

Evolução e Perspectivas da Pesquisa em Economia da Saúde no Brasil

Solon Magalhães Vianna

ipea
INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA

Evolução e Perspectivas da Pesquisa em Economia da Saúde no Brasil*

*Solon Magalhães Vianna***

Brasília, novembro de 1998

* O autor agradece ao Centro de Documentação e Informação do Ministério da Saúde, bem como às bibliotecas da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), pela presteza com que atenderam ao pedido de informações bibliográficas.

O agradecimento se estende também a Marcelo de Oliveira Vianna, analista de sistemas, pela organização do banco de dados, e a Marcelo Azevedo, estagiário de economia no IPEA, pela ajuda na elaboração das tabelas e gráficos.

** Consultor do IPEA.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO
Ministro: *Paulo Paiva*
Secretário Executivo: *Martus Tavares*

ipea Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Presidente
Fernando Rezende

DIRETORIA

Claudio Monteiro Considero
Gustavo Maia Gomes
Hubimaier Cantuária Santiago
Luis Fernando Tironi
Mariano de Matos Macedo
Murilo Lôbo

O IPEA é uma fundação pública, vinculada ao Ministério do Planejamento e Orçamento, cujas finalidades são: auxiliar o ministro na elaboração e no acompanhamento da política econômica e promover atividades de pesquisa econômica aplicada nas áreas fiscal, financeira, externa e de desenvolvimento setorial.

Tiragem: 145 exemplares

COORDENAÇÃO DO EDITORIAL

Brasília — DF:
SBS Q. 1, Bl. J, Ed. BNDES, 10º andar
CEP 70076-900
Fone: (061) 315 5374 — Fax: (061) 315 5314
E-Mail: editbsb@ipea.gov.br

SERVIÇO EDITORIAL

Rio de Janeiro — RJ:
Av. Presidente Antonio Carlos, 51, 14º andar
CEP 20020-010
Fone: (021) 212 1140 — Fax: (021) 220 5533
E-Mail: editrj@ipea.gov.br

SUMÁRIO

SINOPSE

1	INTRODUÇÃO	5	
2	OBJETIVOS E CONTEÚDO	5	
3	NOTA METODOLÓGICA	6	
4	PERFIL DOS PESQUISADORES	8	
5	ESTADO DA ARTE NO CAMPO DA ECONOMIA DA SAÚDE	16	
6	UMA AGENDA PARA 2000	23	
	ANEXO 1	26	
	ANEXO 2	33	
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	108	

SINOPSE

Este trabalho teve como objetivos básicos realizar inventário de estudos e pesquisas em economia da saúde produzidos entre 1986 e 1995 e definir o perfil dos pesquisadores nacionais incluindo, entre outros aspectos, formação acadêmica básica e de pós-graduação, localização e vínculo institucional.

Os estudos identificados cobrem as áreas de financiamento, oferta e demanda, custos, avaliação econômica, equidade, regulação e setor privado. As três últimas são as de menor número de estudos. Cerca de 85% dos trabalhos têm até três autores cada um (55% são textos individuais); mais da metade (54%) são artigos; as teses e dissertações chegam a 12% do total.

A produção intelectual em economia da saúde está concentrada em nove pesquisadores residentes no eixo Rio/São Paulo/Brasília. Esses autores tiveram 87 participações entre as 397 identificadas nos 185 trabalhos elaborados por 275 diferentes pesquisadores. Entre estes nove, três mantêm uma média igual ou superior a um trabalho publicado por ano.

Do total de pesquisadores, 62% do total estão vinculados a universidade ou a instituto de pesquisa, e apenas 24% não têm alguma titulação acadêmica (doutorado, inclusive livre docência, mestrado ou especialização). A formação básica predominante dos pesquisadores está no campo das ciências da saúde (40%), mas os economistas, o segundo grupo profissional mais importante, chegam a 35%.

1 INTRODUÇÃO

O estudo que deu origem a este texto foi elaborado, a pedido da Organização Panamericana da Saúde (OPS), especialmente para o Seminário Regional “*La Investigación en Economía y Financiamiento de la Salud en América Latina y el Caribe: Situación Actual y Desafíos*”, promovido por OPS, Banco Mundial (BIRD), Rede Interamericana de Estudos de Economia e Financiamento da Saúde (REDEFS), e Faculdade de Ciências Econômicas e Administrativas (FACEA). O evento, realizado em Santiago (Chile) nos dias 21 e 22 de novembro de 1966, teve como finalidade central a apresentação, por parte de representantes de países da América Latina e Caribe, de inventários atualizados sobre o estado da arte no campo da pesquisa em economia e financiamento da saúde nos respectivos países.

Os resultados do estudo foram também apresentados, posteriormente, em conferência no IV Encontro Nacional de Economia da Saúde, realizado pela Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES) em Fortaleza.

2 OBJETIVOS E CONTEÚDO

Com esse escopo o estudo do caso brasileiro procurou:

(a) esboçar o perfil dos pesquisadores em economia da saúde em atividade no Brasil, sua formação básica e de pós-graduação, distribuição geográfica e institucional, bem como as respectivas áreas de interesse e experiência;

(b) dimensionar o grau de desenvolvimento alcançado nos últimos anos pela pesquisa no campo da economia e financiamento da saúde; e

(c) identificar as áreas temáticas no campo da economia da saúde com maior déficit de conhecimento, sobretudo aquelas mais diretamente relacionadas com processo de reforma setorial.

O trabalho tem três grandes componentes: (i) identificação (anexo 1) e análise do perfil dos investigadores brasileiros em atividade, exclusiva ou não, no campo da economia da saúde; (ii) um inventário de estudos e pesquisas sobre aspectos econômicos do setor saúde produzidos entre 1986 e 1995 (anexo 2); e (iii) as perspectivas para o desenvolvimento, no futuro imediato, desse campo do conhecimento.

3 NOTA METODOLÓGICA

3.1 Fontes

A definição do perfil dos pesquisadores valeu-se de dois questionários: um elaborado pela REDEFS (*Interamerican Network on Health Economics and Financing*) e outro pela ABRES, que se incumbiu da distribuição de ambos. A taxa de resposta foi relativamente baixa. Uma segunda tentativa, motivada por este trabalho, foi feita junto àqueles que não tinham atendido à primeira solicitação da ABRES. A despeito de a resposta ter sido facilitada com o envio de envelope selado para retorno, número significativo de pesquisadores não devolveu os questionários preenchidos em tempo de serem tabulados. Por essa razão, o perfil dos pesquisadores, tal como se desenha no capítulo 4, refere-se apenas a 45 associados.

O inventário de estudos e pesquisas em economia e financiamento da saúde foi realizada a partir das seguintes fontes:

- (a) Centro de Documentação e Informação do Ministério da Saúde;
- (b) Biblioteca da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP);
- (c) Biblioteca e Diretoria de Política Social (DIPOS) do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA).

As duas primeiras foram fundamentais. Embora ambas disponham da mesma base de dados (Sistema LILAC), verificou-se que algumas publicações identificadas em uma não constavam da outra. Mas, como era de se esperar, na grande maioria dos casos havia duplicação, a qual foi eliminada, posteriormente, durante o processo seletivo. A biblioteca do IPEA e os documentos disponíveis na DIPOS foram importantes para complementar essas duas fontes.

3.2 Critérios

O inventário compreende período de dez anos (1986-1995). O ano base coincide com o início dos trabalhos de elaboração da nova Constituição brasileira promulgada em 4 de outubro de 1988, na qual a questão saúde teve um tratamento sem precedentes em constituições anteriores. O período escolhido se estende, portanto, desde os antecedentes imediatos à criação do Sistema Único de Saúde (SUS) até os primeiros anos do seu processo de implementação.

Salvo no IPEA, no qual as publicações objeto da seleção inicial estão catalogadas no tema saúde, nas outras duas fontes procurou-se identificar a produção intelectual nas seguintes áreas temáticas:

- economia e financiamento da saúde;

- custos;
- estudos de oferta e demanda;
- avaliação econômica;
- gestão;
- modelo assistencial;
- descentralização;
- produtividade, eficiência e qualidade.
- reforma setorial.

No Centro de Documentação e Informação do MS (biblioteca do MS) foram selecionados, inicialmente, 1 406 títulos, enquanto na biblioteca da FSP/USP, cerca de quinhentos. A diferença se explica, fundamentalmente, pelo intervalo de tempo abrangido pelo levantamento, muito mais largo na biblioteca do MS (1986-1995) do que na FSP/USP (1990-1995). No IPEA, foram identificados ao redor de duzentos títulos.

Os mais de dois mil títulos selecionados de início foram reduzidos para 185, mediante a já referida eliminação das duplicações, combinada com os seguintes critérios de exclusão:

(a) trabalhos de autores estrangeiros se o tema do trabalho não estava diretamente relacionado ao Brasil. Foram incluídos, contudo, os trabalhos de autores nacionais, mesmo quando publicados no exterior e/ou não referentes a questões nacionais; nesse caso, considerou-se que o inventário tem como finalidade não só identificar a bibliografia disponível relacionada com o país, mas, por igual, dimensionar o potencial produtivo autóctone na área da economia da saúde;

(b) documentos de abordagem essencialmente política, sociológica, jurídica ou administrativa, salvo quando diretamente relacionados com o assunto central (economia da saúde); esse critério eliminou a quase totalidade da produção referente a gestão, descentralização, qualidade, modelo assistencial e reforma setorial; e

(c) artigos não sumarizados, com exceção daqueles disponíveis no IPEA, caso em que foi possível elaborar a síntese. Fazem parte também do inventário alguns artigos sem sumário, mas cujo título era suficientemente explícito para reconhecer que tinham a economia da saúde como abordagem central.

4 PERFIL DOS PESQUISADORES

4.1 Formação básica

O perfil dos pesquisadores em economia da saúde, como foi mencionado no capítulo anterior, está desenhado neste trabalho com base exclusiva nos associados da ABRES que responderam aos questionários enviados. Esse critério, nas circunstâncias, pareceu o mais adequado. Em primeiro lugar, pela impossibilidade de aplicar outro a curto prazo. Em segundo, porque, embora existam pesquisadores na área da economia (ainda) não filiados à ABRES, os mais prolíficos integram os quadros da associação. Das 397 participações identificadas neste inventário, 87 correspondem a apenas nove dos 275 autores. Todos esses nove pesquisadores (com participação em quatro ou mais trabalhos) são membros da ABRES.

TABELA 1
Brasil: Pesquisadores em Economia da Saúde¹
segundo a Formação Acadêmica Básica — 1996

Formação Básica	Pesquisadores	
	Número	%
Economia	16	35,56
Saúde	18	40,00
Medicina	15	33,33
Odontologia	2	4,44
Outras	1	2,22
Ciências contábeis	1	2,22
Administração	3	6,67
Outras	6	13,33
Não informado	1	2,22
Total	45	100,00

Fonte: Formulários da REDEFS e ABRES.

Nota: ¹ Filiados da ABRES.

Há um razoável equilíbrio entre profissionais de saúde e economistas. Os primeiros, em sua grande maioria médicos, correspondem a 40% do total, enquanto 35,5% são graduados em economia. A relação se altera quando, aos economistas, se agregam profissionais de áreas afins como administração e ciências contábeis; esse novo segmento corresponde à maioria (44,4 % do total). Os profissionais de saúde (40%), como mostra a tabela 1, ficam ainda mais claramente minoritários quando confrontados com o conjunto de todas as demais profissões (60%).

4.2 Distribuição espacial

Esse grupo multidisciplinar de investigadores está, do ponto de vista espacial, concentrado nos centros culturais e/ou burocráticos mais dinâmicos. Cerca de 73% têm sua sede de trabalho no eixo São Paulo (37,8%), Rio de Janeiro (20%) e Brasília (15,5%), caracterizando uma distribuição bem mais desigual do que a observada em relação à demografia e aos recursos para saúde. Essas três unidades da Federação abrigam 32% da população e absorvem mais de 45% dos recursos federais aplicados em saúde (Vianna *et alii*, 1990). Não menos eloqüente como indicador de concentração é o fato de dezesseis dos 26 estados e o Distrito Federal não disporem de, pelo menos, um pesquisador da área. Entre os pesquisadores com formação básica em ciências da saúde, excetuados os médicos, a concentração ainda é mais elevada (tabela 2).

TABELA 2
Brasil: Distribuição por Estado dos Pesquisadores Vinculados à ABRES
segundo a Formação Básica — 1996

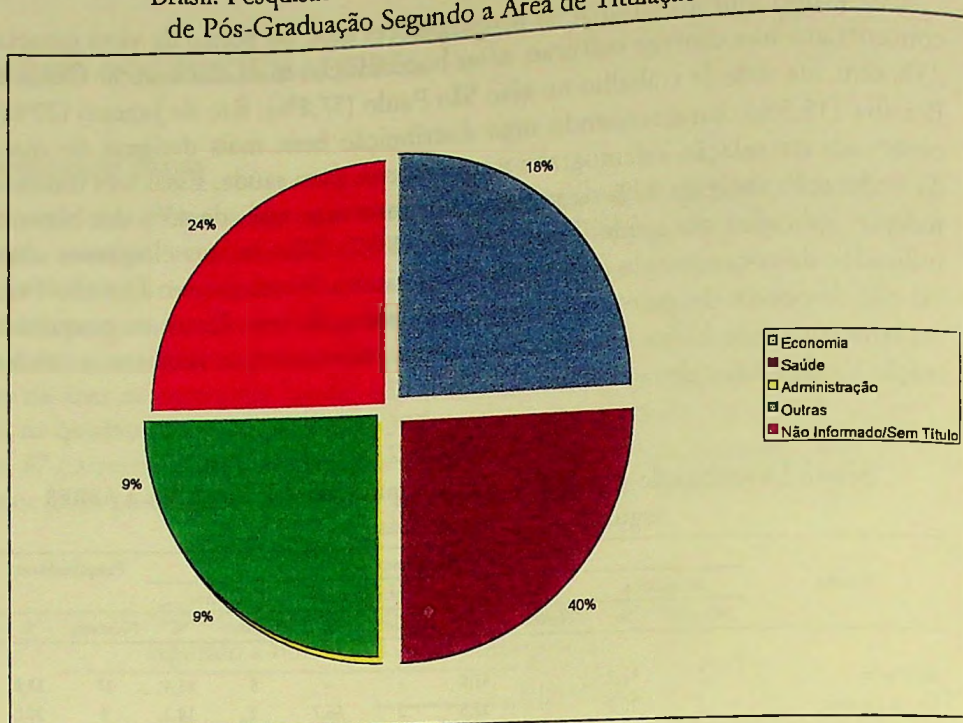
Estado	Formação Básica								Pesquisadores	
	Economia		Medicina		Outras (saúde)		Outras		Número	%
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%		
São Paulo	5	33,3	7	43,8	-	-	5	45,4	17	37,8
Rio de Janeiro	3	20,0	2	12,5	2	66,7	2	18,2	9	20,0
Distrito Federal	3	20,0	3	18,7	1	33,3	-	-	7	15,6
Outros estados	4	26,7	4	25,0	-	-	4	36,4	12	26,7
Total	11	100,0	12	100,0	3	100,0	7	100,0	45	100,0

Fonte: Formulário da ABRES.

4.3 Pós-graduação

Apenas 24% dos pesquisadores identificados não possuem título de pós-graduação (doutorado, mestrado ou curso de especialização). Entre os titulados, alguns têm mais de uma pós-graduação, mas o gráfico 1 só considerou o título de maior hierarquia acadêmica. Em 40% dos casos, a titulação ocorre na área de saúde pública, seguida de economia (18%). Cabe destacar que foi identificado apenas um pesquisador com pós-graduação específica (doutorado) em economia da saúde. A formação mais próxima, em *planejamento de saúde*, inclui outros quatro pesquisadores.

GRÁFICO 1
 Brasil: Pesquisadores em Economia da Saúde em Formação
 de Pós-Graduação Segundo a Área de Titulação — 1996



Quando se considera cada titulação individualmente, a composição relativa se altera, sem, contudo, mudar a predominância da formação sanitária. Os títulos de doutor estão majoritariamente na área da saúde (46,7%), mas o campo da economia é responsável por outros 40% desses títulos. No mestrado, os percentuais são de 58,3% (saúde) e 16,7% (economia). A diferença é mais marcante quando se trata da especialização — qualificação aparentemente pouco comum entre os economistas em geral —, mas, como é sabido, bastante freqüente em toda a área médica. Cerca de 57% e 43% dos títulos de especialização são relativos à área de saúde e administração, respectivamente.

4.4 Vinculação institucional

A grande maioria (62%) dos pesquisadores está vinculada a alguma universidade ou instituto de pesquisa, o que não surpreende. O inusitado, como se constata na tabela 3, é o fato de a maioria dos pesquisadores vinculados a algum órgão de prestação de serviços estar no nível local (administração pública municipal). A peculiaridade pode estar relacionada ao processo de descentralização, que

tem contribuído, ainda que de forma lenta e gradual, para diminuir a histórica hegemonia do governo central no campo da saúde.

Como se deduz a partir dos nomes incluídos na última tabela deste texto e do exame do anexo II, os três centros de pesquisa mais importantes em quantidade de estudos produzidos são a Fundação para o Desenvolvimento da Administração Pública/Instituto de Economia do Setor Público (FUNDAP/IESP), instituição vinculada aos governo do estado de São Paulo; o IPEA (Brasília e Rio de Janeiro), fundação integrante da estrutura do Ministério do Planejamento e Orçamento e a Fundação Osvaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública (FIOCRUZ/ENSP), do Ministério da Saúde. Essas instituições geraram mais de 40% dos estudos constantes do inventário.

TABELA 3
Brasil :Pesquisadores na Área de Economia da Saúde¹
segundo o Tipo de Instituição a que Estão Vinculados — 1996

Instituição	Pesquisadores	
	Número	%
Universidade	22	48,89
Instituto de pesquisa	6	13,33
Administração pública	11	24,44
Federal	2	4,44
Estadual	4	8,89
Municipal	5	11,11
Setor privado	3	6,67
Outra Situação	3	6,67
Total	45	100,00

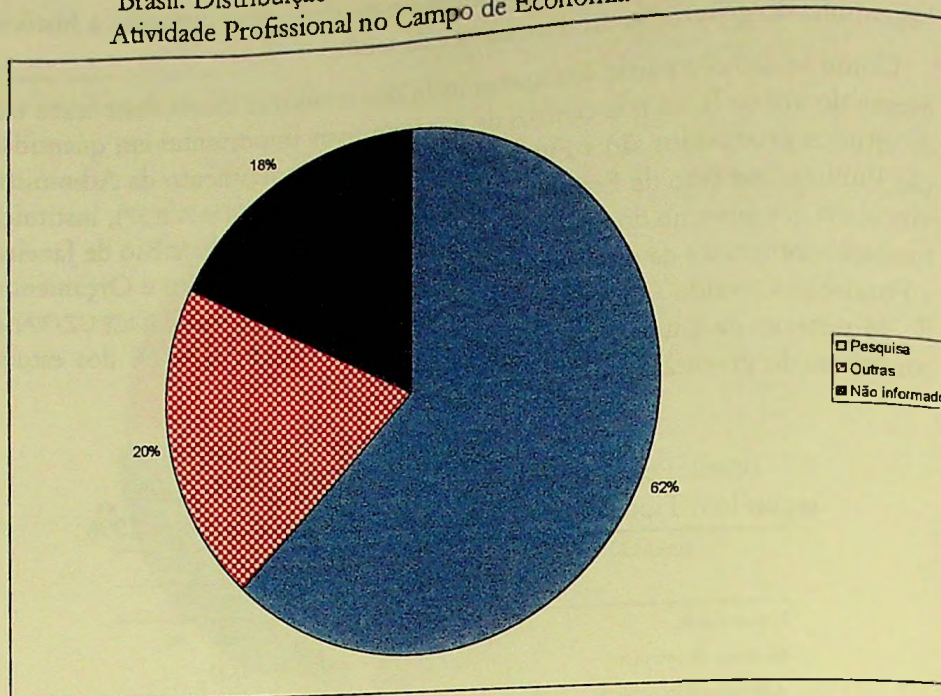
Fonte: Formulário da ABRES .

Nota: ¹ Filiados à ABRES.

4.5 Atividade profissional

O perfil profissiográfico dos membros da ABRES pode ser esboçado também sob a ótica da atividade a que se dedicam, a despeito de ser a alta taxa de “*não informado*” (18%): 62% dos pesquisadores estão total ou parcialmente envolvidos com estudos e pesquisas. Contudo, o percentual dos que se dedicam exclusivamente à pesquisa é de apenas 4,4%. A atividade conjunta ensino/serviços, relativamente freqüente em toda a área da saúde, não foi encontrada entre os pesquisadores em economia da saúde (gráfico 2).

GRÁFICO 2
 Brasil: Distribuição dos Membros da Abres segundo as Áreas de
 Atividade Profissional no Campo de Economia da Saúde — 1996



4. 6. Principais áreas de interesse e experiência

As taxas, bastante elevadas, de “*não informado*” — 45% na área de *principal interesse* (tabela 4) e 44,4% na de *principal experiência* (tabela 5) — desaconselham conclusões definitivas. A informação apresentada deve ser, portanto, considerada com a devida cautela.

TABELA 4
 Brasil: Pesquisadores em Economia da Saúde¹
 segundo a Formação Básica (Graduação) e a
 Principal² Área de Interesse Profissional — 1996

Áreas de interesse	Formação Básica ³						Total	
	Economia		Saúde		Outra		Número	%
	Número	%	Número	%	Número	%		
Financiamento	2	12,50	4	22,22	2	18,18	8	17,78
Oferta/demanda	1	6,25	-	-	-	-	1	2,22
Custos	2	12,50	-	-	1	9,09	3	6,67
Aval. econômica	1	6,25	-	-	1	9,09	2	4,44
Progr./aval. serviços	-	-	4	22,22	1	9,09	5	11,11
Orçamentação	-	-	-	-	-	-	0	0,00
Outras	4	25,00	3	16,67	1	9,09	8	17,78
Não informado	6	37,50	7	38,89	5	45,45	18	40,00
Total	16	100,00	18	100,00	11	100,00	45	100,00

Fonte: Formulário da ABRES.

Notas: ¹Filiados à ABRES.

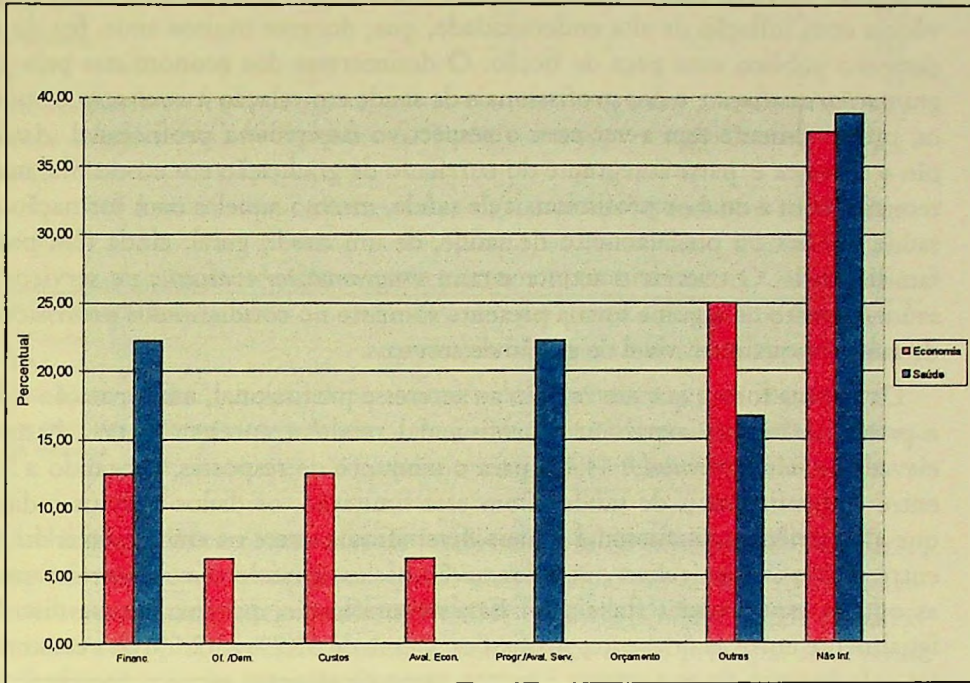
² Primeiro lugar no ranking de interesses.

³ Graduação/profissão.

Financiamento seria a principal área de interesse para o conjunto dos pesquisadores, independentemente da formação básica. *Outras* áreas não especificadas, contudo, apresentam o mesmo percentual, o que indica grande variedade de preferências, possivelmente fora do campo da economia da saúde. Essa diversificação é bem mais alta entre economistas (25%) do que entre as duas outras categorias (gráfico 3).

GRÁFICO 3

Brasil: Pesquisadores em Economia da Saúde segundo a Formação Básica (graduação) e a Principal Área de Interesse Profissional — 1996



O interesse intelectual é mais diversificado entre os economistas do que entre os profissionais de saúde, considerando-se as opções especificadas na tabela 4. A maioria dos profissionais de saúde está preocupada com o financiamento setorial (22,2%). Já os economistas se dividem entre *financiamento* e *custos*, e, secundariamente, *avaliação econômica* e estudos de *oferta/demanda*. Nenhum economista apontou *planejamento/avaliação* ou *orçamentação* como sua principal área de interesse. Entre os demais profissionais o interesse também é diversificado. A preferência diz respeito às questões relacionadas com *financiamento*, mas a variedade de interesses nesse grupo é mais equilibrada do que entre economistas e profissionais de saúde.

Os maiores vazios de interesse se encontram entre os profissionais de saúde: quatro áreas não aparecem como a de principal interesse: estudos de oferta/demanda, custos, avaliação econômica e orçamentação. Orçamentação está fora das preferências de todos os profissionais pesquisados. Entre os economistas, a programação/avaliação, sob a ótica do interesse, é o único tema a descoberto.

Para algumas dessas preferências pode haver explicação, ainda que parcial. O desapareço coletivo com a questão orçamentária pode ter origem na longa convivência com inflação de alta endemicidade, que, durante muitos anos, fez do orçamento público uma peça de ficção. O desinteresse dos economistas pela programação/avaliação, e dos profissionais de saúde em relação à avaliação econômica, provavelmente tem a ver com o respectivo background profissional. Avaliação econômica é parte integrante do currículo de graduação em economia, mas é temática com a qual os profissionais de saúde, mesmo aqueles com formação em saúde pública ou planejamento de saúde, de um modo geral, ainda têm pouca familiaridade. O contrário acontece com programação/avaliação de serviços de saúde, assunto de alguma forma presente somente no cotidiano dos profissionais de saúde de qualquer nível de gestão de serviços.

Da mesma forma que em relação ao interesse profissional, a informação sobre a principal área de experiência profissional também apresentou taxa bastante elevada de não informado: 44,4% para o conjunto de respostas, chegando a 50% entre os profissionais de saúde. Com essa limitação, os dados obtidos indicam que a experiência profissional é mais diversificada entre os economistas do que entre os profissionais com outra formação básica, quando se consideram apenas as opções especificadas (tabela 5). Essa diversificação, porém, não se distribui igualmente entre as diferentes profissões. Cerca de 31,2% e 12,5% dos economistas informaram financiamento e custos, respectivamente, como a principal área de experiência. Oferta/demanda, avaliação econômica e orçamentação, tiveram o mesmo percentual (6,2%).

Entre os profissionais da saúde, a experiência está mais concentrada em estudos de oferta/demanda (22,2%), seguida de programação e avaliação, que é a área de maior experiência de 16,6% desses profissionais. Avaliação econômica, custos e orçamentação não se incluem entre as áreas apontadas como de principal interesse.

Entre os demais profissionais, os vazios e a diversificação de experiência são mais altos. Os vazios totais estão em financiamento, custos e avaliação econômica, enquanto 18,2% informaram como experiência principal outras áreas que não as especificadas. O percentual de outras é nulo no caso dos economistas e de apenas 5,5% entre os profissionais de saúde. Em conjunto (todas as profissões), as áreas mais carentes de expertise seriam custos, avaliação econômica e orçamentação. A primeira foi mencionada como área de maior experiência por apenas 4,4% dos pesquisadores, enquanto nas duas outras o percentual foi de 2,2%.

TABELA 5
 Brasil: Pesquisadores em Economia da Saúde¹
 segundo a Formação Básica e a Principal²
 Área de Experiência Profissional — 1996

Áreas de experiência	Formação Básica ³						Total	
	Economia		Saúde		Outra		Número	%
	Número	%	Número	%	Número	%		
Financiamento	5	31,3	1	5,5	-	-	6	13,3
Oferta/demanda	1	6,3	4	22,2	2	18,2	7	15,5
Custos	2	12,5	-	-	-	-	2	4,5
Avaliação econômica	1	6,3	-	-	-	-	1	2,2
Prog./avalia. serviços.	-	-	3	16,7	2	18,2	5	11,1
Orçamento	1	6,3	-	-	-	-	1	2,2
Outras	-	-	1	5,5	2	18,2	3	6,7
Não Informado	6	37,4	9	50,0	5	45,4	20	44,5
Total	16	100	18	100	11	100	45	100

Fonte: Formulário da ABRES

Notas: ¹ Filiações à ABRES.

² Primeiro lugar no ranking de áreas de experiência.

³ Graduação/profissão.

Obs.: Um pesquisador classificado como economista na área temática de avaliação econômica também possui graduação em medicina.

Não há coincidências entre área de interesse e área de experiência. Vale dizer, o tema informado pelo pesquisador como sua principal preferência não é, necessariamente, o mesmo para o qual revela maior vivência profissional. A única exceção ocorre em *programação/avaliação*, que aparece como principal área, tanto de interesse quanto de experiência, para 11% dos profissionais alcançados pela pesquisa.

Excluindo-se da apreciação as áreas não especificadas no levantamento (*outras*), a maior diferença está em estudos de *oferta/demanda*, campo de maior interesse de apenas 2,2% dos pesquisadores, mas na qual 15,5% revelam ser a sua principal área de experiência profissional. O contrário ocorre em *avaliação econômica*: é a principal área de interesse de 4,4% dos pesquisadores, mas apenas 2,2% a colocam em primeiro lugar no ranking de experiência. A tabela 6, que resume as tabelas 4 e 5, facilita a comparação.

TABELA 6
 Brasil: Distribuição Percentual das Áreas Temáticas
 Apontadas por Pesquisadores em Economia da Saúde¹
 como as de Maior Interesse e Experiência² — 1996

Áreas Temáticas	%	
	Interesse	Experiência
	17,78	13,33
Financiamento	2,22	15,56
Oferta/Demanda	6,67	4,44
Custos	4,44	2,22
Avaliação Econômica	11,11	11,11
Progr./Avaliação	0,00	2,22
Orçamentação	17,78	6,67
Outras	40,00	44,44
Não Informado		
Total	100,00	100,00

Fonte: Questionário perfil da ABRES.

Notas: ¹ Filtrados à ABRES.

² Primeiro lugar no ranking de áreas de experiência e interesse.

5 ESTADO DA ARTE NO CAMPO DA ECONOMIA DA SAÚDE

5.1 Evolução

A produção intelectual em economia da saúde no Brasil, a julgar pelos 185 títulos selecionados, não se distribuiu igualmente no período analisado (1986-1995). A despeito de algumas oscilações nesses dez anos, a tendência geral é de crescimento (tabela 7 e gráfico 4)

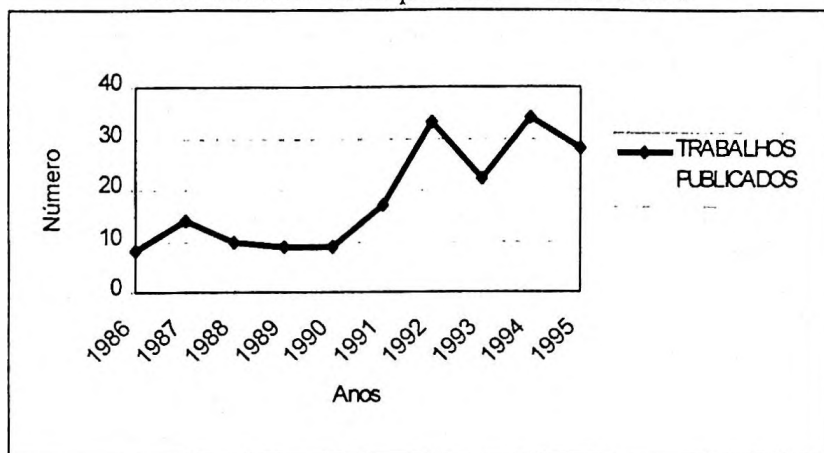
TABELA 7
 Brasil: Trabalhos Publicados na Área de Economia da Saúde
 1986-1995

Ano	Número	% ¹	Ano	Número	% ¹
1986	8	4,32	1991	17	9,19
1987	14	7,57	1992	33	17,84
1988	10	5,41	1993	22	11,89
1989	9	4,86	1994	34	18,38
1990	9	4,86	1995	28	15,14

Fonte: Biblioteca do Ministério da Saúde; biblioteca da Faculdade de Saúde Pública; e IPEA (biblioteca e Diretoria de Política Social).

Nota: ¹ Percentual em relação aos 185 trabalhos publicados no período.

GRÁFICO 4
Trabalhos Publicados na Área de
Economia da Saúde por Ano — 1986 a 1995



A explicação para essa tendência parece estar no agravamento das dificuldades de financiamento do SUS, matéria que se destaca, entre as que compõem o campo da economia da saúde, pela frequência com que é abordada não só nas publicações técnicas, como, sobretudo, no cotidiano da mídia. Não é por outra razão, como visto no capítulo anterior, que o tema ocupa o primeiro lugar no campo de interesse da maioria dos *economistas* da saúde.

5.2 Áreas temáticas

No campo do financiamento, a polêmica, começando na sempre presente questão da escassez, se estende à eficiência técnica e alocativa de todo o sistema, e à forma como a União — responsável por perto de 75% do gasto público em saúde — financia o SUS, em especial quanto à distribuição dos recursos entre os diferentes entes da Federação.

A temática antes referida está presente na produção científica dos últimos dez anos, ainda que não, obrigatoriamente, na mesma proporção de sua importância. Outros assuntos só mais recentemente passaram a ser debatidos com mais intensidade, tendo, por isso, presença menor no inventário. É o caso de temas tão diversos entre si como o da eficiência alocativa e o princípio constitucional da integralidade e universalidade da assistência (*tudo para todos*), que começa a receber questionamentos do ponto de vista de sua viabilidade. O próprio presidente da República já teria, mais de uma vez, se referido “à idéia de se restringir o regime universal” (O Globo, 7 nov., 96). Para não mencionar a criação de novas formas organizacionais e de financiamento que permitam maior autonomia de gestão à rede oficial de prestação de serviços, com a finalidade de torná-la eficiente e competitiva.

Nesse quadro, *financiamento* tem sido o item mais assíduo na pauta da pesquisa em economia da saúde. A maioria, cerca de 37,3%, dos trabalhos relacionados no inventário (anexo 2) referem-se a esse tema. A segunda e terceira posições no *ranking* são ocupadas, respectivamente, por *custos* (20,3%) e *avaliação econômica* (12,9%). A dispersão temática também é expressiva, já que 15% dos temas publicados no campo da economia da saúde referem-se a temas (*outros*) que não os especificados no gráfico 5 e tabela 8 (*financiamento, oferta/demanda, custos, avaliação econômica, equidade, regulação e setor privado*).

Outras questões não menos importantes permanecem carentes de abordagem econômica. A medicina privada, em que pese responder por mais de 70% do atendimento hospitalar provido pelo SUS, aparece como tema exclusivo em apenas sete estudos, o equivalente a 3,9% do total. É o caso também da regulação, o campo em que a atuação do governo tem sido tímida, para dizer o mínimo: o inventário relaciona apenas um trabalho sobre o assunto. O poder público, por exemplo, somente começou, de fato, a demonstrar preocupação em regulamentar o que se chama no Brasil de *planos* de saúde depois que essas modalidades de pré-pagamento alcançaram uma cobertura da ordem de 25% da população, e passaram a ocupar posição de destaque no elenco das reclamações junto às agências de proteção ao consumidor. O número de estudos sobre oferta/demanda é razoável, mas pouco se sabe — salvo em situações isoladas que não refletem o coletivo do SUS — sobre o perfil socioeconômico da clientela desse sistema, o que significa que ainda não está bem respondida a pergunta sobre o grau de equidade dos serviços de saúde financiados com recursos públicos.

TABELA 8
Brasil: Trabalhos Publicados sobre Economia da Saúde,
segundo o Tema e Tipo de Documento — 1986 a 1995

Tema	Tipo de Documento									
	Tese		Dissertação		Artigo		Outros		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Financiamento	-	-	5	7,25	27	39,13	37	53,62	69	100,00
Fontes	-	-	-	-	5	62,50	3	37,50	8	100,00
Gastos	-	-	1	10,00	4	40,00	5	50,00	10	100,00
Orçamento	-	-	2	66,67	1	33,33	-	-	3	100,00
Descentralização	-	-	-	-	3	37,50	5	62,50	8	100,00
Co-Pagamento	-	-	1	33,33	2	66,67	-	-	3	100,00
Outros	-	-	1	2,70	12	32,43	24	64,86	37	100,00
Oferta/Demanda	1	6,67	4	26,67	5	33,33	5	33,33	15	100,00
Custos	2	5,26	2	5,26	31	81,58	3	7,89	38	100,00
Aval. Econômica + O2	-	-	2	8,70	19	82,61	2	8,70	23	100,00
Custo/Benefício	-	-	1	12,50	7	87,50	-	-	8	100,00
Custo/ Efetividade	-	-	1	20,00	3	60,00	1	20,00	5	100,00
Outros	-	-	-	-	9	90,00	1	10,00	10	100,00
Equidade	-	-	-	-	3	100,00	-	-	3	100,00
Regulação	-	-	-	-	1	100,00	-	-	1	100,00
Setor Privado	-	-	1	14,29	5	71,43	1	14,29	7	100,00
Outros	4	13,79	1	3,45	9	31,03	15	51,72	29	100,00
Total	7	3,78	15	8,11	100	54,05	63	34,05	185	100,00

Fonte: Ver tabela 7.

Perto da metade dos trabalhos sobre financiamento está focalizada em três assuntos: *gastos* (5,4%), *fontes* (4,3%) e *descentralização* (4,3%). A freqüência relativa desses temas tem diferentes explicações.

O primeiro, *gastos*, está razoavelmente mapeado no âmbito federal, no que se refere à evolução e distribuição programática. Mas pouco se sabe sobre a regionalização (distribuição espacial) e equidade dessa despesa. O déficit de conhecimento mais expressivo quanto aos dispêndios está localizado nas duas outras instâncias de governo¹ e nas despesas pessoais (*out of pocket*). As estimativas mais confiáveis do gasto privado, medido pelo faturamento das empresas do ramo, cobrem apenas o campo da medicina supletiva (seguro-saúde e outras formas de pré-pagamento). Sobre as despesas pessoais ou familiares com saúde, contudo, muito pouco é conhecido, salvo a sua tendência de aumento, se for projetável para o Brasil o que está acontecendo em São Paulo. Segundo pesquisa recente do DIEESE, na cidade de São Paulo, as famílias têm comprometido percentuais crescentes (Folha de São Paulo) do seu orçamento com a medicina privada “No início dos anos oitenta apenas 4,95% do orçamento familiar brasileiro eram destinados a atendimento médico e remédios. Agora, uma família compromete 8,21% de sua renda com essas despesas, principalmente com os planos de saúde (O Globo, 21 jul. 96; Folha de São Paulo, 24 ago. 96)

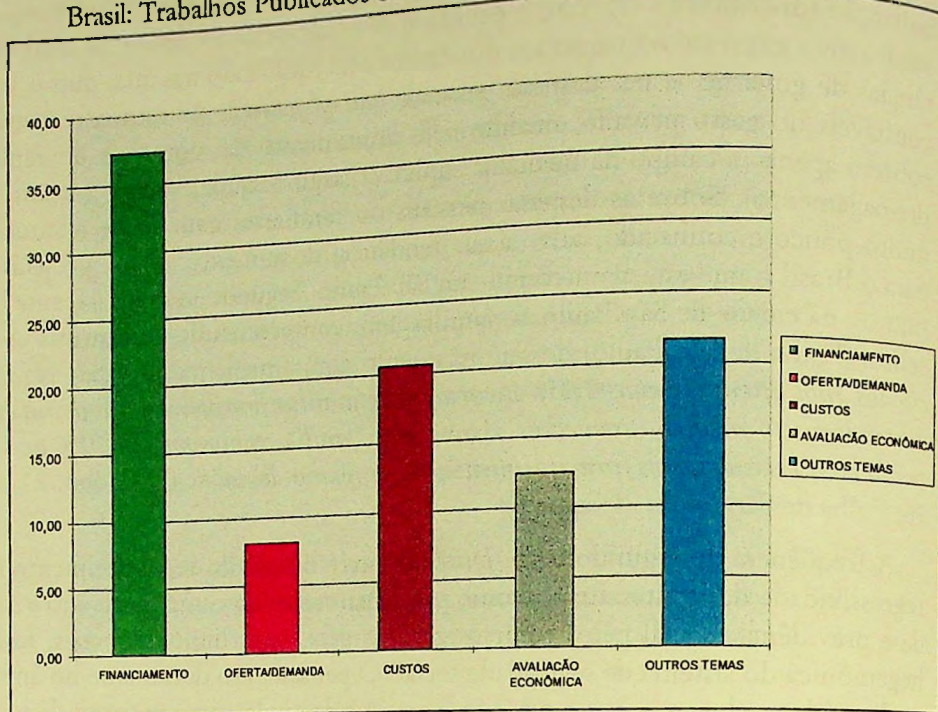
A freqüência do segundo item, *fontes*, decorre não só do reconhecimento da regressividade das fontes atuais, como, principalmente da competição entre saúde e previdência social pelos recursos gerados pelas contribuições sociais, fonte hegemônica do sistema de seguridade social. O pensamento dominante no âmbito da saúde, inclusive entre muitos economistas da saúde, gira em torno da idéia da vinculação ao SUS de recursos, seja: (i) fixando um percentual permanente da receita global de impostos e contribuições sociais; ou (ii) criando fontes exclusivas — como a recente Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) — ou ainda (iii) definindo alíquotas específicas que incidam sobre as fontes já existentes.

As publicações na década analisada estão classificadas na tabela 8 conforme o tipo: *tese* (doutorado ou livre docência), *dissertação* (mestrado) e *artigo* e *outras* (livros, anais, publicações diversas). Mais da metade (54%) estão sob forma de artigo. Os produtos acadêmicos de maior porte — teses (3,9%) e dissertações (8,4%) — representam algo em torno de 12% do total. As teses identificadas, sete ao todo, referem-se a *oferta/demanda*, *custos* e *outros*. O tema *financiamento*,

¹ Há indícios de que à medida que a municipalização do SUS é implementada — o que já aconteceu em apenas 124 municípios (dados de 1996), em um total superior a 5 000, mas que representam 15,7% da população do país — o gasto dos governos locais tenderia a crescer por força da maior vulnerabilidade (ou sensibilidade) desse nível de governo à pressão dos usuários.

no qual predominam outras formas (52,4%) e artigos (39,7%), não foi objeto de teses, mas cinco das quinze dissertações de mestrado ocupam-se dessa matéria. A produção científica sobre custos, avaliação econômica, regulação e setor privado está também concentrada em artigos.

GRÁFICO 5
Brasil: Trabalhos Publicados Sobre Economia da Saúde, segundo o Tema



5.3 Veículos de divulgação

Aproximadamente metade dos 185 trabalhos inventariados se distribuem entre nove publicações distintas (tabela 9).

O veículo mais importante, em termos de número de artigos publicados, no período analisado, foi a revista *Saúde em Debate*, órgão do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde — CEBES, entidade civil criada em 1976. *Saúde em Debate* circula trimestralmente, publicando trabalhos inéditos sob a forma de artigos e resenhas de livros na área do saúde coletiva que apresentem interesse acadêmico, político e social. A publicação dos trabalhos depende de parecer do conselho editorial (*Saúde em Debate*, 1992).

TABELA 9
 Brasil: Estudos e Pesquisas em Economia da Saúde
 segundo as Principais Fontes de Publicação — 1986 a 1995

Fontes	Publicações	
	Número	%
Saúde em Debate	29	29,00
Revistas médicas	22	22,00
Associação Médica Brasileira	4	4,00
Todas as demais	18	18,00
Revista de Saúde Pública	8	8,00
Anais da ABRES	8	8,00
Séries da FUNDAP	6	6,00
Inst. de Pesquisa Econômica (USP)	6	6,00
OPS	6	6,00
Bol. Of. San. Pan.	3	3,00
Série Economia e Financiamento	3	3,00
IPEA	6	6,00
Séries e Publicações Avulsas	4	4,00
Rev. Planejamento e Políticas Públicas	2	2,00
Revista de Administração Pública	5	5,00
Cadernos da IX Conf. Nacional de Saúde	4	4,00
Total	100	100,00

Fontes: Biblioteca do Ministério da Saúde; biblioteca da FSP/USP; biblioteca do IPEA e Diretoria de Políticas Públicas do IPEA.

As revistas médicas, se consideradas em conjunto, seriam a segunda fonte, tendo publicado 22 artigos nos dez anos pesquisados. Individualmente, contudo, depois de *Saúde em Debate*, estão a *Revista de Saúde Pública* (8) da Faculdade de Saúde Pública, os *Anais da ABRES* (8), e as séries da FUNDAP, OPS e IPEA. Não foram identificadas temas de economia da saúde em periódicos específicos da área econômica.

5.4 Principais autores

Mais da metade (55,7%) dos textos publicados é de autoria individual. Esse percentual expressa a individualização que predomina nos artigos e demais formas de publicação, já que a quantidade de teses e dissertações — trabalhos que, por natureza, são de um só autor, é relativamente pequena — apenas 22 (12%) (tabelas 10 e 11).

TABELA 10
 Brasil: Trabalhos sobre Economia da Saúde
 segundo o Número de Autores — 1986 a 1995

Número de Autores	Trabalhos	
	Número	%
1	103	55,68
2	30	16,22
3	16	8,65
4 e mais	36	19,46
Total	185	100,00

Fontes: Biblioteca do Ministério da Saúde, biblioteca da Faculdade de Saúde Pública (USP); IPEA (biblioteca e Diretoria de Política Social).

TABELA 11
 Brasil: Principais Autores em Economia da Saúde segundo o
 Número de Participações em Trabalhos Publicados — 1986 a 1995

Principais Autores	Estado	Participações	
		Número	%
André Cezar Medice	SP/RJ	29	7,30
Solon Magalhães Vianna	DF	17	4,28
Sergio Francisco Piola	DF	10	2,52
Maria Alicia D. Ugá	RJ	7	1,76
Silvia Maria Porto	RJ	6	1,51
Francisco B. de Oliveira	RJ	6	1,51
Rosa Maria Marques	SP	4	1,01
Roberto F. Iunes	SP	4	1,01
Hélio Jardanowski	SP	4	1,01
Subtotal	-	87	21,91
Todos os demais	-	310	78,09
Total	-	397	100,00

Fontes: Biblioteca do M. S.; biblioteca da FSP/USP, IPEA (biblioteca), e DIPCOS.

Não era esperado o percentual, relativamente alto (19,9%), de textos com quatro ou mais autores. Tal situação, comum na literatura médica em geral, é bem menos freqüente em outras áreas, inclusive entre os pesquisadores mais produtivos no campo da economia da saúde. A média de autores por trabalho é de 1,5.

A produção intelectual em economia da saúde está concentrada em nove pesquisadores residentes no eixo Rio/São Paulo/Brasília. Esses autores tiveram 87 participações entre as 397 identificadas nos 185 trabalhos elaborados por 275 diferentes pesquisadores. Entre esses nove, três mantêm uma média igual ou superior a um trabalho publicado por ano.

6 UMA AGENDA PARA 2000

Há boas perspectivas para o desenvolvimento da investigação em economia da saúde no Brasil neste final de século. O cenário favorável se deve, em especial, à conjugação de dois fatores: do lado da oferta — ou seja, entre os pesquisadores —, o interesse crescente pela temática econômica, como indica o aumento, a partir de 1990, do número de estudos publicados nessa área; do lado da demanda, destacam-se os diferentes atores presentes no cenário setorial, em virtude da necessidade de ajustar o SUS a uma conjuntura de fortes restrições fiscais.

Tal objetivo implica a adoção de políticas setoriais de contenção de custos, associadas ou não à ampliação de receitas. No primeiro caso (controle de custos), as alternativas, não mutuamente excludentes, já aventadas, incluem: (i) a restrição da integralidade e da universalidade da assistência à saúde garantidas pela Constituição; (ii) a adoção de um novo modelo assistencial que substitua o atual, historicamente hospitalocêntrico, baseado na demanda espontânea e que favorece ações de saúde com baixo custo-efetividade; e (iii) a alteração radical na forma com que o governo central financia estados e municípios.

No segundo caso — ampliação de receitas —, a virtual impossibilidade, quando não a inconveniência, de se ampliar a carga fiscal, atualmente ao redor de 30% do PIB, estreita a área de manobra. Há esperanças, contudo, no remanejamento de recursos dos orçamentos de estados e municípios, que, salvo algumas exceções, têm aplicado relativamente pouco em saúde. Afora isso restam as clássicas medidas de *cost recovering* e, para os mais otimistas, a possibilidade de que maior autonomia de gestão nas unidades que integram a rede estatal leve não só ao aumento de eficiência, sem perda de equidade, como também permita a captação, em escala significativa, de recursos junto a pacientes privados, principalmente aqueles que possuem seguro-saúde mas continuam demandando seletivamente o SUS.

É nesse contexto que o conteúdo prioritário de uma agenda temática deve ser definido. Da proposta elaborada por grupo de trabalho constituído na Secretaria de Assistência à Saúde (SAS/MS) com a participação de vários especialistas vinculados à ABRES [Brasil, 1994], podem ser destacadas as seguintes prioridades de estudos e pesquisas:

Oferta e demanda:

- perfil socioeconômico do usuário;
- perfil da oferta de procedimentos do SUS, *vis-à-vis* as diferentes modalidades privadas de pré-pagamento;
- demanda efetiva do SUS também coberta por seguro-saúde;

- perfil do usuário dos serviços de alta complexidade;
- levantamento de necessidades;
- perfil da rede privada.

Custos e avaliação econômica:

- custos dos principais procedimentos hospitalares e ambulatoriais;²
- comportamento da inflação setorial;
- custo-efetividade de opções terapêuticas alternativas para determinados agravos
- avaliação econômica de programas de atenção à saúde;
- formação de preços e sistemas de administração de tabelas de procedimentos e custos;
- incorporação e distribuição de tecnologia.

Financiamento:

- necessidade de recursos para implementação do SUS (custeio e investimento);
- investimento público e privado em saúde;
- impacto das propostas de reforma tributária sobre o financiamento do SUS;
- critérios de equidade na distribuição e alocação de recursos;
- metodologia de monitoramento das receitas e despesas em saúde por esfera de governo;
- revisão da classificação funcional-programática (orçamento-programa);
- modalidades de pagamento a prestadores de serviços;
- formas de remuneração de provedores de serviço (públicos e privados).

Regulação estatal:

- mapeamento das áreas objeto de políticas regulatórias;
- papel das diferentes instâncias de governo;
- identificação de instrumentos legais para regulação estatal;
- propostas de regulação dos diferentes modalidades de sistemas privados de pré-pagamento;

² Procedimentos médicos de maior frequência e de maior custo unitário.

- incorporação tecnológica.

Gestão:

- alternativas de autonomização ou desconcentração da gestão de unidades de prestação de serviços de saúde (contratos de gestão, autonomia orçamentária, terceirização, organizações sociais, agências autônomas, fundações de apoio, etc.);
- indicadores para o dimensionamento das perdas por ineficiência e fraudes;
- metodologia para monitoramento da resolutividade do sistema.

A execução dessa agenda, no seu todo ou pelo menos em parte, nos próximos anos depende, basicamente, da superação de alguns obstáculos presentes menos do lado da demanda do que do lado da oferta. Na verdade, as necessidades de conhecimento aqui priorizadas não coincidem integralmente com as áreas de *expertise* ou de interesse dos investigadores identificadas neste documento.

É necessário, por conseguinte, incorporar novos investigadores, investir na capacitação dos quadros atuais, atrair jovens economistas de talento e adotar políticas de indução para que temas mais relevantes não fiquem a descoberto. A ABRES poderia realizar um esforço de mobilização das diferentes agências nacionais e internacionais com vistas a: (i) criação de bolsas de estudo específicas de pós-graduação (doutorado, mestrado e especialização) e pós-doutorado; (ii) institucionalização da disciplina de economia da saúde nos cursos de saúde pública e administração hospitalar; (iii) premiação periódica do melhor trabalho no campo da economia da saúde elaborado por estudante de graduação, e da melhor tese ou dissertação de pós-graduação; e, ainda, (iv) a realização de cursos de curta duração destinados a dirigentes e lideranças setoriais, com o objetivo central de mostrar a potencialidade do instrumental oferecido pela economia da saúde para a gestão do sistema de saúde.

ANEXO 1

BRASIL: RELAÇÃO DOS AUTORES QUE PUBLICARAM
PELO MENOS UM TRABALHO SOBRE
ECONOMIA DA SAÚDE ENTRE 1986 E 1995

1. AFONSO, José Roberto Rodrigues
2. AGUIAR, Guilherme Ribeiro
3. AGUIAR, L. C. C.
4. AJZEN, Horácio
5. AKERMAN, Marco
6. ALCÂNTARA, Lúcio Gonçalo de
7. ALMEIDA, Célia Maria de
8. ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de
9. ALMEIDA, Gustavo Fonseca G. de
10. ALMEIDA, R. T.
11. ALVES, Regina Helena Fonseca
12. AMÂNCIO C. FILHO, José
13. AMARAL, Benedito Tadeu
14. AMARAL, Maria João
15. AMORIM, Adão José
16. ANTONINI, Luciana
17. ARAÚJO, Laís da Costa Manso N. de
18. ARAUJO, Roger Souza Nilo de Almeida
19. ARIETA, C. E. L.
20. ARIETA, C. E. L.
21. ARREDONDO, Armando
22. ARRUDA, Ilma Kruse Grande de
23. ARRUDA, P.
24. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ECONOMIA DA SAÚDE — ABRES
25. AVELAR, Celso Dias.
26. BAHIA, Lúcia
27. BARBOSA, Antônio Sérgio
28. BARRETO, Maurício Lima
29. BARROZO, Paulo Roberto Mussel
30. BATISTA FILHO, Malaquias
31. BECKER, João Luiz
32. BELINATI, Waldmir
33. BELTRÃO, Kaizô Iwakami

34. BENSABATH, Gilberta
35. BITTAR, Olímpio José Nogueira Viana
36. BLUMM, Márcia Helena Neiva
37. BORINI, Paulo
38. BRAGA, José Carlos de Souza
39. BRANCHINI, Maria Luiza Moretti
40. BRASIL — CEARÁ. SECRETARIA DE SAÚDE
41. BRASIL — CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE (CONASS)
42. BRASIL — CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS)
43. BRASIL — Ministério da Saúde
44. BRASIL. Ministério da Saúde
45. BRITTO, Antonio
46. CAETANO, Rosângela
47. CAMARGO, Sebastião Francisco
48. CAMPINO, Antonio Carlos Coelho
49. CAMPOS, Antonio C.
50. CAMPOS, Mônica Rodrigues
51. CAMPOS, Tatiana P.
52. CARNEIRO, Roberto A.
53. CARVALHO, Gilson de Cássia Marques de
54. CARVALHO, Guido Ivan de
55. CARVALHO, Luiz de Gonzaga
56. CARVALHO, M.
57. CARVALHO, Marília S.
58. CASTELLO FILHO, Aduino
59. CASTIGLIA, Yara M. M.
60. CASTRO, Cláudio Gastão Junqueira de
61. CASTRO, Janice Dornelles de
62. CASTRO, Luiz de Paula
63. CATUNDA, Maria Brisamar R.
64. CHAHAD, José Paulo Z.
65. CHINEN, Cecília A. Kobata
66. CHORNY, Adolfo Horacio
67. COELHO, Antônio Roberto Barros
68. COELHO, Leda Teixeira
69. COELHO, Luiz Gonzaga Vaz de
70. CONSIDERA, Claudio Monteiro
71. CORDEIRO, Hesio
72. COSTA, Adelson
73. COSTA, Maria Fernanda F. de Lima
74. COUTTOLENC, Bernard François

75. CUBAS, João
76. CUNHA, Bruno Carlos de Almeida
77. CYRILLO, Denise Cavallini
78. DIAS, J. C. P.
79. D'ORSI, Eleonora
80. DEL NERO, Carlos R.
81. DELGADO, A. M. N.
82. DEMASI, Marilene
83. DIAS; Lessa, Ines
84. DONINI, Oswaldo
85. DRAIBE, Sérgio Antônio
86. DUARTE, Marta Maria Turano
87. DUPONT, Jean-Paul
88. EDUARDO, Maria Bernadete de Paula
89. ELL, Erica
90. EMED, Luís Sallim
91. FAGUNDES, Virgínia G. de Abreu
92. FATHEAZAM, Shahbaz
93. FÁVERO, Manildo
94. FELICÍSSIMO, Angelo
95. FERNANDES, Rosa Áurea Quintella
96. FERRAZ, Álvaro Antônio Bandeira
97. FERRAZ, Edmundo Machado
98. FILGUEIRAS, Heloiza Valverde
99. FLAVONI, L.
100. FLEURY, Sonia
101. FONSECA, J. W. M.
102. FONSECA, L.
103. FORSTER, Aldaísa C.
104. FRANÇA, Sandra Takaki
105. FRANCISCHETTI, Emílio Antônio
106. FRANZEN, Elenara
107. GANEM, E. M.
108. GARCIA, Norma L.
109. GIRALDES, Maria do Rosário
110. GOMES, Marleide da Mota
111. GONÇALVES, Vera Lúcia Mira
112. GUERRA, Antonio José
113. GUERRA, Celso Carlos de Campos
114. GUIMARÃES, Paulo Cesar Vaz
115. GUIMARÃES, Rubens Xavier
116. GUTIÉRREZ ZÚÑIGA, Cristina
117. HALPERN, Luciana

118. HAYASHI, Fumiko
119. HERKES, E;
120. HERNÁNDEZ PEÑA, Patricia
121. IBANEZ, Nelson
122. ICAZA, Esteban de
123. INOJOSA, Rose Marie
124. INSTITUTO DE DIREITO SANITÁRIO APLICADO
125. IUNES, Roberto Fontes
126. JARDANOVSKI, Élio
127. JORGE, Elias Antônio
128. JUNQUEIRA, Ana Paula
129. JUNQUEIRA, Luciano A. Prates
130. KARA José, Newton
131. KOIFMANN, Sérgio
132. LAMAS, Cristiane da Cruz
133. LANNES, D.
134. LAURELL, Asa Cristina
135. LEÃO, Edmilson
136. LESSA, Inês
137. LEWIS, Maureen
138. LIMA, Francisco Castor de
139. LIMA, Mário Caleiro
140. LOCKETT, Lejeune .Y.
141. LOEWEN, João
142. LOPES, José Maria de Andrade
143. LUSTOSA, P.
144. MAÇADA, Antônio Carlos Gastaud
145. MACEDO, Roberto
146. MACHADO, José Marcelo Costa.
147. MACIEL, Rui Monteiro de B.
148. MAGAJEWSKI, Flávio Ricardo Liberali
149. MALIK, Ana Maria
150. MALUVAYSHI, Cleide Harur
151. MANDELLI, Marcos
152. MARQUES, Rosa Maria
153. MARTINEZ, Edwar Hermin García
154. MARTINI, D. L. M;
155. MARTINS, Getúlio
156. MATOS, Afonso José de
157. MATSUI, Irene Akie
158. MATTOS, Cesar
159. MC GREEVEY, William Paul
160. MEDEIROS, Geraldo Modesto de

161. MEDICI, André Cesar
162. MEIS, L. de
163. MELAMED, Clarice
164. MENABÓ, Eliana
165. MENDES, Ana Paula Fernandes
166. MENDES, Eugênio Vilaça
167. MERHY, Emerson Elias
168. MESQUITA, Bartira Cristina
169. MESTRINHO, José Luiz Dantas
170. MISOCZKY, Maria Ceci
171. MONTEIRO, Carlos Augusto
172. MONTERO D'OLEO, Rafael de Jesus
173. MOREIRA, Maria Tarquínia Vieira
174. MOTTA, Ronaldo Serôa da
175. MUSGROVE, Phillip
176. NOGUEIRA, Armando da Rocha
177. NOVAES, H. Maria Dutilh
178. OLIVEIRA JUNIOR, Mozart de
179. OLIVEIRA, Ana Tereza Ramos de
180. OLIVEIRA, Ceuza Helena de
181. OLIVEIRA, Francisco Eduardo Barreto de
182. OLIVEIRA, Tânia Cristina de
183. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
184. ORTIZ GUERRERO, Cláudia
185. PANERAI, Ronney B.
186. PASQUAL, Daisy Doris
187. PAULA, Sérgio Góes de
188. PELIANO, Ana Maria T. Medeiros
189. PEREIRA, João
190. PEREIRA, José Carlos.
191. PINHEIRO, Roseny
192. PINHEIRO, Vinicius C
193. PINTO, Carlos G
194. PINTO, Vitor Gomes
195. PIOLA, Sergio Francisco
196. PORTO, Marta Sílvia
197. PRATES, Enirtes C.
198. QUEIROZ, Marcos S.
199. RABELO, Lísia Marcílio
200. RAMOS, Francisco
201. RAMOS, Luiz R.
202. RAMOS, Oswaldo Luiz
203. RANGEL, V.

204. RECKZIEGEL, Isabel
205. REICHENHEIM, Michael Eduardo
206. REIS, Carlos Octávio Ocké
207. REZENDE, Fernando
208. RIBEIRO, José Mendes
209. RIBEIRO, Silvia R. R.
210. RIBEIRO, Tarcísio de Campos;
211. RIELLA, Miguel Carlos.
212. RODRIGUES FILHO, José
213. RODRIGUES, Raquel Nair
214. ROSENTHAL, Gerald
215. RUFFINO Netto, Antonio
216. RUSSO, Evaldo M. K.
217. SANNAZZARO, Carlos Adalberto de Camargo
218. SANTOS, José Carlos G.
219. SANTOS, Lenir dos
220. SANTOS, Marco Antônio Pereira
221. SANTOS, Nelson Rodrigues dos
222. SANTOS-BURGOA, Carlos
223. SCAIN, Suzana Fiore
224. SCHOFIELD, C. J.
225. SCOTTI, Ricardo F.
226. SEIXAS, José Carlos
227. SERRÃO, Simone A.
228. SESSO, Ricardo de Castro Cintra
229. SGAVIOLI, Maria Edna de Almeida
230. SHIRAIWA, Tizuko
231. SILVA, Antonio Braz de Oliveira
232. SILVA, Celso Teixeira da
233. SILVA, Cleusa Olivato da
234. SILVA, Fátima Maria
235. SILVA, Lorena Bernadete da
236. SILVA, Luis Jacinto da
237. SILVA, Nelson Albuquerque de Souza
238. SILVA, Nuno Cesar Labdraff F. da
239. SILVA, Pedro Luiz Barros da
240. SILVA, Sandra Honorato da
241. SILVA, Tarcília Luzia da
242. SOBOLL, Maria Lúcia de Moura Silva
243. SOBRAL, Carlos Cesar Bittencourt
244. SOTERO, Jorge Adriano Moreira Feitoza
245. SOUZA, Aytron Ponce de
246. SOUZA, Marcelo Pereira de

247. SOUZA, Zildete Pereira de
248. SPÍNDOLA, Lytha
249. STÁBILE, Carlos
250. TAIAR, A.
251. TARRAF, Ulisses
252. TAVARES, Elda L.
253. TERRA, Joaquim Carlos Ávila
254. TOBAR, Federico
255. TOSCHI, Walria D. M.
256. TOZZE, Gabriela B.
257. TRISTÃO, Gilberto
258. UGÁ, Maria Alicia Domingues
259. VALL, Alfredo Prates
260. VASCONCELOS, Maria das Dores M. M.
261. VECINA NETO, Gonzalo
262. VELOSO FILHO, Francisco de Assis
263. VERONESE, Aracy Thereza C. Affonso
264. VIANA, Ana L.
265. VIANA, Valdilene Pereira
266. VIANNA, Pedro T. G.
267. VIANNA, Solon Magalhães
268. VIEIRA, José Gilberto H.
269. VILAR ESTEVES, Maria Josefa
270. VILLA-FORTE, Denise Nabuco
271. WARD, Laura S.
272. ZAEYEN, Adriane
273. ZANELLA, Maria Teresa
274. ZUCCHI, Paola
275. ZURUTUZA FERNÁNDEZ, Rocio

Fontes:

1. Ministério da Saúde — Centro de Documentação e Informação
2. Universidade de São Paulo — Faculdade de Saúde Pública (biblioteca)
3. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada — IPEA (biblioteca e Diretoria de Política Social)

ANEXO 2

INVENTÁRIO DE ESTUDOS E PESQUISAS NO CAMPO DA ECONOMIA DA SAÚDE PUBLICADOS NO BRASIL 1986 a 1995

1986

Au: CASTIGLIA, Yara M. M; GANEM, E. M; HERKES, E; MARTINI, D. L. M; FONSECA, J. W. M; VIANNA, Pedro T. G.

Ti: Custo das anestésias em um hospital universitário/Anesthesia cost in an university hospital.

Fo: Rev. Bras. Anestesiol; 36(1):49-51, jan.-fev. 1986. Tab.

Ab: Em 633 anestésias do tipo geral inalatória com respiração assistida e controlada, geral venosa, raquianestesia, peridural lombar e epidural sacra, foi avaliada o custo médio/hora de anestesia. A peridural lombar e a raquianestesia evidenciaram-se como as técnicas anestésicas mais econômicas, seguidas pela epidural sacra, e pelas gerais inalatórias. A anestesia geral venosa foi a de maior custo.

Au: CASTRO, Luiz de Paula; SOUZA, Zildete Pereira de; RIBEIRO, Tarcísio de Campos; COELHO, Luiz Gonzaga Vaz de; AVELAR, Celso Dias.

Ti: Custo financeiro do tratamento da úlcera péptica/The financial cost in the treatment of peptic ulcer.

Fo: Rev. Assoc. Méd. Minas Gerais; 37(1/4):26-9, jan.-dez. 1986. Tab.

Ab: Foram analisados os custos financeiros das seguintes categorias de medicamentos utilizados no tratamento da úlcera péptica e disponíveis no mercado nacional: antiácidos, antagonistas dos receptores H₂, pirenzepina e sucralfato. O custo dos medicamentos foi baseado no preço de venda ao consumidor, retirado do Diário Oficial de 17/12/84. Para cada medicamento calculou-se o número de comprimidos ou o volume da suspensão necessários para um tratamento de seis semanas. A seguir calculou-se o número de embalagens que continha a quantidade necessária de medicamentos, seu valor unitário e o custo total das embalagens necessárias para o tratamento de seis semanas, que representa o custo total do tratamento. A dose diária do medicamento foi estabelecida de acordo com os esquemas terapêuticos convencionais para cada medicamento, sendo que a unidade terapêutica do antiácido foi definida como 40 mEq. O custo global do tra-

tamento variou de até 12,5 vezes entre os antiácidos, de até 1,6 entre as cimeti-
dinas e de até 2 vezes entre as ranitidinas. O custo do tratamento com as duas
pirenzepinas existentes no mercado é o mesmo e só se dispõe de uma especiali-
dade farmacêutica à base de sucralfato. No global, o custo do tratamento da úl-
cera péptica no Brasil apresenta uma variação de até 12,5 vezes. O tratamento
mais barato custava, em dezembro de 1984, 2,27 ORTNs e o mais caro, 28,36
ORTNs.

Au: GUIMARÃES, Rubens Xavier; MALUVAYSHI, Cleide Harure;
HAYASHI, Fumiko; VALL, Alfredo Prates; SILVA, Nuno Cesar Labdra F.
da; CHINEN, Cecília A. Kobata; GUERRA, Celso Carlos de Campos;
CATUNDA, Maria Brisamar R; MEDEIROS, Geraldo Modesto de; DEMASI,
Marilene.

Ti: Infecção hospitalar: redução do consumo de antibióticos devida à ação da
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar no Hospital do Servidor Público
Municipal de São Paulo/Hospital infection: reduction of antibiotics consumpti-
on due to the action of the Hospital Infection Control Committee in the Hos-
pital do Servidor Público Municipal de São Paulo.

Fo: Rev. Paul. Med; 104(5):274-9, set.-out. 1986. Tab.

Ab: Estudou-se a incidência de infecções hospitalares e o consumo de antibió-
ticos no Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, relativos a 7 197
doentes internados no período de 6 meses (novembro 1983 a abril de 1984), en-
contrando-se incidência média mensal de 2,8%. Observou-se diminuição no con-
sumo de antimicrobianos (20,6%) no transcorrer do período de estudo, apesar
do aumento verificado no número de internações. O estudo dos gastos com in-
ternação mostrou uma economia acumulada de Cr\$26.378.619, equivalentes a
2.577 ORTN no período ou 429,5 ORTN mensais.

Au: MACHADO, José Marcelo Costa.

Ti: O custo de produção da água como instrumento de avaliação de projetos.
Fo: Rev. Fund. Sesp; 31(1):17-21, 1986. Tab.

Ab: O trabalho enfoca os aspectos sociais e econômico-financeiros relativos à
implantação de um sistema de abastecimento de água. Tomando como base a
prioridade social do problema, procura, no entanto, dar ênfase ao custo de pro-
dução da água como fator de decisão da solução técnica mais adequada na fase de
relatório técnico preliminar. Ao mesmo tempo propõe a criação de mecanismos
racionais que permitam avaliar, antecipadamente, o sistema.

Au: MC GREEVEY, William Paul, PIOLA Sérgio F.; VIANNA Solon Ma-
galhães.

Ti: Saúde e Assistência Médica no Brasil.

Fo: *In* Bacha, Edmar e Klein, Herbert S. (org.) *A transição incompleta: Brasil desde 1945*. Ed. Paz e Terra, 1986 p.163-207.

Ab: Analisa a evolução do sistema de saúde brasileiro após 1945, apresentando o perfil dos gastos com saúde, a participação federal no financiamento e o impacto da reorientação do gasto público setorial. A análise destaca o componente médico hospitalar, de responsabilidade da previdência social, evidenciando a permanência de desigualdades na distribuição de serviços de saúde entre as regiões; a predominância de formas de remuneração da assistência médica pelo setor privado, que podem levar a uma demanda excessiva por recursos; ausência de efetiva prioridade para a rede básica de serviços e programas de alimentação e nutrição, e inadequação da estrutura industrial e de importação de produtos farmacêuticos, equipamentos médicos e outros materiais médicos.

Au: SILVA, Nelson Albuquerque de Souza e; AGUIAR, Guilherme Ribeiro; NOGUEIRA, Armando da Rocha; DUARTE, Marta Maria Turano; ALVES, Regina Helena Fonseca.

Ti: Importância clínica dos custos diretos hospitalares em pacientes com hipertensão arterial em tratamento num hospital universitário, Rio de Janeiro, Brasil/Clinical importance of direct hospital costs in patients with arterial hypertension in a university hospital, Rio de Janeiro, Brazil.

Fo: *Rev. saúde pública*; 20(4):293-302, ago. 1986. Tab.

Pr: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. 305194-76.

Ab: No ano de 1978 foram registrados no Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HU-UFRJ) 5 262 pacientes, moradores da XX Região Administrativa do Rio de Janeiro, Brasil. Quinhentos e três destes prontuários (9,6%) com idade > 20 anos foram separados aleatoriamente e 483 destes possuíam registros de pressão arterial (PA), com 138 casos (28,6%) apresentando hipertensão arterial (HA) (PA > 140/90mmHg). Nos 96 hipertensos inicialmente analisados houve estudos dos custos diretos hospitalares com a avaliação, acompanhamento e tratamento dessa população. A PA diastólica inicial desses casos estava assim distribuída: entre 90 e 104 mg — 67 casos (69,8%); entre 105 e 14 mg — 17 casos (17,7%); maior ou igual a 115 mg — 12 casos (12,5%). O período médio de acompanhamento desses grupos foi de 653 dias e somente 1/3 estava com PA controlada (140/90 mg) na última consulta. Em 1982, 68,7% já haviam abandonado tratamento no HU-UFRJ. O custo direto total anual por paciente hipertenso em dólares foi de \$102.48, assim distribuídos: consultas ambulatoriais ligadas à HA — \$33.44; atendimentos de emergência — \$ 2.33; internações — \$29.92; exames complementares — \$10.45; despesas com medicamentos anti-hipertensivos — \$26.34. As consultas e internações representam 64% dos custos,

e foram em grande parte determinadas pelas complicações da doença. Estas também ocasionam elevados índices de incapacidade temporária e permanente da população de hipertensos, com graves repercussões e custos sociais. A análise dos fatores que contribuem para esses custos indicam a adoção das seguintes medidas para minimizá-los: a) desenvolvimento de programas que visem melhor controle de HA e menor abandono de tratamento da população já detectada nas próprias unidades do sistema de saúde, com conseqüente redução de morbidade da doença; b) padronização da avaliação laboratorial e do tratamento com base em estudos de custo-eficácia; c) hierarquização do sistema de saúde — o hipertenso deve ser tratado em unidades de saúde onde os custos indiretos hospitalares pouco influenciem os custos das consultas e das internações.

Au: VIANNA, Solon Magalhães.

Ti: O loteamento orçamentário.

Fo: Instituto de Planejamento Econômico e Social. Instituto de Planejamento. Brasília: IPEA/IPLAN, 1986. 6p.

Ab: Estima que o gasto público com o sistema de saúde deve crescer cerca de 70% entre 1984 e 1989. Embora significativo, esse crescimento é insuficiente, quer para resgatar a enorme dívida social acumulada no setor, quer para remover o Brasil da posição de desconforto frente a outras economias menos pujantes. Analisa os argumentos que amparam ou desaconselham as alternativas propostas para aumentar os recursos para saúde. Uma das propostas consiste em vincular o gasto público com saúde a um determinado percentual do PIB e/ou definir fontes específicas de financiamento setorial.; discute alguns dos argumentos mais freqüentes utilizados contra a vinculação de receitas a determinadas despesas: não protege, de fato, a área supostamente beneficiária, porque contingenciamentos e outras medidas de gestão financeira podem retardar o repasse de recursos; amplia a rigidez orçamentária, dificultando a alteração de prioridades que, usualmente, são transitórias; e relaxa a preocupação com eficiência, já que procura assegurar um patamar mínimo de recursos, independentemente da qualidade.

Au: VIANNA, Solon Magalhães.

Ti: O financiamento da política de saúde bucal.

Fo: Instituto de Planejamento Econômico e Social (Instituto de Planejamento/Coordenadoria de Saúde e Previdência) IPEA/IPLAN/CSP. Brasília, dezembro, 1986 (Documento apresentado na 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (Brasília, 10-12 out., 1986) 12 p.

Ab: Discute o gasto público com saúde, suas limitações e dificuldades. Analisa as estimativas disponíveis sobre o gasto público (federal, estadual e municipal) com assistência odontológica e as despesas com prevenção. Estima os recursos

necessários para atender ao grupo alvo prioritário (11 milhões de crianças em idade escolar), concluindo que apenas essa prioridade requereria de 5% a 7% dos recursos federais destinados para saúde em 1986, se o custo unitário por criança/beneficiada for similar aos registrados no Programa Integrado de Saúde Escolar — PISE (governo do Distrito Federal) e pela Fundação Serviços de Saúde Pública — FRESP (MS). Os custos duplicarão se o atendimento, financiado pelo poder público, for realizado pelo setor privado.

Au: VIANNA, Solon Magalhães; PIOLA, Sérgio Francisco.

Ti: Os desafios da reforma sanitária.

Fo: Instituto de Planejamento Econômico e Social (Instituto de Planejamento). Brasília, IPEA/IPLAN, novembro, 1986, 59 p.

Ab: Examina a questão institucional da reforma setorial em especial: os pontos obscuros relativos à descentralização; as implicações da universalização do acesso; o papel do setor privado; a política de recursos humanos e o financiamento do novo modelo (as fontes atuais, as novas possibilidades ainda não exploradas e o perfil das fontes que poderiam financiar o sistema de saúde).

Au: WARD, Laura S; CASTELO FILHO, Adauto; MENABÓ, Eliana; RIBEIRO, Silvia R. R; LIMA, Mário Caleiro; MACIEL, Rui Monteiro de B.

Ti: Estudo da relação custo/efetividade no tratamento da doença de Basedow-Graves/Cost effectiveness relationship in the treatment of Basedow-Graves'disease.

Fo: AMB Rev. Assoc. Méd. Bras; 32(9/10):147-54, set.-out. 1986. Tab, ilus.

Ab: Estudou-se a relação entre custo e efetividade dos 3 métodos terapêuticos mais empregados no tratamento do hipertiroidismo por doença de Basedow-Graves (clínico com drogas antitiroidianas, cirurgia ou radioterapia com 131I). O tratamento radioterápico apresentou os menores custos, quer para os doentes que pagam seu tratamento (US\$ 576 x US\$ 1.071 para o tratamento clínico x US\$1.842 para o tratamento cirúrgico), quer para os previdenciários do INAMPS (US\$ 179 x US\$ 313 para o tratamento clínico x US\$ 189 para o cirúrgico). Da mesma maneira, o tratamento radioterápico demonstrou os menores índices custo/eficácia (582 x 1 673 — clínico x 1 861 — cirúrgico na clínica privada; 181 x 489 — clínico x 190 — cirúrgico no INAMPS). Quando foram estudados os custos em relação à prática médica na comunidade em condições rotineiras (índice custo/efetividade), novamente o tratamento radioterápico foi o que apresentou os menores índices (256 x 270 — tratamento cirúrgico x 1 647 — tratamento clínico). Em consequência, a análise dos custos e da efetividade terapêutica dos diversos métodos empregados no tratamento da doença de Basedow-Graves demonstra que a radioterapia com 131I é a que apresenta os menores índices de custo/efetividade.

1987

Au: ALMEIDA, R. T; PANERAI, Ronney B; CARVALHO, M; LOPES, José Maria de Andrade.

Ti: Utilização de tecnologias neonatais/Utilization of neonatal technology.

Fo: RBE, Cad. Eng. Bioméd.; 4(1):107-19, ago. 1987. ilus, Tab.

Ab: Os cuidados intensivos neonatais (CIN) são constituídos por um aparato tecnológico complexo, o qual encontra-se em fase de difusão no país. Para que a alocação de recursos e a formulação de políticas tecnológicas para o setor sejam possíveis é necessário desenvolver uma capacitação na avaliação das múltiplas tecnologias que compõem os CIN, incluindo-se as novas metodologias para caracterização do custo e benefício e interações entre tecnologias individuais. Na TI neonatal do Instituto Fernandes Figueira, foram estudados a utilização de 53 tecnologias em 38 casos na faixa de peso de nascimento 1 000-1 499g, e 44 casos entre 1 500-1 999g. Por meio de técnicas multivariáveis como a análise de agrupamentos foi possível identificar grupos ou "pacotes" de tecnologias com padrões uniformes de utilização. Esses resultados têm aplicação no planejamento de novas TI neonatais e na escolha de opções para desenvolvimento tecnológico no país.

Au: BRAGA, José Carlos de Souza; PAULA, Sérgio Góes de.

Ti: Saúde e previdência: estudos de política de saúde/Health and social security: social policy studies.

Fo: São Paulo; Hucitec; 1986. 224 p. Tab.

Ab: Expõe uma extensiva pesquisa sobre o início do pensamento dos economistas em relação à saúde, fundamentando a evolução da saúde pública. Dedicase também à história do pensamento e da ação dos serviços de saúde pública no Brasil, no presente século, trazendo abundância de dados e interpretação das alterações fundamentais ocorridas na assistência médica no Brasil nos últimos anos.

Au: CARNEIRO, Roberto A.

Ti: Repercussões socioeconômicas da osteoporose no Brasil: estimativa de custos/Socioeconomical repercussions of osteoporosis in Brazil: cost estimates.

Fo: Arq. Bras. Med; 62(1):65-9, jan.-fev. 1988. Tab.

Ab: O autor faz uma revisão sobre as principais conseqüências da osteoporose e seu impacto na sociedade atual. Uma análise comparativa da morbidade e mortalidade e seus custos entre diversos países é realizada. Finalmente, apresenta dados da morbidade e mortalidade no Brasil e seus custos estimativos.

Au: COUTTOLENC, Bernard François.

Ti: O papel da análise custo-efetividade no processo decisório em saúde: o caso do subprograma de controle da hanseníase/ Function of the cost and effectiveness in health decision process: the case of leprosy control sub-program.

Fo: São Paulo; s.n; 1987. 194 p. Tab.

Te: Apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo para obtenção do grau de mestre.

Ab: Discute a análise custo-efetividade na área da saúde como preocupação quanto ao aperfeiçoamento dos métodos gerenciais em geral e de escolha de alternativas de ação que levem ao melhor resultado em relação ao custo. Consistindo, basicamente, em confrontar os custos de um programa com seus resultados ou impactos, permite comparações de custo, resultados esperados e avaliação de desempenho dos programas.

Au: CUBAS, João; BARBOSA, Antônio Sérgio; PASQUAL, Daisy Doris; EMED, Luís Sallim; LOEWEN, João; RIELLA, Miguel Carlos.

Ti: Tratamento da peritonite em diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD): redução do custo com sulfametoxazol-trimetoprim/Treatment of peritonitis in continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD): cost reduction with sulfametoxazole-trimethoprim.

Fo: J. Bras. Nefrol; 9(2):29-32, jun. 1987. Tab.

Ab: Dezesesseis pacientes acometidos de peritonite durante a diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD) foram tratados com sulfametoxazol-trimetoprim (SMT) intraperitoneal. Nos 28 episódios de peritonite observados, 19(67,8%) foram causados por *Staphylococcus aureus*, três por *Staphylococcus epidermitis* (10,7%), em três episódios a cultura foi negativa (10,7%) e um episódio foi causado por *E. coli*. Nas 25 culturas positivas, obteve-se antibiograma em 17, sendo o *S. aureus* sensível à SMT em 14 ocasiões (100%) e nas três infecções por *S. epidermitis* a sensibilidade à SMT ocorreu em duas ocasiões (70%). Todos os pacientes, com exceção de três, apresentaram melhora clínica em 48 horas. O custo do tratamento com SMT foi inferior a 10% do custo do tratamento clássico (cefalosporina + aminoglicosídeo). Conclui-se que a SMT como droga de primeira escolha na peritonite da CAPD é uma alternativa eficaz e econômica.

Au: CUNHA, Bruno Carlos de Almeida.

Ti: Saúde: a prioridade esquecida/Health: the forgotten priority.

Fo: Petrópolis; Vozes; 1987. 133 p. Tab.

Ab: Discute a relação entre a economia e a saúde. Questiona a priorização do desenvolvimento econômico e tecnológico em detrimento do desenvolvimento social da nação e a formação tecnicista e cientificista desenfatuando o social, na

formação de profissionais de saúde. Ao abordar o medicamento como fator para recuperação da saúde expõe a incapacidade do Poder Executivo e do Legislativo em solucionar os problemas do setor no Brasil e lança uma proposta de política de medicamentos.

Au: OLIVEIRA, Francisco Eduardo Barreto de.

Ti: Eficácia dos serviços governamentais e não governamentais na área da saúde/Efficacy of governmental and non-governmental services in health area.

Fo: Hosp. Adm. Saúde; 11(41):9-14, jan.-mar. 1987. Tab.

Au: GOMES, Marleide da Mota.

Ti: Aderência à terapia anticomercial: III- Sugestões para avaliar o impacto econômico da implantação de manobras para aumentar a aderência/Adhesion to anti-drug therapy: III- Suggestions to evaluate the economic impact of the implantation of procedures to increase the compliance.

Fo: Rev. Bras. Neurol; 23(5):155-8, set.-out. 1987. Tab.

Ab: O objetivo da avaliação econômica proposta neste artigo é correlacionar o impacto econômico potencial das medidas para aumentar a aderência por meio de uma análise de custo x benefício. Isso nos permite definir se os benefícios da abordagem proposta visando aumentar a aderência excedem seus custos e se o controle da epilepsia define claramente como os recursos podem ser aplicados de forma mais eficiente dentro dos programas — um deles abrangendo estratégias para aumentar a aderência do paciente e outro que não inclua estas manobras.

Au: MCGREEVEY, William Paul.

Ti: Los altos costos de la atención de salud en Brasil/The high cost of health care in Brazil.

Fo: Bol. Oficina Sanit. Panam; 103(6):599-619, dic. 1987.

Ab: An analysis is presented of the changes that have occurred in Brazilian health sector expenditures in recent years, and of the factors that have favored the excessive growth of curative care at the expense of health promotion- in particular, the balance between the public and the private sector, and the role the public financing, and foreign medical technology, among others. The analysis focuses on the medical-hospital system in Brazil, given its importance as an essential supplier of health services, and on the National Institute of Medical Care and Social Welfare (INAMPS), the agency that under writes the major portion of medical and hospital expenditures. The first section outlines the general features of the fee system that was adopted by the INAMPS for payments to health service suppliers, as well as the basic standards that govern the work of this agency in the context of the Brazilian health system. Notable in this regard are the policy

changes adopted in the early 1980s with a view to reducing costs. The second section examines the high cost of Brazilian health care with a discussion of the following topics: the role of the physicians, the INAMPS fee schedule, high technology in medicine, behavior and health costs, choice of services, excessive rates of cesarean deliveries, and physicians and the choice of technology.

Au: MEDICI, André Cezar.

Ti: Financiamento das políticas de saúde no Brasil/Financing of health policies in Brazil.

Fo: Bol. Oficina Sanit. Panam; 103(6):571-98, dic. 1987. ilus.

Ab: The purpose of this article is to examine the structure of health financing and expenditure in Brazil, based on the different components and institutions that manage the sector. The main public sources of financial and tax resources for the sector are described and special reference is made to the national fiscal budget, the Social Security and Welfare Fund (FPAS), the Social Investment Fund (FINSOCIAL), and other federal social funds and state and municipal budgets. Expenditure is analyzed both from the vantage point of the institutions involved in managing the resources — Ministry of Health, National Medical Care and Social Security Institute (INAMPS), state and municipal secretariats — and from the standpoint of existing health programs and subprograms (medical care, public health, etc). Public expenditure is also compared to private expenditure, in order to estimate total health disbursements in Brazil and their functional breakdown. The repercussions of the economic crisis of the eighties were responsible for significant cutbacks in resources. In this regard, the author analyzes the main adjustment strategies used, especially by the Ministry of Social Security, to deal with the reduction in available resources. Lastly, the article identifies the main problems of the present system of sectoral financing and discusses changes in the system which have been proposed by the VIII National Health Conference.

Au: MERHY, Emerson Elias.

Ti: Capitalismo e a saúde pública: a emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo/The capitalism and public health: the emergency of sanitary practices in the State of São Paulo.

Fo: Campinas; Papirus; 1987. 134 p. Tab. (Krisis).

Ab: Divide a abordagem em duas etapas: na primeira procura compreender quais as peculiaridades do objeto e como o mesmo foi, é, poderia ser abordado, buscando situá-lo no interior das relações sociais capitalistas, que se efetivaram principalmente na Inglaterra; em outra verifica, no interior da sociedade paulista, como as práticas sanitárias emergem e se efetivam enquanto práticas sociais e,

ao mesmo tempo, tira algumas conclusões que podem contribuir para a compreensão atual deste campo de saber e práticas.

Au: SCAIN, Suzana Fiore; OLIVEIRA, Ceuza Helena de; FRANZEN, Elenara.

Ti: Aspectos de assistência de enfermagem ambulatorial no custo do tratamento de diabéticos/Ambulatory nursing care in the cost of diabetic patients treatment.

Fo: Rev. Gauch. Enfermagem; 8(2):149-67, jul. 1987. Tab.

Ab: O trabalho foi efetuado considerando nossa preocupação relativa ao custo do tratamento do diabético em nível ambulatorial, principalmente ao que se refere à dieta, medicamentos específicos, aparelho para aplicação de insulina e fitas reagentes, realizados em domicílio. Relatamos quanto gasta um diabético, considerando a média destes aspectos e o que a enfermeira do consultório orienta a clientela para minimizar os custos do tratamento. Para tanto fizemos um estudo retrospectivo em 144 prontuários de diabéticos atendidos num Programa de Saúde do Adulto de um hospital-escola da cidade, perfazendo 17% do total da clientela atendida em 4 anos.

Au: SESSO, Ricardo de Castro Cintra; STÁBILE, Carlos; DRAIBE, Sérgio Antônio; AJZEN, Horácio; RAMOS, Oswaldo Luiz.

Ti: Custo-efetividade do tratamento da insuficiência renal crônica terminal no Brasil/Cost benefit in the treatment of terminal chronic renal insufficiency in Brazil.

Fo: J. Bras. Nefrol; 9(3):45-54, set. 1987. Ilus, Tab.

Ab: Analisamos a relação custo-efetividade do tratamento da insuficiência renal crônica terminal, comparando os seguintes procedimentos: hemodiálise (HD), diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD), transplante (TX) com doador vivo (VI) e com doador cadáver (CD). Foram estudados, retrospectivamente, 130 pacientes não diabéticos, com idade variando de 15 a 50 anos, os quais iniciaram tratamento para insuficiência renal crônica terminal entre 1983 e 1985, na Escola Paulista de Medicina. Entre os pacientes estudados, 50 submeteram-se à HD; 30 à CAPD; 36 à TX-VI; e 14 à TX-CD. Custos diretos e induzidos foram computados do ponto de vista do INAMPS. Ao final do 1º ano, o custo ao INAMPS por ano de vida ganho para CAPD, HD, TX-CD E TX-VI foi, respectivamente, em cruzados (Cz\$):173.495,40, 150.732,00, 100.123,80 e 53.186,00; a sobrevida atuarial dos pacientes foi, percentualmente: 89,5, 100,0, 69,8 e 91,6. Análise de sensibilidade para custos do transplante renal (TX-VI e TX-CD), considerando a inclusão dos custos dos testes de histocompatibilidade e dos honorários médicos de acordo com a tabela da Associação Médica Brasileira, não demonstrou alteração significativa nos resultados finais. Assumindo-se a sobrevida da técnica e de pacientes

de acordo com a literatura internacional e usando-se os custos em nosso meio, ao final do 2º ano, a CAPD e a HD tiveram custo estimado equivalente. Este valor foi significativamente superior ao TX-VI ou TX-CD, quer se utilize imunossupressão convencional, quer se utilize a ciclosporina. Esta análise fornece dados que podem auxiliar na decisão médico-política concernente ao tratamento da insuficiência renal crônica terminal no nosso meio.

Au: UGÁ, Maria Alicia D.

Ti: Análise econômica das estratégias de vacinação adotadas no Brasil em 1982/Economic analysis of the vaccination strategies adopted by Brazil in 1982.

Fo: Bol. Oficina Sanit. Panam; 103(6):675-94, dic. 1987. Ilus.

Ab: This article presents an overview of a study carried out by the Public Health Special Service Foundation (Ministry of Health of Brazil) in association with the Pan American Health Organization; it compares the economic efficiency of the different vaccination strategies implemented by the National Immunization Program in Brazil in 1982. These strategies were classified in the following way: a) routine vaccination services, offered routinely by federal, state and municipal health service networks; b) mass vaccination campaigns; and c) intensified routine services, where scheduled vaccination services were provided in small villages in the interior of the country. These strategies were assessed by taking into account, on one hand, the costs of supplying the vaccines (in other words, of providing the services) and the costs of obtaining the vaccines (that is, transportation, costs, etc., which affect the user) and, on the other hand, the number of vaccinations and children completely vaccinated by means of each strategy. For this analysis, the study sample was the health units of different public institutions in 16 municipalities in the North and Northeast regions of Brazil. The results of the study show that, generally speaking, the mass campaign was the most efficient strategy, although in some municipalities the results of routine services were almost as good.

1988

Au: BATISTA FILHO, Malaquias

Ti: A crise e as condições nutricionais das crianças no Nordeste.

Fo: *In* Chahad, José Paulo Z. & Cervini, Ruben (org.) Crise e infância no Brasil. O impacto das políticas de ajuste econômico. Instituto de Pesquisa Econômica da Faculdade de Economia e Administração da Universidade de São Paulo (IPE-USP), 1988, p. 305-330.

Ab: Ao analisar a conjuntura socioeconômica dos anos 80, o autor destaca as implicações mais relevantes da crise no estado nutricional da infância no Nordeste, examinando indicadores como baixo peso ao nascer, relação peso/idade, rela-

ção altura/idade e a prevalência de carências nutricionais específicas. As evidências diretas e indiretas do agravamento da desnutrição protéico-calórica em crianças menores de 5 anos no Nordeste, nos momentos mais adversos da recessão econômica, demonstram de forma clara a necessidade de políticas globais e setoriais destinadas a reduzir as conseqüências mais graves de cenários singularmente desfavoráveis. Nesse sentido, o estudo menciona a importância de programas supletivos de geração de renda, de suplementação alimentar aos grupos sociais e biológicos mais expostos a riscos nutricionais, e a aplicação sistemática de ações de saúde de baixo custo, como o aleitamento materno e o controle das doenças diarreicas. Medidas simples como a utilização de suplementação alimentar e a correção da anemia da gestante, quando praticadas apenas no último trimestre da gravidez, podem reduzir entre 50% e 60% a prevalência do baixo peso ao nascer. Segundo as evidências mostradas no estudo, o baixo peso ao nascer constitui a mais notável e importante manifestação da crise econômica em termos de saúde e nutrição no Nordeste brasileiro. A distribuição de megadoses de vitamina A e o emprego de sais de ferro podem prevenir — com um custo irrisório — a hipovitaminose A e a anemia. Outras medidas, também de baixo custo e alta eficácia, como o incentivo ao aleitamento materno, controle das diarreias através da terapia de reidratação oral, controle das infecções respiratórias agudas, vacinação, acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento, suplementação alimentar nos casos indicados e saneamento básico, podem reduzir a mortalidade infantil em 60% a 70%.

Au: BATISTA FILHO, Malaquias; ARRUDA, Ilma Kruse Grande de.

Ti: Eficácia e custos do tratamento da desnutrição energético-protéica/ Efficacy and costs of protein-calorie malnutrition treatment.

Fo: Rev. IMIP; 2(n. esp):13-24, mar. 1988. Tab.

Re: Mediante 3 modelos de intervenção foram estudadas 817 crianças, sob diferentes condições nutricionais, com idade de 6 a 60 meses. Destas, 509 foram inscritas no Programa de Suplementação Alimentar (PSA), 200 no Centro de Educação e Recuperação Nutricional (CERN) e 108 no Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP) (modelo hospitalar). O estado nutricional das crianças foi discriminado pelas classificações de Gomez, Ariza-Macias e Seoane-Latham (modificada). Os resultados indicaram que o modelo P.S.A. praticamente não altera a situação inicial encontrada. Os dados do hospital são melhores que os obtidos no CERN, a um custo 28 vezes maior. Discute-se o papel provável da história natural na evolução espontânea de muitos casos, a despeito das intervenções de caráter técnico, operados pelos serviços de saúde. De modo geral, os resultados das intervenções não são promissores.

Au: CHAHAD, José Paulo Z. & MACEDO, Roberto.

Ti: Ajuste econômico e impacto social no Brasil:1980-1987.

Fo: In Chahad, José Paulo Z. & Cervini, Ruben (org.) Crise e infância no Brasil. O impacto das políticas de ajuste econômico. Instituto de Pesquisa Econômica da Faculdade de Economia e Administração da Universidade de São Paulo (IPE-USP), 1988, p 47-84.

Ab: O estudo, em sua primeira parte, discute as políticas de ajuste econômico colocadas em prática na década de 80 para enfrentar o estrangulamento imposto pela dívida externa, bem como para o combate à inflação endêmica existente na época no Brasil. A análise demonstrou, uma vez mais, que um país como o Brasil adota políticas de ajustamento quase cegas, no que diz respeito ao seu impacto social. Em que pese sua evolução em termos de crescimento econômico e mudanças estruturais, o país está despreparado para administrar crises, pois não dispõe do *Welfare State* dos países desenvolvidos, enquanto a natureza da sua crise se aproxima muito mais da que atinge os países industrializados, ao contrário do que ocorre nos países predominantemente agrícolas e não urbanizados. A despeito da precariedade das informações foi possível encontrar evidências do impacto social da crise na morbidade das crianças. Foi destacado o caso das crianças atendidas pela Fundação de Amparo à Infância de Santo André, no estado de São Paulo, onde doenças típicas de carências econômicas mostraram um comportamento pró-cíclico. O estudo demonstra também que também a mortalidade infantil é influenciada negativamente pela fase recessiva do ciclos de natureza econômica, se não em seu nível, pelo menos nas suas causas determinantes. Os autores concluem que, a despeito da soma expressiva do recursos públicos destinados à área social, a aplicação desses recursos é mal direcionada, do ponto de vista da equidade. Se esses programas fossem reorientados para os mais carentes seria possível, com a mesma proporção de recursos, dar uma verdadeira tonalidade social aos programas de ajuste e estabilização, pois, além de voltados para o crescimento econômico, eles deveriam também resguardar o alcance de objetivos sociais.

Au: FELICÍSSIMO, Angelo.

Ti: A integração dos recursos para a saúde: questão do financiamento/Resources health integration: financing question.

Fo: São Paulo; s.n; 1988. 52 p. Tab.

Te: Apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo para obtenção do grau de mestre.

Ab: A partir de antecedentes históricos dos serviços de saúde no Brasil, analisa a perspectiva de construção de um sistema de saúde apoiado nas instituições públicas e utilizando um modelo de formação e distribuição dos recursos financeiros. Apresenta um sumário de experiências do financiamento setorial em ou-

tros países, comentando a eventual concordância ou contraste com uma proposta para desenvolvimento dessa área no Brasil.

Au: KOIFMANN, Sérgio.

Ti: Crise econômica e desnutrição: o caso do Rio de Janeiro.

Fo: *In* Chahad, José Paulo Z. & Cervini, Ruben (org.) Crise e infância no Brasil. O impacto das políticas de ajuste econômico. Instituto de Pesquisa Econômica da Faculdade de Economia e Administração da Universidade de São Paulo (IPE-USP), 1988, p. 335-355.

Ab: O texto trata da questão da desnutrição na infância, *vis-à-vis* as políticas de emprego e salários no período 1959-1986. O panorama apresentado revela nítida relação entre o agravamento dos problemas da nutrição das crianças com os períodos de desemprego. Tanto durante a recessão de 1961-1964, quanto na de 1980-1984, verificaram-se aumentos na prevalência de desnutridos, por meio de diferentes procedimentos classificatórios. Nota, ainda que, mesmo entre 1969-1972, período que o país experimentou taxas excepcionais de crescimento mas com a acentuação do processo de concentração de renda, a simples existência de pleno emprego, garantindo, portanto, a possibilidade de ampliar a renda familiar, acarretou uma melhoria relativa do estado nutricional em todas as faixas etárias analisadas. No início dos anos 80, quando a força do movimento sindical se fez mais presente, possibilitando a elevação dos salários, a sua corrosão pela inflação, bem como a massificação do desemprego, trouxeram nítido agravamento do estado nutricional na população infantil.

Au: MATSUI, Irene Akie; FRANÇA, Sandra Takaki; TARRAF, Ulisses; KARA José, Newton.

Ti: Levantamento do custo de óculos na cidade de Campinas, SP/Research of spectacles cost in Campinas SP.

Fo: Rev. Bras. Oftalmol.; 47(5):296-301, out. 1988. Tab.

Ab: Os autores, ao enfatizarem a dificuldade dos pacientes de hospitais universitários em adquirirem óculos, fizeram levantamento em 36 óticas sobre o preço da armação mais barata, com lente de — 1,50 D.E., endurecidas ou não. Encontraram variação no preço de armação de Cz\$ 130,00 a Cz\$ 396,00; nas lentes, de Cz\$ 48,00 a Cz\$ 150,00; no endurecimento, de Cz\$ 60,00 a Cz\$ 220,00; e nos óculos completos, de Cz\$ 190,00 a Cz\$ 546,00. Concluem pela necessidade de o governo, em primeira instância, tabelar um tipo de armação padrão para a população de mais baixa renda e, no futuro, distribuir gratuitamente este tipo de óculos. Sugerem ainda outras medidas para tornar mais acessível às populações carentes a aquisição de óculos.

Au: MONTEIRO, Carlos Augusto

Ti: Crescimento econômico, intervenções médico-sanitárias e saúde infantil na cidade de São Paulo.

Fo: *In* Chahad, José Paulo Z. & Cervini, Ruben (org.) Crise e infância no Brasil. O impacto das políticas de ajuste econômico. Instituto de Pesquisa Econômica da Faculdade de Economia e Administração da Universidade de São Paulo (IPE-USP), 1988, p 281-303.

Ab: O documento examina a evolução da economia brasileira entre 1968 e 1984, e duas modalidades de intervenção médico-sanitárias na cidade de São Paulo, com repercussão na saúde infantil: as ações de saneamento básico e a assistência médica curativa e preventiva, evidenciando que: (i) taxas altíssimas de crescimento, como as registradas na década de 70, não se mostraram capazes de assegurar melhorias na saúde infantil; (ii) investimentos públicos em saneamento básico e em assistência a saúde, focalizados nas frações mais pobres da população, propiciaram progressos consideráveis no nível de morbimortalidade na infância, tanto em períodos de desaceleração do crescimento econômico quanto de plena recessão; e (iii) a recessão, combinada a um padrão de crescente concentração de renda, contribuiu para a deterioração específica do estado nutricional infantil.

Au: PELIANO, Ana Maria T. Medeiros.

Ti: Os programas alimentares e nutricionais no contexto da recessão econômica.

Fo: *In* Chahad, José Paulo Z. & Cervini, Ruben (org.) Crise e infância no Brasil. O impacto das políticas de ajuste econômico. Instituto de Pesquisa Econômica da Faculdade de Economia e Administração da Universidade de São Paulo (IPE-USP), 1988, p 185-219.

Ab: O autor analisa alguns indicadores do impacto das políticas de ajuste, os principais programas federais de alimentação e nutrição entre 1980 e 1984, concluindo que tais programas foram absolutamente insuficientes para cobrir o déficit no poder aquisitivo dos salários e incapazes de atingir os grupos mais pobres. Ainda que para os segmentos beneficiados o atendimento governamental tenha sido fundamental para aliviar sua carência alimentar, esses programas se configuraram como alternativa excessivamente modesta para alterar o quadro nutricional do país. Confirmando a tese de que a erradicação da fome depende de mudanças estruturais, o estudo indica que o combate à desnutrição, no curto prazo, exige a revisão de toda a atuação do estado no setor. Nesse sentido, independente de corrigir a defasagem na alocação de recursos, é indispensável impedir a sua dispersão entre programas paralelos e de eficácia duvidosa. Igualmente importante seria assegurar complementariedade entre as ações nutrição e saúde, concentrando os esforços nos grupos efetivamente mais carentes e biologicamente mais vulneráveis.

Au: VIANNA, Solon Magalhães, MEDICI, André Cezar; PIOLA, Sérgio Francisco.

Ti: Os serviços de saúde durante a recessão.

Fo: In Chahad, José Paulo Z. & Cervini, Ruben (org.) Crise e infância no Brasil. O impacto das políticas de ajuste econômico. Instituto de Pesquisa Econômica da Faculdade de Economia e Administração da Universidade de São Paulo (IPE-USP), 1988 p.139-183.

Ab: A crise econômica que atingiu o Brasil na primeira metade da década de 80, no ocaso do regime autoritário, não propiciou uma efetiva prioridade para área social, como opção emergencial para atenuar os efeitos da recessão. A queda nos recursos fiscais correspondeu, quase na mesma proporção, a uma redução nas disponibilidades dos setores sociais. E as perdas nos fundos sociais, principalmente no FPAS — o maior deles e responsável pelo financiamento da previdência social (inclusive assistência médica) —, não foram compensadas por maiores aportes em recursos da receita de impostos nem pela criação de um nova contribuição social sobre o faturamento das empresas (FINSOCIAL) em 1982. Paradoxalmente, todo o elenco de providências adotadas, envolvendo cortes e restrições, sobretudo na assistência médica, em busca do ajuste, trouxe um primeiro impulso para a construção de um sistema de saúde universal e menos desigual. As ocasiões de crise parecem ter um efeito catalisador no processo de transformações sociais. Pelo menos assim aconteceu, em certa medida, no setor saúde, a partir do início dos anos 80. Sem resolver todos os problemas, a estratégia das ações integradas de saúde — AIS constituiu importante fator de descentralização, repassando mais recursos para estados e municípios. Contribuiu também para a universalização e redução nas desigualdades de acesso aos serviços, bem como para o aumento do grau de articulação entre as instituições públicas do setor, que historicamente atuavam de forma paralela, superposta quando não conflitante. Tendo em conta que esses progressos estão sendo alcançados em pouco tempo e, sobretudo até 1984, em condições adversas, o saldo é positivo. Não surpreende, por outro lado, que a cobertura tenha caído em algumas atividades. O atendimento hospitalar, por exemplo, consideradas todas as modalidades assistenciais, públicas e privadas, diminuiu entre 1981 e 1984. Surtos de dengue e o aumento no risco do retorno da febre amarela urbana, surgiram como consequência da redução das ações de combate ao vetor dessas doenças de reconhecido potencial epidêmico. Em contrapartida, o aumento do número de consultas *per capita*, a melhoria da cobertura vacinal e a expansão da rede ambulatorial pública e privada, são resultados inesperados em uma conjuntura recessiva. Em um cenário desfavorável, as medidas de ajuste incluíram o fortalecimento de programas de caráter compensatório mais explícito, como os de alimentação e nutrição. Ao mesmo tempo, o atendimento em serviços de custo mais alto sofreu

redução, em parte como decorrência do aprimoramento dos mecanismos de fiscalização e controle.

Au: WARD, Laura S; ZANELLA, Maria Teresa; MENABÓ, Eliana; RAMOS, Luiz R; CASTELLO FILHO, Adauto; RUSSO, Evaldo M. K; VIEIRA, José Gilberto H; MACIEL, Rui M. B.

Ti: Estimativa da relação custo-benefício de um programa de detecção precoce de hipotireoidismo congênito.

Fo: AMB Rev. Assoc. Méd. Bras; 34(3):106-10, maio-jun. 1988. Tab.

Ab: O diagnóstico e tratamento precoce de uma criança portadora de hipotireoidismo congênito representam um enorme benefício para os familiares e para o grupo social que evita arcar com os custos sociais e financeiros de um indivíduo com deficiência mental. Em 1983 foi implantado, na Escola Paulista de Medicina, um projeto piloto de Detecção de Hipotireoidismo Congênito na zona urbana de São Paulo, empregando métodos e reagentes desenvolvidos em nosso laboratório. Utilizando os dados e gastos reais obtidos durante a implantação e posterior manutenção do programa, comparamos os custos com os benefícios auferidos, estimando-se que o programa abrangesse toda a cidade de São Paulo. Já no ano de sua implantação, a análise de custo-benefício, expressa por meio da razão total de benefícios/custos totais, é de 1,34, elevando-se para 3,90 no ano seguinte, e para 3,99 no terceiro ano. Demonstramos que o programa de Detecção Precoce de Hipotireoidismo Congênito, nos moldes para nós desenvolvidos, é factível e eficiente, especialmente empregando reagentes e métodos nacionais (AU).

1989

Au: FERRAZ, Edmundo Machado; VASCONCELOS, Maria das Dores M. M; VIANA, Valdilene Pereira; FERRAZ, Álvaro Antônio Bandeira; COELHO, Antônio Roberto Barros; SOUZA, Ayrton Ponce de.

Ti: Infecção da ferida cirúrgica: avaliação do custo e da permanência hospitalar/Postoperative wound infection: a study of cost and hospital stay.

Fo: Rev. Col. Bras. Cir; 16(6):253-5, nov.-dez. 1989. Tab.

Ab: Os autores apresentam um estudo de custo e permanência hospitalar de cirurgias tradicionalmente efetuadas no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco e realizados no segundo semestre de 1988, relacionadas com a infecção de ferida cirúrgica. O aumento da permanência hospitalar foi estatisticamente significante nas colecistectomias, colecistectomias com a exploração de vias biliares e nas operações cesarianas, quando os pacientes desenvolveram infecção de ferida. Nas colecistectomias em que apresentaram infecção de ferida, a elevação do custo foi da ordem de 1.525,17 BTNS e 12 dias na perma-

nência hospitalar; nas colecistectomias com exploração das vias biliares, este acréscimo foi de 887,88 BTNS e 7,1 dias. Nas operações cesarianas com infecção de ferida, além do aumento da permanência hospitalar em 4,2 dias, a elevação do custo foi de 525,26 BTNS.

Au: CHORNY, Adolfo Horacio.

Ti: Financiamento e descentralização do sistema de saúde no estado do Rio de Janeiro. s.n; jun. 1989. 25 p. ilus, tab.

Ab: Estudo sobre os gastos do governo do Rio de Janeiro com o setor saúde na década de 80, por meio da análise da participação do setor saúde no orçamento estadual; da composição das fontes de recursos; da comparação entre a despesa realizada pelo setor e a despesa total do Estado; da estrutura da despesa; e dos gastos com a transferência de recursos para os municípios (com o advento do SUS).

Au: MERHY, Emerson Elias.

Ti: Brasil pós-64: financiamento e modelos de serviços de saúde/Brazil after 64: financing and health services models.

Fo: *In*: Campos, Gastão Wagner de Souza; Merhy, Emerson Elias; Nunes, Everardo Duarte. Planejamento sem normas. São Paulo, HUCITEC, 1989. p.61-112, tab. (Saúde em debate, 23).

Ab: Analisa o financiamento das ações de saúde no período pós-1964, reconstruindo o processo social de formação do modelo prestador de serviços de saúde, considerando a relação entre gasto público no setor, a estruturação das instituições-chave da área da saúde e o conjunto de forças sociais que atuam nesta dimensão da vida social

Au: PIOLA, Sérgio Francisco.

Ti: Evolução das políticas de financiamento do setor saúde no Brasil. s.n; maio 1989. 39 p. Ilus, tab.

Ab: Histórico das políticas de financiamento do setor saúde no Brasil, com ênfase no período 1967-1987. O autor analisa os fatores responsáveis pela crise da Previdência Social e as propostas racionalizadoras do Estado para a sua superação a partir da década de 80, até o surgimento do SUDS — Sistema Unificado Descentralizado de Saúde.

Au: PIOLA, Sérgio Francisco, CAMARGO, Sebastião Francisco, SILVA, Lorena Bernadete da.

Ti: . O financiamento dos serviços de saúde no Brasil.

Fo: Instituto de Planejamento Econômico e Social. Instituto de Planejamento. Brasília: IPEA.IPLAN, jul. 1989. 6p. (Informe Técnico IPLAN, 10/89).

Ab: Traz um dimensionamento do gasto do setor saúde, público e privado no Brasil. Mostra como é financiada a saúde pública no país e traz a evolução dos gastos nessa esfera no período de 1980 a 1987. Faz o mesmo dimensionamento no setor privado, utilizando as fontes de dados disponíveis, embora bastante escassas. Ao final, estima o valor global dos gastos (públicos e privados) com a saúde no Brasil.

Au: SALLA, José; GHELLAR, Márcia; KAUFMANN, Mauro L; ILHA, Nardély dos S; FRANDOLOSO, Paulo R.

Ti: Perfil da demanda de um serviço de Pronto Socorro, Santa Maria/Demand profile of a Emergency Service, Santa Maria.

Fo: Saúde (Santa Maria); 15(1/2):71-80, jan.-dez. 1989. Tab.

Ab: Analisou-se o perfil da demanda de um serviço de pronto socorro em Santa Maria, num período entre abril e junho de 1989, estudando-se 1.082 pacientes. Notou-se que 60,6% eram consultas não urgentes. Pacientes da área urbana somaram 86,8%. Pacientes do sexo masculino somaram 50,4% e 20,2% do total tinham entre 20-29 anos. Acidentes de diversas causas constituíram 20,5% dos motivos de consulta, sendo que em 54,6% dos casos a conduta foi sintomática e 2,4% dos pacientes foram liberados sem nenhum tipo de tratamento farmacológico ou encaminhamento a outros serviços especializados (AU).

Au: SOUZA, Marcelo Pereira de.

Ti: Conceituação de um critério à atribuição de taxas dos usos dos recursos hídricos/Evaluation of a criterion to attribution of taxes of uses of the water resources. s.n; 1989. 193 p. ilus, mapas.

Te: Apresentada à Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Ambiental, para obtenção do grau de mestre.

Ab: O conflito gerado pela necessidade de atender aos usos múltiplos dos recursos hídricos é cada vez mais acentuado e constante nas regiões onde ocorre grande demanda por esses recursos. O presente trabalho apresenta uma proposta de manejo de recursos hídricos a partir da hipótese de que, nessas regiões de grande demanda, o recurso hídrico é um bem econômico e como tal deve ser tratado. Para tanto, foram feitas considerações a respeito da necessidade em se conhecer o meio ambiente como um todo, por meio da caracterização ambiental, antes de intervir nos recursos hídricos em específico; considerações à respeito da distribuição e da necessidade dos recursos hídricos, bem como de sua quantidade e qualidade requeridas a partir da definição dos usos. Além desses pontos, foram observados: os modelos de poluição de água superficial, a adoção

da bacia hidrográfica como unidade de gestão, a experiência estrangeira e o enfoque brasileiro no setor. Ainda como aprofundamento de entendimento sobre o tema, foram analisados aspectos relacionados a custos de produção, a necessidade de definir economia de mercado vigente, e algumas considerações a respeito de política pública na área de recursos hídricos superficiais. Após a abordagem destes tópicos, foi apresentada uma proposta de critério para a cobrança de taxas pelos diferentes usos dos recursos hídricos superficiais, e feitas algumas considerações a respeito do assunto.

Au: VIANNA, Solon Magalhães.

Ti: Equidade nos serviços de saúde.

Fo: Instituto de Planejamento Econômico e Social (Instituto de Planejamento) IPEA/IPLAN. Texto para Discussão nº 24, dez., 1989, 35 p.

Ab: Discute os aspectos conceituais relativos a equidade e igualdade; as diferentes formas de igualdade nos serviços de saúde (igualdade no direito de acesso, na distribuição dos recursos, na utilização dos serviços, no financiamento e na despesa pública com saúde, e nos resultados em termos de melhoria do nível de saúde coletiva). Enfoca, no caso brasileiro, as desigualdades presentes nos serviços de saúde, os possíveis efeitos do processo de descentralização e, finalmente, os limites e restrições à equidade.

Au: VIANNA, Solon Magalhães, PIOLA, Sérgio Francisco, CAMARGO, Sebastião F. e SILVA, Lorena B.

Ti: A Conta Social Revisitada (1980-1987).

Fo: Instituto de Planejamento Econômico e Social — IPEA (Instituto de Planejamento — IPLAN) Série: Acompanhamento de Políticas Públicas, nº 11, 1989.

Ab: Atualiza a análise da evolução do gasto federal, introduzindo alterações na metodologia anteriormente utilizada para estudar o gasto social objeto do estudo Recessão e Gasto Social: A Conta Social Consolidada (1980-1986). Considera como "sociais" as seguintes áreas: alimentação e nutrição; saúde; saneamento e proteção ao meio ambiente; educação e cultura; habitação e urbanismo; trabalho; e assistência e previdência. Revela que o financiamento federal para os programas sociais, que vinha crescendo nos três primeiros anos da década de 80, sofreu sensível redução em 1983 e 1984, anos em que a crise econômica golpeou mais fundo as finanças públicas. A recuperação, em 1985, não foi suficiente para alcançar o gasto *per capita* observado em 1982. A recuperação pós-1984 foi devida ao aumento do aporte do orçamento fiscal (recursos de impostos), já que as fontes mais importantes do financiamento da área social, baseadas em taxação sobre a folha de salário, foram as mais afetadas pela crise. A partir de 1985 houve um crescimento constante dos recursos fiscais destinados as áreas sociais, com o conseqüente aumento da participação relativa dessa fonte (de 30,5%, em 1984,

para 42,2%, em 1987). Essa *performance* pode ser, em boa parte, creditada à inclusão dos recursos do FINSOCIAL, criado em 1982, no orçamento fiscal. Como percentual do PIB, contudo, o gasto social federal apresentou decréscimo (de 10,5%, em 1982, para 8,8%, em 1987). A participação relativa da saúde na despesa social total oscilou entre 16,05% e 19,28%, subindo para pouco mais de 24% em 1987.

1990

Au: FRANCISCHETTI, Emílio Antônio; FAGUNDES, Virgínia G. de Abreu; LAMAS, Cristiane da Cruz.

Ti: Diuréticos, ainda uma opção como agente anti-hipertensivo inicial?/Diuretics-yet one option how antihypertensive agents initial?.

Fo: RBM rev. Bras. Med; 47(5):155-6, 159-60, 162-3, maio 1990. Tab.

Ab: São analisados aspectos farmacológicos e clínicos dos diuréticos como drogas hipotensoras. O potencial pró-aterogênese e pró-arritmogênese dessas drogas é discutido, salientando-se a resistência à insulina e a diminuição da calemia como causas prováveis desses efeitos. As repercussões dos diuréticos sobre a qualidade de vida do hipertenso, bem como os efeitos colaterais a eles atribuídos, são apresentadas, chamando-se atenção para a disfunção sexual como queixa mais freqüente do uso prolongado da droga. Comparações de custos do tratamento com diuréticos e outras drogas são estabelecidas. O custo-efetividade do tratamento é posto em questão, salientando-se que drogas mais modernas como os antagonistas de cálcio e inibidores de enzima de conversão são mais efetivas para o hipertenso quanto à prevenção de "patologia de efeito" e seu bem-estar. Os diuréticos são utilizados como primeira escolha na terapêutica anti-hipertensiva do obeso hipertenso e são alternativas para o controle da hipertensão do negróide e do idoso. Ressalta-se a importância de se utilizar doses baixas, com vistas a reduzir efeitos colaterais e repercussões sobre o perfil metabólico e lipídico (AU).

Au: GOMES, Marleide da Mota.

Ti: A oportunidade de se valorizar a eficiência no atendimento de pacientes com doenças cerebrovasculares/The opportunity of valorize the efficiency on attendance of patients with cerebrovascular diseases.

Fo: Rev. Bras. Neurol; 26(supl. 1):44S-48S, set. 1990. Ilus, tab.

Ab: Este artigo considera a importância de melhores decisões médicas nos cuidados de pacientes com doenças cerebrovasculares que incluam além de medidas eficientes (envolvendo comparação de custos e benefícios entre programas com o melhor uso dos recursos), também medidas eficazes e efetivas em associação a disponibilidade de recursos humanos e materiais. Igualmente, é enfatizada

a oportunidade deste tipo de preocupação principalmente pelos médicos, dentre todos os profissionais de saúde, em função da escassez de recursos aliada ao gradual aumento da cobertura de atendimento, disponibilidade tecnológica e envelhecimento da população, fato de especial importância no caso das D/V.

Au: MEDICI, André Cezar.

Ti: Cenários governamentais para as finanças da saúde no período 1990-1994/Governmental sceneries for the health finances in the 1990-1994 period.

Fo: Saúde debate; (30):9-14, dez. 1990. Tab.

Ab: Um dos compromissos do governo consiste em elevar os gastos nacionais em saúde para o patamar de 10% do PIB. Questionamentos a esta meta: como deverão ser atingidos os 10%; este percentual refere-se a que PIB?; o compromisso deverá ser atingido no início ou no final do governo?; a meta de 10 por cento do PIB engloba uma visão restrita ou ampla dos programas de saúde? Para o estudo de cenários relacionados às finanças da saúde, o trabalho avalia o legado da Nova República neste campo, seus limites e perspectivas de superação.

Au: MEDICI, André Cezar.

Ti: Aspectos socioeconômicos da morbidade no Brasil: uma contribuição aos estudos sobre população e saúde; o caso do Nordeste/The socioeconomic aspects of morbidity in Brazil: a contribution to the studies of population and health (the case of Northeast).

Fo: Saúde debate; (30):40-51, dez. 1990. Ilus, tab.

Ab: Analisa alguns aspectos da morbidade levantados pela pesquisa, bem como avalia o comportamento da população quanto ao uso dos serviços de saúde no Brasil e em particular no Nordeste (AU).

Au: MEDICI, André Cezar.

Ti: A oferta de serviços de saúde no Brasil: 1976-1986/Health services supllly in Brazil: 1976-1986.

Fo: *In*: Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Anais do VII Encontro Nacional de Estudos Populacionais. São Paulo, ABEP, 1990. v.3. v.3. p.283-320.

Co: Apresentado em: Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 7; s.l., 1990.

Ab: Descreve a evolução da oferta de serviços de saúde no Brasil, tendo em vista a análise de algumas características das redes hospitalar e ambulatorial ao longo do período 1976-1986. Busca, ainda, avaliar a produção de alguns serviços básicos — consultas e internações — especificamente ao longo dos anos 80, em

termos globais e *per capita*, tomando como base algumas projeções de população existentes no período. Avalia, também, a distribuição regional destas características, procurando traçar um perfil dos principais diferenciais regionais de oferta de serviços. Com isso, pretende fornecer elementos que possam subsidiar análises sobre os principais efeitos das políticas de ajuste e estratégias de administração do setor saúde, ao longo da crise, no que diz respeito à expansão da rede e a cobertura real dos serviços.

Au: MEDICI, André Cesar.

Ti: O financiamento da saúde nos anos 90: como resgatar a cidadania entre a crise e o ajuste estrutural?. s.n; 1990, 14 p. Ilus.

Ab: Discussão sobre os limites do financiamento do setor saúde no Brasil na década de 90 baseada no retrospecto das propostas da 8a. Conferência Nacional de Saúde e na composição do orçamento da Seguridade Social prevista na Constituição federal de 1988, à luz da crise econômica e da crise do Estado brasileiro. Proposição de saídas para os problemas analisados.

Au: MEDICI, André Cesar.

Ti: Financiamento e contenção de custos nas políticas de saúde: tendências atuais e perspectivas futuras/Financing and costs restraint in health policies: current trends and future perspectives.

Fo: Plan. pol. pública; (4):83-98, dez. 1990.

Re: Descreve algumas medidas que vêm sendo adotadas nos países desenvolvidos para fazer frente ao aumento de custos no setor saúde. Avalia, no contexto mundial, alguns problemas associados aos serviços de saúde, tais como a inflação médica, por meio de dados e cifras coletadas para alguns países. Conclui evidenciando alguns problemas associados à contenção de custos das políticas de saúde nos países que não desenvolveram de forma plena políticas de *welfare state*, como é o caso dos países latino-americanos.

Au: VIANNA, Solon Magalhães.

Ti: Política, economia e saúde: perspectivas para os anos 90/Policy, economics and health: perspectives for the 90's.

Fo: *In*: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; Universidade de Campinas. Departamento de Medicina Preventiva e Social. Anais do 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia e Desigualdade Social: os desafios do final do século. Rio de Janeiro, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1990. p.224-29

Co: Apresentado em: Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 1; Campinas, 02-06 set. 1990.

Ab: Analisa o contexto político, econômico e social e seu impacto frente ao sistema de prestação de saúde, que chegou à beira do colapso no Brasil, fazendo previsões para a década de 90. As previsões, apesar dos obstáculos, não são desanimadoras, esperando-se que a questão saúde tenha a prioridade política que não obteve nas décadas passadas.

Au: VIANNA, Solon Magalhães; PIOLA, Sérgio Francisco; GUERRA, Antônio José; CAMARGO, Sebastião Francisco.

Ti: O financiamento da descentralização dos serviços de saúde: critérios para transferências de recursos federais para estados e municípios. Organização Panamericana de Saúde; 1990. 70 p. ilus, tab. (OPS. Série Economia e Financiamento, 1).

Ab: Tomando por referência o ano de 1989, os autores fazem um estudo sobre o montante dos recursos transferidos da União para os estados, com ênfase no princípio da equidade, por meio da comparação entre três situações: o que foi realmente transferido, o que seria transferido de acordo com os critérios da Lei nº 8080/90, e uma proposta alternativa de transferência. Esta última hipótese utilizou os critérios de situação sanitária, nível de renda, grau de cobertura dos serviços de saúde na razão inversa, e o desempenho do sistema e participação do setor saúde no orçamento estadual na razão direta. De acordo com o estudo, a última hipótese mostrou-se a mais equânime, reduzindo as diferenças regionais e interestaduais.

1991

Au: ANTONINI, Luciana, coord.; MOREIRA, Maria Tarquínia Vieira; VERONESE, Aracy Thereza C. Affonso; MESQUITA, Bartira Cristina.

Ti: Oferta de serviços básicos nos municípios do interior de São Paulo/The urban sanitation in the countryside municipal districts of São Paulo State.

Fo: São Paulo; Fundação Prefeito Faria Lima; 1991. 104 p. Ilus, tab. (Cad. CEPAM, 2).

Re: Procura retratar a oferta de serviços à população do interior do estado de São Paulo como instrumento auxiliar do processo de planejamento local, além de contribuir para a compreensão de algumas particularidades da diversificada realidade do interior paulista. Apesar da amplitude e da complexidade do tema, é possível situar o município dentro de um contexto regional e estadual.

Au: BAHIA, Lígia.

Ti: Oferta e produção de serviços de saúde no Brasil na década de 80: um estudo exploratório/Supply and production of health services in Brazil in the 80's decade: an exploratory study.

Fo: Rio de Janeiro; s.n; 1991. <200> p.

Te: Tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública para obtenção do grau de mestre.

Re: Consiste em uma reflexão analítica sobre a universalização dos serviços de assistência médico-hospitalar no Brasil na década de 80, processo que se dá por meio de uma reestratificação do perfil das clientela e da expansão de empresas médicas. Toma como caso paradigmático da promoção da oferta e da produção de atividades assistenciais pelas empresas de medicina suplementar, a AMIL. O estudo constitui uma tentativa de se avançar no conhecimento sobre o fenômeno, a partir da bibliografia nacional disponível, da análise de documentos oficiais do IBGE, do INAMPS e dos dados obtidos na AMIL, na década de 80, além de entrevistas com alguns profissionais médicos ocupando cargo de chefia nessa instituição de medicina suplementar

Au: BORINI, Paulo; SILVA, Cleusa Olivato da.

Ti: Comparação entre os custos dos tratamentos de alcoolistas e pacientes com outras psicopatias internados no Hospital Espírita de Marília: correlação de receita e despesas/Comparison between the cost of the treatment of alcoholics and patients with others psychopathies interned in the Hospital Espírita de Marília: correlation between income and charges.

Fo: Rev. Paul. Hosp; 39(9/12):116-8, set.-dez. 1991. Tab.

AU: BRASIL. Ministério da Saúde.

Ti: O processo de planejamento do Sistema Único de Saúde: programação e orçamentação da saúde(PROS/1992). Anexo III/The planning process of the Unified Health System: programming and budget of the health (PROS/1992). Annex III.

Fo: Brasília; Ministério da Saúde; 1991. 50 p.

Ab: A Programação e Orçamentação da Saúde (PROS) compatibiliza, anualmente, no nível estadual, as programações municipais e regionais. Neste instrumento estão consolidadas as prioridades, objetivos, estratégias, metas, estimativas de gastos e composição do financiamento para o ano, permitindo uma visão da organização e funcionamento do sistema e orientando sua coordenação. Deve também subsidiar as negociações dos projetos, programas e recursos entre as instâncias de condução e gerência do sistema, e as diversas fontes de financiamento. A Programação Anual é parte integrante dos respectivos planos de saúde reorientando a cada ano a direcionalidade, execução e as reformulações necessárias.

Au: CASTRO, Cláudio Gastão Junqueira de.

Ti: O estudo da demanda do serviço de pronto atendimento de um hospital como subsídio ao modelo assistencial do Sistema Nacional de Saúde/Demand profile of the emergency hospital service as subsidy to the care model of the National Health System. s.n; 1991. < 194 > p. tab.

Te: Apresentada à Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública, para obtenção do grau de mestre.

Ab: Estuda-se o perfil da demanda dos serviços de pronto atendimento do Hospital Umberto I (adultos, crianças, gineco-obstetrícia). Os dados, referentes ao ano de 1990 (Amostrados), foram coletados pela Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA) do Sistema de Informação Ambulatorial do SUDS-SP (SIA-SUDS-SP). Foram estudadas as variáveis, *idade, sexo, residência, horário de atendimento, diagnósticos (segundo a CID-9)*. São analisados os resultados obtidos e comparações destes com a rede de unidades básicas de saúde, inserindo-as na perspectiva de um novo modelo assistencial, no cenário de transição do Sistema Nacional de Saúde do Brasil, enfatizando a questão da regionalização e descentralização destes tipos de serviços.

Au: CASTRO, Janice Dornelles de.

Ti: Análise da distribuição dos recursos financeiros para assistência à saúde no Brasil e no Rio Grande do Sul, e proposta de operacionalização dos critérios para sua distribuição/Analysis of financial resources distribution for health assistance in Brazil and Rio Grande do Sul and proposals for its distribution criterions.

Fo: Saúde Debate; (32):10-16, jun. 1991. Tab.

Ab: A distribuição dos recursos financeiros para assistência à saúde é feita sem definição clara dos critérios utilizados e, principalmente por isso, gera distorções na destinação *per capita* entre os estados e na distribuição entre o setor público e o privado. Com base nestas constatações, estuda o estado do Rio Grande do Sul tendo como objetivo propor formas de operacionalização dos critérios de distribuição dos recursos estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde, garantindo que esta distribuição seja a partir de normas prestabelecidas e do conhecimento de todos.

Au: CORDEIRO, Hesio.

Ti: Controvérsias no financiamento do SUS.

Fo: Saúde em Debate; (31):19-24, 1991.

Ab: Análise crítica dos atos normativos recentes do Ministério da Saúde referentes ao financiamento do SUS quanto aos aspectos relacionados com a composição do orçamento de saúde e decisões sobre repasse de recursos aos estados e municípios, fluxo de recursos entre o governo federal e as demais esferas do go-

verno, criação dos fundos de saúde e de outros instrumentos de gestão, além dos critérios para definição de valores e remuneração de serviços ambulatoriais e hospitalares.

Au: IUNES, Roberto Fontes.

Ti: On the economic analysis of response to preventive measures.

Fo: Rev. Saúde Pública; 25(4):243-50, ago. 1991. Ilus.

Ab: A efetividade de muitas intervenções preventivas depende da capacidade do paciente em alterar seu comportamento ou estilo de vida. São intervenções nas quais o indivíduo exerce um papel ativo. Procurou-se mostrar como o instrumental econômico pode ser usado para: (i) prever comportamentos e descrever sua lógica; e (ii) avaliar medidas de prevenção que, por implicarem mudança de comportamento, geram "custos" em termos de queda na qualidade de vida (apêndice). O caso do fumo e doença coronariana do coração é utilizado como ilustração. Enquanto a análise do primeiro item utiliza técnicas gráficas, a do segundo (Apêndice) utiliza-se de um modelo mais formal, porém simples (de livro-texto) para a representação de utilidade ao longo do ciclo de vida. Mostrou-se também que técnicas freqüentemente utilizadas na avaliação de programas de saúde como os "QALYs" (*Quality-Adjusted Life Years* ou Anos de Vida Qualitativamente Ajustados) são inadequados para programas preventivos voltados à alteração de comportamento. São sugeridos alguns tópicos que necessitam de investigação mais profunda.

Au: MEDICI, André Cezar.

Ti: Novas regras para o financiamento de setor saúde em 1991/New roles by the financing of health sector in 1991.

Fo: Saúde em Debate; (31):25-31, 1991. Tab.

Ab: O ano de 1991, ao que tudo indica, irá inaugurar uma nova fase no financiamento das políticas de saúde no Brasil. A velha política de convênios SUDS, que por não apresentar regras fixas permitia repassar recursos aos estados e municípios por meio (e muitas vezes por baixo) dos balcões federais de negociação, parece estar chegando ao fim. As medidas publicadas no Diário Oficial de 10 de janeiro de 1991, vêm atender aos reclamos de boa parte dos *policy makers*, bem como aos movimentos sociais e grupos políticos ligados ao setor saúde no Brasil. Desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde que entidades como o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e, posteriormente, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) defendem a fixação de regras para repasse de recursos federais aos estados e municípios, em um contexto de descentralização das ações de saúde. A quase unanimidade em torno da definição destes critérios fez com que eles constassem da nova Constituição federal. Contudo, suas dificuldades de operacionalização impediram a imediata apli-

cação dos preceitos constitucionais. A descentralização dos recursos do INAMPS sob a égide do SUDS, em que pesem todos os seus méritos, obedeceu a critérios que passavam ao largo das necessidades dos estados e municípios, apesar do esforço empreendido, em muitos momentos, pelo grupo de planejamento do INAMPS no sentido de buscar racionalidade a esse processo.

Au: MEDICI, André Cezar.

Ti: As fronteiras da universalização: o dilema da política social na virada do século. Notas para uma discussão/The universalization of frontiers: the social policy dilemma in the end of century. Notes for a discussion.

Fo: Saúde em Debate; (32):21-6, jun. 1991. Ilus, tab.

Re: Entre o imediato pós-guerra e a primeira metade dos anos 70, os países desenvolvidos do Ocidente foram marcados por um longo crescimento de suas economias e da qualidade de vida de suas populações, características da fase fordista do desenvolvimento recente da economia mundial. Não se pode atribuir o sucesso econômico e social da regulação fordista, nem aos êxitos do capitalismo selvagem, nem ao papel autônomo do Estado frente à passividade das massas, característico do socialismo do leste. Figuram, entre os elementos responsáveis pelos reflexos sociais do crescimento dos anos 50 e 60, as novas formas de condução das demandas sociais. A forte e intensa atividade dos sindicatos, partidos políticos, movimentos sociais, associada ao período de mais radical democratização da sociedade foram fundamentais para que a supressão das necessidades e a equidade deixassem de ser elementos que adornam as utopias distantes.

Au: MEDICI, André Cezar.

Ti: A medicina de grupo no Brasil/Medical group practice in Brazil.

Fo: Brasília, DF; Organização Pan-Americana de Saúde; 1991. 64 p. Ilus, tab. (OPAS. Série Desenvolvimento de Políticas de Saúde, 1).

Re: Estuda a estrutura das empresas de medicina de grupo no Brasil, suas características econômicas, custos, lucratividade e situação patrimonial; a evolução da clientela na conjuntura 1987/1988; a evolução nominal de custos e das receitas; e a utilização de sua capacidade instalada. Conclui que as EMGs utilizam seus recursos de forma mais eficiente que o setor público e são sensíveis aos movimentos de conjuntura cíclica da economia.

Au: MONTERO D'Occo, Rafael de Jesus.

Ti: Utilização dos leitos hospitalares na região de Ribeirão Preto, 1988/The use of hospitals beds in the Ribeirão Preto region, São Paulo, Brazil, 1988.

Fo: São Paulo; s.n; 1991. <223> p. Ilus, mapas, tab.

Te: Tese apresentada à Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública, para obtenção do grau de mestre.

Re: Estuda 25 hospitais, analisando a totalidade dos egressos hospitalares — 126.297 — de pacientes no ano de 1988, na região de Ribeirão Preto, SP. As causas de internação mais freqüentes são as relativas a complicações da gravidez, parto e puerpério, seguidas pelas doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho circulatório e doenças do aparelho digestivo. A maioria dos atendimentos é feita no próprio município de residência. Não há diferença importante no comportamento das internações quanto ao sexo. Os maiores coeficientes de internação foram dos grupos etário extremos. A fonte de financiamento das internações mais freqüentes foi o INAMPS, mas houve um aumento importante de outras fontes de financiamento. Observa que o valor da duração média da internação para a região foi de 4,90 dias: a taxa de ocupação geral foi de 57,62%, e o índice de renovação geral foi de 30,5 pacientes. Os valores do índice de substituição oscilam de 0,92 dias a 23,49 dias, sendo que o índice geral foi de 4,39 dias. As taxas de mortalidade hospitalar geral, oscilam de 0,26 para 100 egressos até 6,59: sendo que a taxa de mortalidade hospitalar geral da região foi 2,83 para 100 egressos.

Au: PIOLA, Sérgio Francisco; VIANNA, Solon Magalhães.

Ti: Políticas e Prioridades no Sistema Único de Saúde — SUS.

Fo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada — IPEA, dezembro, 1991, 138 p.

Ab: Discute os antecedentes do SUS; a participação federal no financiamento do sistema de saúde entre 1980 e 1990. A política alocativa é examinada, em especial quanto à distribuição regional dos recursos e às prioridades programáticas (alta tecnologia X doenças evitáveis). Analisa também as novas regras constitucionais para o financiamento da saúde e os recentes mecanismos instituídos para financiar o processo de descentralização do sistema. Na parte final os autores fazem uma breve discussão quanto a oferta e a demanda, destacando as desigualdades na utilização dos serviços.

Au: PORTO, Silvia Marta.

Ti: Descentralização e recursos no setor saúde: comentários sobre algumas propostas/Decentralization and health sector resources: comments on some proposals.

Fo: Plan. Pol. Pública; (5):123-41, jun. 1991. Tab.

Re: Sintetiza e discute algumas das principais propostas para descentralização de recursos financeiros no setor saúde no Brasil. Efetua análise centrada na definição de critérios e nas variáveis utilizadas para sua operacionalização

Au: SCHOFIELD, C. J; DIAS, J. C. P.

Ti: A cost-benefit analysis of Chagas disease control.

Fo: Mem. Inst. Oswaldo Cruz; 86(3):285-95, jul.-set. 1991. Ilus, tab.

Ab: Chagas disease transmission can be effectively interrupted by insecticidal control of its triatomine bug vectors. We present here a simple model comparing the costs and benefits of such a programme, designed to eliminate domestic populations of *Triatoma infestans* throughout its known area of distribution over the seven southernmost countries of Latin America. The model has been simplified to require only four financial estimates relating to the unit cost of housing spraying and benefits due to avoidance of premature death in the acute phase of the disease, avoidance of supportive treatment and care in the chronic phase of the disease, and avoidance of corrective digestive and cardiac surgery. Except for these direct medical costs, all other potential benefits have been ignored. Nevertheless, the model shows that the direct financial benefits of such a programme would far outweigh the costs, and the project would support a remarkably high internal rate of return under the least optimistic estimates.

Au: TRISTÃO, Gilberto.

Ti: FINSOCIAL: um estudo de política pública/FINSOCIAL: a public policy study.

Fo: *In*: Associação Nacional de Programas de Pós-graduação em Administração (Brasil). XV Encontro Anual da ANPAD: Anais. Salvador, ANPAD, 1991. 6. p.79-87.

Co: Apresentado em: Encontro Anual da ANPAD, 15; Belo Horizonte, 23-25 set. 1991.

Re: Questiona mudanças no Fundo de Investimento Social (FINSOCIAL) determinadas a partir da nova Constituição federal, que restringem sua utilização ao financiamento de ações governamentais em saúde, previdência e assistência, o que causa a descontinuidade da política de investimentos sociais em outras áreas, como habitação, educação, reforma agrária, abastecimento, entre outras, anteriormente cobertas por essa fonte de recursos.

Au: VILLA-FORTE, Denise Nabuco.

Ti: O processo orçamentário em instituições públicas de saúde no estado do Rio de Janeiro: um estudo de caso/The budgetary process in public health institutions in the state of Rio de Janeiro: a case study. s.n; 1991. xiv, 341 p. Tab.

Te: Apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública para obtenção do grau de mestre.

Ab: O presente estudo abordou duas instituições públicas de saúde — INAMPS/RJ e SES/RJ, com o objetivo de descrever e analisar o processo orçamentário, no período 1978-1990, à luz das categorias — descentralização e transpa-

rência. Para alcançar esse objetivo, buscou-se fundamentação teórico-legal em bibliografia especializada e informações específicas junto a 21 profissionais com experiência em administração e orçamento público. As conclusões do estudo indicam que, embora a transparência e a descentralização se manifestem de forma diferente nas duas instituições, alguns pontos comuns podem ser destacados: 1. os orçamentos-ano eram publicados de modo transparente; 2. no decorrer dos processos orçamentários houve momentos de decisões cruciais quanto à alocação de recursos, cuja opacidade pareceu ser intencional. Por outro lado, o estudo indica que, no INAMPS, houve efetiva descentralização orçamentária e financeira, do que resultou autonomia gerencial das unidades locais. No entanto, as dotações orçamentárias específicas dessas unidades-ano constaram do orçamento, o que comprova a falta de transparência do processo e do orçamento. Na SES/RJ, houve tentativa de descentralização, mas, na prática, a etapa de execução do orçamento mostrou-se bastante centralizada. Ao final, o estudo apresenta algumas questões vinculadas à problemática do orçamento cujas respostas parecem essenciais ao alcance dos objetivos da implantação do SUS.

1992

Au: ALCÂNTARA, Lúcio Gonçalo de

Ti: Praticando a descentralização: instruções para a programação de investimentos na área de saúde.

Fo: Fundação Waldemar Alcântara, Fortaleza. Fortaleza: Secretaria de Saúde, 1992. 11p. Documento incluído no Fórum O Novo Pacto Federativo.

Au: BRITTO, Antônio, rel.

Ti: Comissão especial para estudo do sistema previdenciário; relatório final/Special committee to study the social security system: final report.

Fo: Previd. Dados; 7(2):5-44, abr.-jun. 1992. Ilus, tab.

Ab: Transcrição do relatório final da Comissão Especial para Estudo do Sistema Previdenciário, hoje conhecido pelo nome de seu relator, o dep. Antônio Britto, apresentando os motivos acompanhados de gráficos, da crise previdenciária e 19 sugestões para a sua melhoria.

Au: CEARÁ. SECRETARIA DE SAÚDE.

Ti: Praticando a descentralização: critérios para o repasse de recursos do Sistema de Informações Ambulatoriais SIA/SUS. Resíduo da Unidade de Cobertura Ambulatorial/Practicing the decentralization: criteria for resources transfer of the Ambulatorial Information System. Residue of the Ambulatorial Coverage Unit.

Fo: Fortaleza; Ceará. Secretaria de Saúde; 1992. 8 p. Tab. (Série técnica, 5).

Ab: Apresenta uma revisão dos critérios de distribuição de recursos, de acordo com os objetivos do SUS. Sua divulgação visa conferir maior transparência ao processo de alocação financeira pelos municípios.

Au: FATHEAZAM, Shahbaz.

Ti: Empresas hospitalares na região metropolitana de São Paulo: uma análise econômico-financeira (1987-1990)/Hospitals in metropolitan area of São Paulo: an economic and financial analysis (1987-1990).

Fo: Rev. Adm. Empres; 32(1):32-42, jan.-mar. 1992.

Re: Análise da situação econômico-financeira do setor hospitalar na Região Metropolitana de São Paulo. Baseada num levantamento, em anos sucessivos, da rentabilidade do capital e dos demais indicadores de dois grupos de hospitais divididos pelo número de leitos, a análise mostra uma inter-relação entre os elementos patrimoniais, cujos números divergem para os dois grupos, mas representam tendências similares. Hospitais de maior porte (150-300 leitos) exibem uma situação econômico-financeira mais forte do que os hospitais menores (com menos de 150 leitos) em todos os indicadores empresariais. Ambos, porém, sofrem das conseqüências de uma inflação crônica e de um mercado regulamentado.

Au: FORSTER, Aldaísa C; HALPERN, Luciana; RUFFINO Netto, Antônio; TOZZE, Gabriela B.

Ti: Avaliação e custos do subprograma de controle da tuberculose no Centro de Saúde Escola de Ribeirão Preto, 1988/Evaluation and costs of the tuberculosis control program in the University School Health Center of Ribeirão Preto, 1988.

Fo: Cad. Saúde Pública; 8(2):183-9, abr.-jun. 1992. Tab.

Ab: É sabido o descompasso existente entre o largo conhecimento obtido dos estudos da tuberculose e a situação epidemiológica. No Brasil, a reorganização dos serviços públicos de saúde pode aumentar a eficiência das ações de saúde e o controle das doenças. Assim, pretende-se neste estudo: avaliar o desenvolvimento das atividades programáticas e conhecer os custos destas no controle da tuberculose na área do Centro de Saúde Escola, Ribeirão Preto, no período de 1988. Foram estudados casos notificados de tuberculose na área do Centro de Saúde Escola (população de 194.700 habitantes) e os custos médicos de tratamento e de cura, segundo os salários dos profissionais do programa, os preços de medicamentos e dos exames laboratoriais preconizados. A avaliação evidenciou deficiente operacionalização do programa: baixa cobertura (61 casos/118 estimados); dentre os adultos, dos casos pulmonares sem confirmação baciloscópica, 48,3%/ano realizaram exames: em todas as formas, as proporções de cura e de óbitos foram, respectivamente, de 65,6% e 13,1%. Baixos custos observados dos

exames diagnósticos e dos medicamentos (cerca de 50% dos custos, segundo as normas) e custos por curas iguais a US\$ 276,25 (cerca de 60% maior do esperado) e por hora-médico iguais a US\$ 35,74 aproximadamente quatro vezes o esperado) mostraram a ineficiência na execução e nos resultados do programa.

Au: JUNQUEIRA, Luciano A. Prates, coord; EDUARDO, Maria Bernadete de Paula; SOBOLL, Maria Lúcia de Moura Silva; INOJOSA, Rose Marie; JARDANOVSKI, Élio; ARAÚJO, Laís da Costa Manso N. de.

Ti: Custo das ações de saúde no Estado de São Paulo para a década dos 90/Health actions cost in the state of São Paulo for the 90's.

Fo: *In*: Junqueira, Luciano A. Prates, coord.; Eduardo, Maria Bernadete de Paula; Soboll, Maria Lúcia de Moura; Inojosa, Rose Marie; Jardimovski, Élio; Araújo, Laís da Costa Manso N. de. Programa decenal para a área de saúde em São Paulo: gestão pública no setor saúde; um plano estratégico. Fundação do Desenvolvimento Administrativo, out. 1992. p.117-35, tab. (Documentos de trabalho/Questão social, 14).

Ab: Para dimensionar o custo das ações de saúde no Estado de São Paulo, para a década de 90, parte-se de simulações das necessidades de atendimento da população, que possibilitem quantificar tais necessidades, para em seguida projetar seu custo. Essas projeções permitem delinear o montante de recursos que o estado deverá dispor na década, para atender às demandas projetadas de saúde. Portanto, para visualizar o quadro geral do custo do setor saúde no estado de São Paulo, para a década de 90, são apresentados os gastos do estado no setor, na década de 80, e a projeção do custeio das ações de saúde para a década, a partir da demanda projetada.

Au: JUNQUEIRA, Luciano A. Prates, coord; EDUARDO, Maria Bernadete de Paula; SOBOLL, Maria Lúcia de Moura Silva; INOJOSA, Rose Marie; JARDANOVSKI, Élio; ARAÚJO, Laís da Costa Manso N. de.

Ti: Capacidade instalada na rede de serviços do SUDS/SP/Installed capacity of the SUDS/SP health services net.

Fo: *In*: Junqueira, Luciano A. Prates, coord; Eduardo, Maria Bernadete de Paula; Soboll, Maria Lúcia de Moura Silva; Inojosa, Rose Marie; Jardimovski, Élio; Araújo, Laís da Costa Manso N. de. Programa decenal para a área social em São Paulo: gestão pública no setor saúde; um plano estratégico. São Paulo, Fundação do Desenvolvimento Administrativo, out. 1992. p.63-101

(FUNDAP. Documentos de Trabalho/Questão social, 14).

Ab: A rede de serviços de saúde, na década de 80, no estado de São Paulo, é analisada levando-se em conta os dados da pesquisa AMB/IBGE sobre estabelecimentos existentes no Brasil, na região Sudeste e no estado de São Paulo, em 1985

e 1987. No decorrer da década outros eventos determinaram alterações na rede, como, por exemplo, a municipalização, ocorrida a partir de 1987. Assim, o crescimento da rede ambulatorial e hospitalar é apreendido não apenas pela análise dos dados de pesquisa AMB/IBGE, mas também pela análise de outros dados fornecidos pelo Centro de Informações de Saúde (CIS), da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Au: MARQUES, Rosa Maria.

Ti: O financiamento da saúde e a lei de custeio da seguridade social/The health financy and the expense law of social security.

Fo: Saúde em debate; (37):20-5, dez. 1992. Tab.

Ab: Analisa os impactos da Lei de Custeio da Seguridade Social no financiamento da Saúde Pública. A idéia defendida é que a atual legislação, ao permitir a utilização da Contribuição sobre o Lucro Líquido e do FINSOCIAL no custeio das pensões e aposentadorias dos funcionários da União, assim como no pagamento da parte administrativa e do pessoal das entidades ligadas à Seguridade, definiu a área da Saúde como residual e, portanto, não prioritária no corpo da proteção garantida pela Seguridade.

Au: MEDICI, André Cezar, OLIVEIRA, Francisco Eduardo Barreto de,

Ti: A dimensão do setor saúde no Brasil.

Fo: INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA Rio de Janeiro: IPEA, ago. 1992. 72p. (Relatório Interno/IPEA. RJ, 04/92). Também divulgado na série: Relatório Técnico/IBGE. ENCE, nº 92/4.

Ab: Elabora análise, levando em consideração as características globais do setor de saúde no Brasil: a dimensão do setor, a magnitude de sua rede física, o pessoal ocupado, a produção de serviços e o volume de recursos que movimenta. Apresenta informações relativas aos setores público e privado.

Au: MEDICI, André Cezar.

Ti: Incentivos governamentais ao setor privado de saúde no Brasil/Governmental incentives for the health private sector in Brazil.

Fo: Rev. Adm. Pública; 26(2):79-115, abr.-jun. 1992. Tab.

Ab: Descrição das origens da assistência médica no Brasil. Apresentação das características da rede privada contratada pelo INAMPS. Avaliação do processo de gênese das formas "autônomas" de prestação de serviços de saúde no Brasil. Descrição dos incentivos governamentais existentes para o setor privado prestador de serviços de saúde no Brasil.

Au: MEDICI, André Cezar.

Ti: As raízes econômicas da violência e seus impactos na saúde/The economic roots of violence and its impacts in health.

Fo: Saúde em Debate; (34):40-6, mar. 1992. Ilus, tab.

Co: Apresentado em: Grupo de Trabalho sobre Violência e Saúde na América Latina, Rio de Janeiro, 11-14 dez. 1989.

Ab: Mapeia alguns aspectos econômicos da violência. Estuda dentro das formas de violência seus determinantes socioeconômicos. Envolve o estudo das formas de mensurar os custos da violência para os serviços de saúde, na medida que um dos objetos da ciência econômica é o "cálculo ou quantificação" em valor dos efeitos associados a determinadas práticas individuais ou coletivas. Busca contribuir na discussão de algumas medidas de política econômica necessárias para eliminar ou pelo menos minorar os efeitos à saúde advindos das distintas formas de violência.

Au: MEDICI, André Cezar.

Ti: A reforma fiscal e o financiamento do setor saúde no Brasil/The fiscal reform and the financing of health sector in Brazil.

Fo: Saúde em Debate; (36):37-40, out. 1992. Tab.

Ab: De acordo com o projeto de lei da reforma fiscal, o Sistema Único de Saúde passaria a ser financiado, basicamente, a partir dos recursos de que trata o artigo 195 da Emenda Constitucional proposta, bem como de recursos dos orçamentos da União, dos estados e municípios, além de outras fontes. O novo artigo 195 estabelece duas fontes de receita: a Contribuição Social sobre Transações Financeiras (CTF), e a receita de concursos e prognósticos.

Au: MEDICI, André Cezar; MARQUES, Rosa Maria.

Ti: O processo orçamentário e a relação Executivo-Legislativo/The budgetary process and the executive-legislative relationship.

Fo: Saúde em Debate; (37):31-5, dez. 1992.

Ab: Esse texto tem como objetivo responder a algumas perguntas latentes na relação entre Executivo e Legislativo na elaboração e acompanhamento do orçamento, tendo em vista subsidiar a intervenção da sociedade civil neste processo, a partir dos contactos que esta, eventualmente, pode manter com o Poder Legislativo. O Orçamento Geral da União e seus congêneres estaduais e municipais constituem os principais instrumentos pelos quais se expressam as escolhas e opções feitas pelo governo no que se refere à implementação de políticas públicas, com especial destaque para as políticas sociais. Sendo assim, boa parte das perguntas formuladas se referem aos mecanismos de implementação, acompanhamento e controle do orçamento e de sua execução. O texto trata, também,

de questões relativas do orçamento formulado pelo Executivo para 1993, destacando especial atenção para as metas de desembolso federal de recursos relacionados às principais políticas sociais.

Au: MEDICI, André Cezar; CAMPOS, Mônica Rodrigues.

Ti: Brasil: padrões de morbidade e utilização dos serviços de saúde [Uma análise da PNAD/1986]/Brazil: morbidity standarts and health services utilization [an analysis of PNAD/1986].

Fo: Rio de Janeiro; IBGE/Escola Nacional de Ciências Estatísticas; 1992. 123 p. ilus. (Relatórios técnicos, 08/92).

Ab: Análise do quadro da "morbidade referida" no Brasil, regiões e alguns estados, bem como as características socioeconômicas e demográficas associadas ao uso dos serviços de saúde. Os dados da PNAD 86 permitem obter, ainda, algumas características de "eficiência" da rede dos serviços, tais como o grau de atendimento segundo a procura e o tempo médio de espera para o atendimento.

Au: MESTRINHO, José Luiz Dantas.

Ti: Racionalização de antimicrobianos em cirurgia na aeronáutica proposta econômica/Rational usage of the antibiotics in aeronautic surgery economic proposal.

Fo: Rev. Med. Aeronaut. Bras; 42(01):7-26, jun. 1992. Tab.

Ab: O objetivo do autor é despertar a atenção e alertar o Serviço de Saúde da Aeronáutica sobre a possibilidade de reduzir despesas hospitalares e de beneficiar a comunidade assistida, controlando, com medidas educativas, administrativas e fiscalizadoras, o uso dos antimicrobianos em cirurgia. É focalizada a evolução histórica desde antes do advento dos antimicrobianos até nossos dias. A sua origem, os fatos que possibilitaram a sua descoberta, a importância da guerra no seu aperfeiçoamento, o conceito e a situação nacional e internacional. São citadas causas que conduziram ao uso abusivo e indiscriminado dos antimicrobianos, determinando males físicos aos usuários, financeiros aos cofres públicos e destrutivos à ecologia hospitalar. São abordados os estudos que possibilitam a administração dos antimicrobianos em doses reduzidas, em quais cirurgias deverão ser prescritos e as bases para sua utilização criteriosa. Estabelece estratégias para racionalizar o uso, indicando métodos para avaliar e aperfeiçoar a administração, envolvendo os cirurgiões, os farmacêuticos e o laboratório de bacteriologia. São citadas experiências nacionais e internacionais e de hospitais militares, que permitiram o estabelecimento de uma proposta prática, econômica, de fácil execução. São explicadas as vantagens advindas com a adoção de uma política de racionalização de antimicrobianos na Aeronáutica, por meio das especialidades cirúrgicas.

Au: MONTERO D'OLEO, Rafael de Jesus; FÁVERO, Manildo.

Ti: Perfil sociodemográfico da população que demanda assistência médico-hospitalar em região do estado de São Paulo, Brasil, 1988/The social-demographic profile of the population seeking health services in a region of the State of São Paulo, Brazil, 1988.

Fo: Rev. Saúde Pública; 26(4):256-63, ago. 1992. Tab.

Ab: Fez-se um estudo descritivo, retrospectivo do perfil socioeconômico da população que demanda assistência médico-hospitalar em uma região do Nordeste do estado de São Paulo (Brasil), comparando-se os resultados de pesquisas anteriores. Foram estudados 126.297 egressos de 25 hospitais gerais da região em 1988, segundo sexo, grupo etário, local de residência, fonte de financiamento e coeficiente de internação. Os resultados mostraram que a distribuição da demanda segundo sexo e idade é semelhante à conhecida na literatura. Sugere-se que a regionalização da assistência, apesar dos planos e da legislação pertinente, é insatisfatória e fortemente influenciada pela presença de grandes centros urbanos e pelo desenvolvimento socioeconômico. Há participação de várias modalidades de financiamento e diminuição da participação dos órgãos oficiais ao longo do tempo. A região estudada apresentou elevado coeficiente de internação, aliado à baixa utilização de leitos hospitalares.

Au: OLIVEIRA, Ana Teresa Ramos de; RABELO, Lísia Marcílio; COSTA, Adelson DIAS; Lessa, Inês.

Ti: Características da demanda por tomografia computadorizada crânio-encefálica: motivos e custos dos exames/Characteristics of the demand for cranial computerized tomography: reasons and costs of the examination.

Fo: Arq. Neuropsiquiatr; 50(1):91-8, mar. 1992. Tab.

Ab: Foram levantadas 2 860 tomografias computadorizadas crânio-encefálicas (TCCE), feitas em um dos três serviços da cidade do Salvador, Brasil, sendo caracterizados o perfil do usuário e a procedência da demanda, além de analisados os motivos dos exames e os custos com TCCE normais e anormais. No total, os custos com as TCC normais corresponderam a US\$ 565,255, e com as anormais, US\$ 381,247; para os convênios os custos com TCC normais foram 2,2 vezes superiores no INAMPS e 2,8 vezes superiores àqueles da medicina privada.

Au: OLIVEIRA JÚNIOR, Mozart de.

Ti: Problemas atuais e propostas para a revisão da política de financiamento do Sistema Único de Saúde no Brasil/Current problems and proposals for the revision of the Unified Health System financing policy in Brazil.

Fo: *In*: Conferência Nacional de Saúde, 9ª, Brasília, 1992. Cadernos da Nona: descentralizando e democratizando o conhecimento. Brasília, Grupo de Trabalho Técnico da Comissão Organizadora, 1992. p.77-98.

Co: Apresentado em: Conferência Nacional de Saúde, 9ª; Brasília, 9-14 ago. 1992.

Ab: Os problemas sanitários existentes necessitam ser enfrentados com poucos e mal administrados recursos. Compreender esta política de financiamento, saber a origem e destino destes recursos, as conseqüências da reforma fiscal para a área de Saúde e subsidiar a elaboração de propostas para a IX Conferência Nacional de Saúde são os objetivos prioritários.

Au: OLIVEIRA, Francisco Eduardo Barreto de; MEDICI, André Cezar.

Ti: A saúde dos anos 90: os recursos federais e a descentralização/The health in the 90's: the federal resources and the decentralization.

Fo: *In*: Conferência Nacional de Saúde, 9ª, Brasília, 1992. Cadernos da Nona: descentralizando e democratizando o conhecimento. Brasília, Grupo de Trabalho Técnico da Comissão Organizadora, 1992. p.119-24.

Co: Apresentado em: Conferência Nacional de Saúde, 9ª; Brasília, 9-14 ago. 1992.

Ab: Abordagem do problema do financiamento e gestão dos sistemas de saúde no Brasil, a partir das profundas mudanças da década de 80, mas fazendo uma revisão desde os anos 20. Detém-se no financiamento da saúde na nova Carta e propõe modificações para uma reforma no Conselho de Seguridade Social, além de discutir a regulamentação dos repasses federais, definidos com base na descentralização dos recursos federais para o financiamento da saúde a nível de estados e municípios.

Au: OLIVEIRA JUNIOR, Mozart de.

Ti: Problemas atuais e propostas para a revisão da política de financiamento do Sistema Único de Saúde no Brasil/The problem actual and proposal for the revision of policy by financing of health single system in Brazil.

Fo: *In*: Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos da Nona Conferência Nacional de Saúde, 2.v. Brasília, Brasil. Ministério da Saúde, 1992. p.77-98, ilus, tab.

Au: OLIVEIRA, Francisco Barreto de; MEDICI, André Cezar.

Ti: A saúde dos anos 90: os recursos federais e a descentralização/Health in the nineties: the federal resources and the decentralization.

Fo: *In*: Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos da Nona Conferência Nacional de Saúde, 2.v. Brasília, Brasil. Ministério da Saúde, 1992. p.119-24.

Au: PINTO, Vitor Gomes; AMÂNCIO C. FILHO, José; RECKZIEGEL, Isabel; RODRIGUES, Raquel Nair; ALMEIDA, Gustavo Fonseca G. de.

Ti: Gastos em saúde nos estados do Nordeste e em Minas Gerais: 1981 a 1988; texto preliminar/Health expenditures in Northeastern states and Minas Gerais: 1981 to 1988; preliminary text.

Fo: Brasília; Brasil. Ministério da Saúde; 1992. 73 p. Ilus, tab.

Ab: O estudo abrange os estados da região Nordeste e Minas Gerais, visando identificar as despesas feitas por parte das várias instituições públicas que participaram do financiamento das ações de saúde, no período correspondente aos anos 1981 até 1988, inclusive. Desenvolvido pela Coordenação Geral de Planejamento Setorial, organismo pertencente à Secretaria Executiva, constitui-se em um trabalho conjunto com o Projeto Nordeste, por meio do qual o Ministério da Saúde, com o apoio do Banco Mundial, atua no sentido de viabilizar a execução de serviços básicos em dez estados: Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Sergipe e Minas Gerais. O texto tem caráter preliminar, destinando-se à análise e à discussão por parte das instituições e dos profissionais envolvidos ou relacionados ao tema.

Au: PORTO, Sílvia Marta; UGÁ, Maria Alicia Dominguez.

Ti: Avanços e percalços do financiamento do setor saúde no Brasil/Advances and problems of the health sector financing in Brazil.

Fo: *In*: Gallo, Edmundo. Planejamento criativo: novos desafios teóricos em políticas de saúde. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992. p.175-93, tab.

Ab: Discute a problemática do financiamento do setor saúde delineada a partir do novo texto constitucional e da Lei Orgânica da Saúde. Analisa a evolução real das receitas do setor, *vis-à-vis* às disposições legais advindas desses documentos, na medida em que as conquistas legais nem sempre vieram acompanhadas das reais transformações que lhes corresponderiam. Cabe observar, também, que se ateve ao financiamento do Setor Público, desconsiderando um ativo agente na prestação de serviços de saúde no Brasil: o setor privado.

Au: REZENDE, Fernando.

Ti: O financiamento da saúde no marco das propostas de reforma do Estado e do sistema tributário brasileiro/Health financing within the frame of State and Brazilian Tributary System reform proposals.

Fo: Brasília; OPS; 1992. 42 p. Tab. (Economia e Financiamento, 3).

Ab: O agravamento da crise fiscal e seus desdobramentos no campo das finanças públicas e do sistema previdenciário vem contribuindo para maior desassossego de todos aqueles que se preocupam com o problema do financiamento de programas sociais. A preocupação deste trabalho está centrada na busca de uma nova proposta para as dificuldades que vêm sendo enfrentadas, no tocante

ao financiamento das ações de saúde patrocinadas pelo Estado brasileiro. O propósito é estimular a reflexão e a crítica.

Au: SANTOS, Lenir dos.

Ti: Aspectos do financiamento das ações e dos serviços de saúde no SUS: seguro-saúde e outras modalidades de medicina supletiva/Aspects of the actions and health services financy in SUS: health insurance and others modalities of suppletive medicine.

Fo: Saúde em Debate; (37):26-30, dez. 1992.

Re: O objetivo é a regulamentação, pelo Conselho Nacional de Saúde, de algumas fontes de recursos do Sistema Único de Saúde, visando preservar os princípios da organização do sistema e garantir a uniformidade de aplicação da legislação sanitária.

Au: SANTOS, Lenir dos.

Ti: Aspectos jurídicos sobre o financiamento do SUS/Juridical aspects of the SUS financing.

Fo: *In*: Conferência Nacional de Saúde, 9ª, Brasília, 1992. Cadernos da Nona: descentralizando e democratizando o conhecimento. Brasília, Grupo de Trabalho Técnico da Comissão Organizadora, 1992. p.81-3

Co: Apresentado em: Conferência Nacional de Saúde, 9ª; Brasília, 9-14 ago. 1992.

Re: Analisa a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orgânica da Saúde, federais, abordando aspectos jurídicos do financiamento do Sistema Único da Saúde.

Au: VIANNA, Solon Magalhães.

Ti: A seguridade social, o sistema único de saúde e a partilha de recursos/The social security, the unified health system and the resources partition.

Fo: Saúde & Soc; 1(1):43-58, 1992.

Ab:: Apresenta quatro questões que, de alguma forma, afetam a partilha dos recursos do Orçamento da Seguridade Social — OSS, entre os componentes desse sistema (saúde, previdência e assistência social): o papel do MTPS, "caixa" da seguridade e gestor de seu principal programa (benefícios previdenciários); a proposta de vincular os recursos da saúde a determinado percentual do OSS; a controvérsia quanto às responsabilidades desse orçamento, que tem sido usado para financiar políticas públicas (saneamento, merenda escolar, pagamento de inativos e pensionistas da União, etc.) que antes eram custeadas pelo orçamento fiscal (recursos ordinários do Tesouro); e, finalmente, a repercussão da estratégia de contingenciamento adotada pelo governo, atingindo inclusive as contribuições

sociais recolhidas pela Receita Federal (FINSOCIAL, taxaço sobre lucro e loterías). No final é mencionada a criação de fonte específica para saúde e a forma de partição automática entre União, estados e municípios.

Au: VIANNA, Solon Magalhães.

Ti: O financiamento do sistema de saúde e a revisão constitucional.

Fo: Texto elaborado para o curso de extensão "*A Constituição brasileira e a reorganização do Estado: dimensões da revisão constitucional de 1992*", promovido pela Escola Nacional de Administração Pública — ENAP e Universidade de Brasília — UnB. no fórum Espaço Debate. Apresentado no painel "Políticas Sociais III: Saúde e Assistência Social" realizado no Auditório da ENAP em 18 de novembro de 1992.

Ab: Discute as peculiaridades do financiamento da saúde no Brasil; o tratamento dado à questão saúde na Constituição de 1988 e as mudanças necessárias, principalmente no que se refere ao financiamento do novo sistema de saúde.

Au: VIANNA, Solon Magalhães.

Ti: Financiamento do Sistema Único de Saúde — SUS: Anotações para um painel.

Fo: Texto apresentado no painel sobre "Financiamento do SUS" na IX Conferência Nacional de Saúde (Brasília, 9 a 14 de agosto de 1992), 7 p.

Ab: Discute o financiamento da seguridade social (saúde, previdência e assistência social) e analisa a questão das fontes específicas para cada uma das três áreas. Defende a preservação do princípio da diversidade de fontes para o conjunto da seguridade, propondo, entretanto, a fixação de alíquotas específicas para cada área.

Au: VILAR ESTEVES, Maria Josefa.

Ti: A utilização dos custos hospitalares em hospitais paulistas: um estudo preliminar/The utilization of the hospital costs in hospitals of São Paulo: preliminary study.

Fo: São Paulo; s.n; 1992. < 223 > p.

Te: Tese apresentada à Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública, para obtenção o grau de mestre.

Re: Descreve as metodologias implementadas nos sistemas de apuração de custos e a utilização das informações resultantes como instrumentos de gerenciamento hospitalar, em dois hospitais, um com finalidade lucrativa e outro sem finalidade lucrativa, localizados na cidade de São Paulo, Brasil. A pesquisa foi do tipo descritivo e de desenvolvimento metodológico. Os dados foram coletados

por meio da observação direta e de entrevistas semi-estruturadas com funcionários e dirigentes dos estabelecimentos investigados, utilizando-se dois roteiros. Para a determinação dos custos, os hospitais pesquisados fazem uso do custeamento por absorção, obtendo um valor médio para os diferentes serviços prestados. As metodologias para a apuração dos custos em ambas as instituições é a da redução escalar ou *step-down*, similar à proposta pela Associação Americana de Hospitais. No que se refere à utilização das informações de custos pelas equipes gestoras, esta é limitada a nível do controle administrativo com pouca aplicação nos aspectos estratégicos das instituições.

Au: UGÁ, Maria Alícia D.

Ti: Sistemas de repasses financeiros a hospitais — o método de pagamento prospectivo e sua aplicação pelos sistemas SIA e SIH/SUS. Rio de Janeiro, mimeo.

Te: Dissertação (mestrado) para o Instituto de Economia Industrial, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Ab: Analisa a experiência brasileira de pagamento prospectivo a hospitais públicos e privados vinculados ao Sistema Único de Saúde — SUS. Este é o sistema adotado, ainda que em bases mais avançadas, pelo Programa Medicare (USA), tanto em relação ao método de classificação dos procedimentos, como à forma de cálculo dos valores iniciais e dos reajustes a ser efetuados.

1993

Au: AFONSO, José Roberto Rodrigues.

Ti: Descentralização fiscal e financiamento da saúde: algumas idéias ou provocações.

Fo: Centro de Estudos de Políticas Públicas, Rio de Janeiro.. Rio de Janeiro: CEPP, out. 1993. 22 p. + anexo. (Texto para Discussão/CEPP, 16).

Au: BENSABATH, Gilberta; SILVA, Luiz Jacinto da; COSTA, Maria Fernanda F. de Lima; BARRETO, Maurício Lima; REICHENHEIM, Michael Eduardo.

Ti: Questões relativas à eficácia/efetividade da VAMENGOC-BC: uma revisão do conhecimento existente e recomendações/Questions about VAMENGOC-BC efficacy/effectiveness: a revision of knowledge and recommendations.

Fo: Inform. Epidemiol. SUS; 2(6):67-89, nov.-dez. 1993.

Ab: Conclusões e recomendações de grupo de trabalho que estuda a VAMENGOC-BC. O grupo sugere que, em caso de demonstração da eficácia da vacina, deve-se implementar estudos de custo-benefício que definam em que condições esta vacina deva ser efetivamente utilizada.

Au: CARVALHO, Guido Ivan de.

Ti: Da gratuidade das ações e dos serviços de saúde/Gratuitousness of the health actions and services.

Fo: Saúde em Debate; (39):35-41, jun. 1993.

Ab: Reproduz o teor de parecer emitido em 24-9-92, em torno de consulta formulada pelo Conselho Municipal de Saúde de Campinas e trata dos fundamentos constitucionais e legais da gratuidade de assistência à saúde devida ao cidadão. Repassa a situação da assistência à saúde antes e depois da Constituição de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde de 1990, para concluir que a saúde hoje está enunciada como um direito público subjetivo, cuja fruição independe de qualquer contribuição do indivíduo. Os fundamentos jurídicos da gratuidade estão expostos de maneira clara, sendo facilmente entendidos.

Au: CARVALHO, Gilson de Cássia Marques de.

Ti: Financiamento para a saúde/Financing for the health.

Fo: *In*: Carvalho, Diana Maul de; Mota, Eduardo Luiz Andrade; Teixeira, Maria da Glória Lima Cruz. Anais do Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica. Brasília, DF, Centro Nacional de Epidemiologia, 1993. p.179-98, ilus.

Co: Apresentado em: Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica, Brasília, DF, 1-14 dez. 1992.

Ab: Estuda o problema do financiamento para a saúde, indicando, como solução, o aumento da receita e a diminuição das perdas. Apresenta gráficos comparativos sobre as correlações percentuais entre saúde e outros elementos orçamentários. Aponta, como saída para o Brasil, que todos assumam plenamente a condição de cidadãos, trabalhando para a transformação da sociedade.

Au: CASTRO, Janice Dornelles de.

Ti: Fórmulas para distribuição de recursos para saúde: análise da experiência de alguns países/Rules for health resources distribution: analysis of some countries experience.

Fo: Saúde em Debate; (40):33-42, set. 1993. Ilus.

Ab: Analisa experiências com fórmulas de distribuição de recursos para saúde para identificar tendências gerais e dificuldades encontradas. O objetivo é auxiliar na elaboração de uma fórmula brasileira, com base em experiências de outros países.

Au: JORGE, Elias Antônio; BLUMM, Márcia Helena Neiva.

Ti: Considerações gerais sobre o financiamento, pela União, da Seguridade social e da saúde no Brasil/General considerations on the government financing of social security and health in Brasil.

Fo: Inform. epidemiol. SUS; 2(2):57-63, mar.-abr. 1993.

Ab: Considerações acerca das principais fontes de financiamento de Seguridade: Contribuições dos Empregadores e dos Trabalhadores para a Seguridade Social (Contribuição sobre a Folha — Fonte 154); Contribuições para os Programas PIS/PASEP (PIS/PASEP — fonte 140); Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (COFINS — antigo FINSOCIAL — Fonte 153); e Contribuição Social sobre o Lucro das Pessoas Jurídicas (Contribuição sobre o Lucro — Fonte 151). Além destas fontes, integra com algum significado o Orçamento da Seguridade Social a Fonte 100 — Recursos Ordinários do Tesouro Nacional — utilizada quase exclusivamente para pagamento de pessoal. Considera que parcela significativa da Fonte 153 tem sido destinada também ao pagamento de pessoal.

Au: LESSA, Inês.

Ti: Epidemiologia, assistência médica e impacto econômico e social das doenças cardiovasculares e do *Diabetes mellitus*/Epidemiology, health care and economic and social impacts of cardiovascular diseases and diabetes mellitus.

Fo: Inform. Epidemiol. SUS; 2(4):5-18, jul.-ago. 1993. Tab.

Ab: Apresenta de modo sumário alguns dos aspectos já disponíveis sobre a epidemiologia, a qualidade da assistência médica e o impacto econômico e social das doenças do aparelho circulatório e do *Diabetes mellitus* no Brasil. Enfatiza a necessidade, a curto prazo, de se estabelecer a vigilância epidemiológica para as doenças não transmissíveis e a escolha dos indicadores mais adequados a este propósito.

Au: LIMA, Francisco Castor de.

Ti: Hospitais gerais em Campinas: o acesso aos leitos/General hospitals of Campinas city: the beds access.

Fo: São Paulo; s.n; 1993. 120 p. Ilus, tab.

Te: Tese apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo para obtenção do grau de mestre.

Ab: Trata do problema da disponibilidade, utilização e acesso aos leitos dos hospitais gerais no município de Campinas no período de 1984 a 1991. Usa alguns indicadores hospitalares para avaliar o desempenho do sistema hospitalar como um todo. Avalia o impacto das políticas (AIS, SUDS, SUS) sobre o setor hospitalar. Estuda as internações sob o ponto de vista da fonte pagadora e do lo-

cal de moradia. Traz uma contribuição ao debate em torno do desempenho hospitalar e do financiamento às internações.

Au: MAÇADA, Antônio Carlos Gastaud; BECKER, João Luiz.

Ti: Sistema de planejamento dos recursos da saúde/Planning systems of health resources.

Fo: *In*: Associação Nacional de Programas de Pós-graduação em Administração (Brasil). XVII ENANPAD — v.2. Florianópolis, ANPAD, 1993. p.217-229, ilus, tab.

Co: Apresentado em: ENANPAD, 17, Salvador, 27-29 set. 1993.

Ab: Apresenta um sistema de apoio à decisão para o planejamento de recursos da área de saúde. Denominado Sistema de Planejamento dos Recursos da Saúde (SPRS), baseia-se em modelo espacial da divisão territorial e alocação de demandas por serviços de saúde a centros de atendimento ou prestadores desse tipo de serviço

Au: MATOS, Afonso José de.

Ti: Manual de custos hospitalares: uma metodologia simplificada/Manual of hospital costs: a simplified methodology.

Fo: SL; Federação Brasileira de Hospitais; 1993. 20 p. Tab.

Ab: O manual fornece orientações técnicas destinadas ao aprimoramento da gestão dos hospitais brasileiros. Contribui para a ampliação de informações de custos da rede hospitalar, de forma a subsidiar as próprias entidades representativas, na defesa dos níveis de remuneração dos serviços hospitalares.

Au: MEDICI, André Cezar.

Ti: Gastos com saúde nas três esferas de governo: 1980-1990/Health expenditures in three government spheres: 1980-1990.

Fo: Saúde em Debate; (40):26-32, set. 1993. Ilus, tab.

Co: Apresentado em: Alternativas para o financiamento do setor saúde no Brasil, Brasília, DF, 24 ago. 1993.

Pr: Instituto de Economia do Setor Público. Federalismo fiscal no Brasil.

Ab: Avalia o compromisso que as três esferas do governo: União, estados e municípios têm tido efetivamente com o financiamento do setor saúde no Brasil, ao longo dos anos 80 e 90. Constrói séries históricas de dados sobre gastos com saúde dos governos federal, estadual e municipal, compatibilizando diversas fontes. Como gastos de saúde nas três esferas de governo, foram compreendidos aqueles destinados à prestação de assistência médica de natureza clínica, cirúrgica

e farmacêutica, bem como à supervisão e execução de atividades de erradicação e controle de endemias, além do apoio a populações de risco nutricional.

Au: MEDICI, André Cezar.

Ti: A seguridade social e a saúde.

Fo: In: BRASIL. Ministério da Previdência Social, NU. CEPAL. A previdência social e a revisão constitucional: debates. Brasília: CEPAL, 1993. 2v

Au: MEDICI, André Cezar, OLIVEIRA, Francisco Eduardo Barreto de, BELTRÃO, Kaizô Iwakami.

Ti: Universalização com qualidade: uma proposta de reorganização do sistema de saúde no Brasil.

Fo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Rio de Janeiro: IPEA, out. 1993. 22p. (Texto para Discussão/IPEA, 316).

Ab: Apresenta uma proposta articulada que fornece uma nova ótica para a solução dos problemas de saúde, calcada numa visão que combina justiça social com eficiência econômica.

Au: MELAMED, Clarice; RIBEIRO, José Mendes.

Ti: Financiamento em saúde no Brasil — 1988-1992: novos problemas e proposições/Health financing in Brazil — 1988-1992: new problems and propositions.

Fo: Saúde em Debate; (41):37-44, dez. 1993. Tab.

Ab: Avalia o andamento dos gastos globais em saúde durante o período que se estende de 1985 a 1992, e o sistema de pagamentos vigente, especialmente a partir de 1991. Aponta para um crescimento dos gastos realizados no setor e para as graves distorções quanto à alocação e distribuição. Apresenta propostas no campo do sistema de repasses e reforça a necessidade da manutenção das atuais fontes fiscais acopladas ao orçamento da seguridade social.

Au: OLIVEIRA JÚNIOR, Mozart de.

Ti: Problemas atuais e propostas para a revisão da política de financiamento do Sistema Único de Saúde no Brasil/Actual problems and proposals for financing policy revision of the Unified Health System in Brazil.

Fo: Saúde em Debate; (38):55-69, mar. 1993. Tab.

Ab: Contribuição à revisão da política de financiamento do Sistema Único de Saúde, com as seguintes propostas: adoção de 10% do Orçamento Fiscal da União para o Ministério da Saúde; rejeição à atual proposta de reforma fiscal; revisão da contribuição à seguridade social; extinção do FINSOCIAL; saída da saúde do âmbito da seguridade social; pagamento das dívidas à seguridade social; con-

trole da evasão de recursos e propostas relacionadas à distribuição dos recursos do Ministério da Saúde.

Au: PEREIRA, José Carlos.

Ti: Sobre o emprego do termo racional em economia e administração/On the use of term rational in economia and management.

Fo: Rev. Adm. Empres; 33(3):76-83, maio-jun. 1993.

Ab: Discute o significado do termo racional. A análise é exemplificada por meio do que se considera uma ação empresarial racional. A adequação dos meios utilizados aos fins propostos constitui o caráter fundamental do termo. Os meios, porém, devem ser os socialmente aceitos. A ação racional compreende a previsão das suas conseqüências sobre a consecução de outros objetivos, gerais e específicos.

Au: SANNAZZARO, Carlos Adalberto de Camargo; COELHO, Leda Teixeira; VELOSO FILHO, Francisco de Assis.

Ti: Novas tecnologias reduzem os custos e aumentam a produtividade do laboratório/New technologies reduce cost and amplify laboratory productivity.

Fo: LAES/HAES; 15(85):60-2, out.-nov. 1993.

Ab: Enfoca o mercado internacional de tecnologia, seus efeitos sobre os custos e a produtividade. Comenta os novos lançamentos para diagnóstico *in vitro*, para testes no local de atendimento médico e na cabeceira do leito do paciente.

Au: SANNAZZARO, Carlos Adalberto de Camargo.

Ti: Contribuição para o estudo dos custos unitários de análises bioquímicas quantitativas realizadas pelo processo manual e pelo processo automático no Laboratório de Análises Clínicas do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, em 1989/Contribution to the study of unitary costs for quantitative biochemical analysis by an manual procedure and by an automatized process in the clinical analysis laboratory of University Hospital. São Paulo, 1989.

Fo: São Paulo; s.n; 1993. <216> p. illus, tab.

Te: Apresentada à Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública, para obtenção do grau de doutor.

Ab: Elaboração e teste de uma metodologia para comparar custos diretos unitários de análises bioquímicas quantitativas em processo manual e em processo automático no Laboratório de Análises Clínicas do Hospital Universitário da USP. Foram estudados 7 tipos de análise — glicose, creatinina, uréia, sódio & potássio, ácido úrico, proteínas totais e cálcio. Adequou-se uma metodologia para avaliar o custo unitário direto total de cada um e conhecer qual processo apre-

sentava os menores valores. Procurou-se constatar se o equipamento utilizado no processo automático era adequado à rotina do HU e determinar o tempo teórico despendido por ambos os processos. Verificou-se que os custos unitários diretos totais do processo manual foram menores que os do processo automático. Foi constatado, pela comparação do tempo teórico despendido (se as análises dos 7 tipos fossem realizadas por ambos os processos), que o processo automático teria gasto menor que o processo manual na realização das duas etapas. Realizada a comparação do custo unitário direto total de cada um dos processos verificou-se que o processo automático teria, para a maioria das análises, um custo unitário direto total maior que o do processo manual.

Au: SGA VIOLI, Maria Edna de Almeida.

Ti: Custos do tratamento ambulatorial de obesos no Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)/Costs of ambulatory obese's treatment at the University Hospital of Federal University of Rio de Janeiro (UFRJ).

Fo: Rev. Nutr. PUCCAMP; 6(2):159-83, jul.-dez. 1993. Graf.

Ab: Este estudo foi realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio de Janeiro, ambulatório de nutrição, constando da análise de dados do prontuário de 96 pacientes, correspondendo a 14 por cento dos obesos atendidos no período de um ano. O objetivo foi a determinação da relação efetividade/custo do tratamento. A diferença bruta da perda de peso, em média, do peso inicial para o final foi de $3,26 \pm 5,3$ Kg, e o tempo de tratamento dentro do hospital teve como média $58 \pm 40,4$ meses. Por meio do teste do qui quadrado (χ^2) estabeleceu-se uma correlação entre o custo anual por paciente e as seguintes variáveis: idade, sexo, regularidade no tratamento, local de trabalho, índice de massa corporal (IMC) inicial e outras patologias. Não se encontrou qualquer correlação estatística entre o custo por paciente e as variáveis antes citadas. Obteve-se para cada quilograma perdido um custo de US\$327,31, uma relação extremamente alta, na qual o aparato hospitalar se encontra acionado em situações nem sempre necessárias. Se, por um lado, o custo independe do trabalho do profissional nutricionista, por outro a perda de peso fica aquém da maioria dos trabalhos pesquisados. É necessária uma análise mais aprofundada das causas deste alto custo, mas fica patente a necessidade de reavaliação contínua e de uma maior integração com o sistema primário de saúde.

Au: TOBAR, Frederico; PINHEIRO, Vinícius C.

Ti: Financiamento da saúde: tendências, cenários e atores no financiamento da saúde/Health financing: trends scenaries and actors in health financing.

Fo: Conjunt. Saúde; 10-7, dez. 1993.

Ab: Discute a estrutura financeira do setor saúde, revisando a capacidade e estabilidade das fontes atuais de arrecadação. Propõe três possíveis alternativas de reforma: a) vinculação de fontes; b) desvinculação das alíquotas de contribuições sociais; e c) municipalização do contribuinte.

Au: VECINA NETO, Gonzalo; MALIK, Ana Maria.

Ti: Alternativas para a gestão pública da função saúde/Alternatives for the public management of the health function.

Fo: Saúde em Debate; (41):30-3, dez. 1993.

Ab: Analisa as alternativas de estatização e mercado na gestão pública da saúde, passando pelas questões de centralização, recursos humanos, financiamento, eficiência e compromisso público. Conclui com a apresentação de proposta de recuperação da capacidade gerencial no setor saúde.

Au: YASLLE ROCHA, Juan Stuardo; SIMÕES, Breno José Guanais; FORSTER, Aldaísa Cassanho.

Ti: Estudos de demanda e utilização de serviços de saúde: uma experiência regional/Studies of demand and use of health services: a regional experience.

Fo: Medicina (Ribeirão Preto); 26(4):636-42, out.-dez. 1993.

Co: Apresentado em: Conferencia Integrada Universidad Latinoamericana y Salud de la Población, Habana, 3-7 jun. 1991.

Ab: Apresenta-se a experiência de um grupo de docentes do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo dedicada ao estudo e investigação da demanda e utilização de serviços médico-hospitalares e ambulatoriais. Os trabalhos nesta linha de investigação iniciaram-se há mais de 20 anos, com a criação e desenvolvimento de um sistema local e computadorizado de informações hospitalares incluindo características dos pacientes e da assistência recebida, como diagnósticos, procedimentos cirúrgicos, etc., bem como dados gerais das estatísticas do hospital e do censo das enfermarias de todos os hospitais do município. Com base nesta estrutura do sistema de informações e devido às características especiais da cidade-sede, foi desenvolvido um marco teórico que vem orientando diversos estudos acerca da assistência médica local, em especial da demanda e utilização de serviços de saúde em bases populacionais. Mais recentemente, esse trabalho foi estendido a todos os hospitais dos 22 municípios que formam a região de Ribeirão Preto e a alguns serviços ambulatoriais. O trabalho conta com apoio financeiro da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Por situar-se num departamento acadêmico, sua infraestrutura é utilizada para cursos de especialização, residência médica, mestrado e doutorado, e disciplinas de graduação do curso médico. Colabora com o desenvolvimento de pesquisas médico-epidemiológicas do Departamento de

Medicina Social e de outros Departamentos Clínicos da FMRP. Tem colaborado com outras instituições congêneres do estado de São Paulo e de outros estados do Brasil. Atualmente este trabalho adquire importância especial tendo em vista o processo de reorganização de sistema de saúde no país.

1994

Au: AFONSO José Roberto.

Ti: Descentralização fiscal e financiamento da saúde: algumas idéias ou provocações.

Fo: OPS (Representação do Brasil) série Economia e Financiamento nº 4, Brasília, 1994, p. 26-48.

Ab: O autor entende que a descentralização de recursos, competências tributárias, responsabilidades e execução de gastos é o caminho mais viável e sólido para se equacionar o financiamento e a organização dos serviços de saúde. As poucas evidências disponíveis indicam que, nos últimos 5 anos aumentou a participação da saúde nos orçamentos dos governos subnacionais, sobretudo dos municípios. Provavelmente isso impediu que a crise sanitária assumisse maiores proporções. À revisão constitucional caberia ordenar e consolidar o processo de descentralização em curso. A grande tarefa é aperfeiçoar os instrumentos criados pela Constituição de 1988, caso notório do SUS. O autor defende que, neste caso, se avance no sentido da progressiva e ordenada descentralização não apenas do gasto, como também do padrão de financiamento do setor.

Au: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ECONOMIA DA SAÚDE — ABRES.

Ti: Anais do 1º Encontro Nacional de Economia da Saúde/Annals of the 1st National Encounter of Health Economics.

Fo: São Paulo; Associação Brasileira de Economia da Saúde; 1994. 175 p. Ilus, tab.

Co: Apresentado em: Encontro Nacional de Economia da Saúde, 1, São Paulo, 22-23 nov. 1993.

Ab: Relata exposições e debates de quatro temas de importância na conjuntura internacional e brasileira: as novas perspectivas da organização e do financiamento dos sistemas de saúde em nível mundial; as mudanças do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) na revisão constitucional brasileira; a discussão sobre a eficiência nos hospitais públicos e privados e, por fim, a questão do financiamento no processo de municipalização da assistência a saúde.

Au: BELINATI, Waldmir.

Ti: Avaliação crítica do aumento da capacidade operativa dos serviços de saúde de ao nível primário, Londrina, 1986-1992/Critical assessment of the operative capacity amplification of health services in primary level, Londrina, PR, Brazil.

Fo: São Paulo; s.n; 1994. 281 p. Ilus, tab.

Te: Apresentada à Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública, para obtenção do grau de doutor.

Ab: Estudo realizado entre 1986 e 1992, baseado em variáveis e indicadores referentes à produção de serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares, no nível de saúde da população e no financiamento dos serviços. A população de intervenção foi a cidade de Londrina, por meio de seu sistema de serviços de saúde baseado na assistência primária. As populações de comparação foram as do estado do Paraná e a do Brasil, que não foram objeto de ações semelhantes em igual período. Avalia as relações entre o aumento da capacidade operativa dos serviços de saúde no nível ambulatorial e a demanda de serviços de saúde no nível hospitalar. Constata a redução das frequências de internação hospitalar da população residente em Londrina, na vigência de uma política de saúde local que priorizou a extensão de cobertura dos serviços de saúde ao nível primário, e obteve como conseqüência o aumento das frequências absolutas de consultas médicas e de atendimentos básicos; o aumento das razões de consultas médicas por habitante; o aumento das razões de consulta médicas por internação; e a melhora dos indicadores de saúde.

Au: BITTAR, Olímpio José Nogueira Viana.

Ti: Produtividade em hospitais/Productivity in hospitals.

Fo: São Paulo; s.n; 1994. [98] p. Ilus, tab.

Te: Apresentada à Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública, para obtenção do grau de livre-docente.

Ab: Destaca os seguintes objetivos: analisar a produtividade de hospitais, privados e públicos, de grande porte, individualizando-a por áreas; conhecer a quantidade e a qualificação necessária das diferentes categorias profissionais nos vários serviços oferecidos por estes hospitais, que possam servir de parâmetro para outras unidades semelhantes; verificar o que vem sendo executado em termos de política de recursos humanos nestes hospitais, no que diz respeito ao recrutamento e seleção, administração de pessoal, cargos e salários, benefícios e treinamento e desenvolvimento; conhecer aspectos da utilização de serviços de terceiros nos hospitais privados e públicos de grande porte; verificar aspectos organizacionais e administrativos de programas gerenciais que interferem na produtividade; conhecer quais e como são utilizadas áreas de apoio dos serviços de infra-estrutura, bem como, aquelas ligadas ao ambulatório e serviços com-

plementares de diagnóstico e terapêutica, para o melhor aproveitamento dos recursos e ganhos na produtividade.

Au: CAETANO, Rosângela.

Ti: Método CENDES/OPS e as avaliações econômicas: algumas semelhanças e diferenças/The CENDES/OPS methods at the economic evaluation: some similarities and disagreement.

Fo: Rio de Janeiro; UERJ/IMS; 1994. 23 p. (Estudos em saúde coletiva, 91).

Ab: Tenta demonstrar que o método CENDES/OPS poderia ser classificado como uma técnica pertencente ao conjunto chamado de avaliações econômicas. Sua diferença residiria não na técnica, mas no desenho do uso da mesma e no papel de quem as executa, no da tomada de decisão, sobre a formulação de planos e alocação de recursos em saúde.

Au: CARVALHO, Marília S; D'ORSI, Eleonora; PRATES, Enirtes C; TOSCHI, Walria D. M; SHIRAIWA, Tizuko; CAMPOS, Tatiana P; ELL, Erica; GARCIA, Norma L; JUNQUEIRA, Ana Paula; SERRÃO, Simone A; TAVARES, Elda L.

Ti: Demanda ambulatorial em três serviços da rede pública do município do Rio de Janeiro, Brasil/A survey of demand for medical care in three public health clinics in Rio de Janeiro, Brazil.

Fo: Cad. Saúde Pública; 10(1):17-29, jan.-mar. 1994. Ilus, tab.

Ab: Realiza um estudo de demanda em três serviços da rede pública dois ambulatoriais e um de urgência localizados na X Região Administrativa do município do Rio de Janeiro, estado do Rio de Janeiro, Brasil. A amostra obtida foi de 2.209 pacientes de 1 de outubro de 1990 a 30 de setembro de 1991. Os diagnósticos foram codificados pela 9ª revisão da Classificação Internacional de Doenças. Cerca de 60 por cento dos atendimentos foram prestados a mulheres, mais da metade entre 15 e 49 anos. Crianças menores de 10 anos representaram 28 por cento do total de atendimentos. Grande parte da demanda (38 por cento) é formada pela população favelada da área. Nos serviços ambulatoriais foi grande a procura por ações preventivas, como consulta de pré-natal e puericultura, inclusive na unidade que historicamente realizava apenas ações curativas. No serviço de urgência predominou o atendimento por causas externas. Entre os diagnósticos específicos mais frequentes estão as infecções respiratórias agudas, a hipertensão arterial, problemas ginecológicos, consultas de pré-natal e doenças de pele. A precariedade do registro médico traz prejuízos à assistência.

Au: FONSECA, L; RANGEL, V; LUSTASA, P; Lannes, D; AGUIAR, L. C. C; FLAVONI, L; ARRUDA, P; MEIS, L. de.

Ti: Productivity versus promised results: one of the dilemmas of biotechnology in Brazil.

Fo: Braz. j. Med. Biol. Res; 27(12):2709-20, Dec. 1994. Tab, graf.

Ab: In 1983 a new funding program — PADACT (Program de Apoio ao Desenvolvimento Científico) — was created in Brazil to stimulate the development of research projects related to what was established as technological priorities. In this paper 3 features of the Biotechnology/Health subprogram of PADACT were studied: (i) to what extent productivity of the leaders of the research projects affected the way they were evaluated by the award panel; (ii) the conflict of interest that might result from the composition of the award panel, and (iii) the final impact of the program on science and technology. In our sample of 210 submitted projects, 62 were funded. The data suggest that the selection of projects did not ensure a better funding for the more productive research leaders.

Au: GUTIÉRREZ ZÚÑIGA, Cristina; HERNÁNDEZ PEÑA, Patrícia; ORTIZ GUERRERO, Cláudia; ZURUTUZA FERNÁNDEZ, Rocio; SANTOS-BURGOA, Carlos.

Ti: Evaluación económica y toma de decisiones en salud ambiental/Economic evaluation and decision-making in environmental health.

Fo: Rev. Saúde Pública; 28(2):153-66, abr. 1994.

Ab: Devido à crescente deterioração ambiental e as suas possíveis conseqüências para a saúde da população, torna-se necessário priorizar o desenho e instrumentação de políticas que controlem as atividades econômicas, considerando a proteção à saúde humana e ao próprio ambiente. É preciso que essas políticas considerem a factibilidade econômica das alternativas de proteção existentes. Não obstante, pela quantidade de interesses na área ambiental, outros fatores como o social e o político também devem ser considerados. A avaliação econômica tem sido vista como fundamental para a tomada de decisões nessa matéria. Foi analisada a capacidade desta ferramenta para organizar de forma sistemática e comparável os custos e os benefícios de alternativas para a solução dos problemas ambientais. Foram sintetizadas as principais características dos estudos de custo-benefício e custo-efetividade, as formas de avaliação econômica do ambiente e as particularidades desta área para a aplicação dessas técnicas de análise. Foram analisados os limites encontrados nessas ferramentas para calcular os custos não monetários dos riscos ambientais e dos danos conseqüentes à saúde, como a dor, o sofrimento ou a incapacidade de pessoas economicamente inativas, sendo que estes aspectos constituem o desafio metodológico da avaliação econômica na área. Analisa-se a importância de ampliar-se a informação para a tomada de decisões a respeito de saúde ambiental em aspectos como a distribuição dos custos e os benefícios entre os diferentes grupos sociais. Por último, as-

sinala-se tanto a crescente politização do tema ambiental, como a possibilidade técnica de manipulação dessas ferramentas de análise. Partindo desses elementos, destaca-se a necessidade, por parte dos avaliadores, de tomar consciência das implicações políticas dos seus estudos, assim como da importância da sua relação com as pessoas que tomam decisões para alcançar pertinência no exercício acadêmico.

Au: IUNES, Roberto; DEL-NERO, Carlos; MATOS, Afonso José de; MANDELLI, Marcos; CYRILLO, Denise Cavallini.

Ti: Avaliação econômica e eficiência hospitalar: painel 3/Economical assessment and hospital efficiency: panel 3.

Fo: In: Associação Brasileira de Economia da Saúde. Anais do 1º Encontro Nacional de Economia da Saúde. São Paulo, Associação Brasileira de Economia da Saúde, 1994. p.47-78, illus.

Co: Apresentado no Encontro Nacional de Economia da Saúde, 1, São Paulo, 22-23 nov. 1993.

Ab: Discute aspectos relativos à eficiência hospitalar, a estrutura desse mercado peculiar, que é o da assistência à saúde, e a conduta derivada, concluindo que a imperfeição do mercado leva a estratégias de concorrência. Analisa a perspectiva dos modelos de administração adotados pelos hospitais.

Au: JARDANOVSKI, Élio; GUIMARÃES, Paulo Cesar Vaz.

Ti: Equidade e modelos de saúde: subsídios para discussão do caso brasileiro/Equity and health models: subsidies for the Brazilian case discussion.

Fo: Saúde em debate; (42):10-5, mar. 1994.

Ab: Os países que procuraram construir um sistema público universalizante de saúde depararam-se com o debate sobre a equidade como princípio fundamental de justiça social. Discute esta problemática em suas bases teóricas e apresenta, em grandes traços, as características essenciais do sistema britânico de saúde e o seu rebatimento nesta questão, visando subsidiar considerações sobre a realidade brasileira.

Au: KARA, José N.; DELGADO, A. M. N.; ARIETA, C. E. L.

Ti: Exequibilidade da cirurgia de catarata em hospital-escola: em busca de um modelo econômico/Practicability of cataract surgery at hospital-school: searching for an economic model.

Fo: Rev. Assoc. Med. Bras. (1992); 40(3):186-8, jul.-set. 1994. Tab.

Ab: Em todo o mundo, há escassez de recursos em saúde para atender todas as necessidades no setor. Projetos Zona Livre de Catarata, realizados por vários

serviços oftalmológicos brasileiros, demonstraram que apenas 10 por cento a 20 por cento dos pacientes cegos por catarata estão sendo operados em nosso meio, atualmente. *Objetivo*: demonstrar a exequibilidade da realização de um modelo de cirurgia de catarata senil com implante de lente intra-ocular, no Hospital das Clínicas da UNICAMP, considerando-se a remuneração paga pelo Sistema Único de Saúde (SUS). *Métodos*: Foi levantado o custo com insumos e material descartáveis, para realização da facectomia com implante de lente intra-ocular de câmara posterior no Hospital das Clínicas da UNICAMP. O modelo da UNICAMP prevê cirurgia ambulatorial sob anestesia local, com racionalização de custos na aquisição e gastos de insumos. Os hospitais-escola apresentam situação diferenciada no sistema de saúde, em que custos fixos e parte dos custos variáveis da cirurgia de catarata são subsidiados pelo Estado. *Resultados*: conclui-se que a facectomia realizada sob a metodologia proposta é economicamente viável, sendo realizada a um custo de US\$ 77, considerando-se apenas os insumos, com uma remuneração do INAMPS de US\$ 474. A realização de um maior número de cirurgias aumenta a eficácia e a eficiência da instituição, além de propiciar maior treinamento cirúrgico aos residentes e melhor atendimento à comunidade. *Conclusão*: considera-se dever de todos os envolvidos, respeitados os compromissos com ensino, pesquisa e qualidade de atendimento, realizar o maior número de cirurgias de catarata pelo menor custo.

Au: LEÃO, Edmilson; DONINI, Oswaldo; PORTO, Marta Sílvia; SEIXAS, José Carlos; MARQUES, Rosa Maria; PINHEIRO, Vinícius C.

Ti: Financiamento e gestão do SUS no município: painel 4/SUS (Unified Health System) financing and management in municipality: panel 4.

Fo: *In*: Associação Brasileira de Economia da Saúde. Anais do 1º Encontro Nacional de Economia da Saúde. São Paulo, Associação Brasileira de Economia da Saúde, 1994. p.79-91

Co: Apresentado em: Encontro Nacional de Economia da Saúde, 1, São Paulo, 22-23 nov. 1993.

Ab: Resume exposições e debates e chega à conclusão que a falta de um volume apropriado de recursos para o SUS é um dos principais empecilhos do processo de descentralização e que nenhuma das alternativas propostas para reformulação do financiamento setorial é imune a críticas. Existem questões não resolvidas como recursos humanos, planejamento assistencial, mecanismos de transferência de recursos financeiros e exigências burocráticas excessivas que inibem a efetiva descentralização.

Au: MAGAJEWSKI, Flávio Ricardo Liberali.

Ti: Seletividade estrutural e a construção do Sistema Único de Saúde em Santa Catarina no período 1987-1990/Structural selectivity and the building of the Unified Health System in Santa Catarina from 1987 to 1990.

Fo: Florianópolis; s.n; ago. 1994. 238 p. Tab.

Te: Tese apresentada à Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Pós-graduação em Administração, para obtenção do grau de mestre.

Re: Reconstitui a história da implementação do SUS em Santa Catarina, no período de 1987 a 1990. Resgata a evolução histórica das políticas de saúde no país, entrevistando ocupantes de funções-chave no processo de implementação do SUS, no estado, e pesquisando em documentação setorial de fontes variadas. Menciona a fragilização dos mecanismos de financiamento do sistema e do funcionamento da rede pública de serviços de saúde, mediadas pelo mercado dos "seguro-saúde". Observa que o processo político é dominado pela luta entre interesses privados e proposta publicista do SUS.

Au: MARTINEZ, Edwar Hermin García.

Ti: Metodologia para calcular o custo da doença: uma aplicação para o ofidismo no Vale do Ribeira, Estado de São Paulo, Brasil/Methodology for cost calculation of disease: an application for the snake poisoning of Vale do Ribeira, São Paulo, Brazil.

Fo: São Paulo; s.n; 1994. 130 p. Ilus, mapas, tab.

Te: Apresentada à Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Epidemiologia, para obtenção do grau de doutor.

Ab: Propõe uma metodologia para a determinação do custo que representa uma doença para a sociedade na qual ela se desenvolve. Analisa os diversos indicadores de saúde relacionados com a morbidade, que vêm sendo usados na literatura sanitária atual, e propõe outros cinco "indicadores de custo". Utiliza, como base empírica, os acidentes ofídicos ocorridos entre os meses de julho de 1990 e junho de 1991, em cinco municípios do Vale do Ribeira, SP. Assim, se aplica um instrumento de pesquisa em 65 dos 100 casos detectados nesse período, investigando variáveis epidemiológicas da doença e variáveis econômicas relacionadas à inserção do doente no sistema produtivo daquela região. Determina dois grandes componentes dos gastos decorrentes da doença: um relacionado ao gasto do paciente e seus familiares e o outro dos Serviços de Saúde que prestaram o atendimento médico. Além disso, determina o custo da perda de produção causada pela paralisação do acidentado. Utilizando estes valores e alguns indicadores de saúde conhecidos, propõe a composição de indicadores de custo como: Custo de um Dia de Vida Saudável Perdido (CDVSP); Custo de um Ano de Vida Potencial Perdido (CAVPP).

Au: MATTOS, Cesar.

Ti: Efeitos de um aumento na taxação de bebidas alcoólicas e fumo: evidência internacional e nacional e algumas inferências para o caso Brasil.

Fo: OPS (Representação do Brasil) Série Economia e Financiamento nº 4, Brasília, 1994, p. 99-126.

Ab: O autor elenca argumentos favoráveis e contrários ao aumento da taxação de fumo e bebidas no Brasil. Alerta para o fato de que caso se tente um aumento muito grande é previsível que caia substancialmente a arrecadação tributária, sem uma contrapartida na redução real no consumo desses produtos, que passariam a ser supridos pela contravenção. De qualquer forma, aparentemente, existe uma margem de manobra no sentido do aumento da taxação sobre cigarros, considerando a experiência histórica. Quanto ao setor de bebidas, é menos clara a margem de manobra para aumentos na taxação no Brasil. O autor conclui que os números atuais do orçamento e a prática orçamentária brasileira desaconselham qualquer tipo de vinculação de despesas na área da saúde ao IPI sobre fumo ou bebidas, apesar do otimismo das considerações meramente teóricas relativas ao *princípio tributário do benefício* e da experiência internacional.

Au: MEDICI, André Cezar.

Ti: Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização/Economics and financing of the health sector in Brazil: evaluation and perspectives of decentralization process.

Fo: São Paulo; Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública; 1994. 216 p. Ilus, tab. (AdSAUDE — Série Temática, 3).

Ab: Busca, na teoria e nas recentes práticas utilizadas nos países centrais, elementos para a compreensão conceitual e instrumental dos principais problemas econômicos enfrentados pelo setor na modernidade. Problematiza a questão do financiamento da saúde no contexto da recente crise dos países latino-americanos, bem como delimita as saídas utilizadas nas atuais estratégias de ajuste econômico. Conceitua a descentralização no âmbito do processo de universalização da saúde, buscando discutir modelos de financiamento adequados. Em seguida, apresenta a dinâmica histórica do processo de descentralização do setor saúde no Brasil, sob a ótica do financiamento, desde o final dos anos 70 até os anos 90. No final, mostra o esforço empreendido pela União, estados e municípios, no sentido de colocar recursos próprios no financiamento do setor saúde no Brasil.

Au: MEDICI, André Cezar; SILVA, Pedro Luiz Barros da.

Ti: Seguridade social no Brasil: bases operacionais para uma reforma/ Social security in Brazil: operational bases for a reform.

Fo: Rev. Adm. Pública; 28(2):114-36, abr.-jun. 1994. Tab.

Re: Avaliação das principais falhas das políticas públicas brasileiras na área de seguridade social. Propostas para a reforma do sistema de seguridade social.

Au: MEDICI, André Cezar.

Ti: Impactos socioeconômicos da AIDS/Socioeconomics impacts of AIDS.

Fo: *In*: Parker, Richard, coord; Bastos, Cristiana, coord; Galvão, Jane, coord; Pedrosa, José Stalin, coord. A AIDS no Brasil [1982-1992]. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1994. p.325-9 (História social da AIDS, 2).

Re: Aborda os custos socioeconômicos dos programas e estratégias de tratamento da síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS)

Au: MEDICI, André Cezar.

Ti: Gastos com saúde nas três esferas de governo.

Fonte: OPS (Representação do Brasil) Série Economia e Financiamento nº 4, Brasília, 1994.

Ab: Mostra que a esfera de governo que mais gastou com saúde nos anos 80, tanto em termos absolutos quanto em termos relativos a suas despesas/receitas totais, foi a federal. Tal fato se deve não apenas ao comprometimento relativo do gasto com saúde destinado pela União, mas também em função da magnitude das receitas federais, as quais são superiores em quase 30% a soma das receitas das demais esferas. Com a atual participação dos estados e municípios na carga fiscal nacional, aumentar o gasto com saúde para 10% da receita destas esferas não traria efeitos no aumento dos gastos com saúde superiores a 20%.

Au: MEDICI; André Cezar; BELTRÃO, Kaizô Iwakami.

Ti: As contribuições da economia à análise dos problemas enfrentados pelo setor saúde na América Latina/Economics contributions to the problems analysis of the Latin America health sector.

Fo: *In*: Associação Brasileira de Economia da Saúde. Anais do 1º Encontro Nacional de Economia da Saúde. São Paulo, Associação Brasileira de Economia da Saúde, 1994. p.95-136, ilus, tab.

Co: Apresentado em: Encontro Nacional de Economia da Saúde, 1, São Paulo, 22-23 nov. 1993.

Ab: A ascensão ao poder de governos conservadores propicia a adoção de um conjunto de medidas econômicas e sociais hoje conceituadas como neo-liberalismo. A retomada do crescimento dos países desenvolvidos tem-se caracterizado, no plano da reestruturação produtiva, pelo advento e incorporação de novas tecnologias. Deste quadro geral, pode-se concluir que, diferentemente do

ocorrido no contexto europeu, a América Latina tem sido um grande laboratório para experiências de reforma no campo das políticas sociais.

Au: MENDES, Eugênio Vilaça.

Ti: Comentários sobre financiamento e gastos em saúde no Brasil.

Fo: OPS (Representação do Brasil) série Economia e Financiamento nº 4, Brasília, 1994, p. 127-134.

Ab: O autor afirma que a precariedade das informações sobre financiamento e gasto em saúde no Brasil não permite a definição de políticas racionais nesses campos. Torna-se urgente organizar a produção e análise dessas informações num esforço articulado do IPEA, IBGE, Ministério da Saúde e da Fazenda, da Associação Brasileira de Economia da Saúde, de universidades e de instituições de prestadores de serviços, apoiado por agências internacionais como Banco Mundial, PNUD e OPS. Não parece tão certo, como é dito com frequência, que o país gaste pouco com saúde, senão quando essa afirmativa é tomada em termos de percentual do PIB. A única certeza é a de que em anos muito recentes o gasto público federal diminuiu e suas fontes de financiamento tornaram-se instáveis. Há evidências de que os gastos em saúde estão inercializados e que se realizam com baixas eficiências alocativa e técnica.

Au: MOTTA, Ronaldo Serôa da; MENDES, Ana Paula Fernandes.

Ti: Custos de saúde associados à poluição do ar no Brasil/Health costs associated with Brazilian air pollution.

Fo: Brasília; IPEA; fev. 1994. 32 p. Tab. (IPEA. Texto para discussão, 332).

Ab: Embora o ar poluído dos principais centros urbanos e industriais provoque graves problemas para a saúde humana, existem poucas provas epidemiológicas que atestem estes efeitos. Estudos realizados em alguns poucos países demonstram que existe uma associação positiva entre altos índices de poluição e a incidência de determinadas moléstias. Entretanto, para atender os objetivos, julga-se necessário não apenas estimar a relação entre mortalidade e poluição do ar, mas também mensurar os custos econômicos relativos à perda de bem-estar. Assim, para formalizar a relação entre poluição do ar e incidência de mortalidade, procura-se estabelecer relações dose-resposta relativas à poluição do ar e seu impacto sobre as doenças respiratórias e doenças isquêmicas do coração. Procura-se também analisar a correlação entre os dados de poluição do ar e, em seguida, apresentar as funções dose-resposta estimadas. Com base nestas funções, testa-se a validade dos coeficientes estimados para a mensuração da incidência de mortalidade nos municípios do Rio de Janeiro, Belo Horizonte e Cubatão. Apresentam-se os custos de saúde associados à poluição do ar e são discutidos os resultados obtidos, comparando-os com estimativas equivalentes determinadas para a poluição hídrica.

Au: MUSGROVE, Phillip; LEWIS, Maureen; MEDICI, André Cezar; JUNES, Roberto; TOBAR, Frederico.

Ti: Panorama internacional do financiamento da saúde: painel 1/ International view of health financing: panel 1.

Fo: *In*: Associação Brasileira de Economia da Saúde. Anais do 1º Encontro Nacional de Economia da Saúde. São Paulo, Associação Brasileira de Economia da Saúde, 1994. p.9-24

Co: Apresentado em: Encontro Nacional de Economia da Saúde, 1, São Paulo, 22-23 nov. 1993.

Ab: Expõe e analisa as principais tendências de reformas nos países desenvolvidos, distinguindo-se especialmente as particularidades do caso americano, em comparação com outros países. Trata dos desafios que se colocam hoje para a América Latina e, em particular, para o Brasil, além de medidas para introdução de incentivos no setor.

Au: OLIVEIRA, Francisco Eduardo Barreto de, BELTRÃO, Kaizô Iwakami, MEDICI, André Cezar.

Ti: El sistema de seguridad social brasileño: problemas y soluciones alternativas.

Fo: *In*: OLIVEIRA, Francisco Eduardo Barreto de (ed.), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Sistemas de seguridad social en la región: problemas y alternativas de solución. Rio de Janeiro: IPEA, 1994.

Ab: Descreve a evolução do sistema de previdência social brasileiro e realiza um diagnóstico da previdência social, da saúde e da assistência social. Mediante um modelo desenvolvido no IPEA, projeta a gestão do sistema atual para o horizonte do ano de 2030, considerando três hipóteses macroeconômicas coerentes que prevêm taxas de crescimento distintas. Apresenta uma proposta de reforma do sistema sob um aspecto teórico que considera um seguro básico de previdência social e um complementar, a saúde e a assistência social.

Au: PINHEIRO, Vinícius C.

Ti: Vinculação de receitas: a opção para o financiamento da saúde na revisão constitucional/Entailment incomes: option for health financing in the constitutional revision.

Fo: *In*: Associação Brasileira de Economia da Saúde. Anais do 1º Encontro Nacional de Economia da Saúde. São Paulo, Associação Brasileira de Economia da Saúde, 1994. p.159-75, tab.

Co: Apresentado em: Encontro Nacional de Economia da Saúde, 1, São Paulo, 22-23 nov. 1993.

Ab: Discute a adoção da vinculação de receitas como saída para superar a atual crise de financiamento em que se encontra o setor. Faz uma análise da conjuntura e, a partir daí, sobre os argumentos relativos à necessidade de vinculação. Passa à constituição de cenários para algumas propostas que contemplam o tema.

Au: PORTO, Sílvia Marta.

Ti: Distribuição equitativa de recursos financeiros no setor saúde.

Fo: OPS (Representação do Brasil) série Economia e Financiamento nº 4, Brasília, 1994, p. 49-71.

Ab: A sistemática distributiva adotada pelo Ministério da Saúde não contribui para diminuição das diferenças regionais existentes, já que se fundamenta quase que exclusivamente na produção observada. Mesmo aceitando que a produção possa vir a incentivar um desenvolvimento da capacidade de gestão das instâncias locais, a utilização dos valores históricos consolidará as diferenças existentes. Dessa forma, a atual sistemática distributiva não é apropriada para alcançar maior equidade, entendida como tratamento igual para iguais, e, menos ainda, quando definida como tratamento desigual para desiguais. Se uma dos principais objetivos da política de saúde é tornar o sistema mais equitativo, será condição necessária, ainda que não suficiente, repensar os critérios distributivos para os recursos federais, introduzindo variáveis que expressem com maior sensibilidade possível as diferenças regionais que devem ser diminuídas.

Au: RODRIGUES FILHO, José.

Ti: Sistema de Classificação de Pacientes — parte II: custo de enfermagem/System's of patients classification-part II: nursing costs.

Fo: Rev. Esc. Enfermagem USP; 28(1):41-9, abr. 1994. Ilus, tab.

Ab: O autor afirma que a determinação do custo de enfermagem na área hospitalar tem sido uma grande preocupação dos administradores de enfermagem, especialmente nos países desenvolvidos. A determinação do custo de enfermagem é geralmente vista como uma grande vantagem para os profissionais de enfermagem. Três métodos de se alocar custos de enfermagem são descritos. O primeiro é o método do custo diário (*per diem*), que relaciona os custos de enfermagem diretamente com a média de permanência. O segundo método, medida de intensidade relativa, tenta relacionar o uso dos recursos de enfermagem com as condições médicas do paciente. A terceira alternativa de custos é baseada nos sistemas de classificação de pacientes, que medem as exigências do cuidado prestado ao paciente ou a força de trabalho da enfermagem.

Au: SCOTTI, Ricardo F; PIOLA, Sérgio Francisco; VIANNA, Solon Magalhães; ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de; MARQUES, Rosa Maria.

Ti: Financiamento da saúde e revisão constitucional: painel 2/Health financing and constitutional revision: panel 2.

Fo: *In*: Associação Brasileira de Economia da Saúde. Anais do 1º Encontro Nacional de Economia da Saúde. São Paulo, Associação Brasileira de Economia da Saúde, 1994. p.25-46, tab.

Co: Apresentado em: Encontro Nacional de Economia da Saúde, 1, São Paulo, 22-23 nov. 1993.

Ab: Aborda a questão da viabilização e processo de construção do SUS e a capacitação de promover e realizar o princípio da equidade na promoção, proteção e recuperação da saúde. Destaca questões consideradas como empecilhos neste processo, como: financiamento, relação público/privado, estratificação no acesso aos serviços, descentralização e prática médica.

Au: SILVA, Sandra Honorato da; FERNANDES, Rosa Aurea Quintella; GONÇALVES, Vera Lúcia Mira.

Ti: A administração de recursos materiais: importância do enfoque de custos e a responsabilidade dos profissionais de saúde/The administration of material resources.

Fo: Rev. Bras. Enfermagem; 47(2):160-4, abr.-jun. 1994.

Ab: Elabora considerações gerais sobre elevação dos custos assistenciais à saúde e as repercussões sobre a qualidade e disponibilidade dos serviços para atender à população. Discute a problemática da administração dos recursos materiais e seu significado em termos de custos para as instituições. Demonstra o papel dos profissionais de saúde na administração de materiais e os fatores que devem ser considerados na decisão da compra.

Au: SILVA, Fátima Maria; CAETANO, Rosângela; PINHEIRO, Roseny.

Ti: Custo-efetividade e custo-benefício no cuidado intensivo neonatal: atualizando informações/Cost-benefit and cost-efficiency in the neonatal intensive care.

Fo: Rio de Janeiro; UERJ/IMS; 1994. 48 p. (Estudos em Saúde Coletiva, 87).

Ab: Revê a literatura referente a estudos de custo-efetividade e custo-benefício no atendimento intensivo neonatal, buscando avaliar o atual estágio de informação quanto à aplicação destes instrumentos de análise econômica neste tipo de cuidado. Tenta compreender a utilidade e limitações destes estudos na área em questão.

Au: SOTERO, Jorge Adriano Moreira Feitoza.

Ti: O dito e o feito: o uso dos recursos federais na área de saúde e os compromissos da Nova República com o setor em 1985-1990/The use of federal resources in the health area and the premise of the New Republic with the sector from 1985 to 1990.

Fo: Rio de Janeiro; s.n; 1994. 260 p. Tab.

Te: Apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública para obtenção do grau de mestre.

Ab: Resgata os produtos do processo de elaboração orçamentária — orçamento e balanço — como instrumentos de leitura dos objetivos políticos das duas principais instituições federais do setor saúde — Ministério da Saúde (MS) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), no período compreendido entre 15 de março de 1985 a 15 de março de 1990, denominado Nova República. Os objetivos políticos, constantes dos pronunciamentos das autoridades setoriais, bem como documentos de caráter técnico, porém vinculados à operacionalização daqueles objetivos, conformam o que neste estudo foi denominado "conjunto discursivo". Busca entender, em que sentido foram viabilizados os princípios da equidade, universalidade e a diretriz da descentralização. Ressalta o orçamento como instrumento de acompanhamento e avaliação do cumprimento dos objetivos políticos. Considera as importantes mudanças ocorridas no setor saúde no período analisado, e como resultado necessário da leitura dos orçamentos e balanços das duas instituições, espera contribuir para a compreensão da ação institucional para o cumprimento dos princípios e da diretriz estabelecidos.

Au: VIANNA, Solon Magalhães; PIOLA, Sérgio Francisco.

Ti: Os desafios do Sistema Único de Saúde/The challenges of Unified Health System.

Fo: *In*: Associação Brasileira de Economia da Saúde. Anais do 1º Encontro Nacional de Economia da Saúde. São Paulo, Associação Brasileira de Economia da Saúde, 1994. p.137-58.

Co: Apresentado em: Encontro Nacional de Economia da Saúde, 1, São Paulo, 22-23 nov. 1993.

Ab: Aborda o papel do Estado como agente regulador e fonte de financiamento no campo da saúde.

Au: VIANNA, Solon Magalhães & PIOLA, Sérgio Francisco.

Ti: Reavaliando o gasto público em saúde.

Fo: OPS (Representação do Brasil), Série Economia e Financiamento nº 4, Brasília, 1994, p 7 à 14).

Ab: Discute aspectos metodológicos da apuração do gasto federal com saúde, redimensiona o gasto público por instância de governo (federal, estadual e municipal) para o período 1980-1990, em valores absolutos, bem como em relação ao PIB (3,2% em 1990) e à receita disponível das três esferas de governo (11,3% em 1990). Conclui que a implantação de um plano básico de assistência médica integral (inclusive assistência farmacêutica), associado a programas de ações de alcance coletivo e de serviços clínicos essenciais, elevaria a despesa pública com saúde para 7% do PIB.

Au: UGÁ, Maria Alicia D.

Ti: Alocação de recursos aos prestadores de serviços de saúde: uma proposta preliminar para a rede pública brasileira/Location of resources in the useful of health services: one preliminary proposal to the brazilian public net.

Fo: Saúde em Debate; (45):9-16, dez. 1994.

Ab: Este artigo é uma síntese de um trabalho de maior fôlego a ser publicado conjuntamente pelo IPEA e a OPAS, no qual são analisados os diversos métodos tradicionais de alocação de recursos aos prestadores de serviços de saúde (dentre os quais o sistema de pagamento prospectivo por procedimento, atualmente vigente no Brasil), e é esboçada uma proposta preliminar de sistema alternativo de repasses financeiros, que, baseada no orçamento global, incorpora vários elementos de outros métodos. Essa proposta visa aperfeiçoar o método de alocação de repasses por orçamento global, introduzindo fatores de incentivo à eficiência e à qualidade na prestação de serviços de saúde, sem, no entanto, transformá-los em mera mercadoria. O artigo contém: (i) uma apresentação sucinta dos principais sistemas de alocação de recursos aos prestadores de serviços de saúde, evidenciando as limitações de cada um no seu formato original; e (ii) o esboço de uma proposta alternativa de alocação de recursos para nossa rede pública, incorporando elementos de algumas experiências internacionais inovadoras.

Au: UGÁ, Maria Alícia Dominguez.

Ti: Sistemas de repasses financeiros a unidades de assistência à saúde: uma proposta preliminar para a rede pública brasileira.

Fo: OPS (Representação do Brasil) série Economia e Financiamento nº 4, Brasília, 1994, p.72-98.

Ab: A autora discute diferentes experiências (Medicare, sistema catalão, sistema canadense e o caso brasileiro) de implementação e pagamento prospectivo por procedimento. A proposta formulada está baseada no princípio da autonomia com responsabilidade, o que requer mudanças no marco normativo da administração pública. Em um sistema que pretenda premiar o desempenho, isto é, o cumprimento de metas, é condição necessária a concessão de autonomia de gestão àqueles que serão avaliados (isto é, aos prestadores de serviços de saúde).

Enfim, a responsabilidade pressupõe a autonomia gerencial, ou seja, que as unidades gestoras detenham os instrumentos necessários à efetiva tomada de decisão sobre as questões que afetam a produção do seu serviço.

1995

Au: AFONSO, José Roberto; CARVALHO, Luiz de Gonzaga; SPÍNDOLA, Lytha.

Ti: Fundo Social de Emergência: intenções e feitos/Emergency Social Fund: intentions and realizations.

Fo: São Paulo; Fundação do Desenvolvimento Administrativo (SP). Instituto de Economia do Setor Público; maio 1995. 11 p. tab. (Notas Técnicas IESP, 11).

Ab: Define o Fundo Social de Emergência, analisa sua proposta, objetivos, orçamentos, realizações e perspectivas, e conclui ser este um instrumento para debate e futuras decisões a respeito da reforma fiscal e das demais reformas do Estado brasileiro.

Au: ALMEIDA, Célia Maria de.

Ti: As reformas sanitárias dos anos 80: crise ou transição — 2 V/Health care reform in the 1980's — 2 V.

Fo: Rio de Janeiro; s.n.; 1995. 425 p. Tab.

Te: Apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública para obtenção do grau de doutor.

Ab: Analisa a repercussão do processo de crise do *Welfare State* na formulação e implementação das reformas sanitárias, em alguns países centrais nos anos 80; identifica os referenciais teóricos e metodológicos que informaram essas estratégias de mudança no campo da saúde, e os processos pelos quais estas se transformaram em políticas, além dos resultados visíveis até o presente momento. As reformas sanitárias são analisadas como parte da resposta liberal-conservadora à crise econômica dos anos 73-75 e como desdobramentos de um modelo formulado nos EUA nos anos 70 — a *managed competition* ou "competição administrada" — que, na década de 80, teve várias releituras e utilizações no contexto europeu. São investigados seis países. Quatro constituem "modelos clássicos" de desenvolvimento de sistemas de saúde: EUA, o sistema privado por excelência; Reino Unido, o sistema nacional de saúde mais antigo no mundo capitalista ocidental; Suécia, o exemplo do sucesso social-democrata; e Alemanha Ocidental, o bem-sucedido sistema centrado no seguro social. Dois outros países são analisados como "*reformas tardias*" — Itália e Espanha — pois praticamente até os anos 80 não haviam desenvolvido programas de *welfare* compatíveis com os padrões europeus, e criavam seus sistemas nacionais de saúde nos moldes das reformas expansionistas dos anos 60-70. Faz uma reconstrução do percurso histó-

rico de ascensão e queda do *Welfare State keynesiano*, em campo social e sanitário, e analisa a natureza da crise que se instalou a partir de 73-75, decretando o esgotamento dos padrões de desenvolvimento das política social e de saúde que haviam norteado os rumos setoriais até então. Discute os modelos de reforma que emergem desse processo. Consta que a intensa mobilização política e social dos anos 60 e 70 estimulou, também no campo da saúde, uma crítica contundente e questionadora de todos os fundamentos básicos dos sistemas de serviços de saúde, sobretudo de assistência médica. Com a crise fiscal do Estado a partir dos meados dos anos 70, esse arsenal alimentou a formulação de um diagnóstico comum e das prescrições neoconservadoras, configurando uma agenda pós-*Welfare* também para a saúde, que, na década seguinte, orientou as reformas sanitárias. As justificativas reformistas dos sistemas de saúde, na essência, têm a mesma base teórica formulada para decretar o fim do *Welfare State*.

Au: AKERMAN, Marco.

Ti: Determinação de prioridades na alocação de recursos para a assistência à saúde: um desafio contemporâneo para o setor saúde/*Setting priorities in the resources allocation for health care: a contemporary challenge for the health sector*.

Fo: Rev. Adm. Publica; 29(2):126-36, abr.-jun. 1995.

Ab: Aponta a necessidade de reversão do quadro de desperdício dos recursos do setor saúde, definindo prioridades e contextualizando o problema em sua dimensão nacional e internacional. Apresenta a gestão da qualidade como tentativa de aprimoramento do processo de produção de serviços e faz abordagens metodológicas para a determinação de prioridades na atenção à saúde.

Au: AMARAL, Benedito Tadeu; ARAÚJO, Roger Souza Nilo de Almeida; SILVA, Celso Teixeira da; TERRA, Joaquim Carlos Ávila.

Ti: Estudo de indicação de colangiografia pré operatória por critérios clínicos e (ou) laboratoriais/*Indication study of per-operative cholangiography basing on clinical and (or) laboratorial criterions*.

Fo: J. Bras. Med; 68(6):159-62, jun. 1995. Tab.

Ab: Os autores estudaram 100 pacientes colecistectomizados entre janeiro de 1990 e outubro de 1991, no Serviço de Cirurgia Geral da Santa Casa da Misericórdia de Itajubá. Sugerem que a colangiografia pré-operatória (CPO) deve ser realizada de maneira seletiva, baseada em critérios clínicos e (ou) laboratoriais. Isso proporcionaria uma economia considerável em relação ao custo/benefício, quando usada rotineiramente.

Au: ARIETA, C. E. L; TAIAR, A; JOSÉ, N. Kara.

Ti: Utilização e causas de suspensão de intervenções cirúrgicas oculares em centro cirúrgico ambulatorial universitário/Use and causes of suspension of eye surgical interventions in an university ambulatory surgery center.

Fo: Rev. Assoc. Med. Bras. (1992); 41(3):233-5, maio-jun. 1995. Ilus, tab.

Ab: A racionalização do uso de recursos é fundamental para um maior atendimento da população necessitada de cuidados em saúde, e deve conter medidas que visem ao aproveitamento máximo do tempo disponível dos centros cirúrgicos. *Objetivo*: analisar o desempenho do serviço de oftalmologia na realização e as causas de suspensão de operações oftalmológicas no CCA (Centro Cirúrgico Ambulatorial) do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas *Metodologia*: foram coletados dados referentes às operações agendadas, realizadas e suspensas no CCA durante o ano de 1992. *Resultados e Discussão*: foram realizadas 4.938 (75,11 por cento) das 6.574 cirurgias agendadas. A oftalmologia ocupa 40 por cento da área cirúrgica e realizou 2.514 (51 por cento) das cirurgias e suspendeu 746 (23 por cento). As outras especialidades realizaram 2.423 (49 por cento) e suspenderam 891 (27 por cento). As principais causas de suspensão de cirurgias oftalmológicas foram: condição clínica desfavorável, 346 casos (46,38 por cento), falta de comparecimento do paciente com 244 casos (32,71 por cento), e problemas administrativos com 63 casos (8,44 por cento).

Au: ARREDONDO, Armando; LOCKETT, Lejeune Y; ICAZA, Esteban de.

Ti: Cost of diseases in Brazil: breast cancer, enteritis, cardiac valve disease and bronchopneumonia.

Fo: Rev. Saúde Publica; 29(5):349-54, out. 1995.

Ab: Estuda os resultados de parte da necessidade de se desenvolver métodos para a análise de custos em países em desenvolvimento, principalmente na região da América Latina. Pretende gerar conhecimento a partir de uma avaliação econômica, para apoiar a tomada de decisões na organização de sistemas de saúde, particularmente no uso eficiente dos recursos destinados aos serviços médicos. Foram selecionadas duas doenças crônicas (câncer de mama e valvulopatia) e duas infecciosas (enterite e broncopneumonia), para serem estudadas. Os resultados permitiram recomendar o uso da metodologia validada para a análise econômica de custos de qualquer outra doença que se necessite estudar, bem como o uso da informação para tomar decisões.

Au: BARROZO, Paulo Roberto Mussel; SANTOS, Marco Antônio Pereira; AMORIM, Adão José.

Ti: Análise de custos da redução endometrial histeroscópica x histerectomia total abdominal tradicional/Hysteroscopic endometrial reduction x transabdominal hysterectomy: a cost comparison.

Fo: J. Bras. Ginecol; 105(7):305-7, jul. 1995. Tab.

Ab: Os autores fazem uma análise dos custos médicos e hospitalares da redução endometrial por histeroscopia, diante dos custos da histerectomia total abdominal, no tratamento do sangramento uterino anormal de causa benigna. Concluem pelo menor custo da cirurgia endoscópica, levando a uma diminuição do ônus para a paciente ou para seu convênio, e uma maior produtividade para o médico e para o estabelecimento hospitalar.

Au: BITTAR, Olímpio J. Nogueira V.

Ti: Produtividade em hospitais, individualizada por áreas/Hospitals' productivity defined by areas.

Fo: Rev. Adm. Pública; 29(3):5-16, jul.-set. 1995. Tab.

Ab: Estudo de caso de amostra intencional, que analisa a produtividade, por área ou setor, relacionando a produção com o número de funcionários e comparando os hospitais públicos com os privados.

Au: CAMPINO, Antonio Carlos Coelho.

Ti: Alternativas de financiamento de la atención médica en América Latina y el Caribe/Alternatives for the financing of health care in Latin America and the Caribbean.

Fo: Rev. Saúde Pública; 29(3):234-42, 1995. tab.

Ab: Dada a magnitude do problema de saúde nos países da América Latina e do Caribe, não é possível cobrir o déficit de recursos financeiros necessários para prover assistência médica por meio de aumentos nos preços, ou com a adoção de medidas como o pagamento por serviços ou a cobrança do custo dos serviços. Faz-se necessário recorrer à política fiscal. Foi mostrado que é possível aumentar os recursos disponíveis para assistência médica, tanto por meio do aumento na arrecadação de impostos, quanto pela tomada da decisão política de aumentar a parcela da receita do governo, destinada a financiar a assistência médica. Foi revista a experiência dos Fundos de Emergência Social e das operações de troca de dívida por projetos na área de saúde como importantes fontes adicionais de recursos, especialmente para financiar o investimento.

Au: Conselho Nacional de Secretarias Estaduais de Saúde; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde; Brasil. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde; Associação Brasileira de Economia em Saúde; Instituto de Direito Sanitário Aplicado.

Ti: O financiamento do SUS: relatório final/The financing of the Unified Health System: final report.

Fo: Saúde em Debate; (47):67-9, jun. 1995.

Co: Apresentado em: Oficina de Trabalho; Maceió, 18-19 maio 1995.

Ab: Apresenta os resultados do encontro promovido por entidades do setor de saúde sob o tema financiamento do SUS.

Au: FLEURY, Sonia.

Ti: Iniquidades nas políticas de saúde: o caso da América Latina/*Inequities in health policies: the Latin American case.*

Fo: Rev. Saúde Pública; 29(3):243-50, jun. 1995. Tab.

Ab: São abordados quatro pontos sobre iniquidades nas políticas de saúde: no primeiro deles, discute-se a crise econômica atravessada pela região nas últimas décadas, e problematiza-se o fato de a tendência à melhoria global do nível de vida não tenha sido profundamente afetada pela crise; no segundo ponto, são discutidas as características do processo de desenvolvimento latino-americano, que tem sido marcado pelo aprofundamento das iniquidades; no terceiro, apresenta-se uma análise do padrão de proteção social na região, para, no último ponto, discutir dois modelos polares de reforma deste padrão.

Au: HERNÁNDEZ PEÑA, Patrícia; ARREDONDO, Armando; ORTIZ, Claudia; ROSENTHAL, Gerald.

Ti: Avances y retos de la economía de la salud/*Advances and perspectives in health economics.*

Fo: Rev. Saúde Pública; 29(4):326-32, ago. 1995. Tab.

Ab: A economia da saúde incorpora a perspectiva econômica no campo da saúde, os serviços e o complexo médico-industrial. Apresenta a evolução desse campo, desde a perspectiva das áreas de interesse e os avanços para sua consolidação, partindo dos seguintes aspectos: geração, difusão, réplica e aplicação do conhecimento especializado

Au: LAURELL, Asa Cristina.

Ti: Estado e políticas sociais no neoliberalismo/*State and social policies in the neoliberalism.*

Fo: São Paulo; Cortez; 1995. 244 p. Tab, illus.

Ab: Analisa três experiências nacionais que tiveram desenvolvimentos históricos distintos e que hoje representaram graus diversos de maturação da política de saúde neoliberal. Examina o caso chileno, que, como parte do projeto neoliberal pioneiro no mundo, transitou do sistema de saúde público latino-americano mais desenvolvido para um sistema de saúde com hegemonia do setor privado. Aborda o caso mexicano e o caso brasileiro, que foi marcado por uma precoce privatização da saúde, à luz dos avanços institucionais-legais do movi-

mento sanitário, contrapostos aos constrangimentos das políticas de estabilização e de ajuste estrutural.

Au: MARTINS, Getúlio.

Ti: Benefícios e custos do abastecimento de água e esgotamento sanitário em pequenas comunidades/Benefits and costs of water supply and sanitary sewerage in little communities.

Fo: São Paulo; s.n; 1995. 173 p. Ilus, tab.

Te: Apresentada à Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Ambiental, para obtenção do grau de mestre.

Ab: Pesquisa de morbidade em quatro comunidades rurais do Vale do Ribeira, no Estado de São Paulo, com o objetivo de avaliar: o impacto dos sistemas de abastecimento de água e esgotos sanitários na saúde da população; os custos do tratamento dos casos de doenças relacionadas com a falta de saneamento básico; e os custos dos serviços de saneamento básico. As prevalências dos casos de doenças relatados pela população atendida por saneamento básico variaram de 3,55% e 6,885%, enquanto que as dos casos relatados pela população não atendida variaram de 10,925% a 24,465%. A redução das prevalências foi de 78,235% na população atendida só por sistema de abastecimento de água. Na atendida por sistemas de abastecimento de água e esgotos sanitários, operando juntos, a redução foi de 84,465%. Já na atendida somente por sistema de esgotos sanitários houve uma redução de 48,40%. O custo, em US\$/habitante/ano, do sistema de abastecimento de água foi de 46,90, e o dos sistemas de abastecimento de água e esgotos sanitários foi de 73,42% (sem tratamento de esgotos) e 120,56% (com tratamento de esgotos). O custo, em US\$/habitante/ano, do tratamento dos casos de doenças relacionadas com a falta de saneamento básico variou de 33,02 a 79,45 para a população não atendida por saneamento básico. Na população atendida por saneamento básico o custo variou de 10,15 a 14,17.

Au: MEDICI, André Cezar.

Ti: Aspectos da crise dos sistemas estaduais de saúde nos anos 80: uma análise do Rio de Janeiro e São Paulo/Aspects of the state health systems crisis in 80s: a Rio de Janeiro and São Paulo analysis.

Fo: São Paulo; Fundação do Desenvolvimento Administrativo (SP). Instituto de Economia do Setor Público; jul. 1995. 9 p. Ilus, tab. (Notas Técnicas IESP, 12).

Ab: Analisa o fluxo de gastos com saúde nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro, identificando o comportamento dos recursos próprios e as transferências. Avalia como se comportou a oferta e a produtividade dos serviços de saúde e analisa algumas mudanças nas estruturas de propagação das doenças transmissíveis, mortalidade proporcional e morbidade hospitalar.

Au: MISOCZKY, Maria Ceci.

Ti: A agenda para reformas do Banco Mundial e a política de saúde: algumas notas para reflexão/The World Bank's agenda for reforms and the health policy: some notes for reflection.

Fo: Saúde em Debate; (47):4-7, jun. 1995.

Ab: Síntese das propostas do Banco Mundial, apresentando a agenda para reformas de 1987 e sua versão mais completa de 1993. A partir de uma revisão da literatura, identifica a consequência da introdução do pagamento de taxas sobre a utilização dos serviços e o impacto das mesmas sobre o orçamento da saúde. Faz uma reflexão sobre a proposta de pacote mínimo e o modelo de atenção compatível.

Au: NOVAES, H. Maria Dutilh.

Ti: Desenvolvimento científico e tecnológico em saúde: ciência, tecnologia, política, economia e saúde. Uma perspectiva internacional/Scientific and technological development in health: science, technology, policies, economics and health. An international perspective.

Fo: Saúde em Debate; (46):34-43, mar. 1995. Tab.

Ab: Mostra que as articulações existentes entre o desenvolvimento geral da ciência e tecnologia e aquele específico da área da saúde, e destas com as políticas de atenção à saúde e os níveis de saúde das populações, são mais complexas e variáveis do que se tem afirmado no contexto da discussão de políticas de desenvolvimento científico e tecnológico em saúde no Brasil. Destaca alguns dos indicadores utilizados para o estudo destas áreas, apresentando os dados para países desenvolvidos e "em desenvolvimento" selecionados.

Au: OLIVEIRA, Tânia Cristina de; BRANCHINI, Maria Luiza Moretti.

Ti: Uso inadequado de antimicrobianos e custos hospitalares: estudo em hospital de pequeno porte no interior de São Paulo/Inadequated use of antimicrobial and hospital costs : study in the small hospital in the São Paulo.

Fo: J. Bras. Med; 69(4):97-108, out. 1995. Tab.

Ab: Por intermédio da análise da utilização inadequada de antimicrobianos e seus reflexos nos custos hospitalares de hospital de pequeno porte do interior do estado de São Paulo, discute-se a importância da existência de atividades de controle de antimicrobianos, para o melhor direcionamento dos gastos hospitalares.

Au: PIOLA, Sérgio F.; VIANNA, Solon M (org.). MEDICI, André C.; CAMPOS, Antônio C.; PINTO, Carlos G; DEL NERO, Carlos R.; RAMOS, Francisco; PEREIRA, João; SANTOS, José Carlos G.; UGÁ, Maria Alicia D.;

GIRALDES, Maria do Rosário; AMARAL, Maria João; IUNES, Roberto F.; PORTO, Sílvia Marta

Ti: Economia da Saúde. Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde.

Fo: Brasília, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada — IPEA, Série IPEA nº 149, 298 p.

Ab: Livro de autores brasileiros e portugueses abordando os seguintes temas: O que é economia da saúde?; Aspectos teóricos e conceituais das políticas de saúde; Normativismo e incentivos: contributo da economia para a administração da saúde; Demanda e demanda em saúde; Justiça social, equidade e necessidade em saúde; Prestação de cuidados de acordo com as necessidades: um estudo empírico aplicado ao sistema de saúde português; Distribuição de recursos em um sistema público de saúde; Incentivos fiscais e equidade no financiamento da saúde em Portugal; Instrumentos de avaliação econômica: alcances e limitações; A concepção econômica de custos; Avaliação dos custos da terapêutica antiinflamatória no tratamento da patologia reumática; e (apêndice) Glossário de economia da saúde.

Au: PORTO, Sílvia; DUPONT, Jean-Paul.

Ti: O financiamento/The financing.

Fo: *In*: Castelar, Rosa Maria, coord.; Mordelet, Patrick, coord.; Grabois, Victor, coord. Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro. Rennes, École Nationale de la Santé Publique, 1995. p.121-30

Re: Descreve as características do atual modelo de financiamento da saúde no Brasil, e a sistemática de repasse de recursos aos estados e municípios. Apresenta as fontes de financiamento do orçamento da seguridade social e descreve a lógica do financiamento nos hospitais franceses, suas medidas e a implantação do orçamento global.

Au: REIS, Carlos Octávio Ocké.

Ti: O setor privado em saúde no Brasil: os limites da autonomia/The health private sector in Brazil: the frontiers of autonomy.

Fo: Rio de Janeiro; UERJ; 1995. 104 p.

Te: Tese apresentada à Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, para obtenção do grau de mestre.

Ab: Discute a relação entre o Estado e o mercado de serviços de saúde. Avalia a relação da crise do padrão de financiamento público e do Sistema Único de Saúde, com a expansão do setor privado autônomo de saúde. Conclui que, na década de 90, o modelo brasileiro de assistência à saúde se apresenta marcado por

uma autonomia restrita do setor privado, dito autônomo, e por uma dependência do Estado, em relação à rede privada de atenção à saúde.

Au: SANTOS, Nelson Rodrigues dos.

Ti: Regulação da oferta dos serviços de saúde: desafios inadiáveis/Control of health service offering: urgent challenges.

Fo: Saúde em Debate; (47):19-22, jun. 1995.

Ab: A questão abordada gira em torno dos serviços de saúde prestados a partir da procura individual do usuário, que julga e decide necessitar de assistência, e de outro lado, a entidade prestadora e o profissional procurados, que decidem, no ato da prestação, o tipo de serviço, sua quantidade ou o ano de prestação. Em outras palavras, por meio de uma relação aparentemente espontânea ou casuística da oferta e demanda, surge um elenco final de serviços efetuados com limitações similares às leis de mercado.

Au: SILVA, Tarcilia Luzia da.

Ti: Produtividade nos serviços de saúde: revisão conceitual e uma ilustração/Productivity in health services: conceptual revision and an illustration.

Fo: São Paulo; s.n; 1995. 240 p.

Te: Apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo para obtenção do grau de doutor.

Ab: Faz uma revisão bibliográfica sobre o conceito de produtividade, buscando perceber os diferentes significados nos contextos em que é utilizado. Traz essa conceituação para os serviços de saúde, a fim de entender como pode a produtividade ser empregada como instrumento gerencial nessa área. Aborda a questão do financiamento dos serviços de saúde brasileiros e o impacto que representa na produtividade do sistema. Realiza um estudo da política de saúde de Santos, no último quinquênio, verificando como o município trata a questão da produtividade em seus serviços de saúde.

Au: VIANA, Ana L; QUEIROZ, Marcos S; IBANEZ, Nelson.

Ti: Implementação do Sistema Único de Saúde: novos relacionamentos entre os setores público e privado no Brasil/Implementation of the Unified Health System: new relationships in Brazil between the public and private sectors.

Fo: Rev. Adm. Pública; 29(3):17-32, jul.-set. 1995. Tab.

Ab: Identifica as novas formas de ação e participação nos setores público e privado após a implementação do SUS (Sistema Único de Saúde) no Brasil. Apresenta as estratégias desenvolvidas pelo setor privado para aumentar a clientela e lidar com os contrangimentos financeiros impostos pelo financiamento dos serviços de saúde. Apresenta um estudo de caso sobre estratégias desenvolvidas por

um hospital filantrópico. Afirma que a reforma na saúde tem sido extremamente limitada pela crise econômica.

Au: UGÁ, Maria Alícia Dominguez.

Ti: Competição administrada pelo Estado: notas para discussão/ Competition administered by the State: notes for discussion.

Fo: Saúde em Debate; (46):14-8, mar. 1995.

Ab: Analisa a origem e o contexto em que surge o conceito de "competição administrada", evidenciando a necessidade de se repensar a intervenção estatal no âmbito do SUS. Esta intervenção não deve limitar-se a uma mera "administração da competição" entre prestadores de serviços, mas deve abranger o poder de o Estado interferir no modo de regulação do SUS. Identifica quatro objetos principais de regulação estatal: (i) a prática médico-assistencial; (ii) a produção e venda de produtos que afetam a saúde; (iii) a prestação de serviços sanitários; e (iv) a gestão do SUS.

Au: ZAEYEN, Adriane; SILVA, Antonio Braz de Oliveira e; SOBRAL, Carlos Cesar Bittencourt; CONSIDERA, Cláudio Monteiro; FILGUEIRAS, Heloísa Valverde.

Ti: Economia política da saúde: uma perspectiva quantitativa/Economic policy of health: a quantitative perspective.

Fo: Brasília; IPEA; abr. 1995. 117 p. Ilus, tab. (IPEA. Textos para Discussão, 370).

Ab: Mensura o macrossetor saúde, utilizando a metodologia do Sistema de Contas Nacionais. Utiliza duas óticas: a dos setores de atividade (agropecuária, indústria e serviços) e a dos setores institucionais (empresas, famílias e administrações públicas). Pela ótica dos setores de atividade, apresenta o total da oferta dos bens e serviços do macrossetor saúde, e a origem dos seus insumos por grupos de produtos, além dos diversos destinos de sua produção. Pela ótica institucional, identifica os agentes envolvidos em todas as etapas do circuito econômico do setor, como produção, consumo e financiamento, segundo as características institucionais de cada agente econômico.

Au: ZUCCHI, Paola.

Ti: Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde/Expenses in health: the factors that operate in demand and supply of the health services.

Fo: São Paulo; s.n; 1995. 101 p. Tab.

Te: Apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo para obtenção do grau de mestre.

Ab: Trata do crescimento dos gastos em saúde, abordando os fatores de demanda e oferta envolvidos no aumento de consumo de assistência à saúde. Uma análise crítica da problemática é realizada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRES. *Boletim da Associação Brasileira de Economia da Saúde*. Ano I, n.1, dez. 1991, 4p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Política de saúde e prioridades temáticas. Uma agenda de estudos*.— Brasília: out. 94. 7p. Documento preparado para a 1ª Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde.
- SAÚDE Pesa Mais no Bolso do Paulistano. *Folha de São Paulo. Caderno Dinheiro*, p.5, 24 ago. 95.
- MARTA BARCELOS. Brasileiros estão gastando mais com saúde. *O Globo. Seção de Economia*, p.19, 21 jul. 96.
- TERESA CRUVINEL. Na linha. *O Globo. Seção Panorama Político*, 1º cad., p 27, nov. 1996.
- REDE de Investigação em Sistemas e Serviços de Saúde do Cone Sul. *Correo Salud*, n.1, 1996.
- SAÚDE em Debate. Instruções para colaboradores. n.35, p.2, jul. 1992.
- VIANNA, Solon M.; PIOLA, Sérgio F.; GUERRA, Antonio J. e CAMARGO, Sebastião F. *O financiamento da descentralização dos serviços de saúde: critérios para transferência de recursos federais para estados e municípios*.— Brasília: OPS (Representação do Brasil), 1990. 70p. (Série Economia e Financiamento, n.1)

