Econômica em Saúde**

Mediador/Palestrante: Bernard François Couttolenc (USP)

Apresentação de 3 (três) trabalhos selecionados

12:00 –14:00: **Almoço**

14:00 às 16:00 – **Mesa 2: Economia Política da Saúde**

Regulação em saúde e *mix* público privado

Mediador/Palestrante: Lígia Bahia (UFRJ)

Apresentação de 3 (três) trabalhos selecionados

16:00 às 16:30**– Café**

16:30 às 18:30 **– Mesa 3: Inovação na gestão: eficiência e equidade**

Mediadores: Helvécio Magalhães Junior (SMS/BH) e Julio Suarez (OPAS)

Apresentação de 3(três) trabalhos selecionados

18:30 às 19:30 **– Apresentação**

"Resultados de pesquisas apoiadas pelo Projeto de Economia da Saúde/ Acordo de Cooperação Técnica Brasil – Reino Unido/ Ministério da Saúde/ Instituto de Pesquisa Aplicada-IPEA/ Department for International Development –DFID"

Comentários: Cláudio Salm (UFRJ)

2 de dezembro de 2005

8:00 às 10:00 horas **– Mesa 4: Desigualdades no uso e no acesso aos serviços de saúde**

Mediador/Palestrante: Cláudia Travassos (FIOCRUZ)

Apresentação de 3 (três) trabalhos selecionados

10:00 às 10:15**– Café**

10:15 às 12:30 horas **– Mesa 5: Financiamento e alocação de recursos no SUS**

Mediador/Palestrante: Sérgio Francisco Piola (IPEA)

Apresentação de 3 (três) trabalhos selecionados

12: 30- 14:00 - **Almoço**

14:00 às 16:00 horas **– Painel 2: A contribuição da Economia da Saúde na política e na gestão do SUS**

Mediador: Ana Luiza D'Avila Vianna (USP)

Painelistas:

- MS/SCTIE/DES – Prof. Elias Jorge
- SES/MG – Marcelo Teixeira
- ANVISA – Cláudio Maierovitch
- ANS – Fausto Pereira dos Santos
- ABRES – Áquilas Mendes

16:00 às 16:30 – **Café**

16:30 – **Mesa-Especial**

Homenagem ao profissional/acadêmico em Economia da Saúde: SÉRGIO FRANCISCO PIOLA

Coordenação:Silvia Porto (Presidente da ABRES) eEli Iola Gurgel Andrade (Presidente da Comissão Organizadora)

Participação especial: Solon Magalhães Vianna

17: 30 Encerramento dos trabalhos e do evento

Trabalhos selecionados para apresentação oral

Mesa 1 – Avaliação Econômica em Saúde 01 de dezembro de 2005 - 10:15 às 12:00	
Título 01:	**Um estudo multinível sobre as filas para internações relacionadas com a gravidez, o parto e o puerpério no SUS**
Autor(a) principal:	**Alexandre Marinho**
Instituição:	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA / Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ
Co-autores:	Simone de Souza Cardoso
Apresentação:	**Alexandre Marinho**

Título 02:	**Custo-efetividade do rastreamento do câncer cérvico-uterino no Brasil: Um Estudo Exploratório**
Autor(a) principal:	**Rosangela Caetano**
Instituição:	Instituto de Medicina Social – UERJ
Co-autores:	Cid Manso de Mello Vianna; Luiz Cláudio Thuler; Vânia Girianelli
Apresentação:	**Rosangela Caetano**

Título 03:	**Estimando as perdas de rendimento devido à doença renal crônica no Brasil**
Autor(a) principal:	**Márcia Regina Godoy**
Instituição:	Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRS
Co-autores:	Giacomo Balbinotto Neto, Eduardo Pontual Ribeiro, Pedro Pita Barros
Apresentação:	**Márcia Regina Godoy**

Mesa 2 – Economia Política da Saúde
- **Regulação em saúde**
- ***Mix* público privado**

01 de dezembro de 2005 - 14:00 às 16:00

Título 01:	**Economia política da saúde: Introduzindo o debate**
Autor(a) principal:	**Ana Luiza Viana**
Instituição:	Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP
Co-autores:	Paulo Eduardo M. Elias; Hudson Pacífico da Silva
Apresentação:	**Hudson Pacífico da Silva**

Título 02:	**O sistema único de saúde e o mercado suplementar de assistência à saúde no Brasil**
Autor(a) principal:	**Rosa Maria Souza de Pastrana**
Instituição:	Consultora da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS no projeto "Encontros Regionais de Integração com o SUS"
Co-autores:	Jose Leoncio Andrade Feitosa;José do Vale Pinheiro Feitosa;Rosa Maria Lages Dias e Ana Tereza Silva Pereira Camargo
Apresentação:	**Rosa Maria Lages Dias**

Título 03:	**A intervenção do poder judiciário no setor de saúde suplementar: As tutelas antecipadas como instrumento de garantia da assistência à saúde no Brasil**
Autor(a) principal:	**Maria Hildete dos Santos Couto de Souza**
Instituição:	Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva – NESC & Laboratório de Economia Política da Saúde – LEPS Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ
Co-autores:	Lígia Bahia, Maria Lúcia Teixeira Werneck Vianna, Andréa Salazar, Mário Scheffer, Karina B. Grou
Apresentação:	**Maria Hildete dos Santos Couto de Souza**

Mesa 3 – Inovação na gestão: eficiência e equidade 01 de dezembro de 2005 – 16:30 às 18:30

Título 01:	Permanência hospitalar pré-operatória e sua repercussão nos custos dos serviços de saúde no Ceará
Autor(a) principal:	Maria de Fátima Façanha Elias Reis
Instituição:	Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
Co-autores:	-
Apresentação:	Maria de Fátima Façanha Elias Reis

Título 02:	Clusters e limiares de produção científico-tecnológica em saúde
Autor(a) principal:	Catari Vilela Chaves
Instituição:	Cedeplar e Pucminas
Co-autores:	Eduardo da Motta e Albuquerque e Sueli Moro
Apresentação:	Catari Vilela Chaves

Título 03:	Eficiência e Gestão Hospitar Pública em São Paulo
Autor(a) principal:	Ricardo Luiz Pereira Bueno
Instituição:	EAESP / FGV-SP
Co-autores:	-
Apresentação:	Ricardo Luiz Pereira Bueno

Título 04:	Panorama da gestão de hemoderivados no sistema único de saúde brasileiro: Perspectivas e cenários para a auto-suficiência
Autor(a) principal:	Esdras Daniel dos Santos Pereira
Instituição:	Ministério da Saúde
Co-autores:	Luiz Cláudio de Queiroz Rodrigues
Apresentação:	Luiz Cláudio de Queiroz Rodrigues

Mesa 4 - Desigualdades no uso e no acesso aos serviços saúde
02 de dezembro de 2005 – 8:00 às 10:00 horas

Título 01:	**Gasto privado com medicamentos por aposentados e pensionistas em Belo Horizonte, MG**
Autor(a) principal:	**Marina Guimarães Lima**
Instituição:	Departamento de Farmácia Social - FAFAR Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG
Co-autores:	Andreia Q Ribeiro, Suely Rozenfeld, Carlos H Klein, Francisco A Acúrcio
Apresentação:	**Marina Guimarães Lima**

Título 03:	**Desigualdade no uso e acesso de serviços de saúde pela população idosa do município de São Paulo**
Autor(a) principal:	**Louvison, Marilia C. P**
Instituição:	Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo FSP/USP
Co-autores:	Lebrão, Maria Lucia; Duarte , Yeda ; Lima, Fernão Dias de
Apresentação:	**Marília C. P. Louvison**

Título 04:	**Um estudo sobre as filas para transplantes no sistema único de saúde brasileiro**
Autor(a) principal:	**Alexandre Marinho**
Instituição:	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA / Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ
Co-autores:	-
Apresentação:	**Alexandre Marinho**

Mesa 5 – Financiamento e alocação de recursos no SUS 02 de dezembro de 2005 – 10:15 às 12:30 horas	
Título 01:	Recursos financeiros e coeficiente de mortalidade infantil nas cinco macro-regiões do Brasil no período de 1997 a 2002
Autor(a) principal:	Jorge de Azevedo
Instituição:	Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRS
Co-autores:	Luciana Nucci; Cristiana Toscano; Paul Douglas Fisher; Ronaldo Bordin
Apresentação:	Jorge de Azevedo

Título 02:	Gasto público com saúde nos municípios de Minas Gerais (2000-2002)
Autor(a) principal:	Fátima Beatriz Carneiro Teixeira P. Fortes
Instituição:	Fundação João Pinheiro – FJP
Co-autores:	Edite Novais da Mata Machado
Apresentação:	Fátima Beatriz Carneiro Teixeira P. Fortes

Título 03:	As novas configurações de antigos problemas: financiamento e gasto com ações e serviços públicos de saúde no Brasil
Autor(a) principal:	José Aparecido Carlos Ribeiro
Instituição:	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA
Co-autores:	Luciana Mendes Servo; Sérgio Francisco Piola
Apresentação:	José Aparecido Carlos Ribeiro

Título 04:	Alocação eqüitativa de recursos para a atenção secundária: Uma proposta para o Estado do Ceará
Autor(a) principal:	Maria Helena Lima Sousa
Instituição:	Secretaria de Saúde do Estado do Ceará
Co-autores:	Maria Alrenice de Oliveira, Paulo Egídio Santos Feitosa, Edilmar Carvalho de Lima, Maria das Graças de Sousa, José Romério Melo, Lúcia de Fátima Sales Costa, Rosa Maria Salani
Apresentação:	Maria Helena Lima Sousa

3. CICLOS DE DEBATES DO DES/SCTIE/MS

Local *:* (Brasília, DF e sede do MS Auditório Emilio Ribas)

Palestrantes e respectivos temas (2004 e 2005)

2004

DATA	TEMA	PALESTRANTE
Ciclo15/4/04	Aula Inaugural: 1) Economia da Saúde no Brasil: balanço e perspectivas. 2) Economia da Saúde: Novos Instrumentos de Gestão da Saúde.	Elias Antonio Jorge Jaume Puig
II Ciclo19/5/04	Modelo de Alocação de Recursos – ABC.	Dariush Akhavan
III Ciclo23/6/04	Equidade na alocação de recursos no SUS	André Nunes
IV Ciclo 15/7/04	Qual é o mínimo que um Profissional de Saúde deve entender de Economia da Saúde?	Philip Musgrove
V Ciclo18/8/04	Contas em Saúde - um instrumento de apoio à Política de Gestão do SUS	Luciana Mendes Santos Servo e Sérgio Francisco Piola
VI Ciclo 14/9/04	WHOQOL – Instrumento de Medida da Qualidade de Vida: vantagens e limitações.	Marcelo Pio de Almeida Fleck
VII Ciclo 20/10/04	Desigualdades no Financiamento e no Acesso à Atenção de Alta Complexidade.	Solon Magalhães Vianna
VIII Ciclo17/11/04	Elaboração, Implantação, Custos e Aplicação de Protocolos Clínicos.	Paulo Dornelles Picon
IX Ciclo 15/12/04	Financiamento da saúde: Eficiência nos Gastos.	Gilson de Cássia Carvalho

2005

DATA	TEMA	PALESTRANTE
I Ciclo9 /3/05	Custo-Efetividade do implante de *strents* recobertos com ripamicina em procedimentos percutâneos coronarianos no Brasil. A necessidade da regulação do setor privado de saúde no Brasil: Razões e Perspectivas. Economia Política da formação de consórcios intermunicipais de Saúde: Efeitos da heterogeneidade de renda e de preferências entre municípios.	Carisi Anne Polanczyk Gustavo Alexander Caetano Corrêa Luciana da Silva Teixeira
II Ciclo13/4/05	Financiamento Descentralizado da atenção à Saúde no Brasil	Edvaldo Batista de Sá
III Ciclo 9/5/05	Financiamento da Saúde Pública no Brasil: A situação atual e o impacto da vinculação constitucional de recursos (EC 29/2000).	Ricardo Vidal de Abreu e Rodrigo Pucci de Sá e Benevides
IV Ciclo 15/6/05	SUS - Financiamento: realidade *versus* utopia.	Gilson Carvalho e Nelson Rodrigues (Dep. Roberto Gouveia – não veio)
V Ciclo13/7/05	Os desafios da implementação do SUS.	Carlyle Guerra de Macedo
VI Ciclo 22/8/05	Modalidades de pagamento - A história das tabelas de procedimentos.	Olympio Távora Derze Corrêa
VII Ciclo 12/9/05	Bioética e Economia da Saúde	Armando M. B Raggio
VIII Ciclo19/10/05	Mergulho em Montes Claros: desafios da alocação de recursos na rede SUS	Luisa Regina Pessôa
IX Ciclo 23/11/05	Avaliação Econômica da Terapia Renal Substitutiva no Estado da Bahia.	Hamilton de Moura Ferreira Júnior
X Ciclo 15/12/05	Desafio da institucionalização da Economia da Saúde no âmbito do SUS.	Elias Antônio Jorge

4. OFICINA DE TRABALHO

Conceitos e instrumentos da economia da saúde e da epidemiologia nos estudos de desigualdades

Organização: **Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA)**

Local de e data**: Curitiba , 23 e 24 de março de 2002**, (V Congresso Brasileiro De Epidemiologia – Abrasco)

Relatores da Oficina**: Áquilas Mendes e Rosa Maria Marques**

Apoio**: Ministério da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (*IPEA),* e *Department for International Development (DFID)***

Apresentação

Ao longo da última década, a aproximação dos campos da saúde e da economia tem se tornado uma necessidade para todos aqueles envolvidos na academia e nos serviços de saúde pública no país. Já existe uma produção de pesquisas e trabalhos resultante desse esforço na interface entre saúde e economia. Porém, muitos deles não estão largamente difundidos e analisados criticamente, possibilitando o seu uso em potencial. Além disso, sabe-se que há muito por construir nesse esforço de melhor integrar conceitos e fundamentos dos distintos campos, a fim de que os envolvidos com a política de saúde no país sintam-se seguros com relação a essa parceria e avancem na implementação de uma saúde universal.

O V Congresso Brasileiro de Epidemiologia da ABRASCO, preocupado com a aproximação da saúde e economia, promoveu a realização da Oficina *Conceitos e Instrumentos da Economia da Saúde e da Epidemiologia nos Estudos de Desigualdade",* nos dias 23 e 24 de março de 2002, em Curitiba. Dela participaram 21 técnicos – economistas, epidemiologistas, médicos e sociólogos - provenientes de diversas instituições de ensino e pesquisa do país, bem como agentes públicos e especialistas das área de economia da saúde.

A Oficina foi estruturada com base na discussão de questões consideradas pertinentes ao tema da desigualdade, conforme roteiro distribuído aos participantes. Como contribuição às discussões, também foi entregue a cada participante um Caderno Referência, contendo textos e artigos sobre a temática da mensuração da desigualdade na área da saúde.

O Relatório dessa oficina (ver CD anexo aos Anais do PES) tem como objetivo apresentar os resultados dos debates então realizados. A estrutura deste Relatório segue os temas relacionados no roteiro básico de questões, distribuídos aos participantes, e organizados aqui em oito partes. A primeira parte trata dos aspectos conceituais de desigualdade, exclusão, discriminação e iniqüidade; a segunda, da mensuração de desigualdades: indicadores econômicos e de saúde, abordagens metodológicas e trabalhos em andamento; a terceira, das relações de causalidade entre economia-saúde e saúde-economia e as variáveis "*confounders*"; a quarta, dos problemas metodológicos dos estudos sobre desigualdade; a quinta, da relação entre medidas de desigualdade econômica e desigualdade em saúde; a sexta, da base de dados nacionais – características, críticas e sugestões; a sétima, da rede de economia da saúde: características, objetivas e estratégias; e finalmente, a oitava, das sugestões para o desenvolvimento, difusão, fortalecimento e maior utilização da economia da saúde.

Ainda, com a finalidade de garantir o acompanhamento sistemático das questões discutidas no âmbito da Oficina, o Relatório anexa a memória do conteúdo principal das falas de cada participante.

Participantes

NOME	FORMAÇÃO	INSTITUIÇÃO
Ana Cecília Faveret	Planejamento de Saúde	ABRASCO e IMS/UERS
Alcindo Ferla	Médico	SES/RS
Áquilas Mendes	Economista	CEPAM/SMS-SP
Armando M. B. Raggio	Médico	UGP/ES - IPEA
Elizabeth Barros	Socióloga	EGP/ES - IPEA
Elvina M.Soares Chaves	Socióloga	IBQP-PR
Janice Dornelles de Castro	Economista	UNISINOS/EURRG/FAPERGS
Lígia Bahia	Médica	EFRJ
José Sérgio de Azevedo	Economista	UFBA
Maria Dolores Diaz	***	FEA/USP
Mariano de Matos	***	IBQP-PR
Marcelo Gurgel	Médico/Economista	UECE e HC/ICC
Maria Helena Lima	Economista	SESACE/FIC
Maurício Barreto	Médico epidemiologista	ISC/UFBA
Rômulo Paes de Sousa	Médico	CENEPI
Rosa Maria Marques	Economista	PUC/SP
Rosa Pastrana	Economista/sanitarista	SES- RJ
Sarah Escorel	Médica sanitarista/socióloga	NUPES/ENSP/FIOCRUZ
Sebastião Loureiro	Médico epidemiologista	Cooptec/ISC/UFBA
Sérgio Francisco Piola	Médico sanitarista	IPEA
Thereza Christina Coelho	Médico/Planej. e Gestão	Cooptec/ISC/UFBA

PARTE IV

OUTROS EVENTOS E INICIATIVAS

1) I PRÊMIO ECONOMIA DA SAÚDE

Comissão Julgadora (Portaria SCTIE/MS nº 6, de 17 set., 2004. DO Nº 181, 20 set., 2004).

I. Antônio Carlos Campino;

II. Cid Manso de Mello Vianna;

III. Fernando Pires de Sousa;

IV. Janice Dornelles de Castro;

V. Maria Alicia Domingues Ugá;

VI. Mônica Viegas;

VII. Rosa Maria Marques;

VIII. Sebastião Loureiro;

IX. Solon Magalhães Vianna.

Trabalhos premiados

TEMA: AVALIAÇÃO ECONÔMICA NA ÁREA DA SAÚDE

CAPÍTULO 1 -Categoria profissional

1º lugar - **Custo-efetividade do implante de *stents* recobertos com rapamicina em procedimentos percutâneos coronarianos no Brasil**

Carisi Anne Polanczyk, Marco Wainstein eJorge Pinto Ribeiro

CAPÍTULO 2 - Categoria estudante

1º lugar **A necessidade da regulação do setor privado de saúde no Brasil – razões e perspectivas**

Gustavo Corrêa

CAPÍTULO 3 - Categoria profissional

Menção Honrosa - **Uma avaliação empírica do impacto do Programa Saúde da Família sobre a saúde infantil no Estado de São Paulo**

Rodrigo A. Moreno Serra

CAPÍTULO 4 -Categoria profissional

Menção Honrosa -**Por que usar a econometria de fronteira estocástica para medir a eficiência dos serviços de saúde e para que servem os índices?**

João S. Tusi da Silveira

CAPÍTULO 5 - Categoria profissional

Menção Honrosa -**Análise da eficiência produtiva de hospitais públicos e privados no Sistema Único de Saúde (SUS)**

Maria Cristina Marino Calvo

TEMA: FINANCIAMENTO E GASTO EM SAÚDE

CAPÍTULO 6 - Categoria profissional

Menção Honrosa- **Custos nos cuidados ambulatoriais para pacientes adultos na cidade de Pelotas, Brasil**

Juvenal Soares Dias da Costa e Sandra Costa Fuchs

CAPÍTULO 7 - Categoria profissional

Menção Honrosa - **Financiamento e gasto em vigilância sanitária**

Luis Fernando Lima de Oliveira

TEMA: INTEGRALIDADE, EFICIÊNCIA E EQÜIDADE EM SISTEMAS DE SAÚDE

CAPÍTULO 8 - Categoria profissional

1º lugar - **Economia política da formação de consórcios intermunicipais de saúde: efeitos da heterogeneidade de renda e de preferências entre municípios**

Luciana da Silva Teixeira, Maurício Soares Bugarin e Maria Cristina Mac Dowell

CAPÍTULO 9

Categoria profissional – 2º lugar

Planos privados e assistência à saúde do idoso no Brasil

Samuel Kilsztajn, Gustavo Toshiaki Lopes Sugahara e Érika de Souza Lopes

CAPÍTULO 10

Categoria profissional

Menção Honrosa**: Seleção adversa, ajustamento ótimo de risco e regulação dos contratos individuais de planos de saúde**

Alexey Thomé de Souza Wanick

CAPÍTULO 11

Categoria profissional

Menção Honrosa - **A reforma institucional do mercado de planos de saúde: uma proposta para criação de *benchmarks***

Carlos Octávio Ocké-Reis

CAPÍTULO 12

Categoria profissional

Menção Honrosa - **Impactos da "consulta social" no acesso ao sistema de saúde no município de Campos dos Goytacazes - RJ**

Marcus Vinícius M. Melo

2) LIVRO POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. A trindade desvelada:economia-saúde-população (A contribuição pioneira de Mário Magalhães da Silveira (1905-1986) à economia da saúde no Brasil).

Mário Magalhães da Silveira, segundo o Professor Francisco de Oliveira, era um médico que combinava extraordinariamente demografia, sociologia e saúde pública. Trabalhava cada uma dessas áreas com o rigor científico do especialista, e os ultrapassava, ao interligar essas questões numa síntese macrossocial. Pode-se dizer que essa visão interdisciplinar tornava-o um grande cientista social.

Pretende-se que a publicação de seus textos seja mais que uma homenagem, não somente para não contrariar os princípios do homenageado, mas, so-

bretudo, por se tratar do reconhecimento de um trabalho que, por motivos de ordem pessoal, permaneceu praticamente inédito, salvo alguns artigos em revistas da época, hoje praticamente inacessíveis. Na verdade, pretende-se transmitir aos estudiosos de hoje a contribuição original de Mario Magalhães concernente às questões da saúde, economia e população.

3. CRIAÇÃO DO DEPARTAMENTO DE ECONOMIA DA SAÚDE –DES

Além de contribuir para a criação ou fortalecimento de núcleos de economia da saúde em diversas localidades como em Brasília, Fortaleza, Rio de Janeiro, Salvador, São Paulo, Campinas e Belo Horizonte, o PES foi fundamental na institucionalização da temática econômica na estrutura organizacional do MS. Com esse objetivo, foi criado, em junho de 2003, o Departamento de Economia da Saúde – DES, que juntamente com os Departamentos de Ciência e Tecnologia e de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, compõem a estrutura da Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE).

O DES tem as seguintes competências (Decreto nº 4.726 de 09/06/2003):

I – subsidiar a SCTIE, bem como seus demais Departamentos, na formulação de políticas, diretrizes e metas para as áreas e temas estratégicos, necessários a implementação da Política Nacional de Saúde, no âmbito de suas atribuições;

II – analisar a viabilidade de empreendimentos públicos no setor de saúde;

III – subsidiar as decisões da SCTIE, bem como de seus demais Departamentos, no tocante a aspectos econômicos dos programas e projetos formulados no seu âmbito de atribuição;

IV – analisar e propor políticas para redução de custos na área da saúde, bem como para ampliar o acesso da população a medicamentos e outros insumos necessários à implementação das ações de assistência farmacêutica;

V – coordenar e realizar pesquisas sobre componentes econômicos do SUS, no âmbito das atribuições da SCTIE;

VI – propor e coordenar a implantação de Banco e Registros Nacionais de Preços visando a aquisição de insumos estratégicos para a saúde; e

VII – participar de ações de regulação de mercado, no âmbito das atribuições da SCTIE

O Departamento de Economia da Saúde contou com a seguinte equipe técnica 2005:

- **Diretor –** Elias Antonio Jorge
- **Coordenador de Estudos e Projetos –** Haroldo Ferreira
- **Coordenadora de Economia da Saúde –** Vânia Lacerda Macedo
- **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde:**

  Andréa Paiva

  Carmem Priscila Bocchi

  Cesar Augusto Frantz

  Clementina Corah Lucas Prado

  Jomar Miranda Rodrigues

  Luiz Renato L. da Costa

  Marcus Pontes

  Maria de Oliveira Carramilo

  Renata Maria de Deus Costa

  Rita de Cássia Alencar

  Rodrigo Pucci de Sá e Benevides

  Tácito Florentino

- **Banco de Preços em Saúde:**

  Álvaro Luis Pereira Ribeiro

  Amanda Gomes da Silva

  Elaine Dias de Oliveira

  Mônica Samrsla

  Ronaldo Falasque Júnior

  Saulo de Resende Vianna

  Simone do Egypto Feitoza de Barahona

  Wilton Candido dos Santos

- **Núcleo Nacional de Economia da Saúde:**

  Adriana Paes

  Augusto Afonso Guerra Junior

  Carla Rúbia Tardivo

Daniel Falleiros,

Daniele Araújo Campos

Edivaldo Batista de Sá

Emerson Ricciardi de Souza

Mariana Piola

Myrza Macedo L. L. Horst

Ricardo Vidal de Abreu

Ruterson Vieira T. de Freitas

- **Equipe de Apoio:**

Benedita Mendes Ferreira

Edivanilde Gomes de Andrade

Diego Diniz Lopes

Renata Cintra

Cindy Toledo

4) BBS ECOS – PORTAL NACIONAL DE INFORMAÇÃO EM ECONOMIA DA SAÚDE

A BVS ECOS – Portal Nacional de Informação em Economia da Saúde (htpp://economia.saúde.bvs.br) é uma estratégia que visa consolidar mecanismos de gestão da informação em Economia da Saúde, mediante o desenvolvimento e operação de uma coleção de fontes de informação na área temática específica no contexto da Biblioteca Virtual em Saúde.

O Portal resultou de uma iniciativa do Departamento de Economia da Saúde da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, em articulação com Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde da UFMG, IPEA, DFID e Coordenação Geral de Documentação e Informação do Ministério da Saúde e BIRENE / OPAS / OMS.

O lançamento oficial do Portal Nacional de Informação em Economia da Saúde - BVS-ECOS ocorreu durante a II Jornada Nacional de Economia da Saúde,

Suas principais atribuições são:

- catalogar, disponibilizar e disseminar pesquisas acadêmicas e estudos desenvolvidos nos serviços relacionados à Economia da Saúde;

- expor a informação e disseminar a discussão desencadeando um processo nacional de criação de uma cultura nessa área, que contemple as diversidades existentes;
- articular centros e núcleos, dentro e fora do país, de forma sinérgica, para garantir o acesso em rede à informação que está sendo gerada;
- identificar e catalogar instituições e especialistas que atuam na área;
- contribuir para discussão da macro-economia de saúde e desenvolvimento, além de constituir-se num espaço importante para gerar políticas e pensar alternativas;
- permitir que comunidades de gestores, técnicos, pesquisadores e profissionais interessados em economia da saúde tenham condições de interagir em fóruns com temáticas específicas.

5) BANCO DE PREÇOS

As características específicas do mercado de insumos de saúde impuseram a necessidade de estabelecer mecanismos para o acompanhamento do comportamento dos preços. O objetivo é dispor de informações adequada e confiável, de modo a permitir uma análise sobre as conseqüências das políticas públicas adotadas, assim como assessorar as autoridades na tomada de decisões que proporcionem o aumento da disponibilidade desses insumos a toda população e que esta, pelo fácil acesso às informações na internet, possa exercer maior controle social.

Estes aspectos, junto à necessidade de melhorar a capacidade de planejamento das ações e recursos destinados às compras de instituições de saúde e proporcionar maior visibilidade no uso dos recursos públicos do SUS, impôs ao Ministério da Saúde disponibilizar na internet o *Banco de Preços em Saúde – BPS*, que divulga os resultados dos processos licitatórios de instituições públicas, privadas e filantrópicas credenciadas no sistema.

O Banco de Preços em Saúde – BPS foi desenvolvido em abril de 1998, visando proporcionar maior visibilidade no uso dos recursos públicos do SUS e oferecer ao mercado um instrumento regulador de preços de medicamentos e outros insumos da área de saúde. Inicialmente foi denominado BPPH – Banco de Preços Praticados na Área Hospitalar, sendo renomeado para Banco de Preços em Saúde (BPS), devido à necessidade de ampliar sua área de atuação para Preços mediante a criação de vários módulos, dentre os quais Preços de Medicamentos para DST/AIDS – América Latina e Caribe, Medicamentos Excepcionais de Alto Custo, Medicamentos da Atenção Básica e Equipamentos.

Está implantado em 107 importantes instituições de saúde e todas as funções do Banco de Preços operam integralmente via Web, sendo a Internet a sua

rede de ampliação. Cálculos com 34 princípios ativos de antiretrovirais e medicamentos para infecções oportunistas da AIDS e dois itens de material médico hospitalar constataram uma economia de aproximadamente R$ 53 milhões no ano de 2002 em relação a 2001, a valores correntes atualizados pelo IPCA até abril de 2003.

O Banco de Preços divulga ao público, via internet, informações comparativas de preços praticado nas compras de insumos de saúde das instituições credenciadas no sistema. Este percentual comparativo estabelece um *ranking* dos participantes e, desta forma, gera uma necessidade de melhorar a gestão de compras, porque fornece uma informação que de outro modo não estaria disponível: um determinado item, do mesmo fornecedor e da mesma marca, pode ser fornecido com diferenças que variam de 50 a 300 % entre as instituições de uma mesma cidade.

O sistema, além de proporcionar informações para instituições localizadas em regiões remotas do País sobre o preço de produtos, também é útil para incentivar fornecedores a ampliarem seu mercado, na medida em que lhes permite verificar os preços que estão sendo praticados por seus concorrentes.

6) CENTRO DE INFORMAÇÕES EM ES

A análise situacional da Economia da Saúde no Brasil realizada com o objetivo de estruturar um Centro Nacional de Economia da Saúde e Avaliação Tecnológica em saúde englobou dois componentes.

O primeiro componente enfocou a capacidade de produção científica nessa área do conhecimento no Brasil. Uma base de dados foi elaborada visando organizar as informações obtidas e permitir uma melhor compreensão da amplitude do campo da Economia da Saúde. A produção científica identificada foi classificada de acordo com as seguintes áreas temáticas, preliminarmente definidas:

- medicamentos, insumos e assistência farmacêutica;
- equipamentos médicos e hospitalares;
- equipamentos e métodos de diagnóstico;
- procedimentos clínicos e cirúrgicos;
- educação sanitária e promoção da saúde;
- financiamento, alocação e equidade;
- inovação e avaliação tecnológica.

O segundo componente colheu a opinião de atores relevantes no cenário nacional no que diz respeito às ações e iniciativas já desenvolvidas e/ou em de-

senvolvimento, bem como aspectos facilitadores e dificultosos do processo de estruturação da área no país.

A iniciativa do DES no sentido da 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, representa duas importantes ações estratégicas para consolidação da área da Economia da Saúde no âmbito do SUS.

São parceiros do DES/SCTIE/MS nessa iniciativa as seguintes instituições:

- Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde - Bireme.
- Departamento de Assistência Farmacêutica – DAF
- Departamento de Ciência e Tecnologia - DECIT
- DIFD,
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA
- Organização Panamericana de Saúde – OPAS
- Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG
    1. Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde da UFMG – GPES
    2. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva – NESCON/UFMG

Para mais detalhes ver:

Andrade, EIG; Acurcio, FA; Cherchiglia, ML; Belisário, SA, Guerra Junior, AA; Szuster, DAC; Faleiros, DR e Teixeira, HV – Análise da situação da Economia da Saúde no Brasil (Perspectivas para a estruturação de um Centro Nacional de Informações) *Coopmed, Editora Médica*, Belo Horizonte, 2004, 168 p.

7) SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE (SIOPS)

O SIOPS é um importante instrumento para o controle social e para a gestão do SUS, assim como mecanismo de acompanhamento da Emenda Constitucional n° 29/2000, que vincula recursos orçamentários para as ações e serviços públicos de saúde.

O Sistema tem por objetivo coletar, de forma regular e sistemática, dados da execução orçamentária e financeira dos estados e municípios, relativos à receita total e à despesa com ações e serviços públicos de saúde. Este sistema teve origem no Conselho Nacional de Saúde e foi desenvolvido em conjunto com o Ministério Publico Federal.

Seu banco de dados contém informações de mais de 5400 (cinco mil e quatrocentos) municípios dos exercícios de 2000, 2001 e 2002 e de, aproximadamente, 5.270 (cinco mil duzentos e setenta) municípios do exercício de 2003 e 5050 (cinco mil e cinqüenta) em 2004. O número de municípios no Brasil é de 5562 (cinco mil quinhentos e sessenta e dois). As informações prestadas pelos entes federados são inseridas no sistema e transmitidas eletronicamente (internet), para o banco de dados do Datasus, gerando indicadores de forma automáticas.

Os dados informados são organizados na página, http://siops.datasus.gov.br/siops possibilitando diversos tipos de relatórios e consultas:

- Dados informados de receitas e despesas com saúde, detalhados de acordo com o plano de contas da STN/MF;
- Indicadores que relacionam receitas e despesas, como o percentual da despesa financiada com recursos transferidos por outras esferas de governo e o percentual de recursos próprios aplicados em saúde (indicador da EC nº 29);
- Variáveis relevantes, como as receitas de impostos e transferências constitucionais e legais, a despesa total com saúde, a despesa com recursos próprios, as receitas de transferências do SUS, despesa com pessoal, com medicamentos, entre outros dados;
- Demonstrativo de cumprimento do limite mínimo estabelecido pela EC/29/2000 (desde 2002) previsto no Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO-AS nexo XVI) da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), de acordo com portaria da STN/MF publicada anualmente;
- Estudos, legislação e documentos pertinentes ao assunto.

8) APOIO DE CONSULTORES INTERNACIONAIS

A vinda de consultores internacionais promovida pelo Projeto foi de fundamental importância, não só como suporte específico as pesquisas promovidas pelo PES, mas também como incentivo a consolidação dos núcleos de ES por eles visitados. Em 2004 e 2005 estiveram no Brasil os seguintes Consultores:

- Perella Paci : 27 junho à 2 julho, 1999;
- Karen Caines: 26 a 29 de julho, 1999;
- Pat Daniel: 20 a 25 de janeiro, 2002;
- Hillbrand Haak: fev. Mar; 2002;

- Sue Fleming: 13 a 16 de agosto de 2002;
- João Pereira: 13 a 16 de agosto de 2002;
- David Lewis: 13 a 16 de agosto de 2002;
- Javier Martinez: 2 à 5 de outubro, 2002;
- Vicente Ortún Rúbio: outubro, 2002;
- André Cezar Medice: dezembro, 2002;
- Marisol Rodrigues: dezembro, 2002
- Beatriz Gonzalez – 5 a 12 de fevereiro de 2004;
- Roy Carr-Hill – out, 2002; maio, 2003; 9 a 19 de fevereiro de 2004 (Ceará, Brasília – Campinas, Rio de Janeiro e Bahia);
- Alan Maynard – 27 de junho à 2 d e julho, 1999;15 a 19 de março de 2004 (Campinas, SP);
- João Pereira – janeiro, 2003; 1 a 8 de abril de 2004;
- Jaume Puig e Carlos Murillo– 12 a 20 de abril de 2004 (Campinas, Brasilia, Ceará e Rio de Janeiro);
- Jaume Puig – 31 de janeiro a 4 de fevereiro de 2005 – Ceará e Minas Gerais;
- Roy Carr-Hill – 13 a 19 de fevereiro de 2005 (Ceará, Brasília e Campinas);
- Eddy Can Doorslaer – 29 de fevereiro a 2 de março de 2005 (Rio de Janeiro) e
- Philip Musgrove – 7 a 16 de julho de 2005 (Brasília, Bahia, Ceará e São Paulo)

9) PROJETO GERENCIAMENTO DE CUSTOS

O projeto (Portaria nº 9 publicada no Diário Oficial da União – D.O.U. de 14 de dezembro de 2005) tem como objetivo geral desenvolver e acompanhar a implantação/implementação de uma metodologia padrão de custeio nas Unidades Brasileiras de Saúde credenciadas pelo Sistema Único de Saúde. Seus objetivos específicos são:

- Desenvolver ferramentas de gestão, capazes de auxiliar os gestores nas tomadas de decisão;

- Estimar os custos dos serviços prestados relacionados à atividade produtiva;

- Sensibilizar os dirigentes dos setores quanto à co-responsabilidade de exercer uma efetiva gestão nos custos da instituição;
- Uniformizaras nomenclaturas e definições sobre custos entre as unidades brasileiras de saúde;
- Implantar e acompanhar um modelo de custeio padrão.

São parceiros do DES nessa iniciativa:

- Datasus
- Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz – ENSP/Fiocruz
- Escola Paulista de Medicina
- Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista
- Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais
- Hospital de Clínicas da Universidade de Campinas
- Hospital de Clínicas de Porto Alegre
- Hospital São Paulo
- Instituto de Saúde e Criança do Amazonas
- Instituto Nacional do Câncer – Inca
- Ministério da Educação – MEC
- SAS
- Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina – SES/SC
- Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Segetes
- Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente de Abaetetuba – PA
- Universidade Federal de São Paulo

10. PROJETO DE CONTAS NACIONAIS EM SAÚDE

A despeito do significativo potencial de um Sistema de Contas em Saúde para subsidiar decisões sobre políticas de saúde, o Brasil não realiza uma apuração sistemática dessas Contas. No ano 2000, a Secretaria de Gestão de Investimentos – SIS do MS realizou um seminário internacional em que foram apresentadas opções e experiências de apuração de Contas Nacionais em Saúde, com o objetivo de definir formatos mais adequados a um Sistema para o Brasil.

Basicamente, duas metodologias foram discutidas: a proposta que parte do arcabouço do Sistema de Contas Nacionais (SCN) da Organização das Na-

ções Unidas (ONU) com uma ampliação flexibilizada para Contas Satélites de Saúde (CSS) e a proposta formulada pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), que, embora também partindo do marco contábil do SCN, busca maior comparabilidade internacional dos resultados através de uma metodologia mais padronizada e com abordagem mais funcional.

Estudos desenvolvidos à época no âmbito do MS sugeriram que a metodologia da OCDE podia ser compatibilizada com a metodologia de CSS, desde que fossem equacionadas algumas diferenças. Entretanto, faltava ainda elaborar uma proposta a ser adotada no Brasil, a partir de novos estudos que desenvolvessem uma discussão mais detalhada das informações disponíveis para montagem de um sistema de contas de saúde, suas vantagens e limitações, bem como das eventuais lacunas.

Foi com o intuito de ampliar a discussão do tema que o DES e o IPEA propuseram, no âmbito do Acordo de Cooperação Técnica Brasil-Reino Unido, um projeto para adaptação das metodologias de Contas para aplicação ao Brasil. (ver o Resumo do trabalho nos Resumos dos Relatórios de Pesquisas e a íntegra no CD anexo ao livro)

Parceiros do DES/IPEA/IBGE

- ANVISA
- DFID
- ENSP/Fiocruz
- Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão - MPOG
- OPAS
- Subsecretaria de Planejamento e Orçamento do MS

11. OUTROS ESTUDOS REALIZADOS COM A PARTICIPAÇÃO OU APOIO DO DES-PES

• Participação nas diferentes fases de elaboração do edital sobre o estudo referente à avaliação econômica (custo-efetividade) da terapia farmacológica da Hepatite C. (Parceiro: SAS)

- Determinação de custos PAB/MAC e hemodiálise;
- Revisão dos procedimentos oncológicos. (Parceiro: SAS);
- Triagem neonatal (Parceiro: SAS)
- Estudo de financiamento dos Laboratórios Centrais de Saúde Pública – LACENs. (Parceiro: Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS);

- Estudo sobre PIB em saúde (Parceiros: Fundação Getúlio Vargas – FGV);
- Levantamentos dos gastos com saúde da criança para o Projeto "Plano de ação Presidente Amigo da Criança e do Adolescente";
- Atualização do Estudo de Diabete Melitus no Brasil e suas complicações (Parceiro: SAS, SVS)
- Fascículos de Economia da Saúde, Avaliação Econômica e Avaliação de Tecnologias em Saúde;
- Desenvolvimento de módulos para inserção de medicamentos da farmácia básica, excepcionais e dados oriundos do Sistema de Informação da Farmácia Básica - SIFAB, visando abranger as compras praticadas pelas secretarias estaduais de saúde.
- Desenvolvimento do Banco de Equipamentos e Material Permanente do Ministério da Saúde, disponibilizando especificações, preços e outras informações pertinentes à estruturação de Pré-Projeto e Projetos de convênios com o Ministério da Saúde;
- Elaboração de análises econômicas com base nos dados do BPS, utilizando-se a versão em Access do sistema, desenvolvida especificamente para a simulação de cenários;
- Implantação do Banco de Preços de Medicamentos do Mercosul e Estados Associados (BPS-Mercosul);
- Parceria Secretaria do Tesouro Nacional- STN para inclusão do SIOPS no sistema que controla as transferências voluntárias da União para os Estados e Municípios (CAUC).
- Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Educação – SIOPE - articulação com o INEP/MEC visando construir o SIOPE (Educação).

PARTE V

RELATÓRIO DE CONCLUSÃO DO PROJETO (PCR)

Almira Rodrigues – Consultoria Local (DFID)

Este relatório foi elaborado a partir de interpretações, sistematizações e conclusões oriundas:

a) das discussões e consensos promovidos na Oficina de Avaliação do Projeto Economia da Saúde, realizada em Brasília, nos dias 9 e 10 de março de 2006;

b) do texto da Consultora Almira Rodrigues elaborado com base em 10 entrevistas com representantes das instituições parceiras, apresentado na Oficina; e

c) de informações constantes do memorando e de relatórios parciais e de progresso referentes ao Projeto Economia da Saúde.

PARTE A – Dados do Projeto (ver Memorando do Projeto páginas 107-225)

PARTE B – Avaliação do Projeto por Pontuação

Resultado Esperado – Aumentar o uso de ferramentas de economia da saúde na análise, formulação e implementação de políticas voltadas à redução das desigualdades no sistema de saúde brasileiro.

Progresso -O projeto contribuiu para o aumento do uso de ferramentas de economia da saúde nas políticas públicas voltadas à redução das desigualdades no sistema de saúde brasileiro. Para além dessa contribuição, o projeto assentou as bases para que essa expansão tenha continuidade e aprofundamento.

Com o desenvolvimento do projeto, a economia da saúde, em suas dimensões de área de conhecimento e ferramenta de gestão pública foi parcialmente introduzida na academia, na gestão e no serviço público de saúde no Brasil.

A área foi institucionalizada nas políticas públicas de saúde com a criação do Departamento da Saúde na Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde e conseqüente dotação orçamentária. A institucionalização organizacional e temática no MS constitui um foco irradiador para outros órgãos da administração federal e para as esferas correspondentes na gestão estadual e municipal.

Foram também consolidadas as unidades de gestão nas Secretarias de Saúde dos Estados do CE, BA e RJ. Iniciativas de apoio à estruturação de núcleos estaduais e/ou regionais de ES no restante das unidades da Federação foram desencadeadas.

O conhecimento na área, a partir da realidade brasileira, foi desenvolvido, afirmando-se como campo de conhecimento próprio. Inúmeros projetos de pesquisa, artigos, livros, monografias, dissertações e teses sobre ES foram produzidos a partir das ações do projeto. Alguns núcleos de professores e pesquisadores em Universidades e Escolas de Saúde públicas dos Estados do CE, BA, RJ, SP e MG (este último não contemplado originariamente pelo projeto) foram constituídos e apoiados.

Cerca de 200 especialistas (em sua maioria gestores de âmbitos federal, estadual e municipal) foram capacitados e treinados por instituições acadêmicas, nacionais e internacionais. A capacitação de gestores, em particular, possibilita a incorporação de conteúdos e metodologias em sua prática cotidiana, contribuindo para a gestão e oferta de serviços públicos de saúde mais eficientes, eficazes e equânimes, com alocação de recursos mais favorável ao atendimento dos grupos mais pobres e vulneráveis da população.

Avançar na estratégia da transversalidade da E.S. no âmbito das políticas sociais e econômicas bem como nas áreas de conhecimento correlatas ainda é um desafio.

Pontuação do Resultado Esperado do Projeto – 3 (parcialmente)

Justificativa -O projeto teve comprometimentos ao longo de seu desenvolvimento em virtude da redução de recursos, dada a reestruturação do programa do DFID no Brasil e de seu redirecionamento para a América Latina como um todo. Esta redução, que aconteceu no terceiro ano de implementação do projeto, aliada à variação da taxa de câmbio no ano seguinte, impediu a ampla realização de seu objetivo estratégico.

O tempo de vigência do projeto também foi limitado para promover os seus resultados. A sua efetiva implementação teve início apenas no segundo ano (o primeiro foi de preparação dos planos de trabalho) e o último foi especialmente atingido pela redução dos recursos e por atrasos na implementação de projetos de pesquisa em andamento.

No entanto, o projeto desencadeou processos e articulações, inclusive com outros organismos de cooperação internacional tais como os Bancos Multilaterais de Desenvolvimento e a Organização Pan-Americana de Saúde, que são fundamentais para a expansão do uso de ferramentas de ES em políticas públicas de saúde, produzindo desdobramentos a serem continuados e aprofundados.

Produtos - 1. Aumento da demanda e uso de Insumos de ES nos Estados brasileiros selecionados e em âmbito federal.

Progresso - O Departamento de Economia (DES/SCTIE/MS), criado em 2003, deu início à formatação de uma política de E.S, a partir da ambiência proporcionada pelo projeto de cooperação MS/IPEA e DFID e de amplas

interlocuções na sociedade. Importantes projetos foram criados e fortalecidos: a 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; a expansão e o fortalecimento do Banco de Preços em Saúde (BPS); o sistema de monitoramento e acompanhamento dos orçamentos e gastos públicos em saúde (SIOPS); e a avaliação econômico-epidemiológica das Terapias Renais Substitutivas (TRS) no Brasil.

A partir de janeiro/2004, o Departamento de Economia da Saúde começou a ser contemplado no Orçamento Público mediante lei orçamentária. O desenvolvimento de insumos de E.S. passa pela inclusão de diretrizes, programas e ações no Plano Plurianual, na Lei de Diretrizes Orçamentárias e na Lei Orçamentária Anual, o que foi absorvido pela gestão no plano federal.

O IPEA incorporou economistas ao seu núcleo de saúde e capacitou técnicos possibilitando a realização de pesquisas e novas frentes de investigação, como o projeto de Contas Nacionais em Saúde. Este investimento desdobrou-se recentemente, em março de 2006, na formação de um grupo interministerial em Contas Nacionais de Saúde (envolvendo os Ministérios da Saúde, Fazenda e Planejamento), visando a criação e implementação de um sistema de contabilização dos gastos em saúde, uma das graves lacunas existentes no Brasil.

Os núcleos de ES implementados nos Estados constituíram pontos de partida e de apoio institucional. Foram oficializados nas SES do Ceará e da Bahia. No RJ o núcleo existente ainda não foi formalizado, apesar de previsto na proposta de reestruturação da Secretaria, desde 2001. Apenas no CE foi criada uma comissão das instituições voltadas para a ES, com função de planejamento e acompanhamento das ações. A Comissão de Capacitação, Estudos e Pesquisa em ES foi composta por representantes da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, Escola de Saúde Pública, Universidade Federal do Ceará/Faculdade de Economia, Universidade Estadual do Ceará e Conselho de Secretários Municipais de Saúde.

A definição de critérios para apoio à pesquisa e treinamento, bem como a seleção realizada por Comissão Técnica constituída no âmbito do projeto, pautou-se por processos transparentes, o que foi amplamente reconhecido pelos parceiros. A definição das linhas de pesquisa a serem financiadas pelo projeto, decisão tomada na revisão anual de 2003, foi um marco substantivo à medida que promoveu convergências e concentração de esforços para o desenvolvimento de áreas específicas de conhecimento.

Pontuação – 3 – parcialmente (tendendo a amplamente)

Justificativa - As experiências/estágios dos parceiros gestores estaduais são diferenciados, o que resulta em ritmos de desenvolvimento específico a cada realidade. Nessa medida, no CE, considerando-se um investimento inicial já existente no Estado, o uso/demanda de insumos de ES foi realizado amplamente.

No RJ e na BA, havendo um investimento em menor monta, o resultado foi realizado parcialmente.

Tendo em vista a limitada capacidade e habilidade em ES no início do projeto, o primeiro momento foi de capacitação, através de oficinas e cursos presenciais e à distância e da contratação de consultores internacionais com *expertise* em áreas específicas, visando estimular a demanda e o uso de insumos de ES Esta capacitação também se traduziu na participação de representantes das instituições acadêmicas e da administração pública em eventos nacionais e internacionais, expressando um intercâmbio bastante produtivo e uma forma de difundir o trabalho realizado no Brasil.

O intercâmbio entre os parceiros (Secretarias de Estado da Saúde e Instituições Acadêmicas - SES e IAs), tanto internamente a cada setor quanto entre os setores gestão e academia, contribuiu para o aumento da demanda e uso de ferramentas em ES.

2. **Melhoria da capacitação em treinamento e pesquisa em ES desenvolvida nas IAs selecionadas**.

Progresso -´A capacitação em treinamento e pesquisa em ES foi desenvolvida a partir de inúmeros eventos: *workshops*, consultorias internacionais; seminários nacionais, e cursos de diferentes formatos (presenciais e à distância, de iniciação, de aperfeiçoamento e de especialização), observando as demandas e especificidades existentes.

Foram formados cerca de 200 especialistas, entre gestores e pesquisadores/professores, em cursos de ES oferecidos por instituições acadêmicas brasileiras e internacionais: UNICAMP (Economia), USP (Saúde Pública), UFBA (ISC), UFCE, UECE, ENSP/Fiocruz, UFMG, Universidade Pompeu Fabra-Barcelona (curso à distância) e Universidade de York (cursos de verão e de mestrado). Esta capacitação contemplou especialistas de 22 estados brasileiros.

As instituições acadêmicas deram importante contrapartida mediante engajamento em projetos de ensino, pesquisa e de capacitação em ES. Grupos de professores, pesquisadores e de alunos interessados na temática se fortaleceram, possibilitando o desenvolvimento e a disseminação da temática e das práticas em ES. Não sem dificuldades, as áreas de economia e de saúde se aproximaram e houve capacitação de professores de economia para ES.

A ES, até por ser uma área nova de conhecimento, demanda necessariamente o investimento em pesquisa. Nesse sentido, é fundamental garantir fontes de financiamento e apoio à pesquisa fora da academia que dispõe de recursos bastante limitados e comprometidos com a atividade básica de ensino.

A relação entre gestão e academia também foi promovida nos três Estados (CE, BA e RJ) a partir dos cursos de introdução e de treinamento, de cunho presencial e à distância, oferecidos para gestores estaduais e municipais.

Pontuação – 3 (parcialmente, tendendo para amplamente)

Justificativa - O tempo do projeto foi muito curto para criar uma estrutura sólida nas IAs. Poucos núcleos foram estruturados nas universidades para manter, de forma sustentada, o processo desencadeado pelo projeto. No campo da capacitação de formadores das instituições acadêmicas não foi firmada relação de cooperação de longo prazo e o número de formadores formados foi reduzido. O curso promovido pela Universidade Pompeu Fabra, considerado satisfatório, foi aberto apenas para gestores, e não à participação de profissionais de instituições acadêmicas, perdendo-se uma oportunidade para ampliar a formação de professores/alunos. A estratégia do projeto como um todo priorizou a formação de gestores em detrimento da formação de "formadores".

Constata-se a necessidade de fontes de financiamento estáveis para manter os núcleos de pesquisa, hoje vulneráveis. Verifica-se, igualmente, a necessidade de uma articulação interinstitucional (IAs) tanto no campo da pesquisa quanto do ensino, visando aprofundar o conhecimento de ES e a sua utilização na análise, formulação e implementação de politicas públicas de saúde voltadas à redução das desigualdades. Para além de um maior investimento no âmbito da academia (pesquisa e ensino) faz-se necessário melhorar a articulação das demandas das SES às instituições acadêmicas.

O comprometimento e o entusiasmo das pessoas envolvidas foram fundamentais para a realização desse segundo resultado. Ressalta-se que as ações do projeto, de apoio institucional e financeiro a viagens de estudo, à realização de jornadas, encontros, e congressos, entre os quais o I Congresso de ES da América Latina e do Caribe promovido pela Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES) em parceria com a Asociación de Economia de la Salud da Argentina, foram fundamentais.

3. Disseminação regular, adequada e efetiva de informações confiáveis das atividades de ES e seus resultados.

Progresso -Importantes fontes de disseminação de informações em ES foram utilizadas mediante a criação da página do Projeto no website do IPEA, das Instituições Parceiras e do Portal Nacional de Informações em Economia da Saúde.

Com relação às dimensões de articulação e de difusão do conhecimento, destaca-se a constituição da REDE-ECOS, rede virtual de comunicação envolvendo pessoas ligadas à ES, e a criação da Biblioteca Virtual em ES (BVS-ECOS), que reúne e disponibiliza a produção intelectual na área.

O apoio à promoção de eventos – jornadas, congressos, cursos presenciais e a distância – também adquiriu uma feição de disseminação das atividades de E.S, e igualmente a publicação e divulgação de artigos, monografias dos cursos de especialização, livros, etc. A doação de um conjunto de livros para todas as instituições parceiras pelo projeto foi um importante instrumento de disseminação.

Acrescenta-se, também, a divulgação das metodologias das pesquisas e as abordagens de treinamento/conteúdo dos cursos como importantes formas de disseminação da área de E.S.

Por fim, merece destaque a divulgação de trabalhos em eventos internacionais, a exemplo do *paper* elaborado por técnicas das Secretarias de Estado do CE, BA e RJ e apresentado na 9ª Conferência Nacional de Economia da Saúde – Coimbra/Portugal, realizada em novembro/2005. O trabalho analisa os avanços e as perspectivas da ES a partir da experiência do projeto desenvolvido no Brasil.

Pontuação – 2 (amplamente)

Justificativa - A utilização de diversos veículos de disseminação de informações, aliada à difusão de diversos conteúdos, promoveu uma ampla difusão da ES no Brasil. Destaca-se que a disseminação alcançou um público para além das instituições parceiras.

Contribuíram para a realização deste terceiro resultado: o apoio do MS, com a criação do DES/SCTIE; a percepção dos gestores da importância da ES; e o caráter de "*novidade*" do tema. O fortalecimento da ABrES e a sua participação foram fundamentais no processo de disseminação em ES.

Apesar desse bom desempenho, houve lentidão na troca de informações entre as instituições parceiras, o que impediu a alimentação da página do projeto na web e que ele se apresentasse mais dinâmico. Nesse sentido, fez falta uma assessoria de comunicação com a missão de animar a produção e a disseminação de informações. O outro fator que gerou comprometimento, como já foi mencionado, refere-se ao corte de recursos na fase de disseminação de seus resultados (ano 3).

PARTE C – Risco de Administração

Categoria de Risco

Principais riscos - As ações medidas tomadas pelo projeto contribuíram para minimizar e gerenciar os riscos. O início de implementação do projeto em ano eleitoral (2002) e final de gestão do Governo Federal e dos Governos Estaduais configurou-se como um risco, à medida que as novas administrações poderiam não ter sustentado o apoio e a negociação já desencadeados. No entanto,

a situação do projeto transcorreu sem dificuldades dessa ordem e o projeto seguiu seu desenvolvimento baseado no gerenciamento e gestão comprometidos com os objetivos elencados.

Metodologia utilizada para a pontuação – composição da equipe, métodos utilizados para conduzir a avaliação, forma de discussão da pontuação, participação de parceiros e *stakeholders*

A avaliação do projeto foi realizada em Oficina de Avaliação Final, de um dia e meio, envolvendo 25 pessoas/representantes das instituições gestoras de âmbito federal e estadual e instituições acadêmicas. Foram realizadas discussões em plenária e em grupos com apresentação dos resultados em *flip chart*, segundo a metodologia do DFID. Foi contratada uma consultoria local para a realização de uma avaliação preliminar com vistas a subsidiar as discussões na Oficina, e para a elaboração do PCR.

Durante a Oficina de Avaliação foram formados grupos para pontuar os produtos, com suas respectivas justificativas. Com relação à pontuação do resultado esperado do projeto, esta foi consensuada em plenária, a partir da apresentação de representante da Unidade de Gestão do Projeto, Armando Raggio (UGP), e das discussões que se seguiram.

PARTE D – Lições Aprendidas (sugestões para disseminação)

1. Trabalho com os parceiros -A diversidade e a interação de instituições parceiras (setor público, esfera nacional/estadual, instituições acadêmicas/pesquisadores e gestores/servidores) foi muito produtiva e enriquecedora. Essa interação possibilitou o intercâmbio entre esferas com distintas lógicas, limitações e possibilidades e seus integrantes foram provocados para o estabelecimento de relações cooperativas com vistas a resultados.

O intercâmbio de experiências e o compartilhamento de informações, desde o planejamento até a execução dos projetos (avanços e dificuldades) de cada parceiro disseminadas/discutidas durante as oficinas, seminários e jornadas contribuíram significativamente para o alcance dos propósitos do projeto.

A garantia da "saúde" da relação entre parceiros se deveu, em grande parte, à criação de uma Comissão Técnica de especialistas *ad-hoc* ao projeto, que selecionou/avaliou iniciativas das Instituições Parceiras, orientando a própria alocação de recursos e conferindo transparência e credibilidade ao processo.

A relação de cooperação e apoio da Unidade de Gestão do Projeto (UGP) e do MS com os demais parceiros foi fundamental para o desenvolvimento do projeto, como, por igual, o papel do DFID como *start* na promoção e desenvolvimento da ES no Brasil.

Como sugestão foi acordada a necessidade de se manter/fortalecer a Rede de Economia da Saúde, com a participação da ABrES e representantes do CONASS, CONASEMS, Núcleos das Secretarias Estaduais e Instituições Acadêmicas. Propôs-se a ampliação da Rede, com a incorporação de outras instituições, mediante a definição de critérios e mecanismos de adesão. O sentimento/entendimento de que as pessoas envolvidas no Projeto não podem se dispersar foi generalizado.

2. Boas Práticas/inovação -A integração entre Academia e Serviço foi considerada como uma boa prática, essencial mesmo ao desenvolvimento da E.S. em suas dimensões de área de conhecimento e de ferramenta para a gestão.

No âmbito da Academia, destaca-se a importância do estímulo à linhas de pesquisa, à integração entre pesquisa e ensino/formação, bem como do intercâmbio entre as Instituições Acadêmicas (para disseminação de conceitos, técnicas e metodologias).

O apoio a eventos substantivos que marcaram a história do desenvolvimento da ES no Brasil e na América Latina, a exemplo da II Jornada Nacional de Economia da Saúde (2005) e do I Congresso de Economia da Saúde na América Latina e no Caribe (2004) foi também muito importante. A partir deste Congresso Latino-americano está em pauta a discussão sobre a criação de uma associação em ES em âmbito regional a qual será aprofundada quando da realização do II Congresso Latino-americano, a realizar-se no final de 2006 na Argentina.

A disseminação por diferentes fontes e de diversos conteúdos, como explicitado no resultado 3, foram boas práticas. Uma inovação nesse campo foi a realização das Jornadas de ES, debates mensais gravados e transmitidos pelo Canal Saúde/Fiocruz com possibilidade de serem retransmitidos pela TV Câmara. Em 2005 foram realizados 10 ciclos mensais de debates.

Também como inovações foram destacadas a estratégia de criação da DES e de núcleos estaduais de ES bem como o investimento na formação de professores/pesquisadores e de gestores conforme explicitado no Resultado 2.

Por fim, registra-se a promoção de novos talentos pelo projeto a exemplo da realização do Concurso Nacional de Monografias em ES (foram 69 trabalhos inscritos e 12 selecionados), que gerou uma publicação – o I Prêmio de Monografias, em 2005.

3. Gestão do projeto/programa -A formação do Comitê de Planejamento e Revisão do Projeto (CPRP), envolvendo a SCTIE/MS, IPEA (Secretaria Executiva), DFID, SES-BA, SES-RJ, SES-CE, CONASEMS, e um Representante de Instituições Acadêmicas, foi uma iniciativa bem sucedida. No entanto, a participação de um único representante de instituição acadêmica no Comitê

expressou e contribuiu para o reforço da dimensão de gestão/serviços frente à Academia (pesquisa e ensino) no projeto.

A formação da Unidade de Gestão do Projeto (UGP), que começou a funcionar em janeiro/2002, foi uma boa estratégia. Para o bom desenvolvimento do projeto, a UGP passou por mudanças no sentido de assumir mais uma feição de gerenciamento, ficando a gestão a cargo do CPRP. O fato de o gestor/gerente não ter participado da escolha de seus auxiliares diretos, por ter sido escolhido depois que a sua equipe já estava formada, foi apontado como um problema.

A impossibilidade de conjugação das condições de parceiro e prestador de serviços remunerado pelas Instituições Acadêmicas/pesquisadores foi motivo de tensão no transcorrer do projeto. Os pesquisadores receberam apoio para pesquisa mas não uma remuneração individual por consultoria, sendo esta uma questão não acordada entre o DFID e as IAs.

A FINATEC, agência contratada para realizar a execução dos recursos do projeto, adotou trâmites burocráticos que dificultaram a realização de atividades, particularmente se comparados aos procedimentos adotados pelo DFID. Por outro lado, em alguns casos criou agilidade comparativamente aos procedimentos da administração pública federal.

A HLSP, organização internacional de assistência técnica na área de saúde contratada para prestar apoio na organização de visitas de estudos, treinamentos e identificação/contratação de consultores internacionais cumpriu sua função de forma satisfatória.

O papel do Assessor Técnico Residente em Saúde do DFID, nos dois primeiros anos do projeto, foi fundamental para a estruturação da célula em ES no CE. O assessor acompanhou o projeto contribuindo com a delimitação e análise do campo de estudo e intervenção. Também contribuiu para a avaliação das iniciativas em curso, com vistas ao fortalecimento da temática no âmbito da Academia e dos serviços.

Outros comentários e propostas - A falta de elaboração do "*marco zero*" da ES (estado da arte) no início do projeto impediu que se dimensionasse, com melhor evidência, o progresso realizado.

Foi proposto que os parceiros recebessem uma fita da gravação da Oficina Final de Avaliação do Projeto ES como material para divulgação do projeto nos Estados e base para o aprofundamento das discussões locais.

O MS comprometeu-se com a realização da memória magnética do projeto, que será efetivada mediante a constituição dos Anais do Projeto.

Foi demandado um maior envolvimento e participação da Agência Brasileira de Cooperação - ABC/MRE que se comprometeu no sentido de difundir

e apoiar as oportunidades de formação e de treinamento em Economia da Saúde no exterior.

A construção da confiança dos parceiros nacionais com o DFID foi um processo, superando-se as dificuldades iniciais, marcadas por culturas e sistemáticas próprias de funcionamento. O término do projeto e do apoio foi objeto de pesar e de questionamento. Os parceiros colocaram a expectativa de que o DFID possa rever sua decisão ou vir a realizar um novo apoio, tendo em vista sobretudo a cooperação técnica aportada.

Alguns desafios foram enfatizados:

- manter a articulação e a sustentação da rede em ES e ampliá-la com novos parceiros;
- garantir a sustentabilidade para a realização de ações em ES que possam aprofundar o conhecimento e a sua incorporação nas políticas públicas; e
- expandir as ações em ES para outros Estados e Instituições Acadêmicas, a partir das experiências da BA, CE, RJ, SP e MG.

ANEXO

Economia da Saúde

(Fortalecendo Sistemas de Saúde para Reduzir Desigualdades)

Memorando do Projeto

Versão Aprovada – 21 de dezembro de 2000

Equipe*:*

Javier Martinez
Sérgio Francisco Piola
Luciana Teixeira
Mark Pearson
Jennifer Amery
David Biggs
Alison Sutton
Alex Shankland

Abreviações e Acrônimos

ABC	Brazilian Cooperation Agency (Agência Brasileira de Cooperação)
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CSO	Civil Society Organisations (Organizações da Sociedade Civil)
DFID	Department for International Development (UK) (Departamento para o Desenvolvimento Internacional / RU)
DHS	Demographic and Health Survey (Pesquisa de Demografia e Saúde)
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública (School of Public Health)
FM	Field Manager (DFID Brasilia) (Gerente de Campo)
GoB	Government of Brazil (Governo do Brasil)
HE	Health Economics (Economia da saúde)
HEIS	Health Economics Information Service (Serviço de Informação de Economia da saúde)
HPA	Health Programme Adviser (DFID) (Assessor para o Programa de Saúde)
IADB	Inter American Development Bank (Banco Inter Americano de Desenvolvimento - BID)
IPEA	Institute for Applied Economic Research (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IDTs	International Development Targets (Objetivos de Desenvolvimento Internacional)
LACAD	Latin America, Caribbean and South Atlantic Department (DFID) Dep. Para América Latina Caribe e Atlântico Sul)
MHS	Municipal Health Secretariat (Secretaria Municipal de Saúde)
MoH	Ministry of Health (Federal level), Brazil (Ministério da Saúde – Brasil)
MOP	Ministry of Planning (Federal level), Brazil (Ministério do Planejamento – Brasil)
PAB	Piso Assistencial Básico (Basic Health Package)

PAHO	Pan American Health Organisation (Organização Pan Americana de Saúde)
PM	Project Manager (Gerente de Projeto)
PMU	Project Management Unit (Unidade de Gestão do Projeto)
PNAD	National Household Survey (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios)
PO	Project Officer (Oficial do Projeto)
PPRC	Project Planning and Review Committee (Comitê de Planejamento e Revisão do Projeto)
PSF	Programa de Saúde da Família (Family Health Programme)
SCC	State Level Consultative Committee (Comitê Consultivo de Saúde – âmbito estadual)
SUS	Sistema Único de Saúde (Unified Health System)
SHS	State Health Secretariat (Secretaria Estadual de Saúde)
TC	Technical Consultant (within the TSA) (Consultor Técnico – dentro do TSA)
TCE	Tribunal de Contas Estadual
TCU	Tribunal de Contas da União
TSA	Technical Support Agency (Agência de Apoio Técnico)
UNICEF	United Nations Children's Fund (Fundo das Nações Unidas para a Infância)
WB	World Bank (Banco Mundial)

ÍNDICE

Abreviações e Acrônimos 109

1 RESUMO E RECOMENDAÇÕES 113
1.1 Descrição do Projeto 113
1.2 Recomendações 115
1.3 Folha de Rosto e Matriz Lógica 118

2 DESCRIÇÃO E BASE LÓGICA DO PROJETO 120
2.1 Antecedentes 120
2.2 Políticas 121

3 ABORDAGEM DO PROJETO 123

4 TÓPICOS DE AVALIAÇÃO 126
4.1 Avaliação Técnica, Econômica e Financeira 126
4.2 Institucional 133
4.3 Social 135

5 AVALIAÇÃO 138

6 IMPLEMENTAÇÃO, MONITORAMENTO E GESTÃO 139
6.1 Organização e Gestão do Projeto 139
6.2 Cronograma 142
6.3 Insumos 144
6.4 Contratação e Compras 147
6.5 Contabilidade 147
6.6 Monitoramento 148

7 RISCOS E PRESSUPOSTOS 148

ANEXOS

1 Avaliação Técnica, Econômica e Financeira 152
2 Avaliação Institucional 175
3 Análise das Partes Interessadas 185
4 Avaliação Social 190
5 Avaliação Ambiental 196
6 Gestão e Organização do Projeto 199
7 Orçamento 218

1 RESUMO E RECOMENDAÇÕES

1.1 Descrição do Projeto

1.1.1 Este projeto é parte de um programa mais amplo de apoio ao sistema de saúde brasileiro, que tem por proposta melhorar a saúde da população mais carente. Estará estreitamente vinculado à segunda fase (em negociação) de apoio ao TCU (Tribunal de Contas da União) e aos Tribunais de Contas Estaduais, cujo envolvimento no setor de saúde tem aumentado nos últimos anos. Há ainda, ligações estreitas com o projeto que o DFID financia, no Ceará, de apoio à Secretaria Estadual de Saúde, o qual está reforçando a capacitação em economia da saúde com um propósito similar.

1.1.2 O projeto também se encaixa dentro de uma abordagem mais ampla da comunidade internacional no que diz respeito ao setor de saúde no Brasil e foi bem aceito pelo Banco Mundial, pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Ele foi desenvolvido para complementar e reforçar o Projeto do Banco Mundial para o Desenvolvimento da Saúde no Estado da Bahia, orçado em $ 40 milhões de dólares, e estará vinculado ao projeto financiado pelo BID para fortalecimento dos Conselhos Municipais de Saúde, melhorando desta forma, a demanda por serviços mais eficazes e acessíveis aos pobres.

1.1.3 O DFID tem estado engajado no setor de saúde no Brasil desde 1996, apoiando a implementação do Sistema Único de Saúde. O SUS, financiado com recursos públicos, foi concebido na Constituição de 1988 e implementado pela legislação de 1990. É o único sistema de saúde da América Latina com uma separação substancial entre provisão e financiamento, sendo o financiamento quase que totalmente público, e a provisão, um misto entre pública e privada. O sistema é também, altamente descentralizado, com a provisão de serviços do SUS sendo, quase em sua totalidade, de responsabilidade municipal e estadual. O Brasil também eliminou a tradicional distinção na América Latina entre o governo (MS) e os sistemas de seguridade social.

1.1.4 Apesar do sistema de saúde apresentar diversos pontos fortes, em termos de maior atenção às necessidades locais e de melhorar o direcionamento dos recursos públicos, é sabido que a distribuição dos recursos de saúde permanece bastante desigual, tanto entre, quanto dentro dos estados. Os estados e municípios mais desenvolvidos recebem (historicamente) alocações *per capita* superiores a dos menos desenvolvidos e, diferentemente dos mais pobres, têm condições de oferecer contrapartida a esses recursos com suas próprias receitas. A desigualdade é ainda maior em virtude das despesas privadas serem mormente direcionadas aos mais ricos. O acesso e uso dos serviços de saúde e os resultados de saúde são muito piores nos estados mais pobres e entre os segmentos mais pobres nos estados mais ricos. Por exemplo, o índice de mortalidade infantil

é 174% maior no Nordeste do que no Sul, e mais de 500% superior para o quintil mais pobre quando comparado ao mais alto.

1.1.5 O governo está cada vez mais tentando direcionar sua agenda para questões de equidade e alocação de recursos, através de uma melhoria na política e na legislação. Entretanto, os esforços estão sendo obstruídos pela falta de informações confiáveis sobre o fluxo dos recursos e sobre as necessidades da população. Para um país tão desenvolvido, a precisão e confiabilidade dos dados de financiamento da saúde, gastos e consumo são notoriamente deficientes. Isto torna difícil o diálogo político e a avaliação de opções. A Economia da saúde poderia ter um papel potencialmente importante no tratamento dessas questões. No momento, entretanto, ela tem apenas um papel marginal na formulação e implementação de políticas, já que não há uma massa crítica de economistas da saúde nem de profissionais de saúde no Brasil com as habilidades básicas nesta área. Enquanto essa situação muda lentamente, e a importância da economia da saúde não está em questão, há a necessidade de se apoiar os esforços existentes através do aumento de oferta e demanda das habilidades em economia da saúde.

1.1.6 O propósito deste projeto de 5 anos é aumentar o uso das ferramentas de economia da saúde na análise, formulação e implementação de políticas que visem a redução das desigualdades do sistema de saúde brasileiro. Um dos objetivos principais é que as habilidades em Economia da saúde sejam adquiridas e utilizadas pelos quadros das áreas técnicas, políticas e de gestão, em âmbito federal e estadual com o apoio das Instituições Acadêmicas (IAs) que estão dentro ou fora dos estados do projeto.

1.1.7 O projeto tem por objetivo tanto o desenvolvimento de capacitação (currículos de ES dentro dos cursos já existentes, criação de novos cursos e treinamento *ad-hoc*), quanto o incentivo da demanda e uso das ferramentas e abordagens de ES em âmbitos acadêmicos, políticos e de gestão de serviços. As atividades que o projeto apoiará, incluem: a realização de pesquisas para esclarecer o fluxo e a utilização de recursos; a criação e o fortalecimento da rede de ES brasileira; o desenvolvimento de um serviço de informação de ES na Internet sobre o sistema de saúde brasileiro; fomento de encontros de disseminação; e provisão de bolsas de estudo para participação em treinamento em ES, entre outras. As pesquisas em ES serão executadas através de parcerias entre administrações estaduais e instituições acadêmicas e enfocarão as necessidades dos estados mais pobres e grupos mais pobres em outros estados. As áreas prioritárias serão definidas em âmbito estadual e federal através de entidades consultivas *ad-hoc* envolvendo as principais partes interessadas. As áreas já identificadas incluem alocação de recursos, padrões para financiamento da saúde, análise de custos, recuperação de custos, avaliação econômica e o desenvolvimento de contas nacionais e estaduais de saúde. Tanto as abordagens da demanda quanto as da oferta serão utilizadas para: a) desenvolver a capacitação em ES; b) melhorar a

efetividade desta capacitação e; c) promover uma demanda informada para o uso da capacitação em ES.

1.2 Recomendações

1.2.1 Recomenda-se que o DFID forneça até 5.0 milhões de libras esterlinas em fundos de cooperação técnica ao longo de 5 anos, de abril de 2001 até março de 2006, para a implementação de tal projeto. Um orçamento do projeto é apresentado de forma resumida na seguinte tabela:

Especificação	Em Libras Esterlinas
Pessoal Internacional de Projeto	560.000
Pessoal Local do Projeto	568.000
Consultoria, Viagens de Estudo, Workshops e Disseminação	1.714,000
Treinamento, Pesquisa e Rede de apoio de ES	1.473,000
Agência de Apoio Técnico	115.000
Monitoramento, OPR e avaliação	100.000
Contingências até 10%	453.000
TOTAL	**4.983,000**

Folha de Rosto / Proposta Preliminar do Projeto do DfID

NÚMERO DE VERSÕES DE PHS: **1**
PAÍS: **BRASIL**
ESTÁGIO DO PROJETO: **Em Implementação – Folha de Rosto do Projeto**
SE PCN INSERIR OS CUSTOS TOTAIS ESTIMADOS PARA O PROJETO:
TÍTULO SUMÁRIO DO PROJETO: **Economia da Saúde**
TÍTULO COMPLETO DO PROJETO: **Economia da Saúde (Fortalecendo Sistemas de Saúde para Reduzir Desigualdades)**
PROPÓSITO DO PROJETO: **Aumentar a o uso das ferramentas de Economia da Saúde (ES) na análise, formulação e implementação de políticas voltadas para a redução das desigualdades no sistema de saúde brasileiro**
DATAS PLANEJADAS PARA O PROJETO – INÍCIO: **abril de 2001;** FIM: **Março de 2006**

AJUDA FINANCEIRA	CÓDIGO DE MIS	CUSTO TOTAL PARA O DFID (£)	dos quais: CUSTO LOCAL (£)	dos quais: OUTROS CUSTOS (£)	dos quais: POSIÇÃO VINCULADA DE OUTROS CUSTOS
Ajuda de Setor ou de Projeto					
Ajuda de Programa					
PROJETOS TC - GERAÇÃO E TRANSFERÊNCIA DE CONHECIMENTO	CÓDIGO DE MIS	CUSTO TOTAL PARA O DFID (£)	CUSTO LOCAL (£)	OUTROS CUSTOS (£)	POSIÇÃO VINCULADA DE OUTROS CUSTOS
Investimento Relacionado ao TC					
TC Individual	**087-555-008**	**4,983,000**	**3,124,000**	**1,859,000**	**vinculados**
OUTROS TIPOS DE AJUDA	CÓDIGO DE MIS	CUSTO TOTAL PARA O DFID (£)	CUSTO LOCAL (£)	OUTROS CUSTOS (£)	POSIÇÃO VINCULADA DE OUTROS CUSTOS
Doações/ Outro Tipo de Ajuda em Espécie					
Assistência Humanitária					
	CÓDIGO DE MIS MULTI-FINANCIADO				
COMPROMISSO TOTAL		**4,983,000**	**3,124,000**	**1,859,000**	

DESCRIÇÃO/ CÓDIGO DO SETOR ECONÔMICO:	**12110 Política de Saúde e Administração**
REGIÃO/ PAÍS BENEFICIADO:	**BRASIL**
REF. DO ARQUIVO:	**ASI 9800 087/552 006**
REF. DO DEPARTAMENTO:	**LACAD**
ESCRITÓRIO/ RESPONSÁVEL PELO PROJETO:	**DAVID DALLISON**
ASSESSOR EM COMANDO:	**Jenny Amery**

DATA DA SELEÇÃO AMBIENTAL INICIAL	**Novembro de 2000**
NOME DO FUNCIONÁRIO QUE COMPLETOU O IES	**Tim Sumner**

AGENTE(S) DE GESTÃO	**A ser selecionado**
AGENTE(S) DE AQUISIÇÃO	
CO-FINANCIADOR(ES)	
ONG(S) DE FINANCIAMENTO CONJUNTO	
VÍNCULO EDUCACIONAL/ PARCEIRO(S)	
CANAL MULTILATERAL	
INSTITUIÇÃO (ÕES) DE PARCERIA	**Ministério da Saúde/ IPEA, Secretárias de Saúde Municipais e Estaduais, Instituições Acadêmicas, etc**

Projetos de £100.000 e acima a serem marcados para PIMS, PAM e POM

SISTEMA DE MARCAÇÃO DE INFORMAÇÕES SOBRE POLÍTICAS (PIMS)

OBSERVAÇÃO: MARCAR **P** (PRINCIPAL) OU **S** (SIGNIFICATIVO) EM *TODAS* AS ÁREAS DE POLÍTICAS ABORDADAS PELO PROJETO

	POLÍTICAS E AÇÕES QUE PROMOVAM MEIOS DE VIDA SUSTENTÁVEIS		18	EFETIVA EDUCAÇÃO PRIMÁRIA UNIVERSAL	
01	POLÍTICAS ECONÔMICAS E SOCIAIS SAUDÁVEIS	P	19	ALFABETIZAÇÃO, ACESSO À INFORMAÇÃO E HABILIDADES	
02	ASSISTÊNCIA DIRETA AO SETOR PRIVADO		20	ÁGUA POTÁVEL SEGURA E SANEAMENTO ADEQUADO	
03	MEIOS DE VIDA RURAIS SUSTENTÁVEIS		21	SEGURANÇA ALIMENTAR	
04	MOBILIDADE E COMUNICAÇÕES		22	NECESSIDADES HUMANITÁRIAS E DE EMERGÊNCIA	
05	BOA GOVERNANÇA		23	HIV/ AIDS	
06	DIREITOS HUMANOS		24	EDUCAÇÃO PÓS-PRIMÁRIA	
07	REDUÇÃO DE CONFLITOS			**PROTEÇÃO E MELHOR MANEJO DO MEIO AMBIENTE NATURAL E FÍSICO**	
08	REMOÇÃO DA DISCRIMINAÇÃO SEXUAL		25	MANEJO INTEGRADO DOS RECURSOS HÍDRICOS	
09	PARCERIA EMPRESARIAL		26	USO EFICIENTE DA CAPACIDADE PRODUTIVA	
10	REDUÇÃO DO COMÉRCIO DE DROGAS ILÍCITAS		27	PLANEJAMENTO E MANEJO AMBIENTAL	
11	DIREITOS DA CRIANÇA		28	DESENVOLVIMENTO URBANO	
12	TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADES	p	29	EFICIÊNCIA ENERGÉTICA E MUDANÇAS CLIMÁTICAS	
13	ESTRATÉGIAS NACIONAIS PARA O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL		30	MANEJO FLORESTAL SUSTENTÁVEL	
	MELHOR EDUCAÇÃO, SAÚDE E OPORTUNIDADES PARA A POPULAÇÃO CARENTE		31	BIODIVERSIDADE	
14	MENOR MORTALIDADE INFANTIL		32	AGRICULTURA SUSTENTÁVEL	
15	MENOR MORTALIDADE MATERNA		33	DESERTIFICAÇÃO, DEGRADAÇÃO DA TERRA E MITIGAÇÃO DA SECA	
16	CUIDADOS ESSENCIAIS EM SAÚDE	P		**OUTROS MERCADOS**	
17	SERVIÇOS DE SAÚDE REPRODUTIVA		34	CONHECIMENTO E PESQUISA	S

MARCADOR DE META DE POBREZA (PAM)	**MARCADOR DE OBJETIVOS POLÍTICOS (POM)**
SELECIONE DENTRE OS SEGUINTES O MEIO *PREDOMINANTE* PELO QUAL O PROJETO ABORDA A ELIMINAÇÃO DA POBREZA . (Selecione da lista abaixo – aperte F1 para ajuda)	SELECIONE QUAL DOS OBJETIVOS DO DFID É PREDOMINANTEMENTE ABORDADO POR ESSE PROJETO. (Selecione da lista abaixo – aperte F1 para ajuda)
Inclusivo	**Educação, Saúde e Oportunidades**

DATA DE ASSINATURA DOS DOCUMENTOS DO PROJETO: 21 de dezembro

Este projeto como descrito neste documento foi aprovado por **JOHN KERBY Diretor** em **21 de dezembro de 2000**. Eu confirmo que os detalhes acima estão corretos e que os marcadores de PIMS estão cobertos pelas seções de Indicadores de Verificação Objetiva (OVI) e de Propósito/ Meta/ Supermeta do Quadro Lógico de Referência como apropriado.

Assinado:_____John Kerby_____

Matriz Lógica

Nome do Projeto	**Economia da Saúde (Fortalecendo Sistemas de Saúde para Reduzir Desigualdades)**
País	**Brasil**
Data de Preparação	**Março - Agosto de 2000**
Equipe de Criação	**MOH, IPEA, Jenny Amery, Javier Martinez, Allison Sutton, Mark Pearson**
Última Revisão	**Setembro de 2000**

Resumo Narrativo	OVIs	MoV	Premissas
META MAIOR: Melhorar a condição de saúde da população pobre **META:** Melhorar a equidade, eficiência e efetividade do Sistema de Saúde Brasileiro			Continua recuperação econômica e estabilidade Esforços para a estabilização econômica e crescimento combinados com uma maior atenção às questões de alocação de recursos e equidade.
Propósito: Aumentar o uso de ferramentas de economia da saúde na análise, formulação e implementação de políticas voltadas à redução das desigualdades no sistema de saúde brasileiro.	Perfil quant itativo do uso atual de ES na formulação e implementação de políticas em estados selecionados até o final do ano 1. Perfil utilizado para identificar prioridades até o final do ano 1 Aumento do uso de melhores ferramentas de ES (identificadas pelo CPRP) nos estados selecionados e em âmbito federal ao final do ano 2. Mudanças no perfil de alocação de recursos buscando a redução das desigualdades nos âmbitos municipal, estadual e federal, até o final do projeto.	Documentação em âmbito estadual, minutas do CPRP e relatórios do projeto. Minutas do CCS e CPRP e relatórios do projeto Planos de trabalho do MS e SES Estruturas orçamentárias e estudos que utilizem dados de séries -temporais sobre a distribuição de recursos.	O MS, as SES e as 5 MS devem possuir suficiente capacitação técnica, vontade e apoio político. Habilidade dos atores e estruturas para fomentar o debate envolvendo os principais formuladores de políticas em âmbito federal, estadual e municipal. Desenvolvimento e aplicação de estrutura regulatória para melhorar a alocação e prover maior igualdade. Os usuários, grupos da sociedade civil, mídia, entidades de controle social e de auditoria e outros exerçam pressão buscando uma maior igualdade.
1. Aumento da demanda e uso de insumos de ES nos estados brasileiros selecionados e em âmbito federal.	A. Os estados brasileiros selecionados desenvolvem e implementam planos de trabalho em ES conforme acordado com o CPPR ao longo do o projeto. B. Desenvolvimento ao final do ano 1, e em conju nto com as principais partes interessadas do projeto, de critérios para pesquisa e treinamento. C. Criação, até o final do ano 1, de processo transparente de seleção para pesquisa, treinamento e bolsas de estudo.	1. Planos de trabalho, relatórios anuais de progresso, relatórios de monitoramento e minutas do CPRP. 2. Registro dos critérios e Relatório Final da Fase Preparatória. 3. Relatório Final da Fase Preparatória.	Efetiva cooperação entre as partes interessadas no âmbito estadual. A mudança dos quadros não limite a obtenção de habilidades em ES pelo MS, SES, SMS O quadro treinado em ES seja designado para trabalhar em questões chaves relevantes ao propósito do Projeto.

Resumo Narrativo	OVIs	MoV	Premissas
	D. Atividades de pesquisa e treinamento direciona das às prioridades identificadas pelas principais partes interessadas em cada estado e em âmbito nacional, até o final do ano 1. E. Utilização dos resultados das pesquisas e treinamentos na análise de políticas pelo MS/SES/SMS ao final do ano 2. F. Resultados da s pesquisas e treinamentos são utilizados na formulação e implementação de políticas em âmbito federal, estadual e municipal ao final do projeto. G. Aumento do número de cargos chaves, relacionados à formulação de políticas em âmbito federal, estadual e Municipal, ocupados por pessoal com treinamento em ES até o final do ano 2.	4. Relatórios e Planos Anuais de trabalho. 5. Revisão da análise de políticas pela Missão de Avaliação /Propósito (OPR). 6. Minutas do CPRP e relatórios do projeto. 7. Revisão da participação e uso do treinamento realizado pela Missão de Avaliação/Propósito	
2 Melhoria da capacitação em treinamento e pesquisa em ES desenvolvida nas IAs selecionadas	2.1 Aprovação do Plano de Ação para pesquisa e treinamento por cada IA até o final do ano 1 A. Métodos de pesquisa apropriados desenvolvidos até o final do ano 2 B. Pesquisa atende aos critérios acordados e aborda questões prioritárias no decorrer de todo o projeto C. As IA´s estão oferecendo treinamento que é flexível, que atende às necessidades dos clientes e que é relevante ao propósito do projeto até o ano 2 D. O conteúdo de Economia da Saúde incorporado aos cursos existentes/novos até o final do ano 2	2.1 Minutas do CPRP A. Relatórios anuais e revisão da pesquisa pela missão de avaliação/ propósito B. Relatórios anuais e revisão da pesqui sa pela missão de avaliação/ propósito C. Relatórios anuais e revisão da pesquisa pela missão de avaliação/ propósito D. Relatórios anuais e revisão da pesquisa pela missão de avaliação/ propósito	As IAs dispostas a priorizarem a contratação e a realização de pesquisa relevante ao Propósito do Projeto As IAs dispostas e capazes de colaborarem com outras instituições
3. Disseminação regular, adequada e efetiva de informações confiáveis das atividades de ES e seus resultados	A. Criação da rede de ES até o final do ano 1 B. Lançamento bem sucedido realizado até o final do ano 1 C. Estratégias de disseminação para públicos-alvo chaves estabelecidas até o final do ano 1 D. Maior demanda por informações e serviços de ES até o final do ano 2 E. Público alvo a tingido pela disseminação inicial dos resultados até o final do ano 2	A. Base de dados dos membros da rede de Economia da Saúde, Boletim e relatórios B. Relatórios do Projeto C. Documento da estratégia de disseminação D. Registro de acesso ao Website e outras solicitações, relatórios da rede E. Revisão da disseminação pela missão de avaliação/propósito	Disposição e capacidade dos parceiros do projeto de incorporarem todas as prioridades das principais partes interessadas e adaptarem a disse minação às suas necessidades Condições políticas favoráveis para incorporação dos resultados do projeto fora dos estados do projeto

Resumo Narrativo	OVIs	MoV	Premissas
	F. Todos os públicos -alvo nos estados selecionados alcançados pela disseminação dos principais resultados até o final do projeto	F. Relatórios do Projeto	
	G. Evidência de disseminação mais ampla dos resultados chaves até o final do projeto	G. Relatórios do Projeto	
	H. Metodologias de Pesquisa e abordagens de treinamento replicadas em outras IA´s até o final do Projeto	H. Relatórios do Projeto	
	I. Evidência de demanda por ferramentas de Economia da Saúde e informações de outros estados até o final do projeto	I. Relatórios do Projeto	

Resumo Narrativo	OVIs	MoV		Premissas
Atividades:	**Insumos:**	**Orçamento Indicativo**		
1 Consultorias Nacionais e Internacionais	Pessoal Internacional do Projeto	**£560,000**		
2 Visitas de estudo ao RU/Europa/AL	Pessoal Local do Projeto	**£568,000**		
3 Bolsas de estudo para pesquisa e treinamento	Consultoria, Viagens de estudo, workshops e disseminação.	**£1,714,000**		
4 Pesquisas	Treinamento, pe squisa e rede de apoio a ES	**£1,473,000**		
5 Reuniões e desenvolvimento da Rede	Agência de Apoio Técnico	**£115,000**		
6 Atividades de Disseminação	Monitoramento, OPR e avaliação	**£100,000**		
	Contingências @ 10%	**£ 453,00**		
	Total	**£4,983,000**		

2. DESCRIÇÃO E BASE LÓGICA DO PROJETO

2.1 Antecedentes

2.1.1 O DFID tem estado envolvido no setor de saúde no Brasil desde 1996, apoiando a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS, financiado com recursos públicos remonta à Constituição de 1988, e foi implementado através da legislação de 1990. É o único sistema na América Latina com uma diferenciação significativa entre o financiamento e provisão, sendo o financiamento público e a provisão, majoritariamente privada. (apesar de haver variações significativas no mix público/privado entre estados e regiões) A maior parte do financiamento vem da esfera federal, entretanto a provisão pública é hoje quase totalmente de responsabilidade Municipal e Estadual. Tanto estados quanto municípios podem ter diferentes níveis de autonomia na alocação

e administração dos fundos federais. Além disso, o Brasil eliminou a tradicional distinção, na América Latina, entre o Ministério da Saúde e o Sistema de Seguridade Social.

2.1.2 É de conhecimento geral que a distribuição desses recursos é desigual, tanto entre, quanto dentro dos estados. Por exemplo, os níveis de gastos em saúde entre os estados variam dependendo de sua riqueza, e da vontade dos governos estaduais em alocar recursos para a saúde em contrapartida às contribuições federais. A redução das desigualdades regionais (conforme determinado na Constituição) necessitaria que as contribuições federais para a saúde favorecessem os estados e municípios mais pobres. Na prática, entretanto, o financiamento em termos per capita permanece mais alto em regiões mais ricas, visto que está amplamente fundamentado em alocações históricas com base na oferta de serviços de saúde existentes, ao invés de estar acordo com as necessidades. O acesso e resultado de saúde são muito piores em estados mais pobres. O sistema é ineficaz quanto ao custo, já que geralmente muito dinheiro é gasto com assistência terciária, e é tecnicamente ineficiente. A qualidade da assistência também é extremamente desigual

2.2 Políticas

2.2.1 O Brasil tem um dos sistemas de saúde pública mais descentralizados do mundo, com a responsabilidade pela provisão da assistência à saúde financiada, em sua maior parte, com recursos públicos, sendo totalmente de responsabilidade dos governos municipais. Estes, recebem do governo federal uma combinação de transferências, recursos de programas e alocações per capita para financiar diferentes elementos da assistência à saúde. Os municípios e estados contribuem com seus próprios recursos para suplementar os fundos federais. Apesar da descentralização poder ser traduzida em uma maior atenção local aos problemas locais, muito depende da capacidade dos governos locais para definir e implementar políticas e encontrar recursos que atendam às necessidades básicas de saúde. Na prática, os estados e municípios mais pobres têm comparativamente, menos recursos humanos, são menos capazes de levantar receitas locais e apresentam maiores dificuldades na provisão de assistência básica de saúde à população. O peso das doenças transmissíveis e dispersão da população nesses estados e regiões representam um desafio adicional.

2.2.2 Uma série de medidas foram tomadas para mitigar estes problemas, alcançando algum progresso, especialmente em termos de alocação de recursos em base *per capita* para oferecer um limitado pacote básico (PAB). Controles quantitativos sobre utilização hospitalar resultaram em uma utilização mais equânime dos serviços hospitalares, bem como a redução de despesas em assistência secundária, a qual é, em geral, menos custo eficaz e menos acessível aos pobres. Os investimentos estão, cada vez mais, sendo canalizados para o desenvolvimento de infra-estrutura em regiões pobres, apesar de ainda haver lacunas importan-

tes na provisão em áreas rurais. Além disso, o governo está tentando garantir que os estados e municípios comprometam percentuais fixos mínimos de suas receitas para a assistência à saúde. Isto deveria resolver parcialmente a situação onde municípios e estados mais ricos não apenas recebem mais fundos federais, mas também comprometem um percentual menor de suas receitas com a assistência à saúde do que os estados mais pobres. Apesar destas medidas haverem alcançado algum sucesso, elas ainda necessitam de refinamento. Apesar do fato que mais poderia ser feito para melhorar a eqüidade na alocação de recursos federais, a maior fonte de desigualdade no sistema de saúde mudou. No passado, sob um sistema centralizado e com o financiamento predominantemente público, as alocações desiguais dos recursos federais eram realmente o principal problema. Entretanto, seguindo a rápida descentralização e crescimento dos gastos e financiamentos privados feitos através de pagamento direto das famílias, ou através de seguros, introduziu novas e importantes fontes de desigualdades. Apesar da alocação de recursos e financiamento estarem no núcleo das desigualdades de saúde, e apesar da legislação governamental estar, cada vez mais, tentando abordar essas questões, há uma série de problemas que impedem que o governo melhore a igualdade na prática. Estes problemas incluem:

2.2.3 A falta de informações confiáveis sobre financiamento e alocação, principalmente dos componentes privados, estaduais e municipais. A extensão do financiamento da assistência pública e privada não é totalmente conhecida e, a efetividade do financiamento público no atendimento aos principais problemas de saúde e em alcançar aqueles com maior necessidade não podem ser avaliadas com qualquer precisão. Por exemplo, o Brasil não têm um sistema de contas nacionais e estaduais de saúde para monitorar os recursos nem o seu uso.

2.2.4 Os instrumentos e fórmulas para focalizar os recursos públicos são muito rudimentares. Os esforços governamentais no sentido de introduzirem um sistema de financiamento baseado na capitação enfrentou dificuldades práticas para incorporar uma variação tão ampla no acesso à assistência à saúde, orçamento familiar e necessidades.

2.2.5 Poucos profissionais no sistema de saúde brasileiro têm uma compreensão básica das questões de economia da saúde que permita uma discussão construtiva dos problemas (baseada em dados) e opções. A falta de profissionais capacitados ocorre em todo o espectro geográfico, entretanto, é principalmente observada nos estados e municípios mais pobres, o que tende a perpetuar o *status quo*.

2.2.6 Solucionar as desigualdades do setor de saúde não é apenas uma questão de definir as fórmulas certas entre, ou dentro dos estados. Isto requer ainda: (a) dados adequados sobre as necessidades da população através do desenvolvimento de capacitação estatística; e (b) gestão financeira adequada - não faz sentido ter fórmulas elaboradas de alocação, se não se pode garantir que o

dinheiro chegue aos beneficiários alvo e (c) um grau de gestão de desempenho que garanta que os fundos sejam traduzidos em assistência à saúde de qualidade.

2.2.7 No centro destes problemas, está o fato de a ES ter um papel marginal na elaboração e implementação de políticas, já que não há, atualmente, uma massa crítica de economistas da saúde e de profissionais de saúde com habilidades básicas em ES no Brasil. Este é um fato amplamente conhecido e que foi avaliado durante a formulação do projeto:

- Diversos estados (Ceará, Bahia) e municípios começaram a criar unidades de economia da saúde para fomentar a implementação de políticas, entretanto, enfrentam uma escassez crônica de profissionais capacitados.
- Poucas universidades brasileiras oferecem treinamento em economia da saúde. Entre aquelas que oferecem, há poucos profissionais e seus currículos em treinamento precisam ser fortalecidos para que reflitam os tipos de questões e habilidades que representariam uma diferença no sistema de saúde brasileiro.
- Análises setoriais e pesquisas raramente utilizam ferramentas de economia da saúde, ou incorporam informações de economia da saúde. Muitas da informações disponíveis sobre o setor de financiamento e consumo de serviços estão baseadas na extrapolação de dados de pesquisa. A variedade de métodos usados, nem todos tecnicamente adequados, e fontes consultadas, muitas vezes resultam em informações conflitantes e não confiáveis.
- Agências de desenvolvimento e bancos (OMS, BID, OMS/OPAS) consideram a falta de capacitação de economia da saúde um obstáculo principal para entrar em um diálogo significativo com os estados, e por conseguinte, lidar com as desigualdades do setor de saúde. Por exemplo, o Banco Mundial apoiou um projeto na Bahia que fará investimentos substanciais para desenvolver a capacitação de economia da saúde no estado e nas principais Secretarias de Saúde. Entretanto, os representantes do Banco Mundial e outras agências reconhecem que estes esforços deveriam ser estendidos a outros estados e em âmbito federal, para que se alcançassem impactos nacionais

3 Abordagem do Projeto

3.1 O propósito deste projeto de 5 anos é aumentar o uso de análises e ferramentas de economia da saúde na formulação e implementação de políticas dentro do sistema de saúde brasileiro, visando a promoção de seu uso apropriado em diferentes níveis. Um dos objetivos principais é a aquisição e uso de habilidades em ES pelos quadros técnicos, de gestão e políticos em âmbito

federal e estadual (inicialmente serão selecionados 4 estados) com o apoio de IAs, dentro e fora dos estados selecionados.

3.2 O projeto visará tanto o desenvolvimento de capacitação (a introdução do currículo de ES em cursos já existentes, criação de novos cursos e treinamento *ad-hoc*) como o fomento da demanda e uso de ferramentas e abordagens de ES em âmbitos de gestão acadêmico, político e de gerenciamento de serviços. As atividades do projeto no lado da demanda incluem: a execução de pesquisas que esclareçam o fluxo de recursos e o seu uso; o fortalecimento da Rede de ES brasileira; o desenvolvimento de serviço de Informação sobre o sistema de saúde brasileiro via Internet; o incentivo a encontros de disseminação; e a provisão de bolsas de estudo para participação em treinamento de ES, entre outros. As pesquisas em ES serão feitas em parceria com os administradores estaduais e IAs e enfocarão as necessidades dos estados mais pobres e das pessoas mais pobres em outros estados. As áreas prioritárias serão definidas em âmbito federal e estadual por entidades consultoras *ad hoc* envolvendo as principais partes interessadas. As áreas já identificadas até o momento incluem alocação de recursos, padrões de financiamento da saúde, análise de custos, avaliação econômica e desenvolvimento de contas nacionais e estaduais de saúde.

2.3 Apesar de melhorias na alocação de recursos permanecerem centrais, reconhece-se que a "primeira geração" deste projeto deve enfocar, primariamente, o fortalecimento e padronização do uso de ferramentas e análises de ES. Alterações efetivas na alocação de recursos e nas práticas de financiamento podem demandar mais tempo e requerer esforços complementares em sinergia com outros governos, agências internacionais e não governamentais. Através de tal combinação de esforços, espera-se que o projeto contribua com a meta de longo prazo de melhoria da equidade, eficiência e efetividade do sistema de saúde brasileiro, e a meta maior de melhorar a condição de saúde dos pobres.

2.4 No lado da oferta, o projeto trabalhará com um grupo de IAs selecionadas com base em sua capacidade instalada em economia ou ES, e seus envolvimentos em treinamento de outros profissionais do setor de saúde (saúde pública, administração pública e gestão).Currículos, cursos e projetos de pesquisa serão desenvolvidos e executados com o apoio do projeto. Uma rede de ES também será desenvolvida e assumirá a responsabilidade pela criação de um serviço de informação na Internet (SIES) que oferecerá informações confiáveis sobre o sistema de saúde brasileiro. O SIES incluirá as informações existentes e incorporará novas informações geradas dentro e fora do projeto. No intuito de apoiar as novas atividades de treinamento, o projeto oferecerá bolsas para treinamento, com o intuito de favorecer alunos dos estados selecionados e estados pobres, selecionados por critérios pré determinados, e profissionais de saúde cujo conhecimento sobre ES prove ser estrategicamente importante dentro do sistema de saúde brasileiro.

2.5 No lado da demanda, o projeto trabalhará integrado ao MS e às principais partes interessadas do setor de saúde nos quatro estados selecionados. Os estados serão selecionados com base em: números relativos e absolutos de pobres; a natureza pró-ativa e o compromisso com o SUS e os objetivos do projeto de suas secretarias estaduais e municipais; e o desejo das secretarias estaduais de definir e implementar as prioridades de treinamento e pesquisa em conjunto com as instituições acadêmicas. De modo a viabilizar a avaliação das necessidades do estado, serão criados os Comitês Consultivos Estaduais, que funcionarão como os principais interlocutores junto ao projeto. Em âmbito federal, os Comitês Consultivos incluirão o MS e o IPEA, bem como outras partes interessadas, de acordo com a necessidade.

3.6 Outras composições alternativas foram consideradas durante a elaboração do projeto:

3.6.1 Trabalhar exclusivamente com IAs para desenvolver a oferta de ES. Apesar dessa abordagem ter se mostrado mais fácil em sua implementação, ela não garantiria que a oferta de capacitação em ES atendesse as demandas e usos dos governos em âmbito estadual, municipal e federal. Além disso, o treinamento acadêmico é apenas uma das abordagens que o projeto gostaria de incentivar, uma vez que o treinamento *ad hoc* fora das universidades é também necessário para muitos funcionários do governo cuja disponibilidade de tempo para treinamento é muito limitada.

3.6.2 Trabalhar exclusivamente com os estados, concentrando em menos estados ou enfocando exclusivamente o âmbito federal foram outras opções que a equipe de elaboração considerou. Essa abordagem poderia melhorar a focalização, entretanto, não levaria à expansão rápida da capacitação em ES necessária em âmbito nacional.

3.7 As principais partes interessadas. Em âmbito federal, os Ministérios da Saúde (MS) e do Planejamento (MP), este principalmente através do IPEA, que está integrado ao MP. As IAs selecionadas durante a fase preparatória. As Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde também estarão representadas em âmbito federal e integradas na estrutura de gestão do projeto no intuito de garantir atenção às necessidades dos estados e municípios mais pobres. O Conselho Nacional de Saúde e o Tribunal de Contas da União (TCU) também são importantes Os principais interessados em âmbito estadual são: as secretarias de saúde estaduais e municipais; um representante do CONASEMS em âmbito estadual, todas as IAs ativas em economia ou em trabalhos relacionados a saúde, dos estados; os conselhos de saúde estaduais e municipais (selecionados) onde o projeto estiver ativo, para representar os interesses dos usuários dos serviços e o TCU/TCE.

3.8 Os benefícios esperados com o projeto incluem:

- Aumentar a demanda e oferta de ferramentas e habilidades em ES entre os profissionais do setor;
- Fortalecer os papéis do governo Federal, Estadual e Municipal através da melhoria da análise setorial e aumento do compartilhamento de informações econômicas;
- Contribuir para um debate político melhor informado, baseado em evidências, sobre o financiamento atual do setor de saúde e problemas de alocação de recursos no sistema de saúde brasileiro com base em informações de economia da saúde confiáveis e de qualidade; e
- Principalmente, viabilizar o direcionamento de recursos públicos aos estados mais pobres, e para as necessidades das pessoas pobres em estados mais ricos.

3.9 Em resumo, a lógica deste projeto é a seguinte:

- Há evidências de grande desigualdade no acesso aos serviços de saúde e ineficiência na prestação dos mesmos;
- O governo brasileiro está comprometido em reduzir essas desigualdades, e há evidências que já começou a trabalhar nesse sentido;
- Há pouca margem de ação para melhorar os indicadores através do uso de recursos adicionais e existe a necessidade de priorizar a melhoria da equidade e eficiência dos recursos existentes; e
- ES pode contribuir com este processo através da assessoria à geração de políticas relevantes, visto que:
  - Há um interesse das IAs em desenvolver o lado de oferta
  - As áreas prioritárias identificadas são consistentes com as funções principais em âmbito estadual e municipal
  - As atividades no lado da demanda devem gerar uma demanda informada por insumos de ES

4 TÓPICOS DE AVALIAÇÃO

4.1 Avaliação técnica, econômica e financeira (vide anexo 1 para detalhamento)

4.1.1 A organização do setor de saúde no Brasil é peculiar na América Latina visto que o MS e os sistemas de seguridade social foram totalmente fundidos. Houve uma separação importante entre o financiamento e a provisão dos serviços de saúde, e uma parte significativa da provisão privada de saúde é financiada com recursos públicos através de remuneração por procedimento de acor-

do com contrato. Da mesma forma, apesar de a provisão pública ser de responsabilidade quase exclusivamente municipal, a maior parte do financiamento ainda vem do âmbito federal. Comitês tripartite e bipartite coordenam as relações entre os âmbitos federal, estadual e municipal respectivamente. A participação da comunidade é promovida através do Conselho Nacional de Saúde e dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.

4.1.2 A descentralização tem sido um catalisador das reformas. No momento, estados e municípios gozam de diferentes níveis de autonomia com relação ao uso dos recursos públicos. Nos casos onde não há autonomia, as instalações que fornecem o serviço ao SUS são reembolsadas diretamente com recursos federais ou estaduais em valores acordados em uma lista de procedimentos. O papel dos estados é de apoiar o processo de descentralização para os municípios e de continuar a fornecer os serviços de saúde pública diretamente, enquanto possível. O progresso tem sido mais rápido em âmbito municipal do que estadual e nos estados mais ricos.

4.1.3 O tamanho relativamente pequeno da maior parte dos municípios associado a pouca capacidade de gestão, é a principal razão pela qual a maior parte dos governos locais não têm sido capazes de obter uma maior autonomia de saúde (apesar de alguns municípios estarem hoje se fundindo). Até que se consiga autonomia total, (atendendo a critérios pré-definidos) as instalações maiores permanecerão sob controle do estado. Na prática, entretanto, tais controles tendem a ser muito rudimentares já que os estados muitas vezes carecem da capacitação e conhecimento técnico necessários para supervisionar essas instalações de maior porte

4.1.4 O setor privado presta mais de 50% dos serviços hospitalares do SUS enquanto os serviços mais caros e complexos são prestados através do setor público (normalmente hospitais-escola que são responsáveis por mais de 50% da provisão hospitalar pública). O setor privado tem crescido rapidamente nos últimos anos, e cada vez mais financiados através de seguros (muitos baseados em emprego) e pagamentos diretos. Estima-se que apenas 38% da população use exclusivamente o SUS, enquanto apenas 58% destes fazem uso freqüente. As despesas com assistência à saúde privada crescem drasticamente com a renda. As pessoas do quintil mais rico, gastam em média 6,5 vezes mais do que aquelas do quintil mais pobre. A aumento das despesas é mais significativo entre o quarto e quinto quintis, elevando-se em 157%.

4.1.5 Financiamento e despesas. O Brasil ainda não possui um Sistema Nacional de Contas em Saúde. As despesas com saúde (pública e privada) são portanto estimadas em extrapolações de dados de pesquisa. Daí a existência de discrepâncias tão marcantes com relação aos números, dependendo das fontes consultadas e métodos adotados. Sem dados confiáveis, a equidade mal pode ser mensurada, monitorada ou prevista. Até mesmo as despesas públicas são de

difícil avaliação já que fontes diferentes adotam métodos diferentes. A extensão do gasto privado é outra área nebulosa com estimativas variando de R$ 12 a 27 bilhões (MS, IPEA 1995-97)

4.1.6 Em que pese os problemas mencionados, o total da despesa com saúde no Brasil foi estimado em R$44 bilhões em 1997 (MS) ou R$50 bilhões em 1995 (IPEA), equivalente a 5.2% (MS, 1997) ou 6.9% (IPEA, 1995) do PIB. Enquanto algumas fontes estimam o financiamento público em 63% do total (MS) (dos quais 71% são de recursos públicos), outras fontes (IPEA) alegam que a dimensão das despesas privadas é muito maior, ultrapassando em muito as despesas públicas (R$ 21 bilhões contra R$ 27 bilhões pelo setor privado).

4.1.7 Os gastos com saúde têm sido extremamente irregulares em anos recentes, refletindo crises financeiras periódicas (incluindo retração rápida de gastos com saúde em 1983/84 e 1992/93), bem como explosões de gastos. Os cortes tendem a cair desproporcionalmente sobre programas de saúde pública de saúde, e não em serviços hospitalares e ambulatoriais. A crise financeira do início da década de 1990 causou grandes problemas, uma vez que impôs restrições ao investimento e a inflação galopante erodiu os níveis de reembolso. Isto colocou em dúvida a credibilidade da implementação do SUS e levou a uma crescente demanda por serviços privados.Uma emenda constitucional foi aprovada em agosto de 2000 garantindo que o setor de saúde uma proporção mínima das receitas públicas. Isto deve reduzir a volatilidade no nível agregado de despesas públicas.

4.1.8 Equidade e desigualdades. As despesas com saúde pública no Brasil são muito desiguais entre os estados. Estas desigualdades referem-se principalmente aos recursos que os estados e municípios mais ricos podem acrescer aos recursos federais. Os recursos federais permanecem como a principal fonte de financiamento no setor público e, e em termos *per capita*, elas não levam em consideração as desigualdades sócio-econômicas regionais. Se quisermos alcançar uma maior equidade, conforme determinam a constituição e a legislação, as contribuições *per capita*, do Governo Federal deveriam ser maiores nos estados mais pobres, entretanto, este não é o caso, e os estados mais ricos conseguem melhores alocações per capita.

4.1.9 A melhoria das alocações federais para os estados e municípios mais necessitados é importante, mas não é uma panacéia. Para que estes esforços tenham um impacto benéfico sobre a população pobre, é preciso considerar a capacidade instalada dos sistemas de saúde e questões de eficiência. Em estados e municípios mais pobres há uma carência de capacidade de planejamento e gestão, o que provavelmente é o motivo pelo qual a autonomia municipal de saúde (um indicador indireto de capacidade) é menos desenvolvida.

4.1.10 Apesar de alguns esforços e melhorias recentes, as desigualdades persistem em termos de indicadores de saúde, finanças e, acesso e utilização de serviços. Há também consideráveis evidências quanto à ineficiência. As tabelas a seguir mostram alguns exemplos:

Principais Indicadores de Saúde por Grupo de Renda, 1996

Renda	IMR Óbitos abaixo de 12 de idade por 1000 nascimentos	U5MR Óbitos abaixo de 5 anos por 1000 nascimentos	TFR Partos de mulheres entre 15-49 anos	Crianças Afetadas % de crianças abaixo de 5 anos com desenvolvimento inferior a média
Mais pobres	83.2	98.9	4.8	23.2
Segundo	46.7	56	2.7	8.7
Terceiro	32.9	39.2	2.1	5
Quarto	24.7	26.7	1.9	3.9
Mais ricos	28.6	33.3	1.7	2.3
Média	**48.1**	**56.7**	**2.5**	**10.5**

Fonte: Banco Mundial maio de 2000 – Diferenças Sócio Econômicas em Nutrição de Saúde e População no Brasil

Utilização de Serviços de Saúde Selecionados por Grupo de Renda

Especificação	Mais pobres	Segundo	Terceiro	Quarto	Mais rico	Média
Cobertura de Vacinação						
- sarampo	77.9	86.8	96.0	91.3	90.2	87.2
- DPT3	65.6	83.9	90.4	91.3	81.9	80.8
Visitas Pré-natais						
- pessoa com treinamento médico	67.5	87.7	93.4	96.9	98.1	85.6
-parteira/enfermeira treinada	9.4	4.0	1.8	1.1		4.2
Freqüência de Fornecimento						
- pessoa com treinamento médico	71.6	88.7	95.7	97.7	98.6	87.7
-parteira/enfermeira treinada	19.1	11.2	6.5	3.4	1.0	10.0
Utilização de Contraceptivos Modernos						
- mulheres	55.8	68.9	73.6	73.8	76.8	70.3
- homens	52.8	66	72.6	70.3	77.8	68.6
Conhecimento sobre prevenção de HIV/AIDS						
- mulheres	65.9	82.6	90.3	91.3	93.7	85.8
- homens	72.4	85.7	90.4	93.5	93.9	87.7

Fonte: Banco Mundial maio de 2000 – Diferenças Sócio Econômicas em Nutrição de Saúde e População no Brasil

4.1.11 O acesso e utilização de serviços também é desigual, apesar de melhorias ocorridas entre 1988 e 1995 quando foram conduzidas as duas últimas Pesquisas Nacionais por Amostragem Domiciliar. Exemplos dos estudos EquiLAC são fornecidos na seção em anexo. Outros estudos também mostram que as despesas com saúde representam uma proporção bastante considerável da despesa familiar que atinge fortemente as famílias mais pobres.

4.1.12 Esforços governamentais em busca de uma maior eqüidade. A necessidade de melhorar os mecanismos de alocação de recursos para reduzir desigualdades regionais tornou-se um objetivo explícito do SUS em 1990, entretanto, os instrumentos para colocar este objetivo em prática não existem. Em todo caso, e apesar de diversas tentativas (incluindo legislação posterior), os critérios para uma melhor alocação não foram implementados. Outros esforços têm tido maior sucesso e, apesar de marginalmente, têm alcançado maior impacto na redistribuição e eqüidade. Os exemplos são:

- O desenvolvimento de infra-estrutura preencheu muitas lacunas na rede de saúde. Em anos recentes, a infra-estrutura de saúde de áreas urbanas em estados pobres expandiu-se rapidamente (apesar dessas lacunas persistirem em áreas rurais).
- A introdução dos programas de saúde da família e do Piso Assistencial Básico (PAB) gerou algum impacto. Em 1976 70% dos municípios (com 74% da pop. total) receberam em média, menos de R$ 10,00 por habitante para cobrir os custos de assistência básica. Na verdade, metade recebeu menos de R$ 5,00. A partir de agora nenhum município receberá menos de R$10,00 ou mais de R$18,00 dos recursos federais.
- Controles sobre a utilização hospitalar equalizaram as taxas de utilização (mas não o acesso de acordo com a necessidade). Uma vez que SUS irá reembolsar apenas até o limite 0,08 internações *per capita*, as taxas de admissão convergiram. Apesar de os municípios poderem financiar assistência hospitalar adicional com seus próprios fundos, este controle provavelmente manteve as despesas com hospitais abaixo daquilo que poderiam ser.
- A Emenda Constitucional (Nº 29), aprovada pelo Congresso em agosto de 2000 tornou obrigatório ao Governo Federal, Estados e Municípios, direcionar um percentual mínimo pré-definido de seus orçamentos atuais (Federal) ou suas receitas tributárias (Estados e municípios) para assistência à saúde. Há entretanto diversos impedimentos à Lei: O crescimento do gasto Federal está vinculado ao crescimento do PIB e da inflação, e a natureza do que constitui "assistência à saúde" está em debate.

4.1.13 Apesar da alocação de recursos e financiamento estarem no núcleo das desigualdades sociais, e apesar da legislação governamental estar, cada vez

mais, tentando lidar com estas questões, há uma série de problemas que impedem que o governo, na prática melhore a eqüidade. Esses problemas incluem:

- Falta de informações confiáveis sobre alocação e financiamento de saúde.
- Instrumentos e fórmulas para o direcionamento de recursos públicos são muito rudimentares.
- Poucos profissionais no sistema de saúde brasileiro têm uma compreensão básica de questões de economia da saúde que permitam discussões construtivas de problemas (baseado em dados) e opções.
- Lidar com as desigualdades no setor de saúde não é apenas uma questão de definição das fórmulas certas, entre ou dentro dos estados, mas requer dados adequados sobre as necessidades dessa população e uma gestão financeira adequada.
- No núcleo dos problemas mencionados está o fato de a economia da saúde ter um papel marginal na formulação e implementação de políticas, já que não há atualmente, uma massa crítica de economistas da saúde e profissionais de saúde com capacitação prática em economia da saúde no Brasil.

4.1.14 A economia da saúde pode fornecer contribuições muito úteis nas seguintes áreas:

a) Fornecendo importantes informações financeiras necessárias à tomada de decisão. Os dados sobre o fluxo financeiro do setor de saúde no Brasil são deficitários. Muitos estão desatualizados, alguns são contraditórios e há uma falta de transparência geral. Para uma tomada de decisão informada necessita-se de um panorama claro sobre o atual fluxo financeiro do setor de saúde. O desenvolvimento de contas nacionais de saúde pode auxiliar este processo. Isto é especialmente importante em uma situação como a do Brasil onde o panorama é complexo.

b) Alocação de recursos – De forma mais simplificada, é o processo pelo qual recursos disponíveis são distribuídos entre usos competitivos. Não é um objetivo final por si só. Ao contrário, é um meio de alcançar um objetivo particular. O processo de realocação de recursos não é difícil do ponto de vista técnico, mas sim do político e, dado o acesso às informações, uma fórmula simples pode ser adequada (como as usadas no projeto REFORSUS). Insumos essenciais fornecidos pelos economistas da saúde devem garantir que os recursos recebam a destino pretendido e sejam cargos em uso efetivamente. Isto deve envolver uma análise detalhada da estrutura do incentivo existente e seu impacto sobre a performance.

c) Estabelecendo prioridades- A Constituição é deveras ambígua ao definir a necessidade de dar "prioridade às medidas preventivas sem detrimento aos

serviços clínicos". Isto dá pouco, ou nenhum, direcionamento aos estados e municípios sobre quais serviço eles deveriam estar fornecendo. Evidentemente, decisões racionais estão sendo tomadas, porém, este é um processo implícito ao invés de um processo explícito. A economia da saúde pode auxiliar no processo de estabelecimento de prioridades ao estabelecer critérios de custo-efetividade. Apesar deste não dever ser o único critério para avaliar prioridades, pode ser visto como um bom começo.

d) Desenvolvendo diretrizes - À medida que a descentralização prossegue, parece provável que o papel do governo federal no pagamento de serviços de acordo com valores acordados venha a diminuir e que os estados e municípios venham, cada vez mais, assumir esta responsabilidade. Caso o governo federal deseje continuar com uma lista de preços central, ou permitir que os estados negociem seus próprios preços, estas podem ser de grande utilidade na avaliação de valores referência para o custo de provisão de serviços específicos.

4.1.15 Algumas lições de outros países e projetos. Em termos de reforma geral no setor de saúde, mudanças na alocação de recursos estão entre as mais simples de serem implementadas e entre aquelas que são politicamente mais sensíveis. Na tomada de decisão sobre o desenvolvimento de novas abordagens para a alocação de recursos, é importante avaliar a probabilidade de se alcançar o impacto desejado. A experiência mostra que há a necessidade de atender uma série de pré-condições:

- Dados adequados devem estar disponíveis para apoiar o processo.
- Deve haver alterações e melhorias nos procedimentos gerais de planejamento, particularmente aqueles relacionados ao planejamento de pessoal e capital e gestão.
- Deve haver capacitação básica para regular os fluxos financeiros - i.e. garantir que os recursos alcancem a sua destinação.
- Deve haver uma probabilidade razoável que os recursos sejam utilizados conforme o planejado e alcancem os beneficiários.
- Para que o Brasil atenda a estas pré-condições, uma maior capacitação de ES em uma massa crítica de pessoas torna-se um pré-requisito.

4.1.16 Abordagem Geral. O projeto estabelecerá um equilíbrio entre as atividades de oferta e demanda e, no componente de desenvolvimento de capacitação, entre capacitação básica e o envolvimento no trabalho de pesquisa/consultoria politicamente relevante. Foi feito um inventário das instituições existentes (apesar desta tarefa vir a ser expandida/reavaliada como parte da preparação do projeto). Já foi feita uma análise das áreas de trabalho que estas instituições estão interessadas em levar adiante (Workshop MS e da SES, Brasília, julho 1999). Alocação de recursos, análise de custos, financiamento, avaliação econô-

mica e demanda de saúde são as principais demandas e estão alinhadas com questões setoriais importantes acima definidas. As principais modalidades de apoio variarão de visitas específicas de intercâmbio técnico até cursos rápidos e seminários no Brasil e exterior, apoio ao desenvolvimento de cursos mais longos no Brasil, apoio a uma Rede de economia da saúde para atividades específicas de pesquisa/consultoria. Os detalhes serão discutidos durante a fase preparatória do projeto.

4.2 Institucional

4.2.1 Política de Governo. Pode-se observar um compromisso, por parte do governo e na estrutura legislativa, de redução das desigualdades de acesso aos serviços da saúde e a condição de saúde. Com relação à saúde, a Constituição de 1988, no artigo 196 garante os princípios de universalidade e igualdade, entretanto, não menciona as considerações de eqüidade especificamente. O artigo 3º (iii), entretanto, estabelece o princípio de "erradicação da pobreza e marginalização e redução das desigualdades sociais e regionais". Além disso, a legislação do SUS (Lei nº 8080/90) dá maior ênfase às considerações de equidade e determina que 50% dos recursos devem ser distribuídos em uma base *per capita*, e os outros 50% em relação a uma série de critérios, incluindo perfis regionais, demográficos e epidemiológicos. Esses critérios não são totalmente aplicados e a transição de uma alocação histórica para uma de capitação tem sido muito lenta. Finalmente, a Emenda Constitucional (EC nº 29) que determina percentuais fixos da receita municipal e estadual em saúde (12% para os estados e 15% para os municípios) e uma fórmula composta para os gastos federais foi aprovada pelo Congresso em agosto de 2000.

4.2.2 O aumento da capacitação em ES será essencial para melhorar a base de informação sobre a qual a legislação atual e futura, sobre a alocação de recursos e a implementação da redução das desigualdades, é implementada.

4.2.3 Ministério da Saúde. O projeto trabalhará com a Secretaria para Gestão de Investimentos em Saúde, uma das quatro secretarias do MS. O cargo de Secretário é por indicação política, portanto, sujeito a alterações. O atual Secretário tem sido um dos principais proponentes e facilitadores do projeto; propõem-se que o Secretário atue como presidente do CPRP. As funções da Secretaria incluem o desenvolvimento de diretrizes para investimento em saúde; coordenação de estudos objetivando uso mais racional dos recursos; e o desenvolvimento de informações de gestão para monitorar a implementação dos investimentos em saúde. O projeto é de interesse estratégico para a Secretaria pelas razões já mencionadas na seção de avaliação técnica e econômica. A integração entre o projeto e a Secretaria pode ser estratégica na obtenção de uma distribuição mais equânime dos recursos públicos no sistema de saúde brasileiro.

4.2.4 Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). O IPEA é uma fundação pública vinculada ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Ges-

tão. Sua missão é conduzir pesquisa econômica e social, disseminar os resultados, dar apoio técnico e institucional à política do governo, e fornecer para a sociedade informações que apoiem o conhecimento e a solução dos desafios para o desenvolvimento brasileiro. O IPEA é uma instituição de liderança na análise da pobreza no Brasil que tem uma rede de pesquisa para compartilhar de descobertas e colaborar com outras agências que são apoiadas pelo Banco Mundial. O IPEA pertence à Rede Nacional de Informações de Saúde (RNIS) e provê informações econômicas e financeiras para o banco de dados e relatório anual do IDB.

4.2.5 O IPEA tem estado muito ativamente envolvido na elaboração do projeto, particularmente a Diretoria de Políticas Sociais. Essa Diretoria, que entre outras atribuições, acompanha o sistema de saúde e desenvolve estudos em economia da saúde, necessita de fortalecimento em razão da natureza das tarefas a ela designadas. Espera-se que a UGP seja sediada no IPEA, e que o IPEA tenha um papel de liderança na criação tanto de uma Rede Brasileira de Economia da saúde quanto no Serviço de Informação sobre Economia da saúde. O projeto contribuirá para o cumprimento da missão do IPEA e, conseqüentemente, para liberar e melhor disseminar de informações confiáveis no campo da economia da saúde sobre o sistema de saúde brasileiro. Espera-se que, o trabalho dentro do IPEA, dê maior estabilidade à gestão do projeto do que seria possível em um cenário mais volátil como o do MS. O IPEA por sua vez, proverá ao projeto acesso a importantes fontes de informação, profissionais e instituições ativas no sistema de saúde brasileiro. Um representante do IPEA atuará como Secretário do CPRP.

4.2.6 Secretarias Estaduais de Saúde (SES). O papel destinado aos estados no SUS original não era claro. Aceita-se hoje, que as SES sejam responsáveis por apoiar a descentralização das funções para os municípios, tanto técnica (apoio técnico) quanto politicamente (através de seus envolvimentos em comitês bipartíte e tripartíte). No projeto, as SES liderarão o processo de avaliação das necessidades nos estados e definirão as agendas de treinamento e pesquisa através dos Comitês Consultivos Estaduais (CCEs) que o projeto utilizará como principais interlocutores. As SES dos estados participantes serão parte do CPRP, e portanto, participarão da estrutura de gestão do projeto. Através do envolvimento das SES o projeto buscará a definição de programas de trabalho que sejam importantes para os estados, e engajamento na propriedade do projeto em âmbito estadual. As SES incorporarão outras partes interessadas em nível estadual e municipal, conforme explicado no anexo 6 e no 4.1.6. Os critérios para seleção dos estados estão demonstrados nas páginas 143, 144, 179-180.

4.2.7 Secretarias Municipais de Saúde. É em âmbito municipal que o teste real do SUS e de sua estrutura de descentralização acontece, já que é nesse âmbito que a política pode ou não tornar-se uma realidade. Conforme demonstrado no anexo 1, o mapa de autonomia municipal no Brasil é complexo. Entretanto, os estados mais pobres têm maior dificuldade em dar contrapartida aos recursos

federais e para descobrir recursos humanos capacitados. É também nessa esfera que existem as maiores carências em capacitação em ES, e é onde ela é mais necessária já que, sabidamente, existe em âmbito municipal, grande desigualdade na alocação de recursos. As atividades de pesquisa e treinamento do projeto também enfocarão as necessidades dos municípios (e estados), e buscarão o envolvimento dos governos municipais nos CCS através de representante do CONASEMS em âmbito estadual. As decisões sobre as demandas municipais serão tomadas no contexto de trabalho dos CCS e na UGP durante a fase preparatória do projeto, e posteriormente.

4.2.8 Instituições Acadêmicas. As IAs são importantes para o desenvolvimento da capacitação em treinamento e pesquisa, tanto internamente, quanto nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Uma série de IAs foram abordadas durante a fase e os relatórios dos trabalhos de pré elaboração de 1999 (Maynard, Tello *et al*) provêem bons exemplos sobre o tipo de áreas que o projeto buscará fortalecer. Entretanto, as decisões sobre quais IAs estarão realmente envolvidas do projeto serão tomadas durante a fase preparatória do projeto, incorporando novas IAs envolvidas em saúde pública, planejamento e gestão, àquelas já abrangidas na fase de pré elaboração, que foram, principalmente, unidades e departamentos de economia. Isto é consistente com o objetivo de desenvolver capacitação em ES entre os profissionais do setor de saúde, e não apenas entre economistas. Detalhes sobre as IAs abordadas durante o trabalho de pré elaboração estão incluídos no anexo de Avaliação Institucional (anexo 2). Os critérios para inclusão de IAs no projeto estão descritos nas páginas 181-184.

4.3 Desenvolvimento Social

4.3.1 Elaboração do Projeto Um enfoque sobre pobreza e sobre as desigualdades na provisão e acesso à saúde foi diretamente incorporado na elaboração do projeto. As desigualdades em financiamento e acesso relacionam-se entre estados, dentro dos estados e entre grupos de renda. Os critérios para a seleção dos estados, portanto, incluem referências à estados pobres, e estados com altos níveis relativos e absolutos de pobreza. Da mesma forma, os estudos de pesquisa concentrar-se-ão nesses estados e sobre questões relevantes para o aumento da equidade na alocação de recursos ou sobre temas que sejam relevantes às necessidades dos pobres. A avaliação das necessidades em âmbito estadual será participativa. O desenvolvimento de capacitação em IAs favorecerá não somente aqueles em estados selecionados segundo os critérios de pobreza, mas também, aqueles capazes de fazer uma contribuição importante em nível nacional. Os cursos rápidos e bolsas de estudo favorecerão, prioritariamente, os profissionais de saúde e gestores dos estados selecionados.

4.3.2 O Sistema Único de Saúde. Dez anos após sua criação, o SUS ainda enfrenta enormes desafios. Movimentos para resolver as desigualdades no financiamento, provisão e acesso à assistência à saúde foram feitos em anos recen-

tes, incluindo a introdução do Piso Assistencial Básico (PAB), da expansão dos Programas de Agentes Comunitários (PACs) e de Programas de Saúde da Família (PSF) que são orientados para pessoas pobres. A regulamentação de acesso, utilização e reembolso dos serviços hospitalares (72% para fornecedores privados) ainda permanece inadequada. A falta de informação em todos os âmbitos permanece uma grande falha e um obstáculo para a distribuição equânime e gestão dos recursos, entre e dentro, dos estados. O projeto buscará resolver esta lacuna no que diz respeito a informações estratégicas.

4.3.3 Apesar das despesas com Assistência à saúde privada crescer dramaticamente com a renda, a proporção dessas despesas no orçamento familiar é significativamente maior para os grupos mais pobres. As despesas de desembolso para pagamento de medicamentos representam um ônus nos orçamentos das famílias mais pobres, aumentando a vulnerabilidade.

4.3.4 Pobreza A estrutura da pobreza é impressionantemente estável, com as desigualdades mostram muito pouco decréscimo nos últimos anos. Fatores críticos que influenciam a desigualdade estão relacionados a localização geográfica, etnia, gênero, idade (pobreza infantil e juvenil significativa) e educação. Essas desigualdades estão refletidas no acesso e utilização dos serviços de saúde. De acordo com Wagstaff/IBGE 2000, a mortalidade infantil é 174% maior no nordeste do que no sul, 67% maior na população negra/parda do que na branca e 500% maior no quintil mais pobre comparado ao mais rico.

4.3.5 Geografia e localização Grandes desigualdades regionais são evidenciadas pela variação nos Índices de Desenvolvimento Humano por região. A porcentagem de pobres em cada região, os diferentes níveis de pobreza e os números absolutos daqueles considerados pobres estão mostrados a seguir utilizando a linha de pobreza do IBGE/IPEA (ajustado aos custos de vida regionais).

Regiões	P0	P1 Reais	P2 Reais	Nº. de pobres
Norte	48%	19.41	1,017.05	3,563,597
Nordeste	63%	27.86	1,521.53	27,623,728
Sudeste	21%	6.65	318.69	13,756,920
Sul	27%	9.53	464.29	6,335,030
Centro-Oeste	25%	7.07	293.59	2,642,485
Brasil	**36%**	**13.90**	**722.28**	**53,921,760**

Fonte : IBGE/IPEA (calculado a partir dos micro dados do PNAD 1997)

4.3.6 As desigualdades de acesso à assistência à saúde variam não apenas entre regiões e estados, mas também dentro dos estados, com os municípios menores tendo capacidade insuficiente de atender as necessidades dos cidadãos. Isto é, especificamente, o caso em relação aos profissionais de saúde e acesso à instalações secundárias e terciárias. A diferença entre a renda efetiva e a linha de

pobreza em áreas rurais é consistentemente maior do que nas áreas urbanas. A PNAD-saúde de 1988, indica a expansão da lacuna no acesso aos serviços de saúde em áreas rurais.

4.3.7 O papel das SES na prestação de assistência técnica aos municípios e organização da provisão de saúde em um nível micro-regional é crucial. As questões relacionadas à análise de custos são centrais para o estabelecimento de sistemas inter-municipais para reembolso e formação de fundos. O projeto auxiliará as secretarias de saúde nesta função. Os administradores municipais de saúde também serão candidatos para os cursos rápidos desenvolvidos pelas SES e IAs.

4.3.8 Gênero Apesar de se poder notar melhorias, as mulheres continuam recebendo salários bastante inferiores aos dos homens. A formação acadêmica das mulheres supera ligeiramente a dos homens, entretanto, em áreas rurais no nordeste, se verifica o inverso. As mulheres que são chefes de família chegaram a 26% em 1999, de acordo com o IBGE/PNAD, 1999. Questões preocupantes são a mortalidade materna, a gravidez na adolescência e a violência doméstica. A satisfação feminina com relação às condições de saúde difere abruptamente da dos homens à medida que as mulheres alcançam idade reprodutiva em todos os grupos de renda. O projeto, em alguns aspectos, será complementar ao do Banco Mundial no Setor de Saúde na Bahia, o qual busca melhorias na saúde materna e infantil e produzirá avaliações e ao projeto de saúde do DFID no Ceará.

4.3.9 Raça/Etnia. Utilizando os critérios do IBGE, 44.3% da população é parda, combinando aqueles que respondem como negros, 5.4% e pardos, 39.9%. Usando a linha de pobreza do IBGE/IPEA, 50% da população negra era pobre em 1997, contra 24% da população branca. Não há dados suficientes sobre acesso aos serviços de saúde e raças, apesar de a taxa de mortalidade infantil entre a população negra ser 67% maior do que entre a população branca.

4.3.10 Seleção de Estados Entre os critérios para a seleção dos estados a serem incluídos no projeto estão os seus níveis de pobreza absoluta e relativa. Estes, além de outros detalhes sobre os estados considerados para o primeiro estágio do projeto estão mencionados no Anexo Social.

4.3.11 Participação Os princípios de participação e controle social estão firmemente estabelecidos no SUS em todos os níveis de governo. O projeto deve contribuir apoiando-os e informando o debate público através da oferta e disseminação de informações estratégicas relevantes à formulação de políticas e na melhoria da equidade na provisão de saúde. As principais partes interessadas no MS, IPEA, SES e IAs têm estado envolvidas na elaboração do projeto. Buscar-se-ão vínculos com uma gama de formuladores de política e entidades de acompanhamento, as quais incluirão representantes dos usuários, através das estruturas de gestão e monitoramento, e através da disseminação das atividades, conforme detalhado na Análise das Partes interessadas.

5 AVALIAÇÃO

5.1 O processo de elaboração do projeto envolveu uma colaboração próxima entre instituições brasileiras - MS, IPEA, ABC, diversas universidades e Secretarias de Saúde, DFID (em Brasília e Londres), e consultores europeus, financiados pelo DFID, para facilitar a elaboração do projeto. As seguintes lições foram aprendidas durante a elaboração:

5.2 A experiência de outros projetos de apoio ao setor de saúde patrocinados pelo DFID na América Latina, sugere que o impacto no âmbito político requer esforços concomitantes no nível estadual, especialmente, em um país tão descentralizado como o Brasil. Nesse sentido, o projeto abordará questões relevantes de política, porém, com base, principalmente, nas prioridades identificadas nos estados e municípios.

5.3 A necessidade de focalização na pobreza para o trabalho de desenvolvimento do DIFD e de começar a atacar as importantes desigualdades do setor da saúde no contexto brasileiro. O projeto incorporou essas prioridades aos níveis do propósito e resultados dos objetivos. As atividades de pesquisa desse projeto refletirão questões prioritárias nos estados mais pobres e questões prioritárias sobre as pessoas mais pobres dos estados mais ricos. As atividades de desenvolvimento de capacitação, tanto na demanda quanto na oferta, adotarão este viés.

5.4 A experiência de projetos anteriores financiados pelo DFID no Brasil foi importante durante a elaboração deste projeto. Por exemplo, o projeto do TCU demonstrou a vontade política de tornar a administração pública mais responsável, transparente e eficiente, através do apoio às entidades existentes da administração pública. Da mesma forma, este projeto prestará apoio à implementação da legislação existente, a qual favorece uma melhor alocação dos recursos públicos às necessidades dos estados e municípios mais pobres. O TCU também obteve sucesso na vinculação da provisão de treinamento ao conteúdo de aplicação imediata. Este projeto adotará uma abordagem semelhante, garantindo que o treinamento em ES ministrado nos estados do projeto esteja relacionado às prioridades e capacite as partes interessadas a se engajarem em pesquisa prática com o auxílio de economistas e consultores mais experientes.

5.5 Foram também aprendidas lições com o projeto anterior patrocinado pelo DIFD " Reforma do Setor de Saúde no Brasil". As tentativas do projeto de trabalhar simultaneamente no âmbito Federal, Estadual e Municipal provaram ser muito ambiciosas, especialmente na ausência de agendas de trabalho claramente definidos e sem parceiros claramente definidos em cada nível. Este projeto, com base em esforços já em andamento, definiu os procedimentos e estrutura operacional, e garantirá que a oferta dos insumos do projeto acompanhe a demanda em âmbito Federal e Estadual.

5.6 As lições de outras tentativas, tanto do DIFD quanto de outros doadores, de desenvolver a capacitação em Economia da saúde em outros lugares também foi considerada. (veja o anexo econômico e técnico)

6 IMPLEMENTAÇÃO, MONITORAMENTO E GESTÃO

6.1 Organização e Gestão do Projeto

6.1.1 Estrutura organizacional. Sendo este um projeto de âmbito Federal, sua estrutura organizacional reflete a importância de envolver as principais partes interessadas governamentais e não governamentais, acadêmicas e gerenciais no âmbito Federal, Municipal e Estadual. A estrutura organizacional do projeto, as estruturas de responsabilidade de gestão e os Termos de Referência para os quadros de pessoal estão mencionados no Anexo 6.

6.1.2 A Unidade de Gestão do Projeto (UGP) será responsável pela implementação e disseminação dos resultados do projeto. Ela estará localizada dentro do MS ou IPEA, e será composta por um Gerente de Projeto, um ou mais profissionais de saúde, apoiados por um Assessor de Projeto e um Contador do Projeto. Estes cargos serão financiados pelo projeto.

6.1.3 O Gerente de Projeto será selecionado através de competição aberta no Brasil. O MS, IPEA e o DFID estarão envolvidos nas entrevistas dos candidatos mais promissores e chegarão ao consenso quanto ao candidato.

6.1.4 O Gerente do Projeto responderá ao CPRP quanto à implementação do projeto.

6.1.5 Para todas as questões contábeis e para conseguir a aprovação das despesas com recursos do DFID, o GP responderá ao Assessor de Programa de Saúde (HPA) do DFID (Denominação acordada com o DFID) baseado no escritório do DFID (definir posteriormente).

6.1.6 A UGP preparará relatórios anuais de progresso e minuta das atividades do plano de trabalho a serem submetidos ao CPRP pelo menos duas semanas antes da reunião anual do CPRP.

6.1.7 O HPA será indicado pelo DFID e ficará baseado no escritório de Brasília do DFID com o intuito de supervisionar todos os aspectos da implementação. O Assessor do Programa de Saúde (APS):

a) Será responsável pela supervisão das finanças relacionadas aos recursos do DFID e das despesas do projeto, pela aprovação da autorização das despesas propostas pela UGP e por garantir a responsabilidade e transparência no uso dos recursos do projeto;

b) Atuará como elo de ligação em todas as comunicações oficiais entre a

UGP, o Governo Brasileiro e o DFID em todas as questões relacionadas ao projeto;

c) Garantirá que o projeto esteja envolvendo as principais partes interessadas brasileiras , que esteja maximizando seu potencial de impacto, que as parcerias de longo prazo em saúde sejam exploradas e desenvolvidas pelo DFID, e que a Gestão do Projeto seja efetivamente uma responsabilidade dos parceiros brasileiros.

d) Será selecionado pelo DFID.

6.1.8 Um Comitê de Planejamento e Revisão do Projeto - CPRP supervisionará a implementação do projeto. Esse Comitê:

a) Reunir-se-á pelo menos duas vezes ao ano, revisará o progresso do projeto e aprovará as atividades do plano de trabalho proposto pela UGP.

b) Representará as principais partes interessadas no projeto, em âmbito Federal e Estadual. Será formado pelos seguintes membros:

- Um representante do MS (Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde), que atuará como presidente do CPRP.
- Um representante do IPEA (provavelmente da Diretoria de Estudos Sociais do IPEA) que atuará como Secretário do CPRP
- Um representante do DFID (o APS baseado em Londres ou o representante do DFID no Brasil).
- As Secretarias de Saúde dos estados envolvidos no projeto (inicialmente 2).
- Um representante dos CONASEMS de um estado selecionado
- Um representante da Rede Brasileira de Economia da saúde, representando as instituições acadêmicas.

Os membros a seguir terão *status* de observadores:

- O Gerente do Projeto
- O APS/HPA do DFID
- Um conselheiro do Conselho Nacional de Saúde (CNS)
- Um representante do Tribunal de Contas da União (TCU)
- Um Consultor Técnico da TSA (AAT).
- Um representante da ABC, a ser convidado para as reuniões anuais.

O CPRP terá poderes para convidar outros membros observadores. Os planos de trabalho anuais serão submetidos pelo CPRP ao Conselho Nacional de Saúde

6.1.9 O DFID selecionará uma Agência de Apoio Técnico (TSA/AAT) européia que será aprovada pelo MS para prover suporte técnico ao projeto. Esta agência:

- Garantirá o provisão de insumos de consultoria de alta qualidade.
- Gerenciará as consultorias, viagens de estudo e atividades de treinamento na Europa.
- Indicará o Consultor Técnico para gerenciar os insumos da AAT (TSA) e proverá assessoria técnica ad hoc à UGP e ao CPRP. O CT viajará pelo Brasil duas vezes ao ano, preparará relatórios de monitoramento do projeto, na metade de cada ano, e freqüentará as reuniões anuais do CPRP.
- Estabelecerá vínculos com os centros de excelência em Economia da saúde baseados na União Européia.

6.1.10 Não haverá outra estrutura de gestão do projeto, entretanto, um Comitê Consultivo Estadual - CCE será criado em cada estado do projeto de modo a facilitar o planejamento do projeto em âmbito Estadual. Em âmbito Federal, o IPEA e o MS constituirão um grupo de trabalho para coordenar os trabalhos do projeto em âmbito Federal (a identificação das prioridades de pesquisa e treinamento e dos insumos necessários) e supervisionar o desenvolvimento da Rede de ES e do Serviço de Informação de ES. Os Comitês Consultivos Estaduais:

- Serão responsáveis pela definição das prioridades do projeto e auxiliarão a UGP a preparar o detalhamento das atividades do plano de trabalho em cada estado do projeto.
- Terão uma função consultiva e de planejamento, mas não de gestão.
- A composição dos CCEs pode variar de estado para estado. Entretanto, serão compostos pelos seguintes membros:

- Um representante da SES (que atuará como presidente)
- O Gerente de Projeto (que atuará como secretário)
    - Representantes do TCU/TCE e Ministério Público.
    - Pelo menos um representante do Conselho Estadual das Secretários Municipais de Saúde no âmbito estadual
    - Um representante do CONASEMS no âmbito estadual
    - Um representante de cada instituição acadêmica envolvida nas atividades do projeto

O CCS terá poder para convidar outros membros e requisitar ao Conselho Estadual de Saúde a indicação de um representante dos usuários para participar do comitê

6.2 Cronograma

6.2.1 Considerando que o projeto e as suas estruturas de gestão necessitam de tempo para serem formadas e consolidadas, o projeto trabalhará em apenas dois estados e em 3 ou 4 instituições acadêmicas. A partir do ano 3, e dependendo do progresso alcançado, serão acrescidos novos estados, após a OPR (Revisão do Propósito do Projeto) ao final do ano 2. Não haverá limitação ao número de instituições acadêmicas a serem envolvidas, entretanto, isso dependerá da capacidade de implementação do projeto e do apoio que receba das diversas instâncias de estado, IAs e profissionais interessados. Assim sendo, uma abordagem em fases, está proposta envolvendo os seguintes estágios:

6.2.2 **Fase Preparatória** Durante os primeiros nove meses, serão formadas as estruturas de gestão do projeto e os CCEs nos 2 estados selecionados.

6.2.3 A Secretaria de Gestão de Investimentos presidirá e convocará as reuniões do CPRP. A primeira reunião do CPRP acontecerá no início da Fase Preparatória.

6.2.4 A UGP será formada, provavelmente, dentro do IPEA. Um Gerente de Projeto brasileiro será contratado através de competição aberta. Até que o Gerente de Projeto seja contratado, o MS nomeará uma pessoa interinamente para assumir a responsabilidade pela implementação do projeto e pela ligação com o DFID.

6.2.5 Os CCEs serão criados a convite do MS nos dois estados selecionados para implementação inicial. Os CCEs reunir-se-ão para definir as prioridades de pesquisa e treinamento. Nessas reuniões, um plano de trabalho, mais detalhado, para o primeiro ano de atividades, será preparado e submetido à consideração do CPRP. Uma vez aprovadas, as atividades começarão imediatamente.

6.2.6 O MS e o IPEA iniciarão contatos com 2 ou 3 IAs, localizadas fora dos estados dos projetos para prepararem um plano de trabalho para o primeiro ano. Os nomes das universidades a serem envolvidas inicialmente serão acordados com o DFID Brasília.

6.2.7 As atividades da Rede de ES também serão iniciadas durante este período, definindo os membros das secretarias que devem reunir-se e preparar um plano de trabalho, detalhado, das atividades para o primeiro ano. Este plano de trabalho será submetido à apreciação do CPRP.

6.2.8 Será selecionada a Agência de Apoio Técnico na Europa. Nessa agência, será designado um Consultor Técnico. A AAT proverá apoio *ad hoc* aos

diversos processos de planejamento e consultoria que acontecerão durante a Fase Preparatória. Até que a AAT seja selecionada, o DFID poderá indicar um pequeno grupo de consultores de apoio através de um de seus Centro de Recursos.

6.2.9 Durante esta fase o projeto fornecerá todo o apoio de consultoria para viabilizar a preparação de planos de trabalhos detalhados, a serem submetidos ao CPRP.

6.2.10 **Ano 1 do projeto** (meses 10-22). Uma vez aprovado pelo CPRP o plano de trabalho do ano 1 tornar-se-á o modelo para as atividades do projeto e a base para a UGP definir, juntamente com o DFID Brasília e a AAT (TSA), quais insumos do projeto serão necessários. Na metade de cada ano do projeto, o Consultor Técnico visitará o Brasil, e preparará, juntamente com a UGP, um relatório de monitoramento sobre a meta, o propósito e o nível de resultados alcançados. Ao final do AP1 (Ano do Projeto), a UGP preparará um relatório das atividades executadas e preparará uma minuta de plano de trabalho para as atividades do ano seguinte. O CT da AT (TSA) participará das reuniões do CPRP e avaliará quais observações e recomendações feitas no relatório de monitoramento (produzidos 6 meses antes) estão sendo executadas.

6.2.11 **Ano 2 do projeto** (meses 23-32). A implementação do projeto para o ano 2, prosseguirá da mesma forma que a descrita para o ano 1. Durante este ano, a UGP iniciará seus contatos com os dois novos estados do projeto e outras IAs a serem incorporadas ao projeto, executando medidas semelhantes nesses estados, conforme descrito para a Fase Preparatória. Recomenda-se que uma Revisão de Resultado Propósito – RRP (OPR) seja executada ao final do ano 2, antes que novos estados sejam incorporados ao projeto. É também, recomendado que os membros da OPR trabalhem em estreita parceria com os membros do CPRP quando revisando o projeto, e que, suas recomendações influenciem as deliberações e atividades propostas para o ano seguinte.

6.2.12 **Anos 3 e 4 do Projeto**. As atividades para os anos 3 e 4 devem prosseguir da seguinte forma. No ano 4, o DFID encomendará à uma equipe de avaliação independente composta por três membros, uma avaliação sobre as conquistas dos objetivos do projeto. Os três meses restantes ao final do AP4 (até que se completem os 5 anos do projeto) serão utilizados para a consolidação e término das atividades do projeto.

6.2.13 **Seleção dos Estados e Instituições Acadêmicas. Critérios**: Durante os dois primeiros anos (após a fase preparatória) o projeto enfocará a maior parte de suas atividades em apenas dois Estados e em um pequeno grupo de instituições acadêmicas a serem selecionadas durante a fase preparatória. A seleção de estados e de Universidades será feita com base nos critérios a seguir:

Seleção dos Estados:

6.2.14 Os Estados deverão estar entre os mais pobres da região Norte ou Nordeste, ou entre Estados em outras regiões onde viva um número substancial de pobres;

- Deverão contar com SES estáveis e pró-ativas, comprometidas com o desenvolvimento do SUS e com os objetivos do projeto;
- Os Estados selecionados deverão ter IAs ativas no setor da saúde (Planejamento, Política, Saúde Pública, Economia da saúde e Finanças, ou semelhante) e interessadas no desenvolvimento/fortalecimento de suas habilidades em ES .
- Estados onde possa ser alcançada uma sinergia com outros projetos e iniciativas existentes de desenvolvimento do setor de saúde;
- Estados onde haja uma vontade de integrar o trabalho das Secretarias Estaduais ou Municipais de Saúde com o das IAs e de estabelecer os Comitês Consultivos em âmbito Estadual integrando as principais partes interessadas do setor de Saúde

6.2.15 A Seleção de Instituições Acadêmicas (IAs) fora dos estados do projeto seguirá os seguintes critérios, não cumulativos:

Mantenham registros ou compromisso de conduzir pesquisa em economia da saúde e treinamentos visando a redução das desigualdades no setor de saúde;

Universidades conhecidas por sua capacidade em inovar, pela qualidade de seus treinamentos e pesquisas e por seu papel de influência no desenvolvimento de trabalho no setor de saúde, bem como, por sua flexibilidade na oferta de treinamentos que atendam às necessidades dos clientes do sistema de saúde brasileiro;

Grande número de estagiários (garantindo um efeito multiplicador rápido no aumento da oferta de treinamento) e a presença de um número mínimo de professores capazes de executar novas iniciativas de treinamento e pesquisa em ES;

Universidades localizadas nos estados selecionados

6.3 Insumos

6.3.1 O projeto buscará um aumento do uso de insumos e ferramentas de ES na política de saúde, principalmente, em âmbito Federal e Estadual. Também trará benefício ao nível local através da participação nas atividades de treinamento e pesquisa. No entanto, o trabalho nesse âmbito será feito apenas através das SES. O projeto não terá vínculos diretos com as administrações municipais de saúde, já que isso permanecerá a cargo das secretarias estaduais de saúde.

6.3.2 Serão abrangidas três áreas de atividade:

(i) **Pesquisa visando política e prática**. Durante o primeiro ano o projeto identificará as principais lacunas em pesquisa em âmbito Federal e Estadual que tenham relevância direta para as necessidades das pessoas pobres. Em **âmbito Estadual**, os programas de trabalho serão preparados com o envolvimento *ad hoc* dos CCEs. Em **âmbito Federal**, serão identificadas as necessidades com o auxílio do IPEA e do MS, e serão preparados planos de trabalho em nível Federal. A elaboração dos programas/trabalhos em âmbito Federal e Estadual será coordenada pelo quadro de pessoal do projeto, com o necessário apoio de consultoria prestada pelo projeto.

- Exemplos dos tipos de questões que estarão sujeitas à pesquisa foram incluídas no Anexo de Avaliação Técnica, Econômica e Financeira e na documentação que mostra os *workshops* conduzidos pelos consultores no Brasil em 1999.

- Em âmbito Estadual, os pesquisadores locais serão apoiados, ou por pesquisadores de outros estados, ou por consultores internacionais financiados pelo projeto. Os resultados desses estudos estarão sujeitos a disseminação usando a Rede de ES e os *workshops* em âmbito Federal e Estadual.

- Uma vez estando esses resultados disponíveis e as implicações políticas identificadas, buscar-se-á evidênciar os esforços feitos em âmbito Federal e Estadual para utilizar essas descobertas na prática e na formulação de política. Isso será avaliado no contexto das reuniões anuais de revisão do projeto mantidas pelo CPRP.

(ii) Melhoria do treinamento em ES e utilização dos insumos do treinamento. Com base nas prioridade de treinamento e identificada a capacidade instalada de treinamento em âmbito Federal e Estadual durante a fase preparatória, o projeto desenvolverá um plano de trabalho detalhado para apoiar o treinamento de ES no Brasil.

- O apoio de treinamento visará, primariamente, os estados do projeto, nos quais todas as IAs importantes serão abordadas durante a Fase Preparatória. As IAs fora dos estados do projeto também serão abrangidas com base em suas capacidades instaladas e potencial para apoiar IAs nos estados do projeto e com o objetivo de pesquisa em tópicos nacionais/federais.

- O projeto ajudará a desenvolver currículos de treinamento e auxiliará no treinamento dos docentes dentro das universidades brasileiras. O Projeto também auxiliará na provisão de treinamento *ad hoc* fora das IAs para um quadro de pessoal selecionado em âmbito Federal, Estadual e Municipal. Os insumos do projeto buscarão:

a) A incorporação dos currículos de ES e treinamento para mestrado em Filosofia, Administração e Ciências, bem como em outros cursos semelhantes voltados aos profissionais do setor de saúde nas universidades brasileiras.

b) A criação e/ou fortalecimento dos cursos de ES em nível de bacharelado ou mestrado. O objetivo será garantir que, um mínimo de disciplinas e ferramentas de ES, sejam ministradas e que essas disciplinas busquem solucionar as lacunas de ES hoje existentes no sistema de saúde brasileiro.

(c) Provisão de treinamento *ad-hoc* para os formuladores de política, gestores e quadro técnico do governo das administrações de saúde Federal, Estadual e Municipal.

- O projeto também fornecerá bolsas de estudo que garantam que o quadro técnico principal e alunos promissores sejam capazes de freqüentar os cursos e de aumentar sua competência em ES. As bolsas de estudo visarão participantes do Ministério da Saúde, IPEA e IAs, dos estados do projeto, dos estados mais pobres e dos municípios onde os insumos de ES possam trazer uma contribuição importante. Currículos, informações sobre cursos e bolsas de estudo serão disseminados através da Rede de ES e através das redes de informações acadêmicas.

(iii) Melhoria na geração e disseminação de informações de ES no Brasil. O projeto buscará incrementar o perfil de ES na formulação de políticas no setor de saúde. Isto envolve a geração e disseminação de informações relacionadas a ES, que sejam importantes para o setor de saúde brasileiro e para os objetivos do projeto. O projeto apoiará o desenvolvimento de uma Rede de ES que, entre outras atividades, desenvolverá um Serviço de Informação em ES disponível na Internet. Esse serviço incluirá:

- Uma seleção de dados e estudos econômicos nas principais áreas de política, buscando gerar um uso padronizado e de qualidade das informações de ES sobre o sistema de saúde brasileiro;
- Informações sobre importantes iniciativas de pesquisa relacionadas à ES que estão sendo executadas no Brasil, bem como, informações sobre os principais resultados e implicações da política;
- Informações sobre atividades de treinamento para pessoas interessadas em progredir na carreira e nos seus estudos sobre ES ;
- Informações sobre bolsas de estudo disponíveis;
- Informações sobre atividades do projeto, sobre eventos e reuniões importantes, e sobre pessoas e instituições envolvidas na Rede de ES.

6.3.3 A Rede Brasileira de ES manterá um Fórum Anual, lançará um Boletim de ES e começará a sistematizar informações de ES sobre o sistema de

saúde brasileiro que serão incorporadas ao Serviço de Informação de ES. O projeto assumirá os custos de criação e manutenção da Rede e do Serviço de Informação durante os primeiros quatro anos. Com o intuito de viabilizar a sustentabilidade dessas iniciativas, as contribuições do projeto começarão a decrescer a partir do terceiro ano, permitindo o aumento de compromissos financeiros pelo Ministério da Saúde, IPEA e outras empresas comerciais e não comerciais. Alternativas para operar a Rede de ES e o Serviço de Informações na Internet serão exploradas durante a fase preparatória do projeto e uma proposta de financiamento do projeto será desenvolvida e levada à apreciação do CPRP. Apesar da criação da rede ser uma das atividades apoiadas pelo projeto, ela não será gerida pela UGP. O IPEA assumirá a responsabilidade primária pelo lançamento de ambas as redes, que serão inicialmente financiadas pelo PES.

6.3.4 Conforme pode ser observado, o projeto estimulará uma abordagem prática para a introdução da ES, e adotará uma postura favorável a população pobre, com enfoque na equidade desde o primeiro momento. Os tópicos de pesquisa abordarão temas, problemas e lacunas de informação que são de relevância direta aos pobres e estados mais pobres do Brasil. O aumento das atividades de oferta (treinamento) também favorecerá partes interessadas e universidades dos estados mais pobres, viabilizando a transferência de conhecimento de universidades mais desenvolvidas que possam estar localizadas em outros lugares. A Rede de ES buscará todas as partes interessadas no sistema de saúde brasileiro, tentando enfatizar a importância da ES e da provisão de acesso fácil a informações relacionadas à ES, o que atualmente é inviável, ou fora do alcance da maioria dos brasileiros.

6.4 Contratação e Compras

6.4.1 O projeto não necessitará de grandes quantidades de bens ou ativos. Apenas a UGP, o desenvolvimento da Rede ES e do SIES podem requerer a compra de equipamentos de escritório e de informática.

6.4.2 Todos os insumos internacionais serão gerenciados e providos pela AAT (TSA) a pedido da UGP. Todos os insumos nacionais serão gerenciados diretamente pela UGP e as composições administrativas seguirão linhas semelhantes às adotadas em outros projetos do DFID no Brasil.

6.5 Contabilidade

6.5.1 Os gastos domésticos (Brasil) serão contabilizados por meio do acordo de "custos locais" do Conselho Britânico com o DFID. O DFID fará os pagamentos à AAT/UK (TSA) mediante a apresentação de notas fiscais. Os dados consolidados sobre as despesas do projeto serão de responsabilidade do LACAD, apesar de ser também, incumbência do APS do DFID manter registros detalhados e precisos das despesas do projeto. Uma auditoria nos gastos do Conselho Britânico e da TSA/UK será executada a cada 24 meses e ao final do projeto. As

auditorias serão encomendadas pelas respectivas agências e executadas por uma notória firma aprovada pelo LACAD.

6.6 Monitoramento

6.6.1 O Monitoramento do projeto será executado em diversos níveis:

1. Anualmente, o CPRP emitirá relatórios sobre o progresso do projeto, logo após as reuniões alternadas. Esses relatórios devem enfatizar a extensão com que o projeto cobriu seus objetivos e propósitos, i.e. se ele está influenciando as políticas e práticas dentro dos sistemas Estaduais e Federal de saúde.

2. Anualmente, no período entre os relatórios do CPRP (na metade de cada ano do projeto) o CT preparará um relatório de monitoramento para a UGP e para o DFID. Esses relatórios enfatizarão o alcance de propósitos, resultados e nível de atividades.

3. Anualmente, imediatamente após as reuniões do CPRP, o HPA/APS do DFID preparará um relatório de monitoramento do projeto ao DFID. Esses deverão enfatizar a extensão do sucesso alcançado pelo projeto em produzir os impactos setoriais e progressos na agenda de equidade e redução da pobreza (e no contexto de outras prioridades mostradas no CSP).

4. Duas vezes ao ano, o GP preparará um Relatório de Progresso antes das reuniões do CPRP. Esses cobrirão todos os níveis dos objetivos do projeto, e enfatizarão as atividades e insumos providos pelo projeto.

5. Uma Revisão de Resultados com relação aos Propósitos (OPR) será executada ao final do segundo ano do projeto pelo DFID/ABC.

6. Considerando a natureza inovadora do projeto, uma avaliação independente foi recomendada e acontecerá ao final do quarto ano do projeto, ou imediatamente ao seu final.

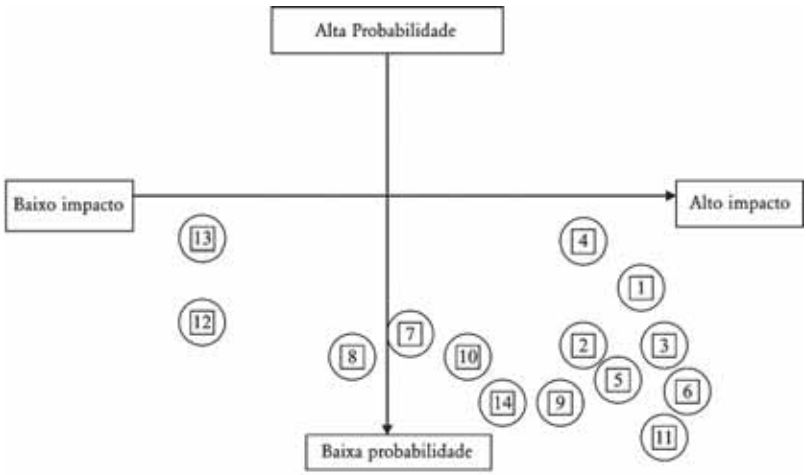
7 RISCOS E PRESSUPOSTOS

7.1 Na avaliação de risco, o projeto foi considerado como sendo de risco médio. Riscos específicos quanto ao Resultado com relação ao Propósito, Propósito com relação à Meta e Meta com relação ao nível da Super Meta foram identificados e discutidos com as partes interessadas brasileiras.

7.2 No nível de Meta à Super Meta, os riscos foram identificados como (1)instabilidade econômica e/ou instabilidade e (2) os formuladores de política não darem a devida importância às questões de equidade e alocação de recursos. Ambos os riscos representariam um alto impacto, apesar de terem sido considerados como de média ou baixa probabilidade. A perspectiva macroeconômica foi considerada como amplamente positiva pela maior parte dos observadores,

com a economia apresentando um crescimento lento, porém constante, os níveis de emprego mostrando sinais de recuperação e o país mostrando-se menos vulnerável a choques externos do que a crise e desvalorização da moeda em 1998/9. A perspectiva macro-política também favorece uma maior atenção à equidade e alocação de recursos, já que todos os partidos políticos sinalizaram com suas intenções de priorizar questões relacionadas à pobreza e desigualdade em suas campanhas para as eleições de 2002. Além disso, há alguns indicadores que demonstram que essas intenções não representam uma tendência de curto prazo, mas sim uma mudança nas prioridades políticas de longo prazo no Brasil, favorecendo a permanência da discussão dessas questões na agenda política, independentemente do resultado das eleições.

7.3 No nível de Resultado com relação a Proposta, foram identificados uma série de riscos, bem como a probabilidade de suas ocorrências e avaliado o potencial de impacto em um workshop com a equipe do MS e IPEA. As conclusões estão demonstradas no quadro a seguir:



1. Insuficiente capacidade técnica na Bahia
2. Insuficiente capacidade técnica no Rio de janeiro
3. Insuficiente capacidade técnica em âmbito federal
4. Insuficiente vontade política na Bahia
5. Insuficiente vontade política no Rio de Janeiro
6. Insuficiente vontade política em âmbito federal
7. Insuficiente apoio político na Bahia
8. Insuficiente apoio político no Rio de Janeiro
9. Insuficiente apoio político em âmbito federal

10. Inabilidade dos atores e estruturas do projeto em envolverem os principais formuladores de política no debate
11. Uma estrutura regulatória adequada não implementada em âmbito federal
12. Uma estrutura regulatória adequada não implementada no Rio de janeiro
13. Uma estrutura regulatória adequada não implementada na Bahia
14. Usuários, sociedade civil, mídia, entidades de controle social, instituições de auditoria e outros incapazes de exercerem pressão efetiva em busca de maior equidade.

7.3 Três riscos (números 1,2 e 13) foram avaliados como apresentando probabilidade de média a alta. Todos os três referem-se às condições no estado da Bahia. Entre esses, o risco que uma estrutura regulatória adequada não viesse a ser apoiada na Bahia, foi considerado como sendo de baixo impacto potencial, uma vez que os principais elementos da estrutura regulatória do SUS são estabelecidos em âmbito federal e o estado está submetido às Normas Operacionais Básicas (NOBs) emitidas pelo MS. O risco da Bahia não ter suficiente capacidade técnica foi avaliado como apresentando um impacto potencial de médio a alto. Entretanto, é provável que esse risco seja contrabalançado pelos insumos responsáveis pela criação de capacitação fornecidos pelo próprio projeto, e pela iniciativa estadual no setor de saúde do Banco Mundial.

7.4 Partes interessadas no âmbito dos estados identificaram um risco do governo estadual da Bahia não apresentar comprometimento suficiente com a utilização dos resultados do projeto para reduzir as desigualdades no sistema de saúde estadual. De acordo com os interessados, a Bahia não consta entre os estados que mais avançaram na implementação das reformas do SUS. Entendeu-se que este risco era alto o suficiente, e seu impacto sério o bastante, para ensejar posteriores discussões com o quadro técnico do MS. As discussões conduziram à conclusão de que a Secretaria Estadual de Saúde (a qual conta com uma série de pessoas capazes e comprometidas em posições de decisão) deveria receber o benefício da dúvida. Entretanto, o progresso da Bahia em efetivamente aplicar os resultados do projeto para a redução das desigualdades no sistema de saúde estadual será monitorado pelo Assessor do Programa de Saúde (APS) e revisado pela missão de avaliação com relação ao propósito - OPR ao final do ano 2 do projeto, quando uma decisão sobre a permanência dos estados no projeto será tomada.

7.5 Foram identificados sete riscos quanto ao ***Resultado com relação ao Propósito***. Para o Resultado 1, os riscos foram (a) que as partes interessadas em âmbito estadual não cooperem efetivamente, (b) que a troca de pessoal possa limitar a retenção das habilidades em ES e (c) que o pessoal que receba o treinamento em ES não seja designado para trabalhar em questões importantes para o Propósito do projeto. Todos esses riscos foram avaliados como representando

um impacto de médio a alto e de baixa a média probabilidade. Tanto no Rio de Janeiro quanto na Bahia, as secretarias municipais e estaduais criaram mecanismos conjuntos de planejamento, incluindo Comitês Bipartítes de Gestão (CIBs)e Estruturas de Planejamento Conjunto (PPIs). Além disso, em ambos os estados, as IAs selecionadas têm uma história de trabalho conjunto com as secretarias de saúde. As estruturas de gestão do projeto (especialmente a criação de comitês estaduais que reúnem as partes interessadas) foram consideradas suficientes para minimizar os riscos da colaboração não ser efetiva. Percebeu-se também, que o risco de mudança de quadros técnicos e o fracasso na alocação de pessoal para trabalhar em questões prioritárias seria minimizado pelo crescente nível de demanda por capacitação em ES e pelo aumento de prioridade política dada à redução das desigualdades na alocação de recursos.

7.6 Os riscos para o Resultado 2 foram identificados como a potencial falta de vontade das IAs (a) em dar prioridade às pesquisas importantes para o propósito do projeto (i.e. a aplicação de ferramentas de ES para a redução das desigualdades) e (b) em colaborar com outras instituições. O primeiro risco foi avaliado como sendo de médio a alto impacto e de baixa probabilidade, já que as agendas de pesquisa das IAs são direcionadas pela demanda, e o projeto e uma série de iniciativas políticas estaduais e federais estarão combinadas gerando uma forte demanda por pesquisas sobre as questões de desigualdade e de alocação de recursos. O segundo risco foi avaliado como sendo de médio impacto e baixa probabilidade. Apesar de poder haver rivalidades acadêmicas que possam prejudicar a colaboração entre as IAs, o desenvolvimento de uma Rede de ES deve estimular a colaboração entre as IAs e a disseminação das lições aprendidas.

7.7 Os riscos para o Resultado 3 foram avaliados como (a) falta de vontade ou inabilidade dos parceiros do projeto em adaptar a disseminação às necessidades de todas as principais partes interessadas e (b) ausência de condições políticas para levar os resultados do projeto para fora dos estados pilotos. O primeiro risco foi avaliado como sendo de médio a alto impacto e média probabilidade, refletindo a possibilidade de as IAs se concentrarem na disseminação das descobertas à audiências acadêmicas e ignorarem as necessidades de informações dos usuários dos serviços, profissionais de saúde e gestores locais. Com o intuito de minimizar este risco, foi incluído, durante a fase de preparação, o desenvolvimento de estratégia de disseminação visando, explicitamente, diferentes grupos de partes interessadas. A ausência de condições políticas favoráveis para a incorporação dos resultados do projeto fora dos estados-piloto foi avaliada como tendo um impacto, potencialmente alto sobre o alcance dos Propósitos do projeto. Entretanto, entendeu-se como baixa a sua probabilidade, já que a agenda política nacional está claramente direcionada para dar maior ênfase na utilização de ferramentas de ES para abordar as desigualdades e considerando a extensão da influência do MS é provável que isto se reflita na esfera estadual em todo o país.

ANEXOS do MEMORANDO DO PROJETOECONOMIA DA SAÚDE

ANEXO 1 – TÉCNICO, ECONÔMICO E FINANCEIRO.

1. Introdução

Este anexo fornece uma visão geral da lógica que embasa este projeto. Apresenta uma visão geral do setor (seção 3) com enfoque principal sobre as questões de financiamento, além de analisar até que ponto os recursos estão sendo alocados e gastos de uma forma justa e eficiente. Além disso, indica como o projeto pode auxiliar em algumas das principais questões ainda pendentes no sistema de saúde.

Os documentos utilizados durante a elaboração deste projeto apresentam alguns números conflitantes referentes aos dados de despesas em saúde e consumo. Isto é um reflexo da falta de informações sistematizadas sobre a economia da saúde no Brasil, aspecto que este projeto tentará abordar.

2. Lógica do Projeto

As principais justificativas para este projeto são:

- Há evidências de uma significativa desigualdade de acesso aos serviços de saúde e ineficiência na sua provisão (seção 3.6);
- O governo do Brasil tem um compromisso de resolver estas desigualdades e há evidências de que isto já foi iniciado (seção 3.6.2);
- É provável que os gastos com saúde permaneçam limitados em todos os âmbitos do sistema e que melhorias adicionais na condição de saúde derivem de melhoria na equidade e eficiência dos recursos existentes (seção 3.5.2) e;
- A economia da saúde pode contribuir com este processo prestando importantes subsídios para a formulação de políticas (seção 4)

3. Visão Geral do Setor

3.1 Histórico

A estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), foi iniciada com a Constituição de 1988 (apesar de muitas de suas características antecederem a esse momento). Seu objetivo é constituir um sistema universal, que preste assistência integral e gratuita no ponto de provisão. Essa assistência deveria ser prestada

pelos três níveis de governo – Federal, Estadual e Municipal – com "participação complementar do setor privado[4]".

3.2 Organização, orçamento e questões de planejamento

A organização do setor de saúde no Brasil é a única na América Latina, onde o Ministério da Saúde e a assistência médica do sistema de seguridade social fundiram-se totalmente. Houve uma considerável separação entre o financiamento e a prestação de serviços de saúde pública e uma parte significativa dos provedores privados recebe financiamento público através de uma tabela de remuneração por grupos de procedimentos. Da mesma forma, apesar da provisão desse serviço público ser de responsabilidade exclusiva do município e do estado, a maior parte do financiamento vêm do governo Federal.

A política é coordenada pelo Ministério da Saúde, em âmbito Federal, e pelas SES e SMS nos âmbitos estaduais e municipais, respectivamente. O Conselho Nacional de Saúde ratifica as Normas Operacionais Básicas (NOBs) e os comitês Tripartíte e Bipartítes coordenam as relações entre a União, Estados e Municípios e entre os Estados e seus Municípios, respectivamente. A participação da comunidade é promovida através do Conselho Nacional de Saúde e dos Conselhos de Saúde Municipal e Estadual.

3.3. Descentralização

O processo de descentralização tem sido um dos maiores impulsionadores das reformas. Atualmente, os estados e municípios gozam de diferentes níveis de autonomia com relação ao uso de recursos públicos federais. De acordo com as diretrizes revisadas em 1996, os municípios, ou não tinham autonomia, ou tinham autonomia total para a gestão de um pacote básico de serviços de saúde (PAB), ou ainda, tinham autonomia total para gerenciar todos os serviços no município. Da mesma forma, os estados podiam não estar habilitados em nenhum estágio de gestão, ou se habilitarem à gestão avançada ou plena do sistema. Quando a autonomia era concedida, o estado, ou município recebiam um repasse global de fundos do governo Federal. No caso do PAB este repasse global de fundos está baseado em valores *per capita*, naqueles com gestão plena o repasse está baseado em uma série histórica de gastos. Nos estados e municípios não habilitados à gestão plena, os provedores que prestam serviços ao SUS são reembolsados diretamente pelos governo federal de acordo com uma tabela básica de procedimentos.

O papel dos estados é de apoiar o processo de descentralização para os municípios e continuar a fornecer os serviços de saúde pública diretamente até o momento em que isto for possível. Os progressos tem sido mais rápidos em

4 Prioridade é dada para entidades filantrópicas e sem fins-lucrativos

âmbito Municipal do que no Estadual e nos estados mais desenvolvidos. A situação atual está demonstrada a seguir:

Tabela 1 – Municípios Brasileiros por nível de autonomia na administração de saúde.

Posição em 15/04/99

Estados/ Regiões	Total de Governos Municipais.	Gestão plena de atendimento básico		Gestão plena do sistema municipal		Total	
		Nº de municípios	%	Nº de municípios	%	Nº de municípios	%
NORTE							
Acre	22	17	77,27	1	4,55	18	81,82
Amazonas	62	39	62,90	1	1,61	40	64,52
Amapá	16	12	75,00	0	-	12	75,00
Pará	143	96	67,13	29	20,28	125	87,41
Rondônia	52	40	76,92	12	23,08	52	100,00
Roraima	15	11	73,33	0	-	11	73,33
Tocantins	139	134	96,40	4	2,88	138	99,28
NORDESTE							
Alagoas	101	91	90,10	10	9,90	101	100,00
Bahia	415	380	91,57	9	2,17	389	93,73
Ceará	184	150	81,52	27	14,67	177	96,20
Maranhão	217	172	79,26	33	15,21	205	94,47
Paraíba	223	202	90,58	3	1,35	205	91,93
Pernambuco	185	178	96,22	7	3,78	185	100,00
Piauí	221	199	90,05	1	0,45	200	90,50
Rio G. Norte	166	155	93,37	9	5,42	164	98,80
Sergipe	75	74	98,67	0	-	74	98,67
CENTRO OESTE							
Goiás	242	230	95,04	11	4,55	241	99,59
Mato Grosso	126	125	99,21	1	0,79	126	100,00
M G do Sul	77	69	89,61	8	10,39	77	100,00
SUDESTE							
Espírito Santo	77	36	46,75	34	44,16	70	90,91
Minas Gerais	853	761	89,21	52	6,10	813	95,31
Rio Janeiro	91	71	78,02	20	21,98	91	100,00
São Paulo	645	453	70,23	156	24,19	609	94,42
SUL							
Paraná	399	386	96,74	13	3,26	399	100,00
Santa Catarina	293	267	91,13	22	7,51	289	98,63
Rio G. do Sul	467	404	86,51	7	1,50	411	88,01
BRASIL	**5506**	**4752**	**86,31**	**470**	**8,54**	**5222**	**94,84**

Fonte: IPEA/DISOC
Brasília - Distrito Federal não está incluído

O tamanho relativamente pequeno da maioria dos municípios (ver tabela 2) e a falta de capacidade de gestão é uma das razões pelas quais a maioria dos governos locais não têm conseguido obter uma autonomia plena em termos de saúde. Em resposta a esta falta de autonomia, alguns municípios estão se consorciando.

Em 1999, 86% dos governos municipais gerenciaram seus serviços de assistência primária à saúde, entretanto, apenas 8.54% tiveram autonomia plena para administrar instalações de maior porte que incluem a maioria dos hospitais de assistência secundária e terciária, financiados com recursos públicos. É difícil avaliar se a normatização existente que estabelece os padrões de qualidade, protocolo de tratamentos e procedimentos, está realmente sendo obedecida. Muitas vezes, os serviços de maior porte estão fora do controle do governo e isto tem implicações em termos de eqüidade de acesso por diferentes grupos da população. É neste setor de hospitais secundários e terciários que se encontram as maiores desigualdades de acesso da população à assistência à saúde de qualidade, afetando duramente as famílias menos favorecidas, que acabam incorrendo em gastos desproporcionais quando acometidas por doenças sérias.

Tabela 2 - Municípios por Tamanho

População	Municípios		População	
	Número	%	Número	%
Até 5,000	1,407	25.5	4,702,650	3.0
De 5,000 a 9,999	1,320	24.0	9,456,863	6.0
De 10,000 a 19,999	1,392	25.3	19,674,121	12.5
De 20,000 a 99,999	1,187	21.6	46,176,887	29.4
De 100,000 a 499,999	174	3.2	35,513,817	22.6
De 500,000 a 1milhão0	15	0.3	10,658,592	6.8
Acima de 1milhão	12	0.2	30,896,643	19.7

3.4. " Mix" entre Público e Privado

O setor privado presta mais da metade dos serviços hospitalares diretamente do SUS, apesar dos serviços mais caros e complexos tenderem a ser prestados pelo setor público (mormente através de hospitais-escola que respondem por mais da metade da provisão dos hospitais públicos).

O setor privado não vinculado ao SUS tem crescido rapidamente nos últimos anos e tem sido, cada vez mais, financiado através de seguros (muitas vezes baseado no emprego) e pagamentos diretos dos pacientes. Estima-se que apenas 38% da população use exclusivamente o SUS e que 58% faça uso freqüente dele.

Cerca de 38 milhões de pessoas (PNAD 1998) recorrem ao setor privado através de pagamento direto ou através de seguros/planos de saúde, já que muitos dos maiores empregadores têm "planos" para seus funcionários. Os gastos com assistência à saúde privada crescem dramaticamente com a renda (Wagstaff, 2000). As pessoas com renda mais alta gastam cerca de 6,5 vezes mais do que aquelas no quintil mais pobre. O aumento dos gastos é mais significativo entre o quarto e quinto quintil, aumentando cerca de 157%.

O MS ainda não tem tido sucesso na regulação adequada do setor privado.

3.5 Financiamento

3.5.1 Visão Geral

O Brasil não tem um sistema de Contas Nacionais de Saúde. Portanto, gastos com saúde (privado e público) são estimados com base em aproximação e extrapolação de dados de pesquisas, resultando em diferentes números a depender das fontes consultadas. Sem dados confiáveis, não é possível fazer um monitoramento ou previsão adequados. Portanto, a coleta de dados através de contas nacional e estadual de saúde é uma das principais prioridades do projeto.

Até mesmo os gastos públicos são de difícil avaliação. Um exemplo de como apenas um elemento de gastos públicos é calculado, é esclarecedor. As despesas dos municípios são estimadas com base em uma amostra de uma pesquisa preparada pelo Departamento de Contas Nacionais abrangendo 186 municípios. A partir dessa amostra, calcula-se os gastos utilizando os dados de orçamento e gastos de 4.700 governos municipais disponíveis no STN/SIAFEM. Utilizando estes dados, o IPEA preparou estimativas consolidadas dos gastos com saúde para 1994, 1995 e 1996. De acordo com o IPEA, os gastos públicos com saúde em 1995 foi de R$ 21.9 bilhões, entretanto, outras fontes (MS, 1997) cotaram estas despesas em 27.9 bilhões para 1997, apenas dois anos mais tarde.

A extensão dos gastos privados é uma outra área nebulosa. Os gastos privados são calculados a partir de duas fontes principais. Para os gastos das famílias, os dados são obtidos na Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) e cobrem os gastos por domicílios de áreas metropolitanas, além das cidades de Brasília e Goiânia e incluem tanto os pagamentos diretos para serviços como também contribuições para seguro saúde. Com base no POF de 1995, os gastos com saúde das famílias metropolitanas foi estimado em R$ 12,5 bilhões, entretanto, aí não estão incluídos os gastos privados de empregadores, um componente significativo de despesas no Brasil. A segunda fonte de dados é o faturamento total dos planos e seguros de saúde fornecidos pelas empresas seguradoras. Em 1995/6 este movimento foi estimado entre 14 e 15 bilhões de reais. Um problema com esta informação é que a proporção das contribuições das famílias e dos empregadores não é conhecida. Portanto, não é possível acrescentar o componente gastos das famílias com saúde, aquele das empresas seguradoras, uma vez que o primeiro incorpora também gastos com planos e seguros de saúde e o segundo inclui também gastos das famílias.

Em resumo, não há uma estimativa oficial confiável sobres gastos nacionais com saúde, e todos os números encontrados na literatura e neste anexo deveriam ser tratados com cautela. Evidentemente tal incerteza e a grande margem de erros envolvida impedem a criação de uma política bem informada.

Apesar da advertência acima mencionada, o gasto total em saúde no Brasil foi estimado em R$ 44 bilhões em 1997 (MS) ou em R$ 50 bilhões em 1995 (IPEA), cerca de 5.2% (MS,1997) ou 6,9% (IPEA, 1995) do PIB. Estimou-se que 6.3% (pelo MS) foi de recursos públicos – 71% dos quais de recursos federais. O IPEA, por outro lado alega que a extensão dos gastos privados seja muito maior, e que na verdade excede, em muito, os gastos públicos (R$ 21 bilhões contra R$ 27 bilhões em privado).

Os Recursos da União são utilizados para financiar funções federais e uma série de programas especiais, apesar de uma grande parte, ser transferido para os estados e municípios na forma de transferências " em bloco" ou pagamentos diretos por serviços.

Os gastos federais são financiados por inúmeras fontes[5]. Os gastos dos estados ou dos municípios são financiados através de tributação geral. Conforme mostram as tabelas 3 e 4, o financiamento público é predominante (apesar da contestação do IPEA). Os fundos federais são a maior fonte de financiamento público. As transferências federais são alocadas de forma mais eqüitativa (em termos *per capita*) do que as despesas feitas com recursos próprios pelos estados e municípios, onde as alocações *per capita* podem variar em até dez vezes entre regiões. Os estados mais pobres tendem a alocar menos recursos próprios no financiamento da saúde.

Tabela 3 – Estimativa dos Gastos com a Saúde no Brasil, 1997

Especificação	Total R$b	*Per Capita* R$	% of PIB
Público	**27.9**	**179**	**3.3**
Federal	19.8	124	2.3
Estadual (a)	4.2	26	0.5
Municipal (a)	3.9	24	0.5
Privado (b)	**16.1**	**95**	**1.9**
Total	**44.0**	**274**	**5.2**

Fonte: Ministério de Saúde, 1997

Obs: (a) exclui repasses em âmbito Federal i.e. contribuições estaduais e municipais.

(b) Há bastante incerteza quanto aos níveis de gastos privados. As estimativas variam de 11 a 27 bilhões (Correia, Piola e Arilla)

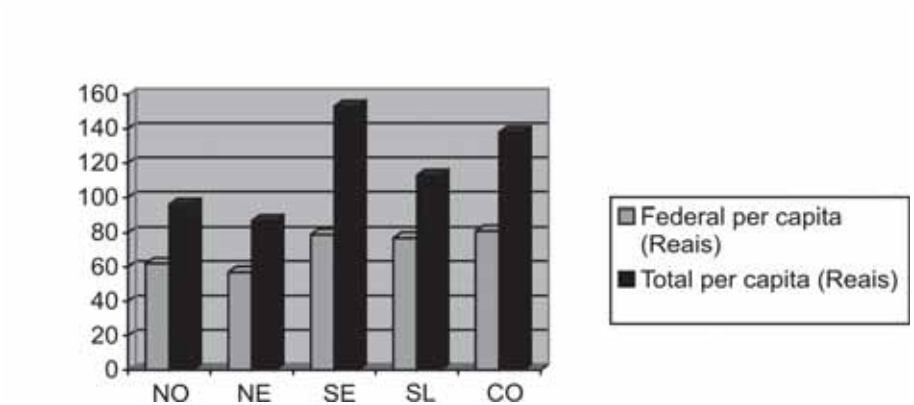
5 Taxação de lucros (9,27% em 1998), contribuição de receitas – CONFINS (25% em 1998), CPMF, um encargo único de 0,38% cobrado das transações bancárias direcionado para a saúde (46% em 1998), o Fundo de Estabilização Fiscal 12% e outros que variam de ano a ano.

Tabela 4 – Gasto Público *Per Capita*, 1995

Regiões	Federal	Estadual	Municipal	Total
Norte	61.0	29.7	4.7	95.5
Nordeste	56.2	17.5	12.3	85.9
Sudeste	78.8	39.0	35.3	153.1
Sul	77.4	10.7	24.2	112.3
Centro Oeste	80.8	52.6	4.8	138.1
Brasil	**87.9**	**28.8**	**22.9**	**139.6**

Fonte: IGBE

Gráfico: Gasto Federal e total das despesas públicas em saúde per capita, 1995.



3.5.2 Tendências Passadas e Perspectivas para o Futuro

Nos últimos anos, os gastos com saúde têm sido extremamente irregulares, refletindo crises financeiras periódicas (incluindo contrações fortes nos gastos públicos na área de saúde em 1983/4 e 1992/3), bem como explosões de gastos. Os cortes tendem a cair de forma mais intensa sobre os programas de saúde pública, do que sobre hospitais e serviços ambulatoriais. A crise financeira do início da década de 90 causou sérios problemas já que levou a restrições nos investimentos e uma inflação galopante que rapidamente erodiu os níveis de remuneração dos serviços. Isto fez com que a credibilidade do SUS fosse posta em dúvida e levou a um aumento da demanda de serviços privados.

Uma Emenda Constitucional foi aprovada em agosto de 2000 para assegurar que o setor da saúde receba uma proporção mínima da receita pública. Isto deve reduzir a irregularidade dos gastos públicos nas três instâncias de governo.

As despesas salariais do setor público chegaram a 12% do PIB em 1995. Isto é considerado alto de acordo com os padrões internacionais e, segundo o

Banco Mundial, "financeiramente insustentável". Os níveis de inadimplência em âmbito estadual são extremamente altos. Este fatores irão restringir gastos públicos futuros no setor.

A maior parte dos gastos sociais é com aposentadorias e pensões, ao invés de educação e saúde. Os recursos previdenciários são direcionados aos segmentos mais privilegiados do setor público (incluindo o judiciário e o legislativo). Os gastos em pensões estaduais são considerados excessivos em face das condições demográficas do país, além disso, há o risco de contração ainda maior, dado o crescimento das despesas previdenciárias nas áreas de saúde e educação.

Baseado no que está acima mencionado, parece provável que os gastos em saúde permaneçam limitados em todos os âmbitos do sistema e que melhorias na condição de saúde venham a requerer um ênfase em melhor eqüidade e eficiência na utilização dos recursos existentes.

3.5.3 Abordagem Atual para a Alocação de Recursos

Em âmbito federal, a maior parte das despesas do MS correspondem aos sub-programas de assistência médica e sanitária (principalmente pagamentos por pacientes ambulatoriais e serviços hospitalares). Esta despesa representou 58,7% dos gastos entre 1995 e 1997. O governo federal também financia uma série de programas especiais, tais como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF).

O repasse de recursos para estados e municípios geralmente se baseia no comportamento histórico e negociação política e estão associados ao número de instalações. O Ceará é uma exceção: o orçamento do estado é alocado para os municípios em base "*per capita*".

Os níveis de alocação para elementos específicos são determinados da seguinte forma:

Municípios recebem fundos de acordo com os seus níveis de autonomia

- Sem autonomia – uma tabela por procedimento com base em uma unidade de custo acordada. No caso de hospitais, o SUS irá apenas reembolsar os custos de um certo número de internações (atualmente, 8% da população a cada ano).
- Piso Assistencial Básico (PAB) apenas - R$10 *per capita*; eles também recebem incentivos pelo desenvolvimento de programas prioritários.
- Todos os serviços – um mínimo de R$10 (como acima) mais um extra com base no custo médio de prestação de serviços hospitalares e ambulatoriais em anos anteriores.

Os municípios têm liberdade para fazer alocações adicionais, se assim o desejarem, e devem informar ao MS a magnitude de tais fluxos.

3.6 Eqüidade e Eficiência do Sistema Existente

3.6.1 Visão Geral

Os gastos públicos com saúde no Brasil são muitos desiguais entre os estados. Estas desigualdade relacionam-se principalmente aos recursos que os estados e os municípios mais ricos podem acrescer para suplementar os fundos federais. Os recursos federais são a principal fonte de recursos para o financiamento do setor público e, em termos *per capita*, eles são bastante semelhantes para todas as regiões não considerando as desigualdades sócio-econômicas do mercado regional. Caso queira se alcançar uma maior eqüidade, conforme a constituição e a legislação buscam, as contribuições *per capita* do governo federal deveriam ser maiores em estados mais pobres do que nos estados mais ricos. Conforme pode ser observado na Tabela 4 e no Gráfico 1, este não é o caso.

Entretanto, melhorar as alocações federais para os estados e municípios mais pobres não é uma panacéia. Para que este esforços tenham um impacto benéfico sobre a população pobre, eles têm que levar em consideração a capacidade dos sistemas de saúde instalados e questões de eficiência. Nos estados e municípios mais pobres as capacidades de gestão e planejamento são escassas, sendo provavelmente a razão pela qual a autonomia de saúde Municipal no Brasil (um indicador indireto de capacidade) seja tão incipiente. (veja tabela 3.3)

Eqüidade na Condição de Saúde

Apesar de alguns esforços (veja posteriormente) a desigualdade persiste em termos de indicadores de saúde, financiamento e acesso, e utilização de serviços.

A Tabela 5 demonstra que os pobres apresentam indicadores de saúde muito piores do que os mais ricos.

Tabela 5. Principais Indicadores de Saúde por Grupo de Renda, 1996

Renda	IMR Óbitos abaixo de 12 meses de idade por 1000 nascimentos	U5MR Óbitos abaixo de 5 anos por 1000 nascimentos	TFR Partos de mulheres entre 15-49 anos	Crianças Afetadas % de crianças abaixo de 5 anos com desenvolvimento inferior a média
Mais pobres	83.2	98.9	4.8	23.2
Segundo	46.7	56	2.7	8.7
Terceiro	32.9	39.2	2.1	5
Quarto	24.7	26.7	1.9	3.9
Mais ricos	28.6	33.3	1.7	2.3
Média	**48.1**	**56.7**	**2.5**	**10.5**

Fonte: Banco Mundial maio de 2000 – Diferenças Socio Economicas em Nutriçao de Saude e População no Brasil

De acordo com o IBGE/Wagstaff as taxas de mortalidade infantil são:

- 67% mais alta na população de negros/mulatos do que na de brancos;
- 174% mais alta no Nordeste do que no Sul; e
- mais de 500% mais alta para o grupo de renda menor comparado ao de renda maior

Eqüidade de Acesso aos Serviços de Saúde

O acesso e utilização de serviços permanece desigual, apesar de melhorias que aconteceram entre 1988 e 1995 quando aconteceram as duas últimas pesquisas de domiciliares sobre saúde.

Tabela 6. Utilização de Serviços de Saúde Selecionados por Grupo de Renda

Especificação	Mais pobres	Segundo	Terceiro	Quarto	Mais rico	Média
Cobertura de Vacinação						
- sarampo	77.9	86.8	96.0	91.3	90.2	**87.2**
- DPT3	65.6	83.9	90.4	91.3	81.9	**80.8**
Visitas Pré-natais						
- pessoa com treinamento em saúde	67.5	87.7	93.4	96.9	98.1	**85.6**
-parteira/enfermeira treinada	9.4	4.0	1.8	1.1		**4.2**
Assistência no Parto						
- pessoa com treinamento médico	71.6	88.7	95.7	97.7	98.6	**87.7**
-parteira/enfermeira treinada	19.1	11.2	6.5	3.4	1.0	**10.0**
Utilização de Contraceptivos Modernos						
- mulheres	55.8	68.9	73.6	73.8	76.8	**70.3**
- homens	52.8	66	72.6	70.3	77.8	**68.6**
Conhecimento sobre prevenção de HIV/AIDS						
- mulheres	65.9	82.6	90.3	91.3	93.7	**85.8**
- homens	72.4	85.7	90.4	93.5	93.9	**87.7**

Fonte: Banco Mundial maio de 2000 – Diferenças Sócio Econômicas em Nutrição de Saúde e População no Brasil

Além disso estudos do EquiLAC[7] mostram que:

- O uso de serviços foi maior no Sudeste (19%) do que no Nordeste (13%) em 1988. Em 1996, entretanto, estas diferenças tornam-se estatisticamente insignificantes.
- As diferenças em uso de serviços foram muito maior entre a população com morbidade declarada. Em 1989 estas eram de 46% (NE) contra

7 Os estudos do EquiLAC analisaram a equidade nos países da América Latina e foram financiados pelo Banco Mundial, BID, USAID e OPAS

66% (SE). As diferenças haviam sido reduzidas para 59% e 69% respectivamente em 1996.

- Percebeu-se também, que as diferenças sociais influenciam o acesso a assistência à saúde nos estados. No nordeste, as oportunidade de acesso aos serviços foram 52% menores para o primeiro terço mais pobre da população em 1989. Em 1996, esta diferença havia sido reduzida para 37%. No Sudeste os números foram de 40% e 35% respectivamente, para os mesmos anos.
- A população tende a usar mais os cargos e centros de saúde no NE, ao contrário do SE onde os mais utilizados eram as clínicas e consultórios privados. O mesmo padrão aplica-se à diferentes níveis de renda nos estados.
- Em ambas as regiões, os grupos com renda mais alta utilizam proporcionalmente, mais serviços ambulatoriais (quando comparados com os de renda mais inferior), enquanto que o uso dos serviços hospitalares tendem a crescer nas rendas mais baixas.

Há evidências de acesso desigual dentro dos estados:

Tabela 7: Consultas Médicas *per capita* por ano no Ceará 1994-6

Consultas *Per capita*	Nº de Municípios
<0.4	6
0.4-0.9	19
1.0-1.3	34
1.4-1.6	40
1.7-2.3	58
>2.3	22

Fonte: IPLANCE 1997

Eqüidade no Financiamento

Em termos de financiamento, permanece uma significativa desigualdade e ineficiência:

- Nos casos onde os municípios têm autonomia plena, há uma significativa discrepância já que as alocações são baseadas em tendências passadas. A alocação *per capita* média para municípios com autonomia plena

no Norte e Nordeste foi estimada em R$ 48 e R$ 58, respectivamente. No Sul foi de R$101. Além disso, há uma enorme variação entre os estados. No Norte, por exemplo, as alocações variavam entre R$14,30 e R$77,50 *per capita*.

- Em pacientes ambulatoriais. Comparada, a média nacional de 2,08 visitas *per capita* em 1995, a utilização no Norte (1,07) e Nordeste (1,69) foi muito inferior.
- O pagamento e a estrutura de incentivos sob o SUS não promove a prestação de serviços eficientes, uma vez que a remuneração pagas aos provedores não reflete o custo real. Tal sub-avaliação pode levar a redução da qualidade, ou o setor privado pode abster-se de prestar tais serviços. Além disso, os serviços mais sub-remunerados tendem a ser os mais eficazes e que poderiam ser de melhor proveito para pobres. Os serviços que são remunerados de forma mais realística tendem a ser os mais caros e complexos, que tendem a ser monopolizados pelos mais ricos. As instalações públicas levam uma vantagem, já que seus custos com salários são pagos da mesma forma como os custos de outros insumos

Tabela 8 – Taxas de Reembolso do SUS para Intervenções Selecionadas 1996

Serviços	Custo (R$)	Reembolso	%
Visita ao Clínico Geral	10	2	21
Apendicectomia	833	191	23
Parto Normal	235	114	48
Crise de Asma	399	204	51
Raio-X simples	7	4	57
Tratamento de prematuridade	385	322	84

Os padrões de despesa familiar apontam uma considerável desigualdade em relação aos gastos em saúde. Utilizando os dados de 1987/8 e 1995/6 da Pesquisa de Orçamento Familiar (POFs) – veja as tabelas 9, 10 e 11 abaixo – pode-se fazer as seguintes considerações:

- Os gastos com medicamentos representaram cerca de um terço do gasto médio do orçamento. Entretanto, este chegou a 70% para aquelas famílias que recebiam até 2 salários mínimos em 1987/8, e 51.4% em 1995/6. Isto sugere que os gastos em medicamentos foram nitidamente reduzidos na última década após criação do SUS.
- Dois outros itens importantes da despesa doméstica são os planos de seguro saúde e odontológicos. O tratamento odontológico tem decli-

nado de forma constante, de 20,09% em 1987/8 para 16,74% em 1995/6, tendo seu maior declínio acontecido nos grupos com receita inferior a dois salários mínimos. Por outro lado, os gastos com planos de seguro saúde tem aumentado constantemente ao longo dos anos, de 11,92% em 1987/8 para 29,02% em 1995/6. O aumento foi bastante substancial no grupo de renda mais baixa, de 2,40% para 10,90%, no mesmo período.

- As despesas com hospitalização permanece comparativamente baixa e têm se reduzido de forma geral (de 3,63% para 2,41%) durante o período do estudo, entretanto, este não é o caso no grupo de receita mais baixa onde na verdade ela aumentou de 1,90% para 5,00% durante o período.
- De forma geral, a despesa familiar com saúde aumentou 1 ponto percentual durante o período, de 5,31% para 6,50%. Entretanto, tal aumento foi maior nos grupos de renda mais baixa (de 6,30% para 9,59%) do que entre os mais ricos, cuja despesa com saúde aumentou 1,5% ou menos durante o mesmo período. (Ver tabela 11)

Tabela 9– Composição Percentual dos Gastos Mensais Médios em Saúde. Todos os Grupos de Renda. POF 1987/8 e 1995/6.

Itens de Despesa	Domicílios segundo grupos de renda							
	Até 2 SM		+ 5 a 6 SM		+ 10-15 SM		+ 30SM	
	88	95	88	95	88	95	88	95
Produtos e atendimento odontológico	8.5	3.8	13.2	11.1	20.5	14.5	20.7	21.0
Exames de saúde	2.4	1.3	3.0	2.3	5.2	1.3	4.5	2.0
Hospitalização	1.9	5.0	1.9	0.2	2.2	1.3	4.9	3.3
Equipamento Médico	0.0	0.3	1.0	0.8	0.4	0.9	0.6	0.3
Produtos e atendimento oftalmológicos	5.8	1.3	7.0	1.7	5.4	3.2	5.2	3.1
Outros produtos (medicamentos)	0.0	0.2	0.0	0.2	0.0	0.2	0.0	0.1
Outros	0.5	8.0	0.8	7.2	2.2	9.6	2.5	6.8
Produtos de atendimento pós-natal	0.0	0.4	0.0	0.5	0.0	0.2	0.0	0.0
Pagamento de contas médicas	7.7	17.4	8.7	2.1	10.4	5.5	23.2	12.3
Drogas e medicação	70.7	51.4	57.9	50.8	44.3	33.9	20.7	19.1
Seguro Saúde / planos	2.4	10.9	6.3	23.3	9.4	29.3	17.6	32.0

SM = Salário Mínimo; + = Mais do que. Fonte IPEA, baseado na IBGE/POF

Tabela 10 – Composição percentual da média de despesa de saúde. Todos os grupos de renda. (POF 1987/8 e 1995/6).

Itens de Despesa	1988	1996
Produtos e atendimento odontológico	20.09	16.74
Exames de saúde	3.23	1.75
Hospitalização	3.63	2.41
Equipamento Médico	0.55	0.53
Produtos e atendimento oftalmológicos	5.45	2.74
Outros produtos (medicamentos)	-	0.1
Outros	3.33	8.37
Produtos de atendimento pós-natal	-	0.13
Pagamento de contas médicas	17	7.98
Drogas e medicação	33.79	30.22
Seguro Saúde / planos	11.92	29.02

Fonte IPEA, baseado no IBGE/POF – Pesquisa de Orçamento Familiar

Tabela 11– Média da Despesa Familiar com Saúde, por grupos de renda (POF 1987/8 e 1995/6).

Grupos de Renda (vezes x SM)	1988	1996	Variação Percentual
Média	5.31	6.50	22.41
< 2 SM	6.30	9.59	52.22
>2-3> SM	5.45	7.29	33.76
>3-5> SM	5.21	6.65	27.64
>5-6>SM	4.61	6.54	41.87
>6-8> SM	5.07	6.57	29.59
>8-10> SM	5.67	7.04	24.16
>10-15> SM	5.36	6.84	27.61
>15-20> SM	5.80	7.55	30.17
>20-30> SM	5.72	6.76	18.18
>30 SM	5.04	5.80	15.08

SM = Salário Mínimo;
Fonte: IBGE/POF – Pesquisa de Orçamento Familiar

Ineficiência na prestação de serviços de saúde:

Há também considerável evidência de ineficiência. De acordo com o Banco Mundial a mortalidade infantil é 17% superior do que a estatisticamente esperada para o nível de renda do Brasil, quando comparada a outros países com nível de renda semelhante. Há ainda, um gasto desnecessário na assistência terciária. Estudos sugerem que 30% a 40% das hospitalizações poderiam ser adequadamente tratadas de forma ambulatorial (VILAÇA MENDES, 1998)

3.6.2 Medidas governamentais tomadas para lidar com eqüidades e desigualdades.

A necessidade de melhorar os mecanismos de alocação de recursos para reduzir desigualdades regionais tornou-se um objetivo explícito do SUS a partir de 1990, entretanto, os instrumentos para colocar estes objetivos em prática ainda não existem. Por exemplo, a Lei 8080 de 1990, estabelece que os repasses financeiros do governo Federal para os estados, Distrito Federal e municípios deveriam seguir um conjunto de critérios pré-definidos. Estes incluem: perfil demográfico e epidemiológico; características da rede de serviços de saúde; performance técnica, econômica e financeira; níveis de participação do setor de saúde nos orçamentos dos estados e municípios; planos de investimento para a rede de serviços de saúde; e compensação de serviços prestados à outras esferas do governo. A Lei estabelece ainda, que pelo menos 50% destes recursos deveriam ser alocados em base *per capita*. Apesar de alguns desses critérios terem um potencial de redistribuição favorável aos pobres, outros parecem recompensar os estados mais ricos que têm maior capacidade instalada.

De toda forma e apesar de diversas tentativas (incluindo uma legislação posterior, Lei 8142/90) estes critérios jamais foram implementados na prática, uma vez que a intenção de incorporar estes critérios não alcançou um consenso.

Uma série de medidas foram tomadas para melhorar a eqüidade com que os recursos são alocados:

- O desenvolvimento de infra-estrutura preencheu muitas das lacunas da rede de saúde. Nos últimos anos, a infra-estrutura de saúde nas áreas urbanas de estados pobres expandiu rapidamente (apesar das lacunas permanecerem nas áreas rurais). Sob o projeto REFORSUS do Banco Mundial, os recursos são alocados de acordo com a população (70%) e inversamente aos gastos atuais em serviços resultando o Amapá (Norte) deverá receber R$ 3,70 *per capita* em 1998 e o Paraná(Sul) apenas R$ 1,60.
- A introdução do programa de saúde da família e do Piso Assistencial Básico (PAB) teve algum impacto. Em 1996, 70% dos municípios (com

74% da pop. total) recebeu menos de R$10,00 em média para atender aos custos com a assistência básica. Na verdade, metade recebeu menos de R$ 5,00. Agora nenhum município receberá menos de R$ 10,00 ou mais de R$ 18,00 de recursos federais para a atenção básica.

- Controles sobre a internação hospitalar igualaram as taxas de utilização (mas não o acesso de acordo com a necessidade). Uma vez que SUS irá reembolsar apenas até o limite 0,08 internações *per capita*, as taxas de admissão convergiram (no nordeste aumentaram de 0.05 internações *per capita* no final da década de 70 para 0,079; no Sul caíram de 0,149 para 0,086). Apesar dos municípios poderem financiar assistência hospitalar adicional a partir de seus próprios fundos, este controle provavelmente manteve as despesas com hospitais abaixo daquilo que provavelmente seriam.
- Uma proposta de emenda constitucional (Nº 29) a ser votada no Congresso em agosto de 2000 tornará obrigatório ao Governo Federal, Estados e Municípios, a alocação de um percentual mínimo pré-definido de seus orçamentos atuais (Federal) ou de suas receitas tributárias (Estados e municípios) para assistência à saúde. Há entretanto, diversos pontos discutíveis na Lei: O crescimento do gasto Federal esta vinculado ao crescimento do PIB e da inflação, e a natureza do que se entenda por "serviço público de saúde" é questionável.

4. Contribuição do projeto

4.1 Introdução

Não há uma massa crítica de economistas da saúde no Brasil. Há, entretanto, o reconhecimento de que tal sub-diciplina poderia contribuir de diversas formas, especialmente na área de pesquisa dos setores de assistência à saúde pública e privada e treinamento de economistas, médicos e gerentes. Em termos de requisitos para a criação de capacitação, incluem-se informações sobre o projeto do curso, métodos de ensino e bibliografia. Os cursos deverão ser projetados para atender a diferentes necessidades.

Tópicos de pesquisa de interesse para o Brasil incluem a alocação orçamentária, eqüidade, avaliação econômica, parâmetros de qualidade e prática e regulamentação do setor privado e mercado farmacêutico.

4.2 Economia da Saúde – O que vem a ser?

A Economia da Saúde pode ser definida como:

"O estudo de como recursos escassos podem ser alocados entre usos alternativos para a assistência à doenças e a promoção, manutenção e melhoria da saúde, incluindo o estudo de como

a assistência à saúde e serviços relacionados à saúde, seus custos e benefícios e a saúde em si são distribuídos entre indivíduos e grupos na sociedade". (Banco Mundial).

Está portanto relacionado ao seguinte:

- A **alocação** de recursos entre as diversas atividades de promoção da saúde.
- A **quantidade** de recursos utilizados para prover saúde;
- A **organização e financiamento** das instituições de saúde;
- A **eficiência** como os recursos são alocados e utilizados para os propósitos de saúde;
- Os **efeitos** de serviços de saúde preventivos, curativos e de reabilitação sobre os indivíduos e a sociedade;
- A **distribuição de benefícios**.

A economia da saúde começou a desenvolver-se na década de 70 e retirou sua inspiração teórica a partir de quatro áreas principais da economia tradicional: finanças e seguro, organização industrial, trabalho e finanças públicas. Muitas vezes são utilizados os conceitos elementares da economia combinados um conhecimentos detalhados das instituições de saúde, tecnologia e características de mercado. Por esta razão, a economia da saúde, ao longo do tempo tem sido considerada como um campo de especialização.

4.3 Como a Economia da Saúde pode contribuir?

A economia da saúde pode oferecer as contribuições mais úteis nas seguintes áreas:

- **provendo importantes dados financeiros necessários a tomada de decisão** - Os dados sobre os fluxos financeiros atuais no setor de saúde no Brasil são inadequadas. Muitos estão desatualizados, alguns são contraditórios e há uma falta de transparência generalizada. Uma tomada de decisão bem informada necessita de uma imagem clara do fluxo financeiro atual dentro do setor de saúde. O desenvolvimento de contas nacionais de saúde pode auxiliar neste processo. Isto é particularmente importante em um situação como a do Brasil onde o quadro de financiamento é complexo e onde mudanças na responsabilidade pela prestação de serviços, associada com a descentralização, complica ainda mais a situação.
- **alocação de recursos** – Em sua forma mais simples é o processo através do qual os recursos disponíveis são distribuídos entre os diversos usos. Isto não é um fim em si; na verdade é a maneira de alcançar

um objetivo específico. O processo de raelocação de recursos não é tão difícil do ponto de vista técnico quanto do político e considera-se que a utilização de uma fórmula relativamente simples (como aquela utilizada no projeto REFORSUS), pode ser adequada. A questão principal é a velocidade com que a realocação de recursos possa acontecer uma vez que uma mudança rápida possa não permitir a estados com uma "recursos em excesso" tempo suficiente para adaptar-se, enquanto que os estados com "recursos insuficientes" não sejam capazes de absorver de forma eficiente os recursos adicionais. Insumos ainda mais importantes gerados pelos economistas da saúde seriam a garantia de uma abordagem acordada para alocação dos recursos implementada em um período de tempo realístico e que os fundos alcancem o destino e tenham um uso efetivo. (Vide tabela) Isto envolveria uma análise detalhada da estrutura de incentivos existente e seu impacto sobre o desempenho.

- **estabelecendo prioridades** – a Constituição é bastante ambígua ao estabelecer a necessidade de dar prioridade a medidas preventivas, sem detrimento aos serviços clínicos. Isto dá pouco ou nenhum direcionamento aos estados ou municípios sobre quais serviços eles deveriam estar prestando. De forma bastante clara, medidas de racionamento estão sendo tomadas, entretanto, este é um processo muito mais implícito do que explícito. Os economistas da saúde podem auxiliar este processo de priorização utilizando um critério de custo efetividade. Apesar de este não ser o único meio de avaliar prioridades, trata-se de um ponto de partida útil para a discussão.

- **desenvolvendo diretrizes** – à medida em que a descentralização prossegue, parece provável que o papel do governo Federal no pagamento de serviços de acordo com tabelas acordadas venha a decrescer e que os estados e municípios venham, cada vez mais, a assumir este papel. Caso o governo central deseje continuar com uma lista de preços definida centralmente ou permita que os estados negociem suas próprias tabelas, pode haver um grande uso na avaliação de parâmetros para os custos da prestação de serviços específicos.

As áreas prioritárias identificadas durante o processo de desenvolvimento do projeto relacionam-se as funções centrais em âmbito Estadual e Municipal. A tabela X abaixo mostra diversos elementos da economia da saúde que poderiam contribuir para a melhoria da capacidade dos estados em cumprir suas funções centrais.

Importância da Economia da saúde em Relação as Principais Funções das SES

Especificação	Plane-jamento	Orça-mento	Compra de Serviços	Vigi-lância Epidemiol.	Sistema de Informação	Com-pras	Prestação de Serviços	Dro-gas	Avalia-Avaliação
Alocação de Recursos	x	x					x		x
Avaliação Econômica	x			x				x	x
Financiamento	x	x	x						
Análise de Custos	x	x	x		x	x	x		
Equidade			x						x
Demanda de Saúde	x				x				
Contabilidade		x			x				
Mensuração dos Resultados			x		x				x
Sistema de Pagamento aos Fornecedores									
Preços	x		x						
Avaliação Tecnológica	x			x				x	x

4.4 Lições Baseadas na Experiência

4.4.1 Lições Principais – Desenvolvendo Capacitação em Economia da saúde

Os tópicos a seguir referem-se a experiências de desenvolvimento de capacitação em economia da saúde em Bangladesh, Nepal e Uganda.

- **A importância da massa crítica** – a menos que haja uma massa crítica de conhecimento, torna-se improvável alcançar qualquer impacto.
- **A importância de uma demanda efetiva e bem informada** – tanto em Bangladesh como em Uganda os insumos de economia da saúde mostraram-se extremamente úteis na discussão de SWAp em ambos os países.
- **Alocação de capacidade** - há uma necessidade de balancear os aspectos favoráveis e contrários da alocação de capacitação dentro de um Ministério, ou como um corpo independente i.e. em uma universidade. No primeiro, a unidade pode ser restrita aos principais tomadores de

decisões, entretanto, pode gerenciar as crises cotidianas. No outro caso, a unidade pode enfrentar menores limitações institucionais, porém, pode não conseguir influenciar os tomadores de decisões.

- **Vínculo explícito entre o desenvolvimento de capacitação e a instituição** – No caso do Nepal, uma série de economistas da saúde foram treinados no início da década de 90, entretanto, os termos e condições dos contratos de trabalho não foram suficientes para manter estes profissionais no setor público.
- **Conteúdo técnico do trabalho** - A experiência de Bangladesh e Uganda sugere que o enfoque inicial é melhor colocado em nível macro – identificando os fluxos financeiros gerais e tendo uma visão abrangente da situação antes de tentar resolver questões mais específicas, tais como a avaliação do custo-efetividade de intervenções específicas.

4.4.2 Lições Principais – Alocação de Recursos

Em termos de reforma geral no setor de saúde, alterações na alocação de recursos estão entre as mais simples e muitas vezes, as de resultados mais rápidos e visíveis. Ao decidir sobre novas abordagens para a alocação recursos, é importante avaliar a probabilidade de alcançar o impacto desejado. A experiência demostra que isto exige que uma série de pré-condições sejam alcançadas:

- Dados adequados devem estar disponíveis para apoiar este processo.
- É necessário que haja alterações de apoio e melhoria nos procedimentos de planejamentos gerais, particularmente aqueles relacionados ao planejamento e gestão de pessoal e capital.
- Deve haver uma capacitação básica para regular os fluxos financeiros – i.e. garantir que os recursos cheguem ao destino planejado.
- Deve haver uma boa probabilidade de que os recursos sejam investidos no uso planejado e alcancem os beneficiários.

Em termos de lições mais específicas:

- Abordagens baseadas em fórmulas são mais objetivas e mais transparentes do que outras alternativas, tornando o processo menos sujeito a influências externas negativas. O aspecto negativo é que a dependência de uma fórmula pode resultar no desenvolvimento de uma "indústria de fórmulas ", com diferentes grupos fazendo lobby por abordagens em favor de seus próprios interesses. Entretanto, os recursos investidos no desenvolvimento de fórmulas são mínimos comparados aos esforços anteriores dos lobbies.
- As fórmulas também necessitam de dados rápidos e precisos, o que raramente ocorre. Dados sobre importantes variáveis tais como popu-

lação, podem ser extremamente suspeitos. Fórmulas mais sofisticadas podem ser mais sensíveis às necessidades da saúde. Aonde os sistemas de dados são adequados para melhorar as alterações nas fórmulas de alocação, estes devem ser considerados.

A implementação eficaz requer:

- Que a definição de eqüidade a nível macro seja consistente com qualquer política existente de saúde pró-pobre (reconhecendo que uma abordagem baseada em necessidades, não é necessariamente pró-pobre).
- Que a definição possa ser traduzida de um nível Nacional para o Estadual ou Municipal.
- Que os dados existam em um nível inferior de modo tornando viável que a fórmula possa ser calculada de forma confiável, e
- Que haja vontade política de fornecê-la em todos os níveis.
- O processo de alocação de recursos deve ser desenvolvido com objetivos setoriais e alvos definidos; a real alocação de recursos pode ser um indicador extremamente bom para determinar se os países estão adotando políticas pró-pobres.
- O desenvolvimento de fórmula para alocação de recursos adequada é importante, entretanto, não abstém o governo central de sua responsabilidade de garantir que existam sistemas que garantirão que os recursos sejam usados adequadamente.
- Qualquer abordagem para a realocação de recursos deve acontecer em um planejamento orçamentário de médio prazo. É preciso perceber que o processo de realocação pode levar mais tempo do que o período coberto por um único exercício financeiro.
- O desenho de uma fórmula de alocação deve levar em consideração outras abordagens financeiras e.g. taxas do usuário, para garantir consistência com os objetivos gerais para o setor de saúde. O potencial de introdução de incentivos perversos precisa ser identificado, e medidas tomadas para preveni-los ou minimizar seus impactos. Entretanto, a abordagem pode entrar em conflito com outras alterações no sistema de saúde tais como descentralização. Terá que haver negociação para chegar-se a um compromisso.
- Fórmulas altamente sofisticadas não são adequadas a países de baixa renda já que os requisitos de dados provavelmente serão muito exigentes. Fórmulas simples baseadas em população, idade e sexo com um ajuste para fatores locais específicos deve ser suficiente, apesar de poder haver dúvidas sobre a precisão dos dados populacionais, um

determinante chave nas necessidades de saúde. As fórmulas devem ser revisadas regularmente e atualizadas quando necessário.

- Os serviços hospitalares são muito mais difíceis de serem realocados e podem requerer abordagens diferenciadas.
- Abordagens baseadas em fórmulas são mais úteis para prever os níveis relativos de recursos necessários para atender as necessidades de populações maiores e grupos de serviços mais amplos. Abordagens semelhantes para populações menores ou variação de serviços mais estreitas apresentam uma margem de incerteza significativa. Alguns riscos podem ser evitados; outros terão que ser gerenciados.

4.4.3 Onde desenvolver capacidade

No lado do fornecimento, os seguintes grupos alvo podem ser identificados

- Principais formuladores de política e profissionais de saúde (especialmente médicos). A introdução de conceitos principais de economia da saúde para tais grupos pode ajudar e pode ser uma maneira útil de aumentar a demanda por insumos de economia da saúde. Pode, também, ser uma forma útil de sensibilizar partes interessadas importantes sobre as reformas, já que questões de melhoria de eficiência e realocação de recursos pode ser contrária aos interesses de grupos de profissionais.
- Treinamento de economistas em economia da saúde – esta pode ser uma forma bastante rápida e eficaz de se conseguir economistas da saúde, apesar de ter que ser analisada dentro da capacidade existente no país e a demanda de outros setores.

4.4.4 Abordagem do projeto

O projeto buscará um equilíbrio entre as atividades de demanda e oferta e dentro do elemento e entre capacitação básica e envolvimento em pesquisas de políticas relevantes / consultoria.

Foi realizado um inventário entre as instituições existentes (que será ampliado como parte das atividades do projeto). As tabelas abaixo mostram as várias instituições acadêmicas interessadas em desenvolver suas capacidades nesse campo. Já foi conduzida uma análise das áreas de trabalho que essas instituições têm interesse (*Workshop* do MS e SES, Brasília, julho de 1999). As áreas principais foram: Alocação de recursos, análise de custos, financiamento, avaliação econômica e demanda em saúde. Estas áreas estão alinhadas com as questões setoriais acima mencionadas. As principais modalidades de apoio variarão de visitas de intercâmbio técnico à cursos rápidos e seminários no Brasil e exterior, apoio ao desenvolvimento de cursos mais longos no Brasil, apoio à uma rede de economia da saúde para atividades específicas de pesquisa e consultoria. Os detalhes serão discutidos durante a fase preparatória do projeto.

Principais Áreas da Economia da saúde por Prioridade

Posição	Principais áreas de ES	Prioridade									Score
1	Alocação de Recursos	2	3	2	1	2	2	2	1	1	16
2	Análise de Custo	1	5	3	5	3	1	1	6	4	29
3	Financiamento	3	10	7	2	6	3	3	2	3	39
4	Avaliação Econômica	11	6	1	7	4	4	5	4	2	44
5	Demanda de Saúde	6	1	4	11	1	8	7	5	6	49
6	Equidade	11	2	6	8	5	5	8	7	5	57
7	Contabilidade	11	4	10	4	9	10	1	11	6	66
8	Mensuração dos Resultados	7	9	5	9	7	7	4	11	11	70
9	Sistema de Pagamento aos Fornecedores	4	8	9	6	10	6	9	8	11	71
10	Preços	11	7	8	3	8	9	6	11	11	74
11	Avaliação de Tecnologia	5	11	11	11	11	11	5	3	11	79

Fonte: MS e SES Workshop – Brasília, julho de 1999

Principais áreas onde há uma demanda por fortalecimento da rede de pesquisa e ensino em economia da saúde

Instituição	Demandas (ordem de prioridade)	Atividades propostas e Recursos
ENSP/Fiocruz	▪ Material bibliográfico ▪ Bolsas de estudo para Doutorado e Pós-doutorado ▪ Visitas a outras experiências ▪ Consultores externos	▪ Workshop sobre ensino de economia da saúde e outros temas específicos. ▪ Visitas ao Reino Unido para a discussão de programas acadêmicos e temas específicos. ▪ Cursos e estudos ▪ Visita a instituições acadêmicas e serviços.
UECE/CMSP	▪ Apoio a consolidação de grupos de pesquisa em economia da saúde ▪ Apoio a criação/implementação de economia da saúde na Secretaria de Saúde do Estado. ▪ Ensino de economia da saúde	▪ Financiamento dos professores convidados para curso de especialização em economia da saúde (consultores) ▪ Organização de cursos específicos ▪ Preparação de material de ensino
FEA/USP (Ribeirão Preto)	▪ Apoio a criação de curso de doutorado em Economia/Gestão de Saúde ▪ Visitas a coordenadores de cursos semelhantes na Inglaterra.	▪ Consultoria ▪ Cursos em áreas onde não há oferta no Brasil
FEA/USP (SP)	▪ Apoio a definição da matéria de economia da saúde em nível de mestrado, enfocando Economia Institucional. ▪ Apoio a criação de GUESS (Grupo de Economia da saúde)	▪ Consultoria ▪ Visitas a instituições de economia da saúde no Reino Unido. ▪ Desenvolvimento de material de ensino
UFMS	▪ Treinamento em economia da saúde para membros do grupo de pesquisa ▪ Visitas técnicas sobre temas específicos ▪ Delimitação do campo de economia da saúde ▪ Assessoria para análise e desenvolvimento de métodos de avaliação econômica e técnicas ao nível de serviço.	▪ Cursos e seminários ▪ Financiamento de Bolsas de estudo ▪ Encontros, workshops e visitas de consultores externos ▪ Visitas/treinamento de pesquisadores na Inglaterra ▪ Aconselhamento Técnico

Cedeplar/UFMG	▪ material bibliográfico especializado ▪ Bolsas de estudo para graduandos recém formados ▪ Especialistas do Reino Unido para lecionar cursos rápidos ▪ Treinamento de médicos no exterior	▪ Cursos lecionados para professores, pesquisadores e pós graduados ▪ Visitas de professores/pesquisadores brasileiros ao Reino Unido ▪ Pesquisa em Instituições Britânicas
NIPESC/UFRGS	▪ apoio a redefinição da matéria de economia da saúde ▪ Promover e divulgar economia da saúde entre gestores e professores	▪ Consultoria ▪ apoio a aquisição de material ▪ Seminários com a participação de pesquisadores nacionais e estrangeiros
Econ. Depart./UnB	▪ Treinamento de professores ▪ Cursos de curta e média duração para doutorandos e mestrandos em economia. ▪ Material Bibliográfico ▪ Apoio de consultores britânicos para a discussão de currículos ▪ Altemativas para intercâmbio de pesquisa entre o Brasil e o Reino Unido	▪ Consultoria ▪ Seminários e cursos de curta e média duração ▪ Visitas ao Reino Unido para a discussão de programas acadêmicos e de temas específicos ▪ Visitas para encontrar equipes de economistas em instituições Britânicas
IE e NEPP/Unicamp	▪ Bolsas de estudo para Doutorado e pós doutorado 0 ▪ Treinamento de curta e média duração em agências especializadas em regulamentação do setor e avaliação institucional e econômico-financeira. ▪ Visitas de professores e pesquisadores em missões de curta, média e longa duração. ▪ Material bibliográfico	▪ Workshops com especialistas em temas específicos ▪ Desenvolvimento de material de ensino e estudo de casos ▪ Treinamento e visitas técnicas ▪ Participação de professores e pesquisadores do Reino Unido em atividades acadêmicas e de pesquisa desenvolvidas pelo IE e NEPP
ISC e Faculdade de Economia/UFBa	▪ Apoio à consolidação de temas em economia da saúde ▪ Apoio a consolidação de linhas de pesquisa 0 ▪ Apoio ao treinamento/educação de pessoal qualificado ▪ Apoio ao fortalecimento institucional na área de economia da saúde	▪ Cursos e/ou seminários para mestrandos e doutorandos (professores) ▪ Bolsas de estudo de curta duração para professores e pesquisadores brasileiros no Reino Unido ▪ Recursos para a participação de professores e doutorandos em seminários no Reino Unido.

ANEXO 2 – Avaliação Institucional

Um compromisso com a redução das desigualdades de acesso aos serviços e na condição de saúde pode ser observado em políticas governamentais e em algumas tendências de números na alocação de recursos, entretanto, isto também pode ser observado no âmbito da legislação.

Em relação à saúde, a Constituição de 1988, no artigo 196, garante os princípios de universalidade e igualdade de acesso, entretanto, não faz considerações específicas sobre equidade. Entretanto, de acordo com o Artigo 3 (iii), um dos objetivos fundamentais da República, é a "erradicação da pobreza e marginalização e redução das desigualdades sociais e regionais".

A legislação que estabelece o Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990 (Lei 8080/90) da grande ênfase às considerações de eqüidade e estabelece no artigo 35 que 50% dos recursos federais devem ser distribuídos em uma base *per capita* e 50% com base em uma gama de critérios, incluindo perfis demográficos e

epidemiológicos regionais. Estes critérios não são atualmente aplicados e a transição de uma alocação historicamente baseada na capacidade instalada para um com base na "capitação"(observado em regulamentação transitória subsequente) tem sido muito lenta.

Um Projeto de Emenda Constitucional (PEC 186/A) estabelecendo percentuais fixos das receitas estaduais e municipais para a saúde (12% para estados e 15% para municípios) e uma fórmula composta para os gastos federais tendo como base 1999, será apreciada pelo Congresso em agosto de 2000. A PEC prevê "uma legislação complementar para definir os critérios de distribuição dos fundos federais para os estados (...) e municípios, com o objetivo de diminuir progressivamente as desigualdades regionais". Estabelece ainda, que pelo menos 15% dos gastos federais com saúde devem ser dirigidos diretamente aos serviços básicos de saúde em municípios.

Uma melhor capacitação em ES será essencial para melhorar a base de informações sobre a qual a legislação atual e futura, referente a alocação de recursos e redução das desigualdades, será implementada.

Ministério da Saúde - O projeto trabalhará com a Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, uma das quatro secretarias no Ministério (as outras são: Executiva, de Assistência à Saúde e Secretaria de Políticas de Saúde). O cargo de Secretário é de indicação política, sujeito a modificação. O secretário Dr. Geraldo Biasoto tem sido um dos líderes na proposição do projeto.

As funções do secretaria incluem: o desenvolvimento de diretrizes para investimento em saúde; coordenação de estudos para melhorar a gestão e a racionalização das ações de saúde em conjunto com outros setores do Ministério e órgãos vinculados; coordenação e supervisão de programas de investimentos e projetos financiados por agências nacionais, internacionais e bilaterais e o desenvolvimento de informações de gestão para monitorar a implementação de investimentos em saúde. O projeto é de interesse estratégico para a Secretaria.

A falta de estrutura formal de carreiras dentro do Ministério da Saúde tem impedido o recrutamento e a retenção de quadros altamente qualificados para o funcionalismo público. Uma parcela significativa do pessoal técnico é contratada como consultores e financiada por agências como a PAHO e UNDP. Isto afeta a estabilidade e sustentabilidade do desenvolvimento de capacitação em âmbito ministerial e explica razão pela qual o projeto busca o desenvolvimento de capacitação em uma gama de instituições e coloca a Unidade de Gestão do Projeto fora Ministério, no IPEA.

A Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde presidirá o Comitê de Revisão e Planejamento do Projeto, reforçando o vínculo com o Ministério da Saúde e garantindo que uma proporção das pesquisas atendam às demandas do Ministério no âmbito federal.

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA - O Instituto é uma fundação pública vinculada ao Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Sua missão é conduzir pesquisas nas áreas econômica e social, disseminar os resultados, dar apoio técnico e institucional ao governo na formulação, monitoramento e avaliação de políticas públicas, desenvolver planos e projetos e prover a sociedade com informações para o conhecimento e solução dos desafios do desenvolvimento do Brasil. Conta com 285 graduados, sendo que 218 são especialistas em pesquisa e planejamento e periodicamente contrata consultores para pesquisas específicas. Sua sede fica em Brasília e 20% do quadro está sediado no Rio de Janeiro.

O IPEA é a principal instituição na análise e mensuração da pobreza no Brasil. O Mapa da Fome de 1993, produzido pelo IPEA, com base no Censo e dados do PNAD, inicialmente apoiavam o trabalho do Conselho de Segurança Alimentar e foi posteriormente utilizado pela Comunidade Solidária para selecionar os municípios que seriam os alvos de 16 programas sociais. O IPEA realiza trabalhos com o UNDP sobre o Índice de Desenvolvimento Humano (produzindo IDHs para regiões, estados, municípios e micro-regiões do Brasil).

A Rede de Pesquisa do IPEA que com estudos e pesquisas com outras instituições de pesquisa e planejamento no âmbito estadual e com o setor não governamental, tem recebido fundos do Banco Mundial. O IPEA integra Rede Nacional de Informações de Saúde (RNIS) e fornece informações econômicas e financeiras para o banco de dados de Indicadores de Saúde no Brasil (IDB) e para relatórios anuais.

O Coordenador Geral-Adjunto da Diretoria de Políticas Sociais (DISOC), Sérgio F. Piola, liderou o desenvolvimento do projeto no âmbito federal, com instituições acadêmicas e com secretarias estaduais. A DISOC, conta com 28 pesquisadores, (11 com doutorado e 11 com mestrado), promove diagnósticos sociais, estudos sobre mercado de trabalho, estrutura demográfica da população, a provisão de serviços sociais básicos e avaliação das políticas e programas sociais.

Há evidências de um aumento na prioridade e condições atribuídas ao instituto e o compromisso do governo em melhorar sua capacitação: recentemente foi implementada uma nova estrutura de carreira, os salários foram aumentados e novos técnicos foram recrutados por concurso público. O Instituto ainda sofre com a falta de informações consolidadas e pré analisadas prontamente fornecidas ao público. Está proposto algum desenvolvimento de capacitação nesta área, principalmente se o Serviço de Informação de Economia da saúde da Rede de Economia da saúde for localizado no IPEA em Brasília.

Secretarias Estaduais de Saúde - O papel dos estados na concepção original do SUS não ficou muito claro. De acordo com as NOBs de 1993 e 1996 eles tinham a responsabilidade pela coordenação do processo de municipalização,

definido como a transferência gradual das funções de assistência à saúde para os governos municipais . Durante a primeira fase do processo os governos estaduais são responsáveis pelo apoio aos governos municipais à medida que estes assumem suas novas tarefas. Durante o período de transição, os governos estaduais são responsáveis pela gestão dos serviços de saúde pública naquelas cidades que ainda não se adaptaram aos novos requisitos. Os números atuais indicam que muitos poucos municípios se qualificaram ao estágio de gestor pleno do sistema municipal de saúde (vide a tabela total de Avaliação Técnica, Econômica e Financeira). Os números a seguir refletem a situação nos estados que estão sendo considerados.

Estados	Total de Governos Municipais	Gestão de atenção básica Nº de municípios.	Gestão de atenção básica %	Gestão plena do sistema municipal de saúde Nº de Municípios	Gestão plena do sistema municipal de saúde %	Total com algum nível de autonomia Nº de municípios	Total com algum nível de autonomia %
Bahia	415	380	91.57	9	2.17	389	93.7
Rio de J.	91	71	78.02	20	21.98	91	100
Ceará	184	150	81.52	27	14.67	177	96.2
S. Paulo	645	453	70.23	156	24.19	609	94.42

Uma vez que o município esteja adequadamente gerindo os serviços de saúde pública, o papel do governo estadual fica limitado à coordenação dos serviços de saúde e planejamento da política Estadual de saúde, em coordenação com a política nacional de saúde. A coordenação dos serviços municipais de saúde é uma tarefa fundamental, já que muitos municípios são muito pequenos e não têm a capacidade de fornecer e gerenciar um pacote integral de serviços. Para garantir a oferta de serviços, especialmente os mais complexos, os estados têm que coordenar o uso dos serviços em cidades maiores com pacientes de áreas rurais e cidades pequenas. Eles são, também, responsáveis por controlar e inspecionar a qualidade dos serviços de assistência à saúde, tanto os privados quanto os públicos.

Ainda que o trabalho sobre alocação de recursos esteja incluído no projeto REFORSUS do Banco Mundial, o referido trabalho está focalizado às alocações entre os níveis federal e estadual. Há uma margem bastante ampla para estudos sobre a alocação de recursos entre os municípios dentro de estados. Um foco central do projeto está, portanto, em âmbito Estadual.

As eleições estaduais devem acontecer em outubro e novembro de 2002. Caso inicie-se em janeiro de 2001, o projeto já terá funcionado por dois anos com uma administração estável. Os administradores estaduais podem ou não ser eleitos para outro período. Uma Revisão de Resultado com relação ao Propósito está recomendada para o final do segundo ano de implementação, antes da extensão do projeto para mais dois estados.

Critérios para a seleção de estados

Foram estabelecidos os critérios para a seleção dos estados, incluindo o nível de renda, níveis de pobreza relativa e absoluta, bem como o engajamento das Secretarias de Saúde na aplicação da capacitação em ES para uma alocação mais racional dos recursos. Entre os estados considerados estão a Bahia e o Rio de Janeiro inicialmente e Ceará e um quarto estado a ser escolhido durante os primeiros dois anos. A totalidade dos critérios está colocada na seção 4.2 do relatório principal.

Bahia

A Secretaria Estadual da Bahia demonstrou grande interesse na aplicação da ES para enfrentar alguns de seus desafios. A falta de informações confiáveis de custo sobre os provedores públicos e privados tem sido um sério obstáculo ao planejamento, regulamentação e controle dos sistemas de saúde e a implementação de micro regionalização no estado da Bahia.

Considerando estes aspectos, a SESAB já organizou grupos de estudo e seminários no setor de saúde, para os gestores e formadores de política, sobre a racionalização dos recursos e redução de custos através de ganhos da eficiência. Um sistema de controle de custo está sendo desenvolvido para cobrir unidades hospitalares, unidades ambulatoriais especializadas e serviços de emergência. Os esforços para treinar o quadro do SESAB em economia da saúde foram feitos através da visita de um consultor canadense e cursos de extensão profissional administrados em parceria com o Instituto de Saúde Coletiva na Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA).

Estes esforços ainda não são suficientes para serem traduzidos em termos de políticas para financiamento, custos, reembolso, regulamentação e incorporação de tecnologia, que venham a permitir o desenvolvimento de uma abordagem baseada em necessidades, avaliações de custo-efetividade e custo-eficiência da assistência e modelos de gestão propostos. Trabalhos adicionais nessas área também apoiariam negociações com o Tesouro Estadual, outros níveis de governo e parceiros. Estas são as principais áreas identificadas para o projeto pela SUDESC da SESAB.

Há bastante espaço para sinergias com o Projeto de Reforma do Sistema de Saúde do Estado da Bahia proposto pelo Banco Mundial. Os objetivos do projeto incluem: novas estratégias para garantir acesso e provisão de serviços de saúde eficientes, eficazes e de qualidade; a gestão e melhoria da governança do sistema de saúde estadual; e, melhoria da saúde infantil e materna no estado.

É proposto o desenvolvimento de capacitação para a SESAB nas seguintes áreas:

1. Apoio ao processo de reestruturação geral da SESAB e ao desenvolvimento de seus recursos humanos;
2. Melhoria dos mecanismos de financiamento, repasse e pagamentos da SESAB;
3. Fortalecimento das capacidades de planejamento, aquisição e regulamentação da SESAB;
4. Fortalecimento dos sistemas de comunicação, avaliação e informação da SESAB; e
5. Criação das funções de assistência técnica e de consultor da SESAB.

Essas áreas de trabalho serão cobertas através de uma série de estudos, avaliações, assistência técnica e treinamento, seminários e *workshops*.

O Banco Mundial expressou grande interesse na contribuição que o projeto de ES do DFID pode trazer para essas áreas e na perspectiva de colaboração.

Rio de Janeiro

Entre as prioridades da SES do Rio de Janeiro está: "apoiar os gestores municipais no processo de descentralização, estimular estratégias para aumentar a capacidade de melhor utilização da informação nos processos de gestão".

A SES demonstrou grande interesse em participar do projeto de ES, tendo participado no *workshop* de 1999.

O Secretário de Saúde, Dr. Gilson Cantarino O'Daywer, é atualmente o representante do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) no Conselho Nacional de Saúde (CNS). Sua liderança entre os secretários de saúde pode ajudar na disseminação de resultados e na motivação de outros gestores de saúde.

A administração do SUS no Rio de janeiro é altamente complexa, com um mix dinâmico de provisão Federal, Estadual e Municipal e (diferente de muitos outros estados) um grande número de hospitais públicos. As administrações federal, estadual e municipal, no Rio de Janeiro, pertencem a diferentes partidos políticos, o que resulta em competição e alguns obstáculos à uma coordenação mais tranqüila das políticas e programas de saúde. O estado do Rio de Janeiro tem uma média atual de 2,5 milhões de consultas e 90.000 internações via SUS por mês.

Secretarias municipais de saúde

Apesar do projeto poder impactar e beneficiar os municípios, e os administradores municipais de saúde estarem entre os públicos- alvo para cursos sobre ES, não é proposto que o projeto trabalhe diretamente com os governos municipais. Isto em razão de se haver avaliado que trabalhar nos três âmbitos

governamentais, simultaneamente, seria muito complexo. Buscar-se-á no Comitê de Planejamento e Revisão do Projeto, que os governos municipais e os conselhos municipais de saúde tenham representação nos comitês consultivos estaduais e será buscado representação do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, CONASEMS no Comitê de Planejamento e Revisão do Projeto.

Instituições Acadêmicas

Critérios para a seleção de instituições acadêmicas

As seguintes instituições acadêmicas foram identificadas, em um momento inicial do projeto, como tendo interesses prévios e atividades em Economia da saúde e interesse em participar do projeto. Elas foram envolvidas nas discussões sobre o projeto através de visitas de consultores e *workshops* em 1999. O potencial para uma gama mais ampla de vínculos com, especialmente, faculdades de saúde pública, escolas de saúde pública e a Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES), terá que ser explorado nos nove primeiros meses do projeto. A disseminação de atividades organizadas através da Rede Brasileira de Economia da saúde também deverá explorar esses vínculos. Em cada um dos estados selecionados o projeto buscará trabalhar com as instituições acadêmicas importantes. Portanto, a lista de Instituições Acadêmicas (IA) a seguir serve mais como uma orientação e não como lista definitiva.

Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia ISC / FBA:

Instituição: O ISC foi criado em 1996. Conta com cerca de 400 alunos de graduação e 100 de pós-graduação na área de saúde. Oferece, também, cursos rápidos de especialização, direcionados aos profissionais.

Uma colaboração estreita entre o ISC e o SESAB da Bahia foi percebida durante o período de preparação do Projeto do Banco Mundial na Bahia.

O Instituto funciona como Secretaria para a rede Unita, uma rede Latino Americana para a pesquisa em epidemiologia patrocinada pela Fundação Kellog

Quadro : Atualmente o instituto conta com um professor em Economia da Saúde e, desde 1997, tem convidado professores do Canadá.

Ensino : Oferece cursos de graduação, pós-graduação e cursos profissionais de extensão em políticas de saúde, administração e planejamento relacionados aos aspectos de Economia da Saúde. Os módulos de Economia da saúde são oferecidos nos cursos de doutorado e mestrado (em administração de saúde) e mestrado em cursos de economia

Pesquisa : Enfocando epidemiologia e saúde pública.

Pontos fortes : Grande conhecimento na área de epidemiologia . Uma demanda diversificada para treinamento em Economia da Saúde existe desde

graduandos em economia até médicos interessados em cursos rápidos de especialização.

Pontos fracos: Tem que desenvolver uma especialização em Economia da Saúde.

Discussão do Projeto : O projeto foi discutido com o diretor do ISC, mestrandos em economia e o vice reitor da universidade.

Faculdade de Administração e Economia / Universidade de São Paulo FEA / USP

Instituição: A FEA foi criada em 1946. Conta com 260 professores, mais de 50% com doutorado, e 2.900 alunos. A faculdade tem vínculos, tanto com empresas privadas como com o setor público.

Quadro & Ensino : Sete professores, todos com doutorado, oferecem cursos eletivos em Economia da saúde com grau de mestrado em Economia Institucional e de Desenvolvimento. A FEA planeja desenvolver mestrado em Gestão de Saúde para profissionais.

Pesquisa : A atividade de pesquisa em ES, financiada com recursos federais, tem sido sobre sistemas de assistência à saúde, custos de pacotes de assistência alternativa para portadores de HIV-AIDS e eqüidade (Estudo Equilac). O interesse em pesquisas futuras incluem: O sistema hospitalar, regulamentação de provedores privados (72%), prevenção, valores de reembolso do SUS, eqüidade e a necessidade de enfocar a nutrição infantil, educação de mães jovens e outros insumos não relacionados a assistência à saúde.

Pontos fortes: É tecnicamente forte em economia, entretanto, ainda necessita desenvolver capacitação em pesquisa e ensino na sub-diciplina de economia da saúde.

Pontos fracos: Atualmente, o conhecimento de Economia da Saúde é limitado, bem como também é a avaliação da necessidade de suplementar econometria com conceitos de trabalho e economia industrial quando estudando economia da saúde.

Discussão do projeto: O projeto foi discutido com três professores, o reitor da faculdade, o Chefe do Departamento de Economia e diretor de cursos.

Núcleo para Estudo de Políticas Públicas, na Universidade de Campinas - NEPP / UNICAMP.

Instituição: O NEPP tem estreitas ligações com o governo federal e o Ministério da Saúde. Pelo menos quatro professores do NEPP ocupam cargos elevados dentro do Ministério.

Quadro: O NEPP conta com oito professores vinculados à área de Economia da Saúde – incluindo especialistas em ciência política, sociologia, economia e administração. Apesar de ativa na área, nenhum dos professores tem doutorado em Economia da Saúde.

Ensino: São oferecidos cursos eletivos em Economia da Saúde para os graus de mestrado e doutorado em Economia Social e de Trabalho. O NEPP planeja desenvolver cursos de mestrado em 18 meses, em Economia da Saúde para não especialistas (gestores e médicos) e incluir Economia da Saúde como uma especialidade em doutorado e mestrado em Economia Social e de Trabalho.

Pontos fortes: Tem economistas trabalhando em alguns aspectos de assistência à saúde e está discargo a treinar médicos e gestores em um contexto multi-diciplinar onde deverá ser desenvolvida Economia da Saúde.

Pontos fracos: Não há conhecimento acumulado na área de Economia da Saúde e assistência à saúde. O conhecimento da área de saúde concentra-se entre os cientistas políticos e aqueles treinados em administração pública e sociologia; economistas estão trabalhando em áreas específicas (i.e. economia na industria farmacêutica)

Pesquisa: O grupo UCAM, incluindo pesquisadores do NEPP e economistas do departamento de economia, têm feito uma ampla revisão da política de assistência à saúde no Brasil, incluindo, análise de sistemas estrangeiros (EUA, RU, Alemanha e Canadá)

Discussão do projeto: O projeto foi discutido com o Diretor do NEPP, três professores e o reitor do Estudos Graduados em Economia.

Recomenda-se um maior desenvolvimento dos elos entre a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e a Escola Paulista de Medicina - EPM com as instituições acadêmicas já mencionadas em São Paulo (NEPP e FEA/USP), para garantir um maior acesso e intercâmbio com futuros gestores de saúde pública. Isto deve acontecer no período preliminar de nove meses.

Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz - ESNP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro

Instituição: A Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP - é uma unidade técnica dentro da Fundação Oswaldo Cruz que, por sua vez, está diretamente vinculada ao Ministério da Saúde. Ela treina pessoal especializado, conduz pesquisa e presta serviços de saúde pública. Uma Escola governamental de Saúde dentro da ENSP (EGS/ENSP) enfoca o treinamento, pesquisa e cooperação técnica sobre a implementação de novas abordagens em saúde pública e políticas de saúde e busca formar líderes e ampliar a base de inteligência dentro do setor de saúde.

Quadro: A equipe de seis pessoas de Economia da Saúde da ENSP é formada principalmente por economistas, com um professor com doutorado em Saúde Pública.

Ensino: A ENSP planeja desenvolver uma matéria obrigatória de economia da saúde dentro do mestrado em Saúde Pública.

Pesquisa: A Fiocruz conduz uma ampla gama de pesquisas em âmbito nacional e estadual (incluindo estados fora do RJ). Avaliações dos serviços de saúde, sistemas e tecnologias, já examinou a qualidade, custos e tecnologias dos serviços de saúde, buscando eficácia, eficiência, acessibilidade, eqüidade e adequação. Especificamente em ES, esta examinando o financiamento do setor de saúde e avaliando os investimentos em saúde

Pontos Fortes: A ENSP é uma referência nacional para o treinamento em administração de saúde pública.

Universidade Estadual do Ceará UECE/Ceará

Escola de Saúde Pública do Ceará ESP/Ceará

Ensino: O Departamento de Saúde Pública da Universidade do Ceará (UECE), a Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) e a Secretaria de Saúde do Estado oferecem, através de acordos de cooperação, um Curso de Especialização em Economia da saúde. O curso visa aumentar o conhecimento e uso de ferramentas de economia para a análise do setor de saúde. A clientela do curso inclui professores de saúde pública e profissionais de saúde com formação em saúde pública, economia, administração e contabilidade, que trabalhem especificamente no planejamento do setor de saúde. São oferecidas vagas ao pessoal da UCCE e da Secretaria Estadual de Saúde.

Pesquisa: A UECE tem um Grupo de Pesquisa em Economia da saúde (GPECS) com seis professores, que buscam integrar um trabalho inter-diciplinar e promover boas relações de trabalho entre pesquisadores, alunos de pós-graduação e outros profissionais de saúde. A avaliação econômica e financiamento da saúde são algumas das atuais áreas de pesquisa. Tem um grande interesse no projeto.

Pontos fortes: Relações de trabalho com SESA e ESP.

Pontos fracos: Recursos financeiros e humanos, para a continuidade e expansão das atividades

Buscará colaboração com a **Universidade Federal do Ceará**, UFCE, que já tem professores trabalhando com ES.

ANEXO 3 – Análise das Partes Interessadas

1. Como um projeto de primeira geração, trabalhando em âmbito de desenvolvimento de capacitação para análises que contribuam para a elaboração de políticas em favor dos pobres, não se espera que este projeto venha a trabalhar, ou tenha um impacto direto sobre os pobres, que são as partes interessadas. Ainda assim o projeto envidará esforços para garantir que as implicações políticas das pesquisas em busca de uma alocação mais igualitária e favorecendo os mais pobres, sejam amplamente debatidas. As entidades examinadas, além daquelas descritas na Análise Institucional, estão envolvidas na elaboração da política e no monitoramento.

2. Uma distribuição efetiva e mais igualitária dos recursos da saúde é do interesse de uma série de entidades legalmente credenciadas para formular, monitorar e controlar políticas de saúde - o Conselho Nacional de Saúde, Conselhos Estaduais de Saúde e Conselhos Municipais de Saúde. Estes órgãos contam com a representação de gestores governamentais da saúde governamentais , provedores, profissionais e usuários (estes com 50%) e são o principal local para a participação da sociedade civil no sistema. Estes órgãos são importantes para o controle social dos gastos públicos e têm tido um papel positivo no processo de descentralização. Entretanto, demonstraram deficiências de capacitação técnica para orientar e acompanhar os planos e os orçamentos da saúde.

Um projeto do BID, para desenvolver capacitação técnica dos Conselheiros Municipais de Saúde e dos membros do Ministério Público foi iniciado em 2000. Pode-se buscar vínculos posteriores através, por exemplo, da provisão de ferramentas básicas e indicadores para a análise da prestação de serviços de saúde.

3. As entidades nacionais representando os formuladores da política de saúde e administradores em âmbito Estadual e Municipal são o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Estas são entidades dinâmicas onde os líderes na administração do setor de saúde podem disseminar experiências novas e debater propostas de políticas.

4. Os Comitês de Intergestores Bipartítes entre secretarias de saúde estaduais e municipais e o tripartíte entre as esferas Federal, Estadual e Municipal negociam as questões de gestão e recursos em âmbito governamental.

5. Desde a Constituição de 1998, o Ministério Público, responsável pelos serviços de promotoria pública nos âmbitos Federal e Estadual, foi incumbido de defender a constituição e os direitos nela incluídos. Para tanto, o Ministério Público desenvolveu o papel de "*Ombudsman*" (ouvidor) , com a diferença que este tem poderes de execução. Foram criadas em âmbito Federal e Estadual,

unidades especializadas em direitos do cidadão, direito à saúde, educação, direito da criança, defesa da herança, meio ambiente e patrimônio público. É portanto, um participante importante no desenvolvimento de uma abordagem baseada em direitos. Com relação a saúde em âmbito Federal, o Ministério Público colaborou com o estabelecimento do sistema SIOPS no Ministério da Saúde em resposta a sua necessidade de informação das despesas no âmbito federal estadual e municipal.

Representações e vínculos para as entidades listadas em 2-5 são propostas através da inclusão das Secretarias Estaduais de Saúde (dos estados selecionados no projeto), um membro do CONASEM de um estado selecionado, um Conselheiro do Conselho Nacional de Saúde e um representante do Tribunal de Contas da União no Comitê de Planejamento e Revisão do projeto (CPRP). A disseminação das atividades do projeto (Seminários/*Workshops* Federal e Estadual) terão estas entidades como prioridade.

6. Questões relacionadas à saúde são regularmente debatidas no Congresso. A Câmara dos Deputados têm uma Comissão sobre Saúde e Assistência Social e o Senado têm o Comitê de Assuntos Sociais onde a legislação relevante é debatida detalhadamente. As Comissões Parlamentares de Inquérito (CPI) criadas para investigar escândalos, regularmente discutem questões de saúde (e.g. em 1999 a indústria farmacêutica e preços, em 2000 sobre Mortalidade materna). Estará em breve na agenda do Congresso a elaboração de legislação complementar para implementar a PEC 169 e abordar a eqüidade na alocação de recursos.

7. Conferências Nacionais de Saúde, que acontecem a cada quatro anos, reúnem delegados distritais, municipais e estaduais para debater temas importantes em política de saúde e finanças. Estes são eventos importantes envolvendo as questões de saúde.

A disponibilidade de informações de ES, implicações políticas e propostas para Congressos e Conferências Nacionais de Saúde devem qualificar o nível de debate a respeito da eqüidade na assistência à saúde.

1. O Tribunal de Contas da União (TCU) conduz auditorias em contas federais, nos repasses e nos programas financiados pela União. As decisões do Tribunal de Contas de 1993 e 1998 determinaram que o Ministério da Saúde deveria tomar medidas para melhorar a base de informações de modo a implementar o artigo 35 da LOS 8080/90, sobre critérios de alocação de recursos, isto ainda não foi aplicado. O DFID, financiou um projeto para transferência de técnicas de auditoria para o TCU. Os auditores do TCU podem se candidatar para cursos sobre métodos e ferramentas de ES, bem como os funcionários dos tribunais de contas estaduais e membros do Sistema Nacional de Auditoria para o Sistema Único de Saúde (SUS).

2. Doadores multi-laterais e bilaterais identificaram a necessidade de aumentar a capacitação em ES no Brasil como de importância fundamental para apoiar as reformas no setor de saúde. Busca-se sinergias específicas com o Projeto do Banco Mundial para Reforma do Setor de Saúde na Bahia do Banco Mundial.

ANÁLISE DAS PARTES INTERESSADAS

PARTES INTERESSADAS	INTERESSES	IMPACTO POTENCIAL	PRIORIDADE DE INTERESSES
Ministério da Saúde	☐ aumento da capacitação técnica	+/-	
	☐ aumento da oferta de assessoria técnica	+	
	☐ melhoria das estatísticas e dos sistemas de informação		
	☐ capacidade de encomendar pesquisas relevantes	+	
	☐ (referentes à alocação de recursos e regulamentação de provedores, planos de saúde, profissionais e indústria farmacêutica)	+	
	☐ disseminação das implicações de políticas	+/-	3
	☐ influência na política	+	
	☐ implementação do SUS de forma mais eficiente	+	
	☐ uma alocação de recursos mais eqüanime	+	
	☐ regulamentação mais efetiva	+	
	☐ gastos mais eficientes	+	
	☐ aprendizado de lições e replicação	+	
	☐ acesso a experiências internacionais	+	
	☐ relacionamento com doadores bilaterais	+	
		+	
IPEA	☐ aumento da capacidade técnica	+	
	☐ reconhecimento e credibilidade	+	
	☐ aumento dos vínculos com centros de pesquisas	+	1-2
	☐ acesso a experiências internacionais	+	
	☐ aumento da disseminação de metodologias de pesquisa e dos resultados	+	
	☐ relacionamento com doadores bilaterais	+	
Secretarias Estaduais de Saúde nos estados selecionados	☐ aumento de recursos para saúde em seus estados	+/-	
	☐ alocação de recursos mais eqüanime	+	
	☐ aumento da capacidade técnica	+	
	☐ aumento das relações com as IAs	+	
	☐ capacidade de encomendar pesquisas relevantes	+	3
	☐ melhor qualificação dos quadros de serviço	+	
	☐ melhores indicadores & Sistemas de informação	+	
	☐ critérios de alocação transparentes	+	
	☐ desenvolvimento de ferramentas de gestão	+	
	☐ apoio de informações às negociações com os âmbitos deral e Municipais	+	
	☐ aumento do nível de organização do sistema	+	
	☐ relacionamento com doadores bilaterais	+	
	☐ reconhecimento externo	+-	
Governos Estaduais do Rio de Janeiro e Bahia	☐ assegurar mais recursos para seus estados	+	
	☐ obter reconhecimento externo	+	
	☐ evitar maior controle federal e publico sobre a escolha de alocação de recursos	-	
	☐ assegurar que os recursos sejam dirigidos para aliados políticos dentro dos estados	+/-	3
	☐ assegurar maior apoio político através da melhoria da provisão de serviços	+	
	☐ demonstrar progresso na redução da pobreza e na desigualdade para reforçar sua credibilidade e a de seus aliados nas eleições de 2002	+	

		+	
Usuários do SUS	☐ aumento dos recursos para a saúde	**Neutro**	
	☐ manutenção do princípio da universalidade	**Neutro**	
	☐ maior eqüidade no sistema de saúde	+	3
	☐ melhoria do acesso aos serviços de saúde (primários, secundários e terciários)	+/-	
	• maior responsividade e controle social mais efetivo sobre o sistema de saúde	+	
	• melhor resposta e adequação da provisão de serviços às prioridades locais	+	
		+/-	
Instituições Acadêmicas	☐ aumento da capacitação técnica	+	
	☐ acesso a professores visitantes, viagens de estudo	+	
	☐ capacidade de fornecer novos cursos	+	
	☐ alocação garantida de estudantes (bolsas de estudo)	+	
	☐ maior atrativo aos estudantes	+	
	☐ maior demanda para os resultados das pesquisas	+	2-3
	☐ disseminação dos achados das pesquisas e implicações	+	
	☐ relacionamento com as SES	+	
	☐ influência na política	+	
	☐ manter independência	+	
	☐ credibilidade	+	
	☐ melhor intercâmbio/colaboração com outras Ias	+	
	☐ vínculos com o DFID	+	
DFID	☐ influência estratégica sobre o setor de saúde	+	
	☐ enfoque na eqüidade e redução da pobreza	+	
	☐ influenciar doadores do Brasil e outros	+	1-2
	☐ uso de vantagem comparativa em ES	+	
	☐ disseminação das reformas do Sistema Nacional de Saúde	+	
	☐ sinergias com o projeto do Banco Mundial na Bahia e do projeto de saúde do DFID no Ceará	+	
CONASS, CONASEMS	☐ aumento dos recursos para a saúde	**Neutro**	
	☐ manutenção do princípio da universalidade	**Neutro**	
	☐ maior eqüidade no sistema de saúde	+	
	☐ acesso aos achados de pesquisa e suas implicações	+	
	☐ acesso a métodos e ferramentas de pesquisa	+	1-2
	☐ melhores sistemas de informação	+	
	☐ não perder recursos para estados/municípios	+/-	
	☐ aumento de recursos para os estados pobres	+	
	☐ critérios de alocação transparentes	+	
	☐ desenvolvimento de ferramentas de gestão	+	
	☐ melhor regulamentação dos provedores (públic os e privados)	+/-	
	☐ melhor regulamentação dos profissionais de saúde		
	☐ melhor regulamentação das empresas farmacêuticas	+/-	
Conselho Nacional de Saúde	☐ aumento dos recursos para a saúde	**Neutral**	
	☐ manutenção do princípio da universalidade	**Neutral**	
	☐ maior eqüidade no sistema de saúde	+	
	☐ acesso as descobertas das pesquisas e suas implicações	+	1-2
	☐ acesso a métodos e ferramentas de pesquisa	+	
	☐ melhores sistemas de informação	+	
	☐ não perder recursos para estados/municípios	+/-	
	☐ controle social mais efetivo dos serviços de saúde	+	
	☐ interesse em contratar estudos em ES para informar suas deliberações	+	
	☐ assegurar uma prioridade maior para a assistência básica de saúde dentro da política nacional de saúde	+/-	
Conselhos Estaduais de Saúde	☐ aumento dos recursos para a saúde	**Neutral**	
	☐ manutenção do princípio da universalidade	**Neutral**	
	☐ maior eqüidade no sistema de saúde	+	
	☐ acesso as descobertas das pesquisas e suas implicações	+	1-2
	☐ acesso a métodos e ferramentas de pesquisa	+	
	☐ melhores sistemas de informação	+	
	☐ não perder recursos para estados	+	
	☐ aumento dos recursos para os estados mais pobres	+	

Conselhos Municipais de Saúde	☐ aumento dos recursos para a saúde ☐ manutenção do princípio da universalidade ☐ maior eqüidade no sistema de saúde ☐ obter informações acessíveis sobre os custos de diferentes intervenções de saúde ☐ assegurar treinamento para os conselheiros em analise básica de custo benefício ☐ nenhuma perda de recursos para os municípios • mais recursos para as municipalidades mais pobres • aumentar a capacidade local de influenciar o estabelecimento de prioridades	**Neutral** **Neutral** + + + + + +/-	1-2
Secretaria Municipal de Saúde nos estados selecionados	☐ aumento da capacitação técnica para os gestores ☐ acesso do pessoal de serviço aos cursos ☐ critérios transparentes de alocação ☐ não perder recursos para os municípios ☐ melhor organização do sistema ☐ desenvolvimento de ferramentas de gestão ☐ melhor regulamentação dos provedores (públicos e privados) ☐ melhor regulamentação dos profissionais de saúde ☐ melhor regulamentação das empresas farmacêuticas	+ + +/- + + +/- +/- +/- +/-	1-2
Ministério Público	☐ implementação da Constituição e das leis ☐ manutenção do princípio de universalidade ☐ aumento da eqüidade no sistema de saúde ☐ melhores indicadores e sistemas de informação	+ **Neutro** + +	1/2
Tribunal de Contas da União - TCU	☐ aumentar a transparência da alocação e utilização dos recursos no setor de saúde	+	1/2
Profissionais de saúde	☐ aumento dos recursos para a saúde ☐ melhoria na prestação dos serviços ☐ melhor percepção pública ☐ não perder recursos para os especialistas ☐ resistência à regulamentação da produtividade	**Neutral** +/- +/- +/- -	1-2
Provedores de Serviço de saúde (públicos e privados)	☐ melhoria na prestação do serviço ☐ critérios de alocação transparentes ☐ melhor organização do sistema ☐ resistência à regulamentação da produtividade	+ + + -	1
Planos de Saúde Privados	☐ expansão ☐ resistência à regulamentação ☐ acesso dos quadros aos cursos	**Neutro** - +/-	1
Empresas Farmacêuticas	☐ preços altos ☐ resistência à regulamentação	- -	1
Doadores Multilaterais	☐ aumento da capacitação em ES contribuindo com a reforma do setor de saúde ☐ sinergias com projetos (Projeto do Setor de Saúde do Banco Mundial na Bahia, projeto do BID de aumento de capacitação para os conselhos de saúde)	+ +	1-2

ANEXO 4 – Avaliação Social

Projeto

Uma preocupação com a pobreza e com a redução das desigualdades no acesso e prestação de serviços de saúde foi incorporada na elaboração do projeto. Desigualdades no financiamento e acesso estão presentes, nos diferentes estados, dentro de um mesmo estado, e entre diferentes grupos de renda. Os critérios para a seleção dos estados fazem referência a estados pobres e estados com altos níveis de pobreza relativa e absoluta. Da mesma forma, as pesquisas concentrar-se-ão nesses estados e em questões relevantes para o aumento da eqüidade na alocação de recursos ou aqueles importantes para o atendimento das necessidades dos pobres. A avaliação das necessidades em âmbito estadual será participativa. A capacitação será realizada em Instituições Acadêmicas e dará prioridade, não apenas àqueles estados selecionados pelos critérios de pobreza, mas também, àqueles capazes de contribuir de forma efetiva em âmbito nacional. Cursos rápidos e bolsas de estudo serão oferecidas prioritariamente à profissionais de saúde e administradores desses estados selecionados.

Pobreza e acesso aos serviços de saúde

Dez anos após sua criação, o Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS) ainda enfrenta enormes desafios. Nos últimos anos, conseguiu abordar desigualdades no financiamento, provisão e acesso à assistência à saúde, incluindo a introdução do Piso Assistencial Básico (PAB) e a expansão do Programa de Agente Comunitário (PACs) e do Programa de Saúde da Família (PSF). A regulamentação do acesso, utilização e reembolso dos serviços hospitalares (72% por provedores privados) ainda é inadequada. A falta de informação em todos os âmbitos permanece como falha principal e um obstáculo para uma distribuição mais equânime e a gestão dos recursos dentro e entre estados. O projeto busca resolver esta lacuna em informação estratégica através da capacitação em economia de saúde.

Apesar dos gastos com assistência à saúde crescerem dramaticamente à medida em que aumenta a renda, a participação desta despesa no orçamento familiar é significativamente maior para os grupos mais pobres. Dentro dos estados, o acesso a um hospital com assistência de qualidade é muito desigual, ficando as famílias mais pobres prejudicadas e incorrendo em despesas desproporcionais quando algum de seus membros é acometido por alguma doença séria. As despesas com medicamentos, que têm que ser arcadas pelas próprias famílias, também representam um ônus significativo nos orçamentos dos mais pobres. Todos esses fatores aumentam a vulnerabilidade.

Pobreza

A estrutura de pobreza é bastante estável, tendo havido uma redução mínima no nível de pobreza nos últimos anos. O coeficiente Gini da população

economicamente ativa foi de 0,565 em 1999, de acordo com a PNAD de 1999. Um aumento na proporção da pobreza absoluta está associado aos grupos de famílias excluídas do mercado de trabalho. Fatores críticos que influenciam estas desigualdades referem-se a localização geográfica, etnia, gênero e idade (com uma pobreza infantil e juvenil significativa).

O determinante mais consistente é educação, especialmente a alfabetização.

Diferenças na distribuição de renda refletem-se no acesso e utilização dos serviços de saúde, bem como em uma real condição de saúde dos indivíduos entre os grupos de renda. De acordo com o estudo Equilac Brasil, as diferenças entre os índices padronizados e não-padronizados para necessidades crônicas e curativas, indicam que o grupo mais pobre apresenta maiores problemas de saúde do que aqueles previstos pelo perfil demográfico e que o inverso é verdadeiro para os mais ricos. O estudo sugere a necessidade de se investigar se "o acesso desigual aos serviços, especialmente à assistência preventiva, está afetando de forma negativa a saúde dos economicamente menos favorecidos no Brasil". Segundo Wagstaff/IBGE 2000, a mortalidade infantil é 174% mais alta no Nordeste do que no Sul, 67% mais alta para a população negra/mulata do que para a de brancos, 500% mais alta para o grupo de renda mais baixa quando comparado com o de mais alta. Micro dados do Estudo de Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde do PNAD 1998 estarão brevemente à disposição de pesquisadores no IPEA e em outras agências. A partir desses estudos, pode-se observar conclusões mais detalhadas.

Geográfico

O Brasil alcançou um Índice de Desenvolvimento Humano da UNDP de 0.74 em 2000, o que é baixo comparado com o PIB *per capita*. Um exame do IDH, por região e estado, executado pelo IPEA/UNDP em 1996 demonstra claramente essas diferenças regionais.

Regiões	IDH	Expectativa de vida ao nascer	Alfabetização de adultos
Brasil	**0.83**	**76.56**	**85.3%**
Norte	0.727	67.38	79.2%
Nordeste	0.608	64.46	71.3%
Sudeste	0.857	68.82	91.3%
Sul	0.860	70.20	91.1%
Centro Oeste	0.848	68.54	88.4%

Fonte : Índice de Desenvolvimento Humano por estado e por região, IPEA/IBGE/PNUD 1996

A tabela a seguir utilizando a linha de pobreza (ajustados os custos de vida para cada região) do IBGE/IPEA mostra o percentual de pobres por região, os diferentes níveis de pobreza e os números absolutos daqueles considerados pobres.

Regiões	P0 (%)	P1 Reais	P2 Reais	No. de pobres
Norte	48	19,41	1,017.05	3,563,597
Nordeste	63	27.86	1,521.53	27,623,728
Sudeste	21	6.65	318.69	13,756,920
Sul	27	9.53	464.29	6,335,030
Centro Oeste	25	7.07	293.59	2,642,485
Brasil	**36**	**13.90**	**722.28**	**53,921,760**

Fonte : IBGE/IPEA calculado a partir dos microdados do PNAD,1997

As diferenças de acesso à assistência à saúde podem variar não apenas entre regiões e estados, mas também dentro do próprio estado, com municípios pequenos tendo uma capacidade insuficiente de atender as necessidades dos cidadãos. Este é particularmente o caso em relação aos profissionais de saúde e do acesso às instalações de assistência secundária e terciária. Sessenta e seis porcento dos 20% da população que vive na área rural é considerada pobre. A proporção da população abaixo da linha de pobreza em áreas rurais é consistentemente maior do que aquelas nas áreas urbanas. A PNAD-Saúde de 1998 indica uma crescente lacuna em acesso aos serviços de saúde nas áreas rurais. Uma dos achados demonstrou que 20% da população declarou que jamais havia visitado um dentista. É de 32% para os residentes nas áreas rurais.

O papel das Secretaria Estaduais de Saúde de prestar assistência técnica aos municípios e organizar a provisão de saúde em um âmbito micro-regional é fundamental. Questões relacionadas à análise de custo são centrais para a criação de sistemas inter-municipais de reembolso e de "*pool*" de recursos. O projeto enfoca o auxílio às Secretarias de Saúde nessa tarefa. Os administradores municipais de saúde também serão candidatos para os cursos de curta duração desenvolvidos pelas SES e IAs.

Gênero

Apesar de se poder observar melhorias, as mulheres continuam a receber salários significativamente inferiores ao dos homens. A remuneração feminina era de 62% da dos homens em 1995, este percentual subiu para 69.1% em 1999. A formação educacional feminina ultrapassa ligeiramente a dos homens, apesar de em áreas rurais do Nordeste esta situação ser inversa. De acordo com o IBGE, as mulheres "chefes de domicílios" aumentaram de 22.9% em 1995 para 26% em 1999 (PNAD 1999). Utilizando os critérios do IPEA estes números são de 21%.

As taxas de mortalidade materna (assunto de uma CPI) são altas quando comparadas ao resto da América Latina (apesar de não haver números nacionais

confiáveis). As taxas de gravidez na adolescência também são altas, especialmente no Nordeste. Vinte e cinco por cento de todos os partos que foram feitos pelo SUS em 1997 foram de adolescentes entre 15 e 18 anos. A proporção de mulheres grávidas que recebiam assistência pré-natal no Brasil era de 56,4%. Não há estudos suficientes sobre implicações epidemiológicas das altas taxas de violência doméstica.

A PNAD-Saúde de 1998 revelou que a satisfação de homens e mulheres com a condição de saúde permanece a mesma até a idade de 14 anos (92,0%), entretanto, difere tremendamente à medida que a mulher atinge a idade reprodutiva e em diversos grupos de renda. Mulheres em idade reprodutiva, nas camadas mais pobres, relatam apenas 72,5% de satisfação com a condição de saúde. As mulheres tendem a buscar uma assistência mais preventiva, cerca de 40,5%, enquanto que os homens, apenas 32,2%

O aumento da capacitação em economia de saúde deve fornecer algumas ferramentas para analisar e abordar essas questões. Pode-se buscar sinergias com o Projeto de Saúde do Banco Mundial na Bahia que objetiva melhorar a saúde materna e infantil e irá gerar estudos e avaliações, bem como, sinergias com o projeto do DFID no Ceará

Raça / Etnia

Os censos nacionais e pesquisas PNADs destinguem a população de acordo com as cores, ao invés da origem étnica utilizando as categorias: branco, preto, pardo, indígena e amarela. Os cidadãos correspondente as categorias preta e parda correspondem, de acordo com o PNAD de 1999, a 5,4% e 39,9% da população respectivamente. Considerando-se que os indicadores sócio-econômicos são muito semelhantes, pretos e pardos muitas vezes considerados como negros, totalizam 44,3% da população total e 98% da população de não-brancos. Utilizando a linha de pobreza do IBGE / IPEA, 50% da população negra era pobre em 1997, contra 24% da população branca. A pequena população indígena tem condições precárias de saúde e altas taxas de mortalidade infantil.

Taxa de mortalidade Infantil por Cor, 1996

Regiões	Mortalidade Infantil/1000	Raça/Etnia	Mortalidade abaixo de 5 ano /1000 *	Raça/etnia
	Branco	Branco e Pardo	Branco	Negro e Pardo
Brasil	**37.3**	**62.3**	**45.7**	**76.1**
Norte (Urbano)				
Nordeste	68	96.3	82.8	102.1
Sudeste	25.1	43.1	30.9	52.7
Sul	28.1	38.9	34.8	47.7
Centro Oeste	27.8	42.0	31.1	51.4

Fonte : IBGE, PNAD 1996 * os nºs referem-se a 1993 / 4

Seleção dos estados

Os critérios para a seleção dos estados incluem os números absolutos e relativos de pobres, além de um compromisso pró-ativo das Secretarias Estaduais de Saúde de capacitação em Economia de Saúde para uma alocação mais racional e equânime dos recursos. Entre os estados considerados estão: Bahia e Rio de Janeiro para o primeiro estágio, e o Ceará e mais um estado a ser selecionado, para a segunda fase.

Estados	IDH	Expectativa devida ao nascer	Adulto (%) alfabetizado	Índice PIB	PIB ajustado *per capita*
Bahia	0.655	66.47	75.5	0.541	3,677
R. de Janeiro	0.844	66.97	93.7	0.965	6,477
Ceará	0.59	65.14	69	0.388	2,667
São Paulo	0.868	0.74	92.6	0.97	6,511

Fonte: IPEA/PNUD 1996

Estados	% de pobres no estado	Nº. de Pobres no estado	% do total de pobres no Brasil
Bahia	58.7	7,497,966	13.9
Rio de Janeiro	21.11	2,928,110	5.43
Ceará	59.31	4,247,291	7.57
São Paulo	15.3	5,454,668	10.11

Fonte : IBGE/IPEA calculado a partir dos microdados do PNAD 1997

Entre os estados selecionados para a primeira fase do projeto: a Bahia tem o nível mais alto de pobreza absoluta no Brasil. A pobreza está concentrada, com maior incidência, na área metropolitana de Salvador, onde as taxas de mortalidade infantil e geral são quase o dobro da média para o estado. Os mais pobres estão concentrados nas áreas rurais, habitada por 38% da população, e são atingidos pelo acesso desigual à terra e vulnerabilidade as condições de secas persistentes em uma região semi-árida. Setenta e nove por cento da população está registrada como negra ou parda, o que faz com que a população de 9,4 milhões de negros ou pardos, seja a maior do país. 10,5 milhões dos 13,8 milhões que compõem a população do Rio de Janeiro estão concentrados na área metropolitana, onde também está concentrada a maior incidência de pobreza. O Rio de Janeiro tem a maior taxa de casos novos de tuberculose: 111.7/1000 e a taxa mais alta para a região metropolitana. Divide a terceira posição com casos novos de HIV/AIDS, 15,5/100.000, com o Distrito Federal; está atrás de São Paulo e Santa Catarina, entretanto, em termos de números absolutos de casos, só é ultrapassado por São Paulo.

Participação

Os princípios de participação e controle social estão firmemente estabelecidos em todos os níveis do SUS. O projeto deve contribuir para apoiá-los e informar o debate público através do aumento da oferta e disseminação de informações estratégicas importantes para a melhoria da equidade na prestação de serviços de saúde.

As partes diretamente interessadas no projeto, incluindo o Ministério da Saúde, IPEA, Secretarias Estaduais de Saúde e Instituições Acadêmicas, tem participado na sua elaboração desde as fases iniciais. Considerando a natureza do projeto, as partes interessadas primárias entre os pobres não devem estar diretamente envolvidas ou sentir os impactos do projeto antes de um ciclo de 5 anos. Entretanto, vínculos com uma série de formuladores de políticas e entidades de monitoramento, que incluem representações dos usuários, serão buscados através de estruturas de gestão e coordenação e através da disseminação das atividades, conforme detalhado na Análise das Partes Interessadas.

ANEXO 5 – Avaliação Ambiental

Economia da saúde ambiental

Considerando que o projeto visa o aumento da capacitação na análise econômica da saúde, não há impacto *direto,* benéfico ou adverso e, portanto, não há necessidade de medidas preventivas ou corretivas a serem tomadas. Há, entretanto, dois aspectos que podem originar riscos e oportunidades indiretas em relação ao ambiente. Esses aspectos resultam do modo como a economia da saúde é concebida e lecionada.

É importante perceber que a economia da saúde enfoca, quase exclusivamente, questões referentes à alocação orçamentária da saúde e a prestação de serviços de assistência à saúde. Pouca atenção é dedicada a diversos outros determinantes da saúde que transcendem aos serviços de assistência à saúde (incluindo fatores ambientais), apesar disto ser, quase sempre, de conhecimento geral. A avaliação e análise do impacto da saúde foi desenvolvida como uma resposta disciplinar à esta relativa falta de atenção dos economistas da saúde na "economia da saúde", como contraste à economia dos serviços de assistência à saúde. Apesar do valor da economia dos sistemas de assistência à saúde e dos serviços ser inquestionável (e o valor deste projeto, o qual se concentra em análises econômicas importantes para as necessidades do sistema brasileiro não estar em questão), é importante que as oportunidades de abordagens multisetoriais para a melhoria da saúde (incluindo estratégias ambientais), sejam percebidas e aproveitadas no ensino e disseminação das atividades propostas. Particularmente no que se refere aos importantes formuladores de política e profissionais de saúde, onde pode ocorrer discordância entre as partes interessadas, já que há um grande interesse em promover a prestação de serviços de saúde *vis a vis* fontes alternativas de "ganhos" em saúde. Em resumo, é importante que o conteúdo de Economia da Saúde seja conceitualizado de uma forma mais abrangente do que Economia dos Serviços de Assistência à Saúde e reflita uma contínua conscientização das possibilidades de melhoria na gestão ambiental como uma importante alternativa e/ou fonte complementar de saúde.

De maneira mais técnica, os princípios de alocação de recursos e avaliação econômica ensinados em 'economia da saúde' podem ter profundas implicações para populações e o meio ambiente se forem seguidos na prática. A identificação e mensuração de resultados em avaliações de custo efetividade, quando incluírem Saúde relacionada à Qualidade de Vida (como acontece em Anos de Vida Ajustados à Qualidade), envolvem tanto o peso das preferências sobre as dimensões da saúde como os pesos a serem atribuídos aos indivíduos ou grupos para os quais os benefícios se direcionam. O modo como esses pesos são determinados é fundamental e a precisa ser transparente. O 'diferencial' ou '*equity-weighting*' dos QALYs é uma técnica emergente que será de importância, particu-

larmente em países como o Brasil, onde este 'equal weighting' pode gerar efeitos indesejáveis, considerando as atuais desigualdades nas condições de saúde e de acesso. Da mesma forma é importante que a 'Economia da Saúde' não seja abordada simplesmente como uma habilidade puramente técnica, mas sim como uma forma de reunir evidência empírica e valores de julgamento em um modo explícito e rigorosamente analítico. Caso isto seja feito, importantes questões ambientais (e outras) podem ser consideradas na prestação de assistência à saúde e nos critérios de alocação de recursos.

Em conclusão, a partir da perspectiva ambiental, pode-se fazer considerações, muito cuidadosas, sobre o conteúdo exato dos componentes da Economia da saúde na construção de capacitação nessa área no Brasil, de modo a capturar as oportunidades e questões identificadas.

Isto refletiu-se na elaboração do projeto, da seguinte forma:

- Elaboração de um currículo de economia da saúde
- Seleção de assessores e docentes com históricos mais abrangentes do que excessivamente especializados.
- Provendo oportunidades para que os beneficiários ganhem um conhecimento das dimensões ambientais da saúde e da abordagem ambiental para a melhoria da saúde (visitas de campo, palestrantes convidados, estudo de casos)
- Facilitando o engajamento com os profissionais brasileiros da área da saúde ambiental e promovendo uma conscientização mútua, dos diversos vínculos, entre economia da saúde e o ambiente econômico da saúde
- Uma resposta estruturada dos beneficiários para testar (e reforçar, caso necessário) o seu entendimento das perspectivas ambientais de economia da saúde.

As Revisões e Avaliações, que acontecerão na metade do projeto, terão uma característica de avaliação do grau em que os aspectos ambientais estão sendo incorporados.

Nota Resumo da Avaliação Ambiental

1. Título do Projeto: Fortalecimento da Capacidade de Economia da saúde no Brasil
2. Custo do projeto: £4,983,000
3. Duração: 5 anos
4. País:: BRASIL
5. Departamento: LACAD
6. Oficial Responsável pelo Projeto: David Dallison
7. Oficial responsável pela Varredura Ambiental: Tim Sumner

8. Resumo da Varredura Ambiental

(i) Resumo da descrição do Projeto

O propósito do projeto é aumentar o uso de ferramentas e análise de economia da saúde na criação de políticas e implementação no sistema de saúde brasileiro.

(ii) Questões ambientais aparentes durante a varredura (escopo de impactos ambientais, riscos e/ou benefícios - *Checklists* A-C) Nenhum

(iii) Significado dos impactos ambientais, riscos e/ou benefícios e probabilidade de medidas de mitigação necessárias - *Checklist* D) Nenhum

(iv) Investigações necessárias propostas (Análises Ambientais, RIMA, Auditorias) e/ou qualquer outra informação especial necessária Nenhuma

(v) Outras questões

Incrementar a capacitação e uso da ES deve, em consistência com os objetivos do projeto, incluir referência ao seu uso na análise do potencial da contribuição ambiental e as abordagens preventivas para atender aos resultados de saúde desejados

(vi) Ações a serem tomadas (Oficial responsável indicado)

Nenhuma

Assinatura: ..... Data: .....
Assessor

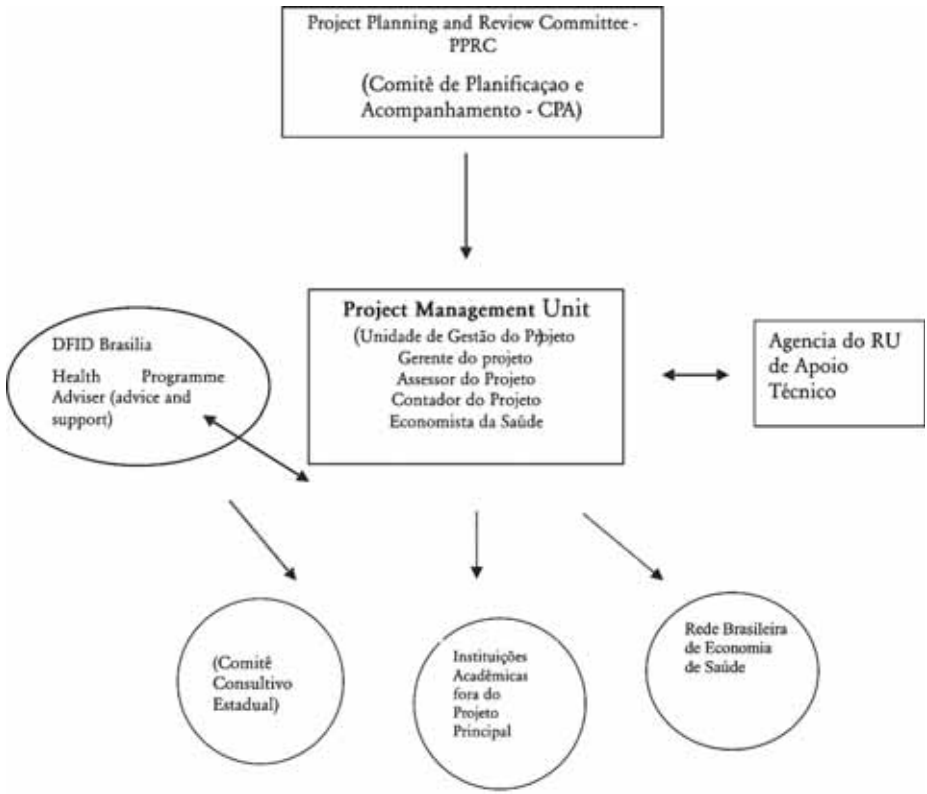
Assinatura: ..... Data: .....
Oficial responsável pelo projeto / Project Officer

ANEXO 6 – Gestão e organização do projeto

Este anexo apresenta a estrutura organizacional do projeto e descreve os papéis e responsabilidades das diversas estruturas de gerenciamento do projeto e os termos de referência para a equipe que fará parte destas estruturas.

1 Estrutura organizacional

Nota: as linhas cheias mostram as ligações formais entre as estruturas de gerenciamento. As linhas pontilhadas mostram apoios técnicos e vínculos de planejamento.



Nota: linhas não pontilhadas não representam ligações formais entre as estruturas de gestão. Linhas pontilhadas mostram ligações de apoio técnico e planejamento

6.1 Unidade de Gestão do Projeto - Estrutura e Funções

1 Histórico

O Departamento para Desenvolvimento Internacional concordou com um projeto, em parceria com o Governo brasileiro de £ 4,9 milhões de libras esterlinas, tendo duração de cinco anos e início em 2001.

1.2 A Meta do projeto é melhorar a eqüidade, eficiência e efetividade do Sistema de saúde brasileiro. O propósito do projeto é aumentar o uso ferramentas de Economia da saúde na análise, formulação e implementação de políticas voltadas a redução das desigualdades no Sistema de Saúde. Os Resultados do Projeto serão:

- Aumentar a demanda por uso de insumos de economia da saúde nos estados selecionados e em âmbito federal;
- Melhorar a capacitação em pesquisa e treinamento em economia da saúde nas áreas selecionadas; e
- Disseminação regular, efetiva e adequada das atividades e insumos de ES.

2 Localização e Pessoal

1.1 O projeto será gerenciado localmente através da Unidade de Gestão do Projeto (UGP) com base em Brasília. A UGP será uma unidade conjunta do MS/IPEA. Sua localização física será ainda acordada entre o IPEA e o MS no momento devido. A UGP implementará todas as tarefas com base em um Plano de Trabalho Anual, o qual será acordado entre o MS, IPEA e DFID. Qualquer despesa com os recursos do DFID que esteja fora do escopo dos planos de trabalho previamente acordados terá que ser discutida entre a UGP e o DFID/Brasília antes do início das atividades relacionadas a essa despesa.

1.2 A UGP será composta por um Gerente de Projeto, um ou mais, profissionais de saúde, um Oficial de Projeto e um contador de projeto. O DFID irá contribuir com os salários destes profissionais, com equipamento de escritório e com os custos operacionais da unidade (telefone, Internet, e despesas gerais). O Governo brasileiro garantirá, como contribuição ao projeto, a disponibilização de espaço adequado para o escritório e acesso à meios de comunicação essenciais.

3 Responsabilidades

As responsabilidades da UGP incluirão:

i) Preparação de custos de planos de trabalho anuais, elaborados em conjunto com os principais participantes , a serem submetidos ao CPRP para aprovação.

ii) Preparação de revisões semestrais para a apreciação do CPRP.

iii) Preparação de relatórios anuais do projeto a serem submetidos e eventualmente aprovados pelo CPRP.

iv) Implementação de recomendações feitas pelo CPRP tanto para os planos de trabalho anuais quanto para os relatórios de progresso.

3.2 Uma vez aprovados os planos de trabalho, a UGP gerenciará todos os aspectos de implementação do projeto de modo a alcançar seus objetivos do projeto. Isto incluirá, entre outras, as seguintes funções:

- Manter vínculos com o CCS, com as Instituições Acadêmicas selecionadas, com a Rede de ES e com outros participantes de modo a garantir que as atividades planejadas sejam implementadas.
- Organizar o trabalho preliminar necessário para que novos estados, instituições acadêmicas e outros potenciais parceiros em potencial participem do projeto.
- Coordenar todos os insumos fornecidos pela AAT na Europa.
- Supervisionar todos os pagamentos e operações financeiras relacionados à implementação do projeto, fornecer recomendações ao DFID para o sancionamento destas operações e garantir que os pagamentos sejam efetuados desde que aprovados pelo DFID.

6.2 Unidade de Gestão do Projeto – Gerente do projeto

Termos de Referência

1 Histórico

1.1 O Departamento para Desenvolvimento Internacional concordou com um projeto, em parceria com o Governo brasileiro, de £ 4.9 milhões de libras esterlinas, tendo duração de cinco anos e início em 2001.

1.3 A Meta do projeto é melhorar a eqüidade, eficiência e efetividade do Sistema de saúde brasileiro. O Propósito do projeto é aumentar o uso de ferramentas de Economia da saúde na análise, formulação e implementação de políticas voltadas à redução das desigualdades no Sistema de Saúde. Os resultados do projeto serão:

- Aumentar a demanda por uso de insumos de economia da saúde nos estados selecionados e em âmbito federal;
- Melhorar a capacitação em pesquisa e treinamento em economia da saúde nas áreas selecionadas; e
- Disseminação regular, efetiva e adequada das atividades e insumos de ES.

2 A Indicação do Gerente do Projeto (GP)

2.1 O propósito do cargo é o de encabeçar a Unidade de Gestão do Projeto e de ser responsável pela qualidade e efetividade do fornecimento e implementação dos insumos do projeto, consistentemente com seus propósitos e resultados.

2.2 Ela/e atuará como primeiro ponto de contato para todo intercâmbio formal entre o projeto e o CRPP e entre o projeto e o DFID

2.3 Ele/a manterá uma compreensão geral do setor de saúde brasileiro, será fluente em português e inglês, e estabelecerá bom relacionamento com os principais participantes do setor de saúde envolvidos no projeto, incluindo entre outros: o MS, MP, IPEA, Escritório do DFID em Brasília, Secretarias de Saúde Municipais e Estaduais, dirigentes das instituições acadêmicas envolvidas no projeto, outros doadores e principais representantes de agências internacionais incluindo a OPAS/ OMS, OBDIA e outros.

2.4 O gerente do projeto, tendo consultado o APS/HPA do DFID, será o responsável pela preparação de planos de trabalhos anuais, revisões semestrais e relatórios anuais de progresso a serem submetidos ao CPRP e ao DFID. Será responsabilidade do gerente do projeto envolver no processo de planejamento todos os principais participantes que possam efetivamente contribuir na preparação dos planos de trabalho nos estados e nas instituições acadêmicas selecionadas. Planos de trabalho e Relatórios Anuais devem estar disponíveis para os membros do CPRP pelo menos uma semana antes da reunião.

2.5 Após a aprovação destes planos pelo CPRP, o GP irá garantir que os termos de referência sejam formulados com o intuito de orientar as diversas atividades do projeto e que estas sejam implementadas.

2.6 O GP irá relacionar-se diretamente com o AAT na Europa através de seu Consultor Técnico(CT), e garantirá que o CT faça as contribuições necessárias à preparação das revisões semestrais, o relatório de progresso anual e dos planos de trabalho anuais. O GP irá também levar em consideração e encaminhar ao CPRP as observações e recomendações feitas no relatório de monitoramento que o CT irá preparar entre cada reunião CPRP, na metade de cada ano de projeto.

2.7 O GP fornecerá justificativas e recomendações ao DFID Brasília sobre todas as atividades do projeto, principalmente aquelas não incluídas no plano de trabalho aprovado pelo CPRP. Buscar-se-á as opiniões do CT sobre estas atividades.

2.8 O GP será responsável pela implementação dos contratos de assistência técnica local e supervisão dos pagamentos pelos insumos de assistência técnica local conforme definido no plano de trabalho. O GP também acompa-

nhará e manterá um registro atualizado de todas as despesas do projeto (doméstica e internacional), por meio de um estreito relacionamento com o DFID e com a AAT.

2.9 O GP pedirá aprovação do DFID Brasília, sobre planos de trabalho e orçamento, para utilizar recursos do DFID destinados ao Projeto. Os recursos do DFID serão canalizados através de uma Conta de Projeto a ser aberta e gerenciada pelo APS/HPA do DFID Brasília. Adiantamentos de recursos serão tomados através de Conta de Empréstimo e o contador do projeto ficará responsável pela preparação dos vouchers a serem assinados pelo GP e o APS/HPA, e também dos relatórios contábeis para o DFID Brasília.

2.10 O GP irá monitorar os progressos do projeto de acordo com os planos de trabalho e com o quadro lógico; informar o DFID, ABC ou o CPRP sobre qualquer fator que possa atrasar ou impedir a implementação do projeto, e recomendar ações corretivas.

2.10 O GP, com o auxílio do Assessor do Projeto, organizará e apoiará visitas de consultores externos, e de assessores e administradores do DFID.

3 Resultados

3.1 O GP irá garantir o tradução dos principais achados e recomendações feitas por qualquer consultor local ou internacional, bem como as implicações adicionais que tais achados possam ter para o projeto ou para o sistema de saúde brasileiro. Estas serão imediatamente compartilhadas com o CT e com o DFID Brasília, e incorporadas ao relatório anual de progresso.

3.2 O GP irá monitorar o progresso do projeto. O monitoramento técnico será executado juntamente com os indicadores do quadro lógico e será feito:

(i) Pessoalmente, através da emissão do relatório semestral de progresso.

ii) Através da AAT, por meio de relatórios de monitoramento preparados pelo CT do projeto.

iii) Através do DFID, utilizando os relatórios anuais de monitoramento que o Gerente de Campo do DFID deverá produzir após cada encontro com o CPRP.

3.3 O GP será também responsável pelo monitoramento financeiro do projeto juntamente com o Gerente de Campo do DFID em Brasília. Relatórios financeiros serão preparados e submetidos ao DFID a cada três meses, e anualmente ao DFID, ao CPRP e ao ABC.

Balanços financeiros atualizados serão compartilhados entre todos os centros de custos envolvidos no projeto (UGP, DFID Brasília e Londres; AAT)

4 Administração

4.1 O GP terá autoridade para comprar itens de valor inferior a 250 libras esterlinas, requerendo autorização por escrito do DFID Brasília para qualquer item de valor superior. O GP terá que negociar com o DFID o redirecionamento dos recursos do DFID.

4.2 O posto será sediado no UGP em Brasília, entretanto, viagens pelo país podem ser necessárias.

4.3 O GP será apoiado por um oficial do projeto e por um contador do projeto (em meio-período). Estes profissionais serão gerenciados diretamente pelo GP.

5 Hierarquia

O GP se reportará diretamente ao Presidente do CPRP, ou a um representante designado pelo Presidente caso este assim decida. Em todas as questões financeiras e administrativas, e sobre as questões ordinárias o GP trabalhará diretamente ao Gerente de Campo do DFID em Brasília.

6 Sumário das Especificações Pessoais

6.1 O cargo exigirá que os candidatos atendam a todas as habilidades essenciais e algumas das habilidades importantes.

Especificação	Essencial	Importante
Geral	- Cidadania brasileira ou com direito a trabalhar no Brasil - Pós -graduação ou Mestrado em áreas relevantes.	- Bom conhecimento sobre o Governo brasileiro e sobre a estrutura do setor público. - Experiência prévia em trabalho no Brasil ou na América Latina
Gestão de Projeto	- 5 -10 anos de experiência em gerenciamento grandes projetos. - Boa habilidade em planejamento e gestão de projeto. - Familiaridade com projetos de assistência	- Conhecimento básico do DFID e de suas estratégias de desenvolvimento
Habilidades Técnicas	- Experiência prévia em gerenciar ou influenciar nas mudanças no setor público - Entendimento do Sistema de saúde brasileiro - Ente ndimento básico nos conceitos em economia da saúde	- Bom entendimento/acompanhamento de registro de trabalho em desenvolvimento de sistemas de saúde - Entendimento de questões políticas, institucionais e capacitação pertinente aos setores sociais
Outras	- Excelente habilidade de comunicação e diplomacia - Excelente domínio da língua Portuguesa, e bom conhecimento em Inglês	- Boa habilidade de redação e de síntese: habilidade em apresentar questões complexas de uma forma simplificada.

6.3 Unidade de Gestão do Projeto – Assessor do Projeto

Termos de Referência

1 Histórico

1.1 O Departamento para Desenvolvimento Internacional concordou com um projeto, em parceria com o Governo brasileiro, de £ 4,9 milhões de libras esterlinas, tendo duração de cinco anos e início em 2001.

2.4 A Meta do projeto é melhorar a eqüidade, eficiência e efetividade do Sistema de saúde brasileiro. O Propósito do projeto é aumentar o uso de ferramentas de Economia da saúde na análise, formulação e implementação de políticas voltadas à redução das desigualdades no Sistema de Saúde. Os Resultados do projeto serão:

- Aumentar a demanda por uso de insumos de economia da saúde nos estados selecionados e em âmbito federal;
- Melhorar a capacitação em pesquisa e treinamento em economia da saúde nas áreas selecionadas; e
- Disseminação regular, efetiva e adequada das atividades e insumos de ES.

2 Indicação do Gerente do Projeto

2.1 O Assessor do Projeto (AP) irá apoiar o trabalho do Gerente do Projeto em todos os aspectos pertinentes à implementação do projeto. Será de responsabilidade do GP definir as obrigações do AP. As seguintes funções e obrigações estão fornecidas como orientações, e podem ser modificadas quando e como necessárias.

2.2 O AP deverá ser fluente em Português e Inglês.

3 Funções e Deveres

3.1 Leitura e análise dos Termos de Referência das atividades do projeto, fazendo observações sobre o conteúdo, o orçamento e logística, tendo em vista a descrição da atividade aprovada no plano de trabalho.

3.2 Caso necessário, o AP irá organizar/participar de reuniões representando ou acompanhando o GP, ou acompanhando o GP a determinadas reuniões. Em ambos os casos o AP manterá registros escritos.

3.3 Para as consultorias internacionais e visitas de estudo, entrará em contato com a AAT para transferir os TRs e esclarecer qualquer detalhe logístico sobre tais atividades.

3.4 Para consultorias nacionais, *workshops* e visitas de estudo, manterá contato com as contrapartes do projeto de modo a monitorar e auxiliar nos detalhes logísticos

3.5 Traduzir os TRs ou outros documentos e certificar-se da boa apresentação (edição e *layout*) de documentos/correspondências do projeto. Para tradução de documentos e relatórios maiores, o AP será responsável por recomendar a contratação de tradutores e monitorar a conclusão das traduções.

3.6 Fornecer tradução oral para as missões internacionais do DFID ou consultores internacionais, quando necessário.

3.7 Requerer ao Assistente Financeiro pagamento para todas as despesas do projeto após autorizado pelo DFID e assinado pelo GP.

3.8 Desempenhar as funções de administração básica do escritório. Entre estas:

- Assegurar-se do funcionamento adequado do equipamento do escritório , incluindo o fax, fotocopiadora, central telefônica e computadores. Com relação aos computadores, o OP manterá cópias de segurança (*backups*) dos arquivos, atualizará o programa de anti-vírus e recomendará e supervisionará a aquisição de novos programas/equipamentos conforme necessário, bem como os reparos e manutenção.
- Realizar mensalmente estimativas de despesas e verbas necessárias, com o auxílio do GP e do Contador do projeto.
- Requisitar a contratação de serviços da agência de apoio local (Fundação Brasil Cidadão) e monitorar juntamente com HPFA, a provisão dos serviços.
- Comprar suplementos gerais de escritório.
- Encomendar periódicos e publicações para a manutenção adequada de um banco de dados de saúde para o escritório
- Gerenciar o sistema administrativo do projeto, incluindo:

  Sistema escrito

  Sistema de arquivo eletrônico

  Agenda do Projeto

  Monitoramento da planilha das atividades do projeto

  Banco de dados

  Fazer os arranjos logísticos do GP, consultores e visitantes do DFID ao projeto.

Manter um conhecimento adequado da:

- Política do DFID
- Abordagem e organograma/plano de trabalho geral do projeto

• Política/economia geral e Sistema de Saúde Brasileiro

4 Monitoramento da Performance:

4.1 Semestralmente, com o Gerente de Projeto.

6.3 Comitê de Planejamento e Revisão do Projeto – CPRP

Termos de Referência

1 Histórico

1.1 O Departamento para Desenvolvimento Internacional concordou com um projeto, em parceria com o Governo brasileiro, de £ 4,9 milhões de libras esterlinas, tendo duração de cinco anos e início em 2001.

1.2 A Meta do projeto é melhorar a eqüidade, eficiência e efetividade do Sistema de saúde brasileiro. O Propósito do projeto é aumentar o uso de ferramentas de Economia da saúde na análise, formulação e implementação de políticas voltadas à redução das desigualdades no Sistema de Saúde. Os Resultados do projeto serão:

- Aumentar a demanda por uso de insumos de economia da saúde nos estados selecionados e em âmbito federal;
- Melhorar a capacitação em pesquisa e treinamento em economia da saúde nas áreas selecionadas; e
- Disseminação regular, efetiva e adequada das atividades e insumos de ES.

2 Estrutura de Gerenciamento do Projeto

2.1 Apesar de este ser um projeto de âmbito Federal, sua estrutura organizacional reflete a importância do envolvimento dos principais participantes do setor de saúde permitindo que o projeto atinja seus objetivos. Desta forma a estrutura do CPRP foi criada de modo a fornecer orientação geral para o projeto e supervisionar sua implementação pelo UGP.

3 Responsabilidades e deveres

3.1 O CPRP será a estrutura de gerenciamento do projeto de Economia da Saúde. Seus principais deveres incluirão:

3.2 Revisão do relatório anual de progresso preparado pela UGP comparando-o com os objetivos do projeto e com o plano de trabalho anual do ano anterior. Avaliar se o potencial de influência e impacto do projeto estão sendo maximizados. Fornecer recomendações e, eventualmente, sancionar os relatórios.

3.3 Revisar os Planos de Trabalho Anuais preparados pelo UGP comparado-os com as observações e recomendações adotadas pelo CPRP e por ou-

tras entidades de monitoramento do projeto. Recomendar e, eventualmente sancionar os planos de trabalho para permitir a implementação do projeto.

3.4 Os membros do CPRP reunir-se-ão, pelo menos uma vez por ano. As reuniões serão convocadas e os convites enviados pelo Presidente do CPRP. A primeira reunião formal do CPRP acontecerá ao final da Fase Preparatória do Projeto, durante o ano 1, para a fim de lançar oficialmente a implementação do projeto.

3.5 Os membros do CPRP terão o direito a receber as minutas do relatório de progresso e o esboço do plano anual de trabalho da UGP pelo menos uma semana antes das reuniões.

3.6 Despesas dos membros do CPRP para participar das reuniões serão cobertas pelo projeto.

3.7 As decisões do CPRP serão acatadas pela UGP. As deliberações do CPRP serão confidenciais.

3.8 As decisões do CPRP serão alcançadas em bases consensuais, já que é de interesse dos membros que a performance do projeto esteja de acordo com seus objetivos e maximize sua utilidade para o Sistema de saúde brasileiro. Quando consenso não for alcançado prevalecerão as opiniões do Presidente.

4 Composição do CPRP e Quadro de Membros

4.1 O CPRP representará os principais participantes do projeto em âmbito Federal, Estatal e Municipal. Apesar de ser desejável a presença do maior número de participantes possível, isto deve estar de acordo com a capacidade de tomada de decisões. Para benefício desta, a participação total deve ser de no máximo 12 membros.

4.2 As decisões sobre a composição do CPRP serão acordadas pelo Presidente do CPRP e pelo Gerente de Campo do DFID ou equivalente em Brasília.

4.3 Espera-se que os membros do CPRP cumpram com suas obrigações e participem das reuniões anuais. Quando incapazes de comparecer, os membros do CPRP apenas poderão enviar um substituto caso este seja aprovado pelo Presidente.

4.4 A composição do CPRP será a seguinte:

- Um representante do Ministério da Saúde (Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde), para atuar como o Presidente do CPRP.
- Um representante do IPEA (provavelmente da Diretoria de Estudos Sociais do IPEA) para atuar como Secretário do CPRP
- Um Representante do DFID, o APS/HPA baseado em Londres ou o representante no Brasil

- As Secretários Estaduais de Saúde dos Estados do Projeto (inicialmente duas).
- Um representante da CONASEMS de um estado selecionado.
- Um representante da Rede Brasileira de Economia da saúde, representando as instituições acadêmicas.

Os membros a seguir terão *status* de observadores:

- Gerente do Projeto
- APS do DFID
- Um conselheiro do CNS
- Um representante do TCU
- Consultor Técnico da AAT
- Um representante do ABC a ser convidado para as reuniões anuais

A CPRP terá poderes para convidar outros membros observadores. Os planos de trabalho anuais serão submetidos pelo CPRP ao Conselho Nacional de Saúde.

6.5 Assessor Para Programas de Saúde (APS/HPA) do DFID

Termos de referência

1 Histórico

1.1 O Departamento para Desenvolvimento Internacional concordou com um projeto, em parceria com o Governo brasileiro, de £ 4,9 milhões de libras esterlinas, tendo duração de cinco anos e início em 2001.

1.2 A Meta do projeto é melhorar a eqüidade, eficiência e efetividade do Sistema de saúde brasileiro. O propósito do projeto é aumentar o uso de ferramentas de Economia da Saúde na análise, formulação e implementação de políticas voltadas à redução das desigualdades no Sistema de Saúde. Os Resultados do projeto serão:

- Aumentar a demanda por uso de insumos de economia da saúde nos estados selecionados e em âmbito federal;
- Melhorar a capacitação em pesquisa e treinamento em economia da saúde nas áreas selecionadas; e
- Disseminação regular, efetiva e adequada das atividades e insumos de ES.

2 Justificativa

2.1 O setor de saúde brasileiro é amplo e complexo. Tornou-se aparente durante o elaboração do projeto que o DFID ainda não tem uma compreensão

suficiente de como direcionar a assistência ao setor de saúde brasileiro de forma a avançar na agenda de desigualdades e pobreza. Isto deve-se a uma combinação de fatores:

- O DFID não dispõe de informações de qualidade sobre processos políticos relevantes, sobre o financiamento da saúde e mecanismos de alocação de recursos, e sobre os fluxos de recursos privados e públicos dentro do sistema. Existe uma necessidade de avaliar como estes processos e fluxos podem ser influenciados através de assistência bilateral e multilateral a fim de alcançar um sistema de saúde, mais equânime e com melhor resposta às necessidades das pessoas pobres.
- O DFID não está atualmente envolvido em fóruns onde as necessidades e prioridades do setor de saúde são discutidos por importantes agências internacionais e nacionais, e com o Governo brasileiro. Isto é essencial para maximizar a sinergia e os efeitos multiplicadores da assistência bilateral do DFID.
- Quando a equipe do DFID tornar-se primariamente envolvida nas responsabilidades de gestão do projeto as considerações acima diluem-se e o trabalho de gerenciamento do projeto tornar-se a prioridade. Isto representa custos importantes para o DFID, cuja impressão do setor de saúde brasileiro é prejudicada e obstruída pelo trabalho diário de gerenciamento do projeto.

2.2 O projeto requer que um oficial do DFID esteja baseado em Brasília, que esteja tecnicamente qualificado em questões de saúde e população, que tenha total conhecimento em estratégias de desenvolvimento e que seja capaz de fornecer orientação e direção ao projeto. O projeto também demanda um oficial do DFID capaz de monitorar o projeto esteja envolvido com os participantes Brasileiros, para que venha maximizar o seu potencial de impacto, que parcerias de longa duração sejam desenvolvidas e que o gerenciamento do projeto seja efetivamente uma responsabilidade dos parceiros brasileiros. Ao mesmo tempo, há a necessidade de utilizar estrategicamente os resultados que o projeto de ES irá fornecer e de supervisionar as finanças e despesas do projeto de modo a garantir responsabilidade e transparência.

2.3 A indicação de um APS/HPA deve possibilitar que o DFID avance ao longo das linhas descritas acima. Isto levaria a uma melhor compreensão do setor de saúde brasileiro e das formas como direcionar o auxílio do DFID ao sistema de saúde brasileiro como um meio de avançar na agenda de redução de desigualdades e da pobreza. Portanto, apesar do cargo ter responsabilidades relacionadas ao projeto, também permitirá ao DFID engajar-se em um diálogo mais estratégico e construtivo com os principais participantes do sistema de saúde brasileiro. O CSP do DFID claramente define a necessidade do DFID

trabalhar em parcerias mais próximas com outros doadores e agências. Entretanto estas parcerias precisam ser ativamente exploradas e implementadas caso deseja-se que se tornem uma realidade. Experiências até o momento, sugerem que tal papel estratégico não pode ser atingido a menos que os oficiais do DFID envolvidos em projetos de saúde sejam também capazes de dedicar tempo ao estudo das questões do setor de saúde e das estratégias que farão com que a assistência do DFID alcance um maior impacto. Para tanto, a indicação de um Gerente de Campo é vista pelos consultores de elaboração como uma importante oportunidade para o DFID contribuir de forma clara e duradoura para as discussões sobre as desigualdades de saúde do Brasil.

3 Responsabilidades

3.1 O objetivo deste cargo é garantir a qualidade e efetividade no fornecimento de insumos do DFID através do projeto, e melhorar a eficácia e impacto da assistência bilateral do DFID ao setor de saúde brasileiro de modo a torná-lo mais equânime e direcionado à população pobre.

3.2 Ele/a irá atuar como o primeiro ponto de contato entre o Projeto e o Governo Brasileiro, e como representante do DFID em todos os fóruns de saúde e população no Brasil. Ele/a irá manter uma participação ativa nas discussões com agências nacionais e internacionais atuantes no setor de saúde, e buscar oportunidades para orientar a assistência bilateral do DFID para áreas onde sinergia com outras agências possa ser obtida.

3.3 Ele/a manterá uma compreensão geral do setor de saúde brasileiro, e da assistência do DFID ao Brasil na saúde e população. Ele/a irá garantir que o projeto cubra áreas de relevância estratégica com o intuito de melhor direcionar os recursos do setor público para as necessidades de pessoas carentes. Ele/a compilará dados e informações geradas pelo projeto em áreas de financiamento da saúde e alocação de recursos, com o objetivo de aumentar a compreensão do DFID sobre a ineficiência e desigualdades existentes, e de potenciais alternativas para superá-las.

3.4 Ele/a adotará uma postura pró-ativa no desenvolvimento de planos de trabalho anuais. Ele/a estará particularmente preocupado/a em fazer com que os resultados do projeto reflitam-se em políticas e práticas e, como representante do DFID, levantará estas questões em encontros com os representantes governamentais em âmbito Estadual e Federal. Ele/a garantirá que os resultados relevantes sejam efetivamente disseminados para o DFID, para outras agências de desenvolvimento e para instituições brasileiras.

3.5 Ele/a preparará, para o DFID, relatórios semestrais de monitoramento para o DFID imediatamente após cada reunião do CPRP, e garantirá que estes incorporem os resultados das consultorias e estudos executados pelo projeto. Ele/a também verificará que as recomendações tanto do CPRP quanto do CT

(no relatório de monitoramento do CT) estejam efetivamente incorporadas nas estratégias do projeto.

3.6 Ele/a avaliará, e eventualmente será responsável pelas as autorizações de despesas do projeto com os recursos do DFID propostas pela UGP; supervisionará e aprovará pagamentos de consultorias locais e por estudos encomendados no Brasil; e, juntamente com a UGP, acompanhará todas as despesas técnicas e administrativas do projeto.

3.7 Ele/a irá participar das reuniões do CPRP, e do OPR, e fará a minuta do TR para a avaliação independente do Projeto Final a ser executada ao final do projeto, e informar ao DFID e ao Governo Brasileiro das implicações/resultados de tal avaliação.

4 Resultados

4.1 O APS/HPA do DFID, irá preparar relatórios sucintos, resumindo os resultados das atividades do projeto que são de relevância direta para o DFID e outras agências.

4.2 Ele/a preparará, para o DFID, relatório anual de monitoramento, resumirá os resultados das reuniões do CPRP, e irá rever e comentar os relatórios anuais de progresso preparados pela UGP.

5 Administração

5.1 O ASP/HPA poderá autorizar despesas ou a compra de itens de valor inferior a 6000 libras esterlinas, e irá consultar o Chefe de Cooperação Técnica do DFID em Brasília para a compra de itens superior a este valor.

5.2 O APS/HPA terá a autoridade para conceder realocações de até 10% dos recursos orçamentários do projeto.

5.3 O posto estará localizado no escritório do DFID em Brasília e irá recursos do projeto serão alocados para viabilizar a mobilidade do ASP/HPA no Brasil.

6 Linhas do relatório

6.1 O funcionário ao qual o ASP/HPA deverá se reportar será o Assessor de Saúde do DPALCAS, e o funcionário que assinará em nome do primeiro será o Chefe do DPALCAS 1.

Nas questões usuais e em assuntos relacionados à administração e gestão do orçamento do projeto, o APS/HPA se reportará ao Chefe da Cooperação Técnica no escritório do DFID em Brasília. Ele/a irá dirigir-se ao Assessor de Saúde do DPALCAS em todas as questões técnicas ou outros assuntos de gerenciamento do Projeto.

6 Sumário das Especificações Pessoais

O Gerente de Campo terá que possuir todas as habilidades essenciais e algumas das habilidades importantes listadas abaixo:

Especificação	Essencial	Importante
Geral	- Cidadania brasileira ou com direito a trabalhar no Brasil - Pós -graduação ou Mestrado em áreas relevantes.	- Bom conhecimento sobre o Governo brasileiro e sobre a estrutura do setor público. - Experiência prévia em trabalho no Brasil ou na América Latina
Gestão de Projeto	- 5-10 anos de experiência em gerenciamento grandes projetos. - Boa habilidade em planejamento e gestão de projeto. - Familiaridade com projetos de assistência	- Conhecimento básico do DFID e de suas estratégias de desenvolvimento
Habilidades Técnicas	- Experiência prévia em gerenciar ou influenciar nas mudanças no setor público - Entendimento do Sistema de saúde brasileiro - Ente ndimento básico nos conceitos em economia da saúde	- Bom entendimento/acompanhamento de registro de trabalho em desenvolvimento de sistemas de saúde - Entendimento de questões políticas, institucionais e capacitação pertinente aos setores sociais
Outras	- Excelente habilidade de comunicação e diplomacia - Excelente domínio da língua Portuguesa, e bom conhecimento em Inglês	- Boa habilidade de redação e de síntese: habilidade em apresentar questões complexas de uma forma simplificada.

6.6 Agência Européia de Suporte Técnico/RU

Termos de Referência

1 Histórico

1.1 O Departamento para Desenvolvimento Internacional concordou com um projeto de £ 4,9 milhões de libras esterlinas com Governo do Brasil, com duração de cinco anos, com início em 2001.

1.2 A Meta do projeto é melhorar a eqüidade, eficiência e efetividade do Sistema de saúde brasileiro. O Propósito do projeto é aumentar o uso ferramentas de Economia da saúde na análise, formulação e implementação de políticas voltadas a redução das desigualdades no Sistema de Saúde. Os Resultados serão:

• Aumentar a demanda por uso de insumos de economia da saúde nos estados selecionados e em âmbito federal;

• Melhorar a capacidade de pesquisa e treinamento em economia da saúde nas áreas selecionadas; e

- uma disseminação regular, efetiva e adequada das atividades e insumos de ES.

2 Implementação do Projeto

2.1 O projeto será administrado pela Unidade de Gestão do Projeto, composta por um Gerente do Projeto, um ou mais profissionais de saúde do MS/IPEA, um Oficial do Projeto e um contador. A UGP prestará contas ao Comitê de Planejamento e Revisão do Projeto, presidido por um representante oficial do Ministério da Saúde e integrando os principais interessados, incluindo o DFID. O DFID irá indicar o Assessor do Programa de Saúde (APS) para supervisionar a implementação do projeto e para representar os interesses do DFID na área de saúde e população no Brasil.

2.2 A UGP preparará revisões bi-anuais, relatórios de progresso anuais e planos de trabalho anuais a serem apresentados, e aprovados pelo CPRP. A UGP estará baseada no MS ou no Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – (IPEA) em Brasília. A UGP trabalhará com estados e universidades selecionados no Brasil para aumentar a oferta, a demanda e o uso das habilidades e ferramentas de ES nas políticas e nas práticas. Para tanto, serão criadas instâncias consultivas no âmbito estadual, federal e acadêmico para garantir que o trabalho do projeto esteja adequadamente inserido no âmbito dos governos estadual e federal.

2.3 A Assistência Técnica Internacional/RU será gerenciada através da Agência Européia de Apoio Técnico/RU (AAT), com especialização em Desenvolvimento Internacional de Saúde, acesso e ligações com centros de excelência em Economia da saúde na Europa e competência em áreas como organização de viagens de estudo, treinamento e identificação de consultores apropriados. A AAT/RU também será responsável pela provisão de aconselhamento técnico e estratégico solicitados pelo APS/HPA, com um número de dias por ano alocados para esta função. Os insumos nacionais serão gerenciados pela UGP, contratado diretamente pelo escritório do projeto.

3 A Agência de Apoio Técnico (AAT)

3.1 A AAT terá duas funções principais: apoio técnico/estratégico e suporte administrativo associado.

Consultor Técnico

3.2 O propósito do trabalho do consultor técnico é apoiar o projeto através de provisões de aconselhamento técnico e pró-ativo para a UGP e o APS/HPA do DFID em Brasília sobre questões específicas do projeto e questões mais abrangentes do desenvolvimento do setor de saúde; e para coordenar as atividades organizadas externamente.

3.3 O Consultor Técnico será subordinado ao Gerente do Projeto para aconselhamento e suporte.

As funções dele/a incluirão:

- provisão de parecer técnico sobre questões específicas relacionada ao projeto. Isto pode incluir áreas onde o conhecimento profundo não esteja disponível localmente e/ou questões onde busca-se uma opinião externa
- monitoramento do projeto em consonância com seus objetivos, na forma de um relatório de monitoramento anual a ser produzido na metade de cada ano do projeto entre as duas reuniões anuais do CPRP;
- participação em reuniões do CPRP, como observador e referência técnica;
- opinar sobre os planos anuais de trabalho, relatórios de progresso e na abordagem do projeto e conteúdo das atividades (locais e internacionais), incluindo consultorias, viagens de estudo, treinamento e workshops;
- coordenação de atividades que exijam organização externa e garantir que elas sejam executadas efetivamente. Isto incluirá identificação, *briefing* e debriefing dos consultores, assegurando-se da qualidade de seus trabalhos e desenvolvendo itinerários para o viagens de estudo;
- prover acesso à análise de especialistas e 'a pareceres sobre questões específicas quando requisitadas. Este parecer pode ou não ser fornecido pelo próprio/a consultor técnico.
- permanecer atualizado sobre o desenvolvimento e progresso do projeto através de duas visitas de uma semana por ano ao projeto, mantendo contato regular com o Gerente do Projeto e o APS do DFID e lendo todos os documentos relevantes do projeto;
- garantir que o Gerente do Projeto e os parceiros locais sejam mantidos informados sobre os desenvolvimentos que estão acontecendo no desenvolvimento de políticas do setor de saúde internacionalmente, e que o projeto tome consciência delas;
- fornecer qualquer apoio técnico e parecer requisitado.

Especificações Pessoais

3.5 O Consultor Técnico deverá ter experiência de trabalho no setor internacional de desenvolvimento à saúde, com conhecimento dos Sistemas Brasileiro e/ou Latino Americano de Saúde. Ele/a deverá estar atualizado quanto aos principais desenvolvimentos internacionais e deverá ter uma extensa rede de contatos no setor de saúde no UK, internacionalmente e dentro do DFID. Ele/a deverá ter um conhecimento sólido da economia básica saúde e ter uma rede de contatos em centros de excelência em economia da saúde na Europa. Ele/a deverá ter conhecimento e experiência nas políticas e processos do DFID e ser

facilmente contatado - via e-mail e/ou telefone e ser fluente em Português/Espanhol.

Insumos

3.6 Este cargo requer:

- pelo menos quatorze dias de trabalho por ano relacionados a duas visitas ao país, incluindo viagem e tempo de preparação dos relatórios.
- dias por ano de aconselhamento *ad hoc*.
- até 15 dias por ano para coordenar consultorias, viagens de estudo e outras atividades.

Assessor Administrativo do Projeto

Propósito

3.7 O Assessor Administrativo do Projeto será responsável por fornecer suporte administrativo ao Consultor Técnico e garantir que as atividades organizadas externamente sejam eficiente e efetivamente executadas.

3.8 O Assessor será responsável junto ao Consultor Técnico pelo sucesso das atividades do projeto organizadas externamente. Ele/a relacionar-se-á com o APS do DFID e fornecerá informações acerca do progresso e custo de cada atividade.

Tarefas

3.9 Ele/Ela deverá:

- Administrar as atividades que requeiram organização externa
- Atuar como o principal ponto de contato para todas as atividades organizadas externamente, entre o consultor técnico, o gerente de viagens de estudo, o gerente de serviços de consultoria, consultores e gerente do projeto.
- Fornecer informações financeiras ao coordenador do projeto sobre o custo das consultorias organizadas externamente.

Serviços

3.10 A Agência de Suporte Técnico fornecerá os seguintes serviços para o DFID/GoB, a pedido do GP:

Insumos de Consultoria Internacional/RU

- identificar consultores e especialistas Internacional/RU, contratar e pagar os custos das missões ao Brasil, consultando o GP;
- aprovar os CVs com o GP e confirmada a aceitabilidade e disponibilidade garantir que os arranjos e *briefings* com a administração local sejam comunicados a todas as partes interessadas: e

• certificar-se que os relatórios sejam produzidos dentro de três semanas de cada missão e que as cópias sejam passadas para o GP, para o APS/PA do DFID, LACAD e para o Consultor Técnico.

Suporte de Treinamento Internacional/RU

• identificar cursos e treinamentos internacionais adequados aos participantes brasileiros do projeto, consultando o GP;

• administrar os arranjos com as UK/Instituições Internacionais e executar os pagamentos aos treinandos e garantir o apoio pessoal necessário durante estas visitas; e

• todos relatórios acadêmicos, quando importantes, serão imediatamente obtidos e cópias enviadas ao GP, APS/HPA do DFID, LACAD e ao Consultor Técnico.

Viagens de estudo Internacional/RU

• identificar viagens de estudo internacional/RU adequados aos participantes brasileiros do projeto, consultando o GP;

• administrar os arranjos com instituições internacionais/UK e fazer os pagamentos aos participantes e garantir apoio pessoal necessário durante as visitas; e

• todos os relatórios acadêmicos, quando relevantes, serão obtidos prontamente e cópias enviadas ao GP, APS/HPA do DFID, LACAD e ao Consultor Técnico.

Relatórios

• A Agência de Apoio Técnico preparará relatórios trimestrais e anuais sobre todas essas atividades para o DFID (Londres e Brasília) e à UGP. Estes relatórios incluirão resumo detalhado das atividades executadas no último trimestre, planos propostos para o próximo trimestre, e relatórios financeiros sobre o desembolso do RU para o projeto.

Especificações Pessoais

• Deverá apresentar sólidas habilidades administrativas e de comunicação. Ele/a deverá ser fluente em Português.

ANEXO 7A

ORÇAMENTO DO PROJETO – CONTRIBUIÇÃO DO DFID

Especificação	Fase preparatória	ANO 1	ANO 2	ANO 3	ANO 4	TOTAL
Pessoal Internacional do Projeto	75,000	100,000	100,000	100,000	125,000	**500,000**
Gerente de Campo do DFID	10,00	12,000	12,000	12,000	14,000	**60,000**
Custos do escritório e contratação						
Subtotal						
Pessoal Local do Projeto						
Gerente do Projeto	30,000	45,000	45,000	45,000	60,000	**225,000**
Oficial do Projeto	9,000	18,000	18,000	18,000	27,000	**90,000**
Contador do Projeto	9,000	18,000	18,000	18,000	27,000	**90,000**
Economista da Saúde	9,000	18,000	18,000	18,000	27,000	**90,000**
Escritório, seleção & viagens	6,000	9,000	9,000	9,000	15,000	**48,000**
Reuniões do CPRP	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	**25,000**
Subtotal						
Insumos de Consultoria						
Consultores Internacionais& CT	52,000	140,000	160,000	220,000	214,000	**786,000**
Consultores locais	23,000	115,000	115,000	220,000	220,000	**693,000**
Subtotal						
Viagens de Estudo						
Viagens de estudo Internacional	15,000	30,000	30,000	30,000	15,000	**120,000**
Viagens de estudo Nacional	10,000	10,000	5,000	10,000	5,000	**40,000**
Subtotal						
Workshops & Disseminação						
Organização de eventos e produção de documentos	5,000	10,000	15,000	20,000	25,000	**75,000**
Subtotal						
Treinamento Internacional e local						
Treinamento Internacional	50,000	50,000	100,000	150,000	50,000	**400,000**
Treinamento Nacional	25,000	100,000	100,000	150,000	150,000	**525,000**
Subtotal						
Rede de ES e Serviço de Informação em ES						
Funcionamento e Adm.	30,000	20,000	15,000	10,000	5,000	**80,000**
Subtotal						
Assessor de Informação	6,000	9,000	9,000	9,000	15,000	**48,00**
Custos locais de pesquisa						
Estados do Projeto	20,000	20,000	20,000	30,000	30,000	**120,000**
Estados fora do Projeto	40,000	60,000	50,000	50,000	40,000	**240,000**
Computadores/ equipamento de escritório	30,000	15,000	5,000	5,000	5,000	**60,000**
(PMU, HEIS, FMO)						
Agência de Apoio Técnico						
em 10% da Cons. Int. & viagens de estudo + 5% do treinamento Internacional.	10,000	20,000	25,000	35,000	25,000	**115,000**
Monitoramento, POR e Avaliação	10,000	10,000	30,000	10,000	40,000	**100,000**
Contingências em 10%						**453,000**
Total						**4,983,000**

* O ano 4 terá 15 meses, já que a fase preparatória terá 9 meses

ANEXO 7B

ORÇAMENTO DO PROJETO – CONTRIBUIÇÃO DO GOVERNO BRASILEIRO

(ÂMBITOS FEDERAL E ESTADUAL)

Áreas de Atividade	Contribuição do Governo Brasileiro	Contribuição do Gov. Bras. (Em libras esterlinas)
Desenvolvimento da capacidade de treinamento	1,330,000	511,538
Bolsas de estudo para facilitar a participação em treinamentos	270,000	103,846
Apoio à pesquisa & estudos	280,000	107,692
Workshops e custos de disseminação	150,000	57,692
Rede de ES e Serviço de Informação em ES	118,000	45,384
Gestão do Projeto -UGP -PPRC -DFID FMO & OPR AAT	**118,000** 108,000 10,000 - -	**45,384**
TOTAL	**R$2,266,000**	**£871,536**

* A taxa de conversão utilizada: £1 = R$2.6, aplicável a partir de 2 de agosto de 2000.

ANEXO 7C

CÁLCULOS E NOTAS DO DEMONSTRATIVO ORÇAMENTÁRIO PARA AS CONTRIBUIÇÕES DO GOB E DO DFID

NOTA – Este não é o orçamento do projeto, mas a base para os cálculos do orçamento dos anexos 7A e 7B. Mostra quais itens foram orçados para cada área de atividade, o que o anexo 7A não mostra, já que é um orçamento por insumos.

CAPACITAÇÃO DE TREINAMENTO. DFID £730,000; GoB R$1,330,000.

Desenvolvimento Curricular (para 10 cursos, todos os tipos). DFID £180,000; GoB R$40,000.

Consultores Nacionais e Internacionais do DFID para auxiliar no desenvolvimento dos cursos.

-1 Consultor Internacional /1 semana de visita (£6,000) x 2 visitas x 10 cursos = £120,000

-1 Consultor Nacional /2 semanas de visita (£3,000) x 2 visitas x 10 cursos = £60,000

Contribuição do GOB: tempo do pessoal @R$1000/semana x 40 semanas = R$40,000

1.1 Apoio de Treinamento (cursos nacionais; todos os cursos são aplicáveis). DFID £ 390,000; GoB R$ 1,250,000.

Consultores Nacionais e Internacionais do DFID para participar da realização de cursos.

-1 Consultor Internacional /2 semanas de visita (£10,000) x 1 visita x 5 cursos/ano (4 estados do projeto + 1 Federal ou de fora do projeto) x 3 anos = £150,000

-2 Consultores Nacionais/2 semanas de visita (£3,000) x 1 visita x 10 cursos x 4 anos =- £240,000

Contribuição/GoB : funcionamento dos cursos (tempo do pessoal, espaço, comunicações, despesas operacionais): 15 cursos @R$30,000 e 40 curses @R$20,000 = R$1,250,000

1.2 Visitas de estudo (Intercâmbio de treinamento e pesquisa). DFID £160,000; GoB R$ 40,000.

-1 visita de estudo internacional /1 semana (£3000) x 5 pessoas x 2 por ano x 4 anos = £120,000

-1 Visita de Estudo Nacional /1 semana (£1000) x 5 pessoas x 2 por ano

x 4 anos = £40,000

Contribuição do GoB: Salário do Pessoal – 40 pessoal/semanas @ R$1000/semana = R$40,000

APOIO A PARTICIPAÇÃO EM TREINAMENTO. DFID £925.000; GoB R$270,000.

1.3 Bolsas de estudo para cursos nacionais. DFID £525,000; GoB R$150,000

Bolsas de estudo para cobrir custos de matrículas, viagem e acomodação para cada tipo de curso, quando aplicável.

-1 mês de curso. £1500 Bolsa de Estudo x 10 cursos x 10 alunos = £150,000

-3 meses de curso. £2500 B.E. x 5 cursos x 10 alunos = £125,000

-1 ano de curso. £10,000 B.E. x 5 cursos x 5 alunos = £250,000

Contribuição do GoB: Administração; tempo do pessoal custos de oportunidade; seleção. Estimado em R$1000 por aluno x 150 alunos = R$150,000

1.4 Bolsas de Estudo para cursos internacionais. DFID £400,000; GoB R$120,000

Para cobrir custos com matrículas, viagem e acomodação dos bolsistas.

-3 meses de Curso. £7,500 B.E. x 4 alunos x 5 loci (4 estados do projeto + 1 Federal ou de estado fora do projeto) = £150,000

-1 ano de curso. £25,000 B.E. x 2 alunos x 5 loci (4 estados do projeto + 1 Federal ou de estado fora do projeto) = £250,000

Contribuição do GoB. Seleção, Administração e custo de pessoal (unificado para toda a duração do curso) = R$4000 x 30 alunos = R$120,000

APOIO A PESQUISA. DFID £676,000; GoB R$280,000.

Há diferentes orçamentos para os programas de pesquisa em âmbito Federal e Estadual. Foi também orçado valor para consultorias nacionais e internacionais, bem como um valor fixo para os custos locais de contratação de pesquisadores locais, deslocamento dos pesquisadores e todos os custos associados a cada pesquisa. Não está incluído o apoio de consultoria internacional (visitas de 1 semana) disponibilizada em âmbito Federal.

- Estados do Projeto.

1 consultoria internacional/2 semanas de visitas (£10,000) x 2 visitas x 2 estudos/estado x 4 estados do projeto = £160,000

1 consultores nacionais/2 semanas de visita (£3,000) x 2 visitas x 2 estudos

x 4 estados do projeto = £48,000

Custos locais: £15,000 x 8 estudos = £120,000

- Estudos em âmbito nacional/Federal

1 consultor internacional/1 semana de visita (£6,000) x 2 visitas x 6 estudos = £72,000

1 consultor nacional/1 semana de visita (£3,000) x 2 visitas x 6 estudos = £36,000

Custos locais: £40,000 x 6 estudos = £240,000

Contribuição do GoB: tempo do pessoal; apoio de administração; uso de equipamento; contingências. 14 estudos @R$20,000 = R$280,000

4 *WORKSHOPS* E DISSEMINAÇÃO. DFID £255,000 ; GoB R$150,000

Um *workshop* por ano durante três anos usado como base de cálculo para cada um dos quatro estados do projeto e em âmbito Federal. Espera-se que os resultados dos *workshops* sejam publicados e disseminados, portanto, esse item está sob a rubrica de custos de produção e distribuição de documentos. Assume-se que para cada *workshop* serão convidados 1 consultor internacional e três nacionais que atuarão como palestrantes ou facilitadores.

-1 consultor internacional/1 semana de visita (£6,000) – 5 locais x 3 anos = £90,000

-1 consultor nacional/1 semana de visita (£2,000) x 3 consultores x 5 locais x 3 anos = £ 90,000

- Custos de disseminação: £2000/*workshop* x 15 eventos = £30,000

- Custos de organização: £3000/*workshop* x 15 eventos = £45,000

Contribuição do GoB: salários do pessoal e contingências: R$10,000/*workshop* x 15 eventos = R$150,000

2 ES e SIES. Rede de Economia da saúde e Serviço de Informação de Economia da saúde, DFID £162.500[14]; GoB R$118,000.

Esse item cobrirá os custos das reuniões administrativas (1 por ano); apoio de consultoria para desenvolver as redes de ES e SIES, custos provisão de informações a SIES; custos de desenvolvimento e funcionamento de um SIES na Internet por 3 anos; custos de equipamento. Obs. Os workshops organizados

14 Custos adicionais e o restante despesas incidentais

pelas redes ficarão sob a rubrica de workshops. A contribuição do GoB será de assumir até 50% dos custos no ano 3 e 4 e fornecimento do apoio administrativo (Base de partilha de custos).

- Consultor Internacional/2 semanas de visita (£10,000) x 2 consultores x 3 visitas = £60,000

-1 Consultor Nacional @£100/dia x 5 dias por mês x 30 meses = £15,000

- Apoio administrativo ao SIES e Rede @£250/mês x 30 meses = £7,500

- Internet/custos de criação da webpage, tudo incluído: £250/mês x 30 meses = £7,500

- Custos de Reuniões administrativas @ £3000/reunião x 2.5 reuniões = £7,500

- Equipamento (SIES e Rede): computador, *scanner*, impressora @£5000 por conjunto x 4 conjuntos de equipamento = $20,000

Contribuição do Governo Brasileiro: custos com o espaço; contingências; tempo do pessoal estimado em R$ 1000/mês x 48 meses; mais a absorção de 50% dos custos a partir e a totalidade no ano 4, estimado em (consultor nacional., administração, Internet) £22,500 ou R$ 70,000. Total R$ 118,000.

GERENCIAMENTO E MONITORAMENTO DO PROJETO. DFID £1,268,200; GoB R$118,000

2.1 PMU . DFID £499,000; GoB R$108,000

Assumindo que o pessoal da UGP será recrutado no sétimo mês do projeto. Consultoria Internacional para apoiar os planos de trabalho e desenvolvimento a níveis estaduais e federais.

- Salário do gerente do projeto: £3500/mês (todas os imcargos/SS inclusive) x 54 meses = £189,000

- Salário do Economista da Saúde: £ 1,500 (tudo incluído)x 54 meses = £81,000

- Salário do Assessor do projeto: £1,500 (tudo incluído) x 54 meses = £81,000

- contador do projeto – meio período £1,000 (tudo incluído) x 54 meses = £54,000

- Seleção do pessoal e custos de publicidade: £2,500

- Consultoria Internacional de apoio ao UGP: 1 consultor internacional / 1 semana por visita (£6,000) x 2 visitas x 3 anos = £36,000

- Viagens nacionais: £500/mês x 54 meses = £27,000

- Despesas de escritório (incluindo subsídio pago a instituição anfitriã): £250/mês x 54 mês = £13,500

- equipamentos para o escritório (2 computadores, scanner, impressora, + telefones + fax) £15,000

Contribuição GoB inclui custos de locação, 50% dos custos para apoio administrativo) estimado em R$2000/mês x 54 meses = R$108,000

2.2 Encontros do CPRP. DFID £24,000; GoB R$10,000

Custos de Viagens e acomodação estimados em £800 por participante x 6 participantes (excluídos GP, DFID FMO, TC, ABC, IPEA e MS) x 5 encontros = £24,000

Contribuição GoB: local e arranjos logísticos pelo MS. Tempo do pessoal. Estimado em R$2,000 por encontro = R$10,000.

2.3 HPA/Monitormanto. DFID £600.000

Presume-se que o HPA funcione durante os cinco anos

- Salário do Assessor de Programa de Saúde (tudo incluído–pensão, seguro, viagens internacionais) £100,000 p.a. = £500,000

-Monitoramento/OPR/avaliação final: £20,000/ano, 5 anos = £100,000

2.4 TSA Agência de Apoio Técnico. DFID £145,200

Estima-se ser contratado a partir do 4º mês do projeto.

- Consultor Técnico: 30 pessoas dias/ano @£400 x 5 anos = 60,000; Viagens, 2 viagens/ano, permitindo até £3,000, 5 anos mais 70 diárias @£120 = £38,400

-10% sobre custo em todos as consultorias internacionais e consultoria em viagens de estudo (estimados de £868,000 = £86,800), e 5% de treinamento internacional (estimado em £400,000 = £20,000) = total £106,800.

RESUMO DO ORÇAMENTO DAS ATIVIDADES

Áreas de Atividades	Contribuição do DFID em libras esterlinas	Contribuição do Governo Brasileiro em R$	Contribuição do Governo Brasileiro em libras	ORÇAMENTO TOTAL em EM LIBRAS
Desenvolvimento da Capacidade de Treinamento	730,000	1,330,000	511,538	**1,241,538**
Bolsas de estudo para facilitar a participação em treinamentos	925,000	270,000	103,846	**1,028,846**
Apoio a Pesquisa & estudos	676.000	280,000	107,692	**783,692**
Workshops e custos de disseminação	255,000	150,000	57,692	**312,692**
Rede de ES e Serviço de Informação em ES	162,500	118,000	45,384	**207,884**
Gestão do Projeto	**1,268,200**	**118,000**	**45,384**	**1,313,584**
-UGP				
-CPRP	499,000	108,000		
-DFID HPA & OPR	24,000	10,000		
AAT	600,000	-		
	145,200	-		
TOTAL	**4,016,700**	**2,266,000**	**871,536**	**4,888,236**



UNESCO

ipea Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

DFID Department for International Development

Ministério da Saúde

BRASIL UM PAÍS DE TODOS GOVERNO FEDERAL