

Projeto Economia da Saúde
Acordo de Cooperação Técnica Brasil-Reino Unido
MS/IPEA/DFID

PROJETO ECONOMIA DA SAÚDE

PLANO DE TRABALHO ANO II
Setembro de 2003 a Agosto de 2004

APROVADO NA REUNIÃO DO
CPRP EM 18 DE AGOSTO DE 2003

Sérgio Piola
IPEA
Ed. BNDES SBS Quadra 1 Bloco J sala 1403
70076-900 Brasília - DF

RIO DE JANEIRO

1.01.20	Alocação Equitativa de Recursos em Saúde
1.01.21	Curso de Sensibilização em ES (para a SES RJ)
1.01.22	Implantação de um Sistema de Custo nos Hospitais da SES-RJ
1.01.23F	Avaliação de Impacto do PAB e do PSF/PACS
1.01.24	Desenvolvimento do Núcleo do SIOPS
1.01.25	Anteprojeto de Estudos para Aumentar a Eficiência de Equidade da Atenção ao
1.01.26	Avaliação Econômica do Programa de Controle da Tuberculose no Estado do RJ
2.01.20	Elaboração de Programa docente em ES
2.01.21F	Justiça no Financiamento do Setor Saúde - Segunda fase

PROJETO ECONOMIA DA SAÚDE

PLANO DE TRABALHO ANO II

**“ METODOLOGIAS DE ALOCAÇÃO EQÜITATIVA DE RECURSOS EM SAÚDE
– DESENVOLVIMENTOS METODOLÓGICOS E CAPACITAÇÃO TÉCNICA DE
PROFISSIONAIS DA SES/RJ –“**

Atividade 1.01.20

INSTITUIÇÃO PARCEIRA: ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

COORDENADOR NA INSTITUIÇÃO PARCEIRA: Maria Alicia Ugá

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA PROPOSTA: Silvia Porto

TELEFONE: (021) 2598-2595

E-MAIL: sporto@ensp.fiocruz.br

CLASSIFICAÇÃO DA PROPOSTA:

Resultado 1:	X
Resultado 2:	
Resultado 3:	

Fundo de Desafio	
Resultado 1:	
Resultado 2:	

METODOLOGIAS DE ALOCAÇÃO EQUITATIVA DE RECURSOS EM SAÚDE DESENVOLVIMENTOS METODOLÓGICOS E CAPACITAÇÃO TÉCNICA DE PROFISSIONAIS DA SES/RJ

JUSTIFICATIVA:

Inicialmente destaca-se que esse projeto é continuidade das atividades desenvolvidas no ano I do PES, e nesse sentido se propõe a consolidar e aperfeiçoar a utilização de metodologias alternativas e alocação equitativas de recursos financeiros, no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Durante o ano I, um grupo de técnicos da SES/RJ foi capacitado para produzir estimativas a partir de duas abordagens metodológicas.

a) Aplicação da fórmula RAWP utilizada na Inglaterra no período 1976-1994

b) Aplicação do Índice Composto de Necessidades de Saúde desenvolvido no projeto REFORSUS, "Metodologia de Alocação Equitativa de Recursos"

Entretanto, dada a distribuição espacial da oferta de serviços, no Estado do Rio de Janeiro, concentrada em municípios polos, a distribuição obtida segundo critérios de necessidade deve ser ajustada em função dos fluxos de demanda existente entre os municípios do estado. Ao mesmo tempo, é importante, para melhor avaliar o grau de equidade na alocação dos recursos corrigir as bases populacionais segundo a cobertura por planos e seguros privados de saúde, e incorporar as desigualdades existentes nas capacidades financeiras das esferas municipais.

Os motivos pelos quais esses ajustes adicionais não foram efetuados no ano I são:

- a capacitação dos funcionários da SES/RJ foi efetuada tomando como base, para realização das simulações as informações correspondentes ao ano de 2001. Nesse ano as informações dos fluxos de demanda por serviços ambulatoriais de média e alta complexidade, ainda eram incompletas.
- não existe informação do número de pessoas cobertas por planos e seguros privados de saúde discriminada por municípios.
- aproximadamente 12% dos municípios do Estado do Rio de Janeiro, ainda não preenchem o SIOPS, única fonte de informação para estimar desigualdades na capacidade financeira das esferas municipais.

Outro aspecto importante refere-se ao aperfeiçoamento da metodologia para estimativa do proxy de necessidade por serviços de saúde. Como mencionado anteriormente a capacitação dos técnicos da SES/RJ foi realizada com base em duas metodologias: RAWP e Índice Composto de Necessidades em Saúde.

O método RAWP apesar de ter a vantagem da simplicidade na sua aplicabilidade e de ser mais fácil compreensão, e, portanto, favorecer sua aceitação por parte dos gestores implica e assumir que um único indicador, no caso o coeficiente de mortalidade padronizado por sexo e idade, pode expressar a maior parte das necessidades de saúde. Por sua vez, o Índice Composto, que incorpora um conjunto de indicadores epidemiológicos e sócio-econômico, não considera as desigualdades existentes na distribuição espacial da oferta.

Uma outra limitação importante para a utilização dessas metodologias no caso brasileira está dada pela precariedade das estatísticas de mortalidade. **Esse tipo de problema não existe no caso do Estado Rio de Janeiro, no qual as estatísticas de mortalidade são reconhecidamente completas e confiáveis. Entretanto sua aplicabilidade nos estado das regiões Norte e Nordeste ficaria comprometida pelos altos níveis de sub-registro de óbitos.**

OBJETIVO GERAL:

Aperfeiçoar a metodologia para alocação equitativa de recursos entre municípios e consolidar a capacitação dos técnicos da SES-RJ, lendo como base as informações relativas ao ano de 2002.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- a) **Aperfeiçoar a metodologia para estimativa das necessidade em saúde**
- b) **Efetuar correções visando estimar os fluxos ambulatoriais intermunicipais**
- c) **Desenvolver modelo teórico que permita estimar em cada município o quantitativo de pessoas coberta pelos seguros de saúde privados**

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Objetivo a)

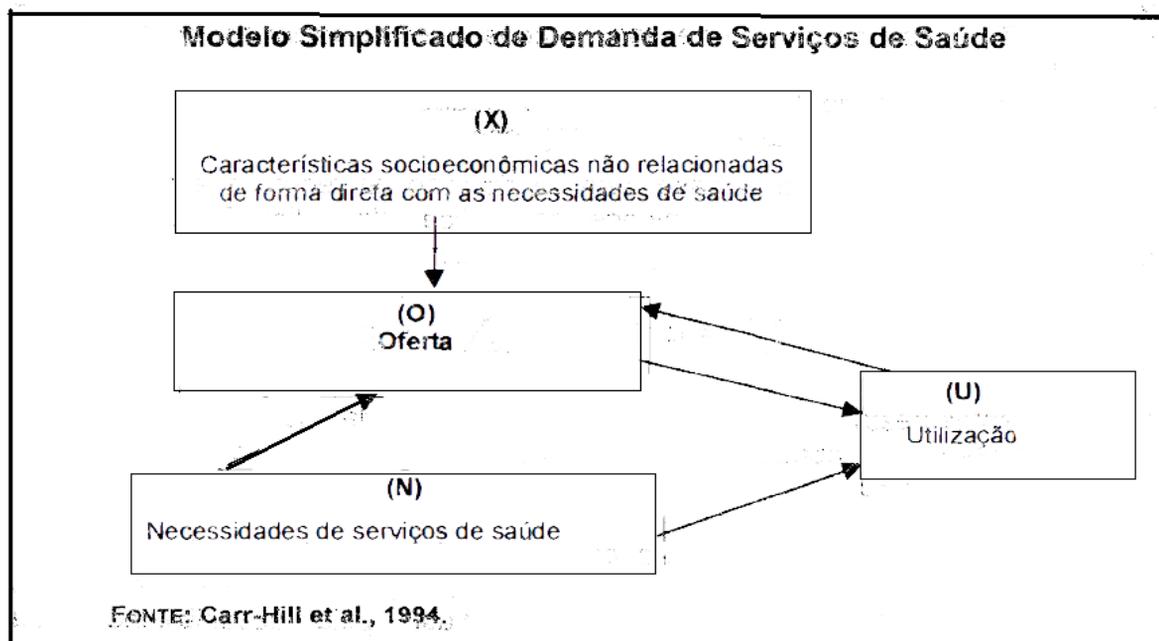
Aperfeiçoar a metodologia para estimativa do proxy de necessidade em saúde

Dadas as limitações acima apontadas em relação às metodologias de alocação equitativa de recursos, propõe-se neste projeto estiar as necessidades em saúde a partir de dados de uso de serviços de saúde tendo como referência a metodologia elaborada por Carr-Hill et ali (1994)

Mantendo com conceito de equidade a igualdade na distribuição de recursos financeiros para necessidades de saúde iguais essa proposta de alocação equitativa de recursos baseia-se em um modelo teórico de demanda. Este modelo parte do pressuposto que o uso de serviços de saúde é fortemente influenciado pelas necessidades de saúde da população e pelas características da oferta de serviços

O processo de adoecimento é determinado por fatores biológicos e sociais que definem as necessidades de saúde. Através de um processo ainda pouco compreendido, estas necessidades geram uma demanda aos serviços de saúde. Por sua vez a disponibilidade de serviços afeta a utilização de duas maneiras: (i) a insuficiência da oferta implica demanda não satisfeita e (ii) características da oferta podem induzir demanda. Por outro lado, a oferta é também determinada pelas necessidades e pelo uso atual e o uso histórico de serviços de saúde (Carr-Hill et al, 1994). Ainda mais expectativas e outras necessidade sociais das pessoas afetam a demanda ao serviços de saúde

O objetivo central da proposta é estimar as necessidades de saúde através de um modelo de uso de serviços de saúde, depois de corrigir pelas variações na oferta que não se justificam por estas necessidades. com este objetivo os autores desenvolveram um modelo simplificado de demanda os serviços de saúde (Figura 1)



As relações entre necessidade de saúde, oferta e utilização podem ser representadas matematicamente pela seguintes equações. Uso na localidade I (U) é função das necessidades (N_i) e da oferta (O_i) que por sua vez é função das necessidades do uso e de ariáveis socioeconômicas não relacionadas de forma direta com as necessidades em saúde (X_i)

$$U_i = f(N_i, O_i)$$

$$O_i = f(N_i, U_i, X_i)$$

Como o modelo teórico indica que o uso de serviços de saúde não é apenas função das necessidades de saúde, mas também da oferta de serviços, utiliza-se modelagem estatística para estimar as necessidades ajustadas pelas variações na oferta de serviços. Para dar o tratamento adequado à determinação simultânea entre oferta e uso de serviços (endogeneidade) propõe-se o emprego de regressão em duas etapas (*two stage least square*), método estatístico mais adequado do que as regressões tradicionais. Este método primeiramente modela a oferta a partir de um conjunto de variáveis de saúde e sociais (denominado instrumentos) e, aplica os valores preditos da oferta como variável explicativa na regressão do uso de serviços.

Na etapa final do estudo, modela-se exclusivamente a relação entre utilização e variáveis de necessidade. Portanto, o modelo final restringe-se somente às variáveis de necessidade que são estatisticamente significantes. Para a Inglaterra, na modelagem da hospitalização de casos não psiquiátricos permaneceram apenas as seguintes variáveis: taxa padronizada de mortalidade (idade: 0-74 anos); proporção de aposentados vivendo sozinhos; proporção de dependentes vivendo em casas com somente um responsável; taxa padronizada de agravos com longo tempo de limitação (idade: 0-74 anos); proporção de pessoas economicamente ativas desempregadas.

Para obter os valores base para distribuição de recursos a equação se reduz ao cálculo, para cada unidade geográfica, da utilização determinada unicamente pelas necessidades, segundo a fórmula abaixo:

$$U_i = \alpha + \sum_{j=1}^m \beta_j N_j + \epsilon_j$$

Os coeficientes nesta equação refletem o impacto total das necessidades sobre o uso, e os resultados obtidos na regressão podem ser usados como base para alocação de recursos.

Esta metodologia já foi testada no caso brasileiro para internações de curta permanência e assistência ambulatorial (Porto et alii, 2001). Contrariamente ao observado na Inglaterra, mesmo realizando ajuste pela disponibilidade de serviços e profissionais, as variáveis de necessidades apareceram com coeficientes com sinal negativo, indicando a existência de uma relação inversa entre necessidades e o uso de serviços de saúde. Assim, em áreas com piores condições de vida (maior coeficiente de mortalidade infantil, maior porcentagem de analfabetos e maior concentração de pessoas por domicílio) o modelo vai produzir estimativas de uso de serviços de saúde menores do que nas áreas com melhores condições de vida.

Entretanto nas consultorias realizadas pelo Dr. Carr-Hill, foram sugeridas alternativas para corrigir o efeito das desigualdades sociais no uso de serviços de saúde existentes no Brasil na estimativa de necessidades de saúde.

Partindo da análise dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998 é possível avaliar as desigualdades existentes entre as necessidades relativas por serviços de saúde no país. Com base em uma análise utilizando regressão logística observa-se que a chance de uma pessoa avaliar negativamente o seu estado de saúde, ajustada por idade e sexo, aumenta na medida em que a sua escolaridade e renda diminuem. Assim, as pessoas com piores condições de vida apresentam piores condições de saúde.

Modelo de regressão logística da necessidade de saúde medida pela auto-avaliação do estado de saúde, base de dados PNAD 1998.

Modelo	β	Sig.	Odds ratio
Sexo feminino	0,21	0,00	1,23
Idade - categoria de referência: 15 -24 anos			
0-4 anos	-1,11	0,00	0,33
5-9 anos	-1,31	0,00	0,27
10-14 anos	-1,49	0,00	0,23
25-49 anos	-1,28	0,00	0,28
50-64 anos	-0,86	0,00	0,42
65 anos ou mais	-0,35	0,00	0,70
Escolaridade - categoria de referência: nível superior			
Sem instrução	0,54	0,00	1,72
1-4 séries	0,31	0,00	1,36
5-8 séries	0,20	0,00	1,22
Secundário	0,06	0,15	1,06
Renda familiar per capita - categoria de referência: 2 SM e +			
0 - 0,75 SM per capita	0,19	0,00	1,21
0,75-2 SM per capita	0,11	0,00	1,11
Constant	-2,33	0,00	0,10

Assim uma alternativa seria a substituição das variáveis de necessidades na equação de uso pela equação de estimativa da morbidade percebida. Com este procedimento, obter-se-á coeficientes positivos, pois a morbidade varia negativamente com a condição social, o que resulta em coeficientes com sinal positivo. Este procedimento será realizado como base nos dados da PNAD 1998. A equação final obtida será aplicada nas populações das área estudadas utilizando-se dados do censo 2000 (os dados do censo 2000 não estavam disponíveis quando foram efetuadas as simulações anteriores).

Outras recomendações do Dr. Carr-Hill a serem testadas neste projeto estão relacionadas às variáveis de oferta de serviços de saúde. Basicamente, a busca de variáveis proxies da percepção da população sobre o acesso aos serviços de saúde e a ponderação das análises pelo tamanho da população.

Reitera-se que esta metodologia permitiria estimar necessidades relativas em saúde nos estados das regiões Norte e Nordeste, nos quais não podem ser

utilizados indicadores de mortalidade em função dos altos níveis de sub-registro de óbitos.

Objetivo b)

Efetuar correções visando estimar os fluxos ambulatoriais intermunicipais

Será efetuada a correção em função dos fluxos de demanda por serviços ambulatoriais, de média e alta complexidade, considerando tanto a importação de demanda (demanda atendida no município gerada por pessoas residentes em outros municípios), quanto a exportação de demanda (residentes no município atendidos em outros municípios). A fonte de informação será o SIA /SUS e como mencionado serão considerados os fluxos ambulatoriais de média e alta complexidade, para os quais existe registro do lugar de atendimento e do lugar de residência do paciente.

Objetivo c)

Desenvolver modelo teórico que permita estimar em cada município o quantitativo de pessoas cobertas pelos seguros de saúde privados

Pretende-se elaborar um modelo teórico identificando as principais variáveis intervenientes na determinação da percentagem populacional coberta por planos e seguros privados de saúde. Por exemplo, pode-se pensar que o número de pessoas cobertas com seguros privados de saúde está relacionado com a renda da correspondente população e com o tamanho do mercado formal de trabalho. Conforme as características do modelo teórico a ser desenvolvido (existência ou não de endogeneidade), poderão ser utilizados distintos instrumentos estatísticos e/ou econométricos.

As fontes de informação serão:

CEMPRE (Cadastro Central de Empresas),
IBGE – Censo Demográfico, PNAD
IPEA – Indicadores de emprego,
DIEESE,
ANS.

RESULTADOS ESPERADOS:

- 1- Plena capacitação dos técnicos da SES/RJ na utilização de diferentes metodologias para alocação equitativa de recursos financeiros
- 2- Estimativa de necessidades relativas por serviços de saúde, a partir de modelo de demanda, em diferentes estados do país, em especial nos estados que estão desenvolvendo projetos na área de metodologias de alocação equitativa, como por exemplo Bahia e Ceará.

ORÇAMENTO: R\$ 152.500

3 Técnicos da SES/RJ	R\$ 1.750/técnico/ mês	TOTAL R\$ 52.500
3 Profissionais especializados em modelagem, demanda de serviços de saúde, fontes de informação e construção de bancos de dados (-Dra Claudia Travassos, -Dra. Mônica Martins -Dr. Francisco Viacava)	R\$ 2.500/ profissional/mês	TOTAL R\$ 75.000
1 Coordenador	R\$ 2.500/mês	TOTAL R\$ 25.000

TOTAL DO PROJETO R\$ 152.500

****Cabe destacar que para desenvolvimento do projeto será necessário contar com participação de profissionais especializados em construção de banco de dados e técnicas de modelagens..**

Não foram orçadas eventuais consultorias internacionais e nacionais

CONTRAPARTIDA.

Instalações institucionais.

Apoio Administrativo.

Equipamentos fornecidos pela FIOCRUZ

Compra dos micro dados das diferentes fontes de informação

Material de consumo (Xerox, etc)

Participação de 2 alunos do mestrado / doutorado (capacitação no tema)

BIBLIOGRAFIA CITADA:

CARR-HILL, R. et al. 1994. *A Formula for Distributing NHS Revenues based on Small Area Use of Hospital Beds.* University of York, Centre for Health Economics.

PORTO, S et al.2001 Relatório do Projeto REFORSUS “ Metodologia de Alocação Equitativa de Recursos”

Prezados Coordenadores do Projeto Economia da Saúde e Membros do Comitê Técnico,

Agradeço as considerações realizadas em relação ao projeto " Alocação eqüitativa de recursos em saúde", as quais foram incorporadas na proposta de trabalho que consta em anexo.

Ainda assim, gostaria de prestar alguns esclarecimentos:

- 1- O título do projeto, que realmente não reflete todas as atividades propostas, foi mantido por ser continuidade do projeto desenvolvido no ano anterior. Entendo que o título atual " Metodologias de alocação eqüitativa de recursos em saúde – Desenvolvimentos metodológicos e capacitação técnica de profissionais da SES/RJ ", expressa melhor o conjunto de atividades propostas.
- 2- Os aspectos metodológicos foram sintetizados por entender que os mesmos foram apresentados e definidos em atividades conjuntas do Projeto Economia da Saúde, com a participação do consultor Dr. Roy Carr- Hill. Para uma melhor compreensão na atual proposta a metodologia foi desenvolvida mais detalhadamente.
- 3- O objetivo específico d) foi incluído na proposta anterior por considerar que para uma alocação mais eqüitativa de recursos e necessário levar em conta as desigualdades existentes entre as capacidades de auto-financiamento das esferas municipais. Foi incluído como subsidio de outro projeto apresentado pela secretaria e seu desenvolvimento não estava estimado no orçamento. Assim sendo, foi retirado da atual proposta.

Atenciosamente

Silvia Porto

PROJETO ECONOMIA DA SAÚDE
PLANO DE TRABALHO ANO II
CURSO DE SENSIBILIZAÇÃO EM ECONOMIA DA SAÚDE

Atividade: 1.01.21

INSTITUIÇÃO PARCEIRA: Escola Nacional de Saúde Pública

COORDENADOR NA INSTITUIÇÃO PARCEIRA: M. Alicia D. Ugá

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA PROPOSTA: M. Alicia D. Ugá

TELEFONE: (21) 25982598 / 25982596

E-MAIL: domingue@ensp.fiocruz.br

CLASSIFICAÇÃO DA PROPOSTA:

Resultado 1:	X
Resultado 2:	
Resultado 3:	

Fundo de Desafio	
Resultado 1:	
Resultado 2:	

CURSO DE SENSIBILIZAÇÃO EM ECONOMIA DA SAÚDE

1. JUSTIFICATIVA:

O Curso de Sensibilização em Economia da Saúde é uma Atividade **que foi aprovada para ser realizada no Ano I** do Projeto Economia da Saúde, mas que, atendendo a pedido da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (documento em Anexo), **não pôde ocorrer e está prevista para ser realizada neste Ano II** do PES.

Ainda é baixo, no Brasil, o nível de incorporação do instrumental da Economia da Saúde na gestão de sistemas e serviços de saúde. Nesse sentido, este Curso de Sensibilização em Economia da Saúde pretende apresentar, de forma introdutória, os diversos instrumentos e campos de estudo da Economia da Saúde, visando sensibilizar os gestores e técnicos da SES/RJ acerca da utilidade desse instrumental.

2. OBJETIVO GERAL:

Sensibilizar os gestores e técnicos da SES/RJ acerca da utilidade das ferramentas disponibilizadas pela Economia da Saúde dotando-os da capacidade de identificar a necessidade de sua utilização na gestão e no trabalho da Secretaria.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Divulgar e discutir conteúdos introdutórios do campo disciplinar da Economia da Saúde.

4. PÚBLICO-ALVO

Pretende-se atingir um público-alvo de 30 profissionais a serem indicados pela Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Será incentivada a participação de profissionais que participam e/ou participaram de projetos de pesquisa do Projeto Economia da Saúde, nos Anos I e II. Será avaliada também, junto à SES/RJ, a oportunidade da participação de técnicos das Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

5. METODOLOGIA:

Aulas expositivas, exercícios e atividades em equipe.

6. DATA DE INÍCIO DA ATIVIDADE:

A ser definida em conjunto com a Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. Tentar-se-á compatibilizar o cronograma do curso com a vinda do consultor internacional.

7. DATA PREVISTA PARA CONCLUSÃO DA ATIVIDADE:

A ser definida em conjunto com a Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro

8. DURAÇÃO EM MESES:

O curso será realizado com frequência semanal, durante um dia da semana, até totalizar 40 horas. Assim, considerando 8 horas de curso por dia, pretende-se que o curso se desenvolva durante 5 semanas consecutivas, cujo início deverá ser acordado entre a SES/RJ e a ENSP/FIOCRUZ.

9. CRONOGRAMA:

Semana 1: 8 horas
Semana 2: 8 horas
Semana 3: 8 horas
Semana 4: 8 horas
Semana 5: 8 horas

O início deverá ser acordado entre a SES/RJ e a ENSP/FIOCRUZ.

10. ORÇAMENTO:

Valor previsto e aprovado para Ano I: R\$ 54.800,00

40 horas/aula: R\$ 200,00 x 40.....	R\$ 8.000,00
Passagens Aéreas de professores Nacionais:.....	R\$ 2.400,00
Diárias de professores Nacionais:.....	R\$ 2.400,00
Elaboração de Material Didático ¹ :.....	R\$ 40.000,00
Reproduções e material de consumo:	<u>R\$ 2.000,00</u>
TOTAL:.....	R\$ 54.800,00

Valor já gasto no Ano I: R\$ 1.722,70

Valor a ser gasto no Ano II: R\$ 53.077,30

11. CONTRAPARTIDA DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE:

A Escola Nacional de Saúde Pública estará apoiando e disponibilizando instalações físicas.

¹ Elaboração de textos de autores nacionais e tradução de textos internacionais (estima-se a disponibilização de aproximadamente 14 textos -elaborados e/ou traduzidos- aos alunos do curso)

12. EQUIPE:

A definir. Ela será composta por docentes da ENSP/FIOCRUZ e de outras instituições acadêmicas a serem convidados.

13. RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se que este curso sensibilize os gestores e técnicos da SES/RJ acerca da utilidade das ferramentas disponibilizadas pela Economia da Saúde e que os dote da capacidade de identificar que método/instrumento tem alguma potencialidade para responder a cada questão que o cotidiano da gestão do SUS lhes apresenta no seu trabalho na SES-RJ. Assim, pretende-se ampliar a utilização do instrumental da Economia da Saúde na análise e formulação e implementação de políticas de saúde voltadas à redução de desigualdades no sistema de saúde brasileiro.

INDICADOR: Técnicos treinados

PROJETO ECONOMIA DA SAÚDE
PLANO DE TRABALHO ANO II
IMPLANTAÇÃO DE UM SISTEMA DE CUSTOS
NOS HOSPITAIS DA SES-RJ

Atividade: 1.01.22

INSTITUIÇÃO PARCEIRA: ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

COORDENADOR NA INSTITUIÇÃO PARCEIRA: Maria Alicia D. Ugá

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA PROPOSTA: Francisco C. Braga Neto
DAPS/ ENSP
Rosa Pastrana
SES/RJ

TELEFONE: 25982598 / 28982593

E-MAIL: francisc@ensp.fiocruz.br

CLASSIFICAÇÃO DA PROPOSTA:

Resultado 1:	x
Resultado 2:	
Resultado 3:	

Fundo de Desafio	
Resultado 1:	
Resultado 2:	

IMPLANTAÇÃO DE UM SISTEMA DE CUSTOS NOS HOSPITAIS DA SES-RJ

I- JUSTIFICATIVA:

O presente projeto atende ao interesse da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (SES-R.J.) de implantar de um sistema de apuração de custos nos seus estabelecimentos hospitalares.

Tal proposição encontra fácil justificativa. Afinal, ante o desafio de oferecer acesso universal e igualitário a serviços de saúde de qualidade, sob um contexto de restrições orçamentárias, é imperioso que a Secretaria seja gerida de forma cada vez mais eficiente, particularmente no caso de seus hospitais, unidades que absorvem a maior parcela dos recursos aplicados. Dentre as estratégias e ações orientadas para esse fim, certamente, destaca-se a introdução de instrumentos gerenciais, que possam subsidiar melhor as decisões dos gestores dos diferentes níveis da Secretaria, fornecendo-lhes informações mais apropriadas no que tange à qualidade dos serviços prestados, à combinação de recursos empregados no processo de prestação do cuidado e ao custo das atividades prestadas.

Não obstante os esforços empreendidos durante gestões passadas, a SES-R.J., presentemente, não dispõe de informações a respeito dos custos da assistência prestada em suas unidades. Ora, não há dúvida de que a gestão de custos, ou seja, o conhecimento, o monitoramento e a responsabilização acerca de onde e como são consumidos seus recursos, representa um passo fundamental para que a Secretaria logre funcionar com maior eficiência.

Vale assinalar que a preocupação em se conhecer os custos das atividades assistenciais não é exclusiva da SES-R.J. Recentemente, o Ministério da Saúde, perante a carência de informações representativas, confiáveis e regulares sobre os custos das atividades prestadas pela rede pública e a privada conveniada e contratada, financiou através do componentes II do REFORSUS alguns projetos de pesquisa, com vistas a dispor de estimativas dos custos, tanto da atenção básica quanto dos principais procedimentos hospitalares de alta e média complexidade, que pudessem lhe servir de parâmetro para a alocação de recursos e o pagamento dos prestadores de serviços do SUS.

Em evento organizado mais uma vez pelo M.S. em agosto do ano passado – Oficina de Custos em Saúde –, gestores das distintas esferas de governo, dirigentes de hospitais públicos e privados e representantes de diversas instituições acadêmicas, reconhecendo o valor das informações de custos para a gestão do Sistema Único de Saúde, assinalaram a necessidade de se: *(i)* analisar as experiências nacionais e internacionais de implantação de sistemas de custos em estabelecimentos de saúde; *(ii)* promover o debate acerca das vantagens e desvantagens das alternativas metodológicas para a apuração de custos e *(iii)* incentivar a implantação de sistemas de custos nas instituições de saúde no país.

Nesse sentido, pode-se afirmar que o impacto potencial do projeto transcende a SES-R.J., uma vez que a metodologia elaborada e o sistema de custos ali aplicado, a experiência adquirida ao longo do processo de implantação, as informações a partir daí geradas e os resultados alcançados deverão também aportar importantes contribuições para o desenvolvimento da gestão de custos em âmbito nacional.

Cabe assinalar que a equipe de pesquisadores do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública, responsável por assessorar a execução do presente projeto, conta com uma larga experiência na implantação de sistemas de custos em hospitais públicos no país, tendo desenvolvido um software específico para esse fim, que será disponibilizado para a SES-R.J.

Entretanto, o método de apuração empregado neste software consiste na apuração dos custos médios das atividades mediante o rateio por absorção direta. Nesse sentido, um propósito adicional do projeto envolve o aprimoramento deste sistema de apuração, de modo que passem a ser conhecidos os custos específicos dos diferentes procedimentos médico-hospitalares realizados. A geração de informações sobre os custos desses procedimentos encontra maior justificativa uma vez que o Sistema Único de Saúde (SUS) emprega o pagamento prospectivo por procedimento como a modalidade de remuneração aos hospitais.

II- OBJETIVO GERAL:

Implantar um sistema de apuração de custos nos hospitais da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

III- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- a) Adaptar a metodologia de apuração dos custos e o software desenvolvido pela ENSP às características organizacionais e dos sistemas de informação empregados pela SES-R.J. e às necessidades gerenciais indicadas pelos dirigentes da Instituição;
- b) Desenvolver e implantar uma metodologia de apuração dos custos por procedimento nos hospitais da SES-R.J.;
- c) Capacitar os gestores de nível central, gerentes hospitalares da SES-R.J. na gestão do sistema de custos a ser implantado e na análise das informações produzidas;
- d) Capacitar os funcionários da SES-R.J. na operação do sistema de custos a ser implantado;

e) Colaborar com a SES-R.J. na implementação de um novo modelo de gestão para os seus hospitais, baseado no estabelecimento de centros de responsabilidade em cada hospital e no emprego das informações relativas à produção e à qualidade de serviços e aos custos incorridos como o insumo básico do processo de tomada de decisão.

IV- METODOLOGIA:

A experiência acumulada em projetos de implantação de sistemas de apuração de custos em instituições públicas de saúde no Brasil tem indicado que tal implantação nem sempre acaba levando à utilização gerencial das informações geradas, o que por sua vez resulta ao progressivo abandono do sistema..

Inumeros fatores – técnicos e organizacionais - podem vir a comprometer o sucesso de tais iniciativas - o emprego de sistemas e de metodologias de difícil operação, a geração de informações em excesso ou distantes das expectativas e necessidades dos gerentes, a falta de suporte político-institucional à implantação ou à operação do sistema, a pouca atenção à sensibilização e à capacitação em gestão de custos dos gerentes e dos demais profissionais da instituição, o descompasso entre o modelo de gestão vigente na instituição e a ferramenta de custos implantada, etc. Um outro fator de risco que frequentemente incide sobre essas iniciativas consiste nas descontinuidades administrativas provocadas por mudanças de governo.

Tudo isso aponta para a necessidade de que o projeto se desenvolva mediante uma cuidadosa estratégia de implementação, pautada de um lado por processos permanentes de pactuação institucional e, de outro, pela busca do maior grau de sintonia e articulação possível entre o sistema de custos a ser implantado, o modelo de gestão vigente na instituição e os sistemas de informação ali empregados .

De outra parte, a presente proposta de implantação do sistema de custos não pode desconsiderar o tamanho, a localização e as características da rede hospitalar pertencente à SES-R.J. Esta rede compreende hospitais gerais e especializados, localizados tanto na Região Metropolitana quanto no interior do Estado, totalizando um total de dezessete (17) estabelecimentos.

Nesse sentido, reconhecido, de um lado, o volume, a diversidade e a complexidade de atividades envolvendo a implantação do sistema de custos – revisão de procedimentos e fluxos de informação, adaptação do software, treinamento de pessoal, etc – e, de outro lado, questões operacionais relativas ao andamento do projeto, o prazo estimado para a implantação do sistema em toda a rede hospitalar e a obtenção dos custos por procedimentos é de três (3) anos, seqüenciados da seguinte forma:

Ano I : . Implantação do sistema de custos por absorção direta nos oito (8)

hospitais gerais da SES-R.J, localizados na Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro.

Ano II : . Implantação do sistema de custos por absorção direta nos demais 9 hospitais da SES-R.J, sendo três (3) deles hospitais gerais localizados no interior do Estado e os outros seis (6) hospitais especializados.
. Desenvolvimento e validação da metodologia de apuração de custos por procedimento mediante a sua implantação em um hospital geral da rede SES-R.J.

Ano III : . Implantação do sistema de custos por procedimento no conjunto da rede de hospitais da SES-R.J.

Em consonância com os objetivos estabelecidos para o projeto e com as preocupações em torno do processo de implantação do sistema, são relacionadas a seguir **as atividades previstas para o Ano I do projeto**:

- 1) Desenvolver uma análise sobre às informações e indicadores hospitalares atualmente geradas na SES-R.J. Esta etapa deve compreender também um diagnóstico a respeito das iniciativas anteriores de implantação de sistemas de custos nos hospitais da Secretaria.
- 2) Realizar um levantamento das necessidades de informação sobre custos junto aos gerentes dos diferentes escalões da SES-R.J. mediante a realização de entrevistas e reuniões.
- 3) Aperfeiçoar e adaptar o software para a apuração de custos desenvolvido pela ENSP, de acordo com a metodologia desenvolvida para o projeto, tornando-o compatível com os sistemas de informação empregados pela SES-R.J.;
- 4) Introduzir as modificações que se façam necessárias no processamento e nos fluxos das informações que servem de fonte para o processo de apuração de custos, envolvendo as áreas de: pessoal, material de consumos e medicamentos, patrimônio, financeira e as estatísticas hospitalares;
- 5) Capacitar os gestores de nível central, gerentes hospitalares da SES-R.J. na gestão do sistema de custos a ser implantado e na análise das informações produzidas;
- 6) Capacitar os funcionários da SES-R.J. na operação do sistema de custos a ser implantado
- 7) Realizar seminários internos da SES-R.J com o propósito de promover e estimular a análise das informações geradas pelo sistema de custos.
- 8) Analisar o modelo de gestão e a estrutura organizacional da SES-R.J., particularmente de seus hospitais, com vistas a definição dos centros de responsabilidade de custos e a identificação e estruturação dos setores responsáveis pela operação do sistema em cada hospital e pela gestão do sistema no âmbito da SES-R.J.;

- 9) Organizar uma Oficina de trabalho, reunindo os gestores da SES-R.J. e de outras instituições do SUS e especialistas nacionais e estrangeiros, com o propósito de analisar as possíveis opções metodológicas para a apuração dos custos por procedimento e identificar aquela mais adequada às demandas formuladas por esta Secretaria.

V- DATA DE INÍCIO DA ATIVIDADE: setembro 2003

VI- DATA PREVISTA PARA A CONCLUSÃO DA ATIVIDADE: setembro 2004

VII- DURAÇÃO EM MESES: 12 meses

IX- CRONOGRAMA DE ATIVIDADES:

ATIVIDADES	Mês 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1- Diagnóstico das informações e indicadores atualmente gerados	■											
2- Levantamento das necessidades de informação de custos	■											
3- Adaptação do software de apuração custos ENSP				■								
4- Revisão e ajuste dos fluxos e procedimentos de processamento de informações da SES				■								
5- Capacitar os gestores de nível central, e gerentes hospitalares na gestão do sistema e na análise das informações de custos geradas				■								
6- Capacitar os funcionários da SES na operação do sistema de custos						■						
7- Realizar seminários com o propósito de estimular o debate sobre a importância das informações sobre de custos.		■										
8- Definição dos centros de custos dos hospitais e do modelo de gestão de custos no âmbito da SES	■											
9- Apuração dos custos diretos dos hospitais							■					
10- Apuração dos custos totais dos hospitais										■		
11- Realização de oficina de trabalho, para discussão e análise da melhor opção metodológica para a apuração dos custos por procedimento												■
12- Apresentação do primeiro relatório de análise de custos dos hospitais da SES.												■

X- ORÇAMENTO:

Coordenador	01	R\$ 2.000,00 x 12	R\$ 24.000,00
Pesquisador	04	R\$ 1.500,00 x 12	R\$ 72.000,00
Consultor de informática	01	R\$ 2.000,00 x 9	R\$ 18.000,00
Consultor internacional *	01		R\$ 36.000,00
Material de apoio para o treinamento e a Oficina de Trabalho	Vários		RS 7.000,00
Total			R\$ 157.000,00

* Valor estimado para um período de uma semana, baseado nos parâmetros fornecidos pela Coordenação do Projeto Economia da Saúde em julho de 2003.

XI- CONTRAPARTIDA DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE:

- ◆ Técnicos alocados na operação do sistema
- ◆ Apoio administrativo
- ◆ Material de consumo de informática
- ◆ Equipamentos de informática
- ◆ Instalações físicas para a realização dos treinamentos e da Oficina de trabalho
- ◆ Transporte
- ◆ Motorista

PROJETO ECONOMIA DA SAÚDE
PLANO DE TRABALHO ANO II
AVALIAÇÃO DO IMPACTO DO PAB E DO PSF/PACS

Atividade 1.01.23F

INSTITUIÇÃO PARCEIRA: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ/ENSP (87)

COORDENADOR NA INSTITUIÇÃO PARCEIRA: ALÍCIA UGÁ

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA PROPOSTA: NILSON DO ROSÁRIO COSTA

TELEFONE: 21 – 2598-2645

E-MAIL: nilson@ensp.fiocruz.br



CLASSIFICAÇÃO DA PROPOSTA:

Resultado 1:	
Resultado 2:	
Resultado 3:	

Fundo de Desafio	
Resultado 1:	
Resultado 2:	

1. JUSTIFICATIVA:

A partir da NOB96, implementada em 1998, o Ministério da Saúde promoveu uma importante mudança na alocação de recursos para a saúde: o Piso de Atenção Básica – PAB e os incentivos para adoção de programas inovadores de ampliação da atenção primária, como o PSF (Programa de Saúde da Família) e Programa de Agentes Comunitários (PACS), além de outros programas específicos nas áreas de medicamentos básicos, vigilância sanitária e combate às carências nutricionais.

Os municípios habilitados deixaram de receber recursos pela quantidade de procedimentos executados, passando a receber uma quantia fixa, calculada sobre o número de seus habitantes e pela presteza na adoção dos novos programas inovadores. Desta forma, os Municípios passaram a decidir onde e em que investir para melhorar a assistência básica a ser prestada à população.

Há evidência de que esse incentivos financeiros ampliou a oferta de programas de atenção primária, evidenciada pelo expressivo crescimento da oferta de atenção primária nos Municípios mais pobres e com menor capacidade instalada. Espera-se, com essas mudanças no perfil da oferta, um sistema de saúde mais efetivo, como a geração de ganhos expressivos nos indicadores de saúde dos grupos populacionais mais beneficiados pelas ampliação da oferta de intervenções de saúde básica.

Com o objetivo de acompanhar o desenvolvimento da implantação deste processo nos municípios brasileiros e avaliar sistematicamente o impacto do PAB no desenvolvimento de novos programas e na acessibilidade da atenção ambulatorial básica, esse Sub-projeto realizará uma ampla avaliação dos resultados do PAB e dos programas vinculados aos incentivos das transferências fundo a fundo definidos pela NOB/96, em seus aspectos quantitativos sob o ponto de vista financeiro e sob o ponto de vista dos resultados de ganhos em saúde, possibilitando ao Ministério da Saúde e o Sistema Único de Saúde a tomada de decisão acerca das medidas corretivas e alternativas necessárias à consecução dos impactos esperados.

2. 0 OBJETIVO GERAL

Realizar um estudo sobre o resultado da implementação do PAB e dos programas de saúde associados a NOB96, como PSF e PACS, sobre o padrão de alocação de recursos federais, estaduais e municipais na atenção à saúde, indicadores de saúde e cobertura de programas e intervenções.

3.0 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Análise do padrão de financiamento federal, estadual e municipal para a atenção básica e programas inovadores entre 1996-2002

Análise dos resultados de processo (outputs) no conjunto de municípios favorecido pelas transferências federais entre 1996-2002, com especial ênfase nos indicadores de cobertura de programas e intervenções em saúde.

Análise do resultados em saúde (outcomes) no conjunto de municípios favorecido pelas transferências federais entre 1996-2002, com especial ênfase nos indicadores de mortalidade infantil.

Desenvolvimento de índice de concentração da alocação de recursos federais na atenção à saúde por função (básica, médica complexidade e alta complexidade) nos Municípios favorecidos pelas transferências federais em 1996-2002.

Desenvolvimento de estimativa da elasticidade das despesas Municipais em saúde em função de incentivos federais, a partir da modelagem de regressão linear, nos Municípios favorecidos pelas transferências federais que informam a base dados do SIOPS

Desenvolvimento de modelo para aplicação concreta, a partir dos resultados da avaliação dos dados, nas ações do Ministério da Saúde visando o aperfeiçoamento do processo de alocação de recursos da atenção básica e de alocação nos programas de ampliação de cobertura.

4.0 METODOLOGIA

O estudo toma como hipótese de trabalho que o as novas modalidades de financiamento para à atenção à saúde alterou o padrão de alocação de recursos federais para saúde. Essa mudança teria gerado os seguintes resultados:

- Mudança no perfil da oferta das diferentes funções de atenção básica, atenção hospitalar, serviços de apoio e diagnóstico do Sistema Único de Saúde
- Ampliação da oferta de atenção básica em razão da alocação dos recursos por critério populacional e não por produção pretérita de serviços de atenção à saúde.
- Coorte de Municípios ganhadores - ou beneficiários - por força dos novos critérios de alocação pela NOB96.

Esses resultados nos padrões de alocação foram acompanhados por duas expectativas:

Que os recursos das transferências deveriam ser complementados por recursos próprios municipais;

Que os municípios teriam capacidade fiscal para destinar recursos próprios na ampliação de cobertura;

Que os recursos destinados a atenção básica seriam de alta efetividade, prescindindo de investimentos adicionais em outras funções de atenção à saúde, como atenção hospitalar e serviços de apoio e diagnóstico.

Tomando essa hipótese de trabalho, seus resultados e expectativas, a metodologia do estudo evidenciará, por análises descritivas:

o padrão de financiamento federal para a atenção básica e programas inovadores entre 1996-2002 tomando com base os dados de financiamento consolidados pelo Datasus e balanços federais, estaduais e municipais..

Os resultados de processo (outputs) no conjunto de municípios favorecido pelas transferências federais entre 1996-2002, com especial ênfase nos indicadores de cobertura de programas e intervenções em saúde.

Os resultados em saúde (outcomes) no conjunto de municípios favorecido pelas transferências federais entre 1996-2002, com especial ênfase nos indicadores de mortalidade infantil.

Por meio de estatística descritiva e análise econométrica, a partir dos dados consolidados na etapa anterior, serão obtidos:

Um índice de concentração Hirschman-Herfindahl (índice HH) da oferta de atenção à saúde por função (básica, hospitalar, e serviços de apoio e diagnóstico) nos Municípios favorecidos pelas transferências federais em 1996-2002. Essa análise tomará como base as informações do Datasus e da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS) de 1999 e 2002. Esses dados serão também analisados na perspectiva estadual.

O índice de Hirschman-Herfindahl (HH) para a concentração da oferta de atenção à saúde será construído, para cada uma das funções da atenção à saúde, pela equação:

$HH = 1/n [CV^2 + 1]$; onde CV é resultado de σ/μ . Onde σ é o desvio padrão e μ a média da distribuição.

Quanto mais o índice HH de oferta estiver próximo a 1, a distribuição da oferta será concentrada no espaço territorial referido.

Uma classificação de capacidade fiscal, pelo cálculo da razão de dependência das transferências federais, nos Municípios favorecidos pelas transferências federais pela NOB 96. O índice de dependência tomará como base as informações de balanço de despesas e receitas da Secretaria do Tesouro Nacional e balanços estaduais, quando necessário. A razão de dependência é obtida pela expressão:

$$\alpha = \Delta 1 / \Delta 2$$

Onde

α = razão de dependência;

$\Delta 1$ = transferência total federal e estadual para Município, exceto às transferências SUS;

$\Delta 2$ = receita própria total do Município, exceto transferências federal e estadual.

Os Municípios serão classificados em variáveis nominais de baixa e alta dependência fiscal para efeito da análise econométrica.

A elasticidade das despesas Municipais em saúde será estimada nos Municípios favorecidos pelas NOB 96, considerando também os dados do SIOPS para os anos 2000-2001 e os dados de transferência do SUS para Estados e Municípios por força das normas operacionais da descentralização.

O porte populacional, os resultados de processo e de saúde serão incluídos modelo como variáveis dummy.

O modelo econométrico permite estimar a capacidade de despesas e o desempenho dos Municípios favorecidos pela NOB 96, a partir da equação:

$$Y = \alpha 1 + \alpha 2 T 2 + \alpha 3 P 3 + \alpha 4 D 4 + \alpha 5 H 5 + \alpha 6 R 6 + \alpha 7 S 7 + e$$

Onde

Y = gastos próprios em t (anos 2000 e 2001)

T2 = transferência total SUS em t

P3 = transferência PAB em t

D4 = variável dummy de dependência fiscal t

H5 = variável dummy de porte populacional t

R6 = variável dummy de resultado de processo em t

S7 = variável dummy de resultado de saúde em t

e = erro

Os dados primários serão analisados pelo programa estatístico para as ciências sociais aplicadas *Statistical Package for Social Science 10 (SPSS versão 10)* e a base de dados gerada pela pesquisa será disponibilizada, ao final do subprojeto, ao Projeto Economia da Saúde, para consulta pública.

5 . DATA DE INÍCIO DA ATIVIDADE:

01 de Outubro de 2003

6. DATA PREVISTA PARA CONCLUSÃO DA ATIVIDADE:

31 de Março de 2004

7. DURAÇÃO MESES

06 meses

8. LOCAL DE DESENVOLVIMENTO DA ATIVIDADE

Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública
Rua Leopoldo Bulhões 1480/sala 914 CEP 21041-210
Cidade do Rio de Janeiro - RJ

9. CRONOGRAMA

PRODUTO/ATIVIDADE	MESES					
	1	2	3	4	5	6
PRODUTO 1. Análise do Padrão de Financiamento Federal à Saúde e a Oferta de Atenção Básica	■	■				
PRODUTO 2. Análise dos Resultados de Processo e de Saúde nos Municípios Favorecidos			■	■		
PRODUTO 3. Análise do Índice de Concentração da Oferta da Função de Atenção à Saúde no SUS.					■	■
PRODUTO 4. Análise da estimativa para a capacidade de gasto municipal com recomendações para a tomada de decisão					■	■
PRODUTO 5. Banco de Dados de Informações de Municípios no PAB					■	■

ITEM DE DESPESA	PERÍODO	VALOR NOMINAL	TOTAL
PESSOAL	MESES	R\$	R\$
1 Coordenador	6	2.500,00	15.000,00
1 Pesquisador Adjunto	6	2.000,00	12.000,00
2 Pesquisadores Assistentes	6	1.200,00	14.400,00
1 Pesquisador Auxiliar	6	1.000,00	6.000,00
PASSAGEM E DIARIA			
5 Rio Brasília Rio	-	800,00	4.000,00
3 Rio SP Rio	-	500,00	1.500,00
15 Diárias		250,00	3.750,00
OUTROS ITENS DE DESPESA			
Livros e documentos	-	-	3.000,00
Atualização de software	-	-	4.000,00
TOTAL GERAL	-	-	63.690,00

ITEM DE DESPESA	PERÍODO	VALOR NOMINAL	TOTAL
PESSOAL	MESES	R\$	R\$
1 SECRETARIA ADMINISTRATIVA	6	600,00	3.600,00
1 AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	6	4.00,00	2.400,00
EQUIPAMENTOS			
1 LAPTOP		3.400,00	3.400,00
3 DESKTOP		2.500,00	7.500,00
1 IMPRESSORA LASER		3.000,00	3.000,00
OUTROS ITENS DE DESPESA			
DESPESAS COM SERVIÇOS PÚBLICOS (TELEFONE, CORREIO ETC.)			2.000,00
MATERIAL DE ESCRITÓRIO E INFORMÁTICA			2.000,00
TOTAL GERAL			23.900,00

12. CONSULTORES: PERFIL DA EQUIPE

Coordenador: Nilson do Rosário Costa: Doutor em Planejamento de Serviços Urbanos (USP, 1995); Especialização em Planejamento em Saúde (PAHO, 1987) e com experiência de estudos de avaliação de programas de saúde e estudos de financiamento público na área social e saúde.

Pesquisador (a) adjunta: Suzana Cavernagh: formada em demografia, com doutorado em ciências sociais aplicada e experiência na avaliação quantitativa (demográfica e epidemiológica) de programas de ampliação de cobertura. É pesquisadora visitante do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para a área de pesquisas em saúde, com especial ênfase na A M S/IBGE.

Pesquisadores assistentes:

Luis Felipe Pinto: estatístico e mestre em saúde pública pela Fiocruz, com experiência na organização de bases de dados.

Marília Mansur Coser: economista e mestre em saúde pública pela Fiocruz, com tese de mestrado em Gasto Público em Saúde na década de 1990.

Pesquisador (a) auxiliar:

Isabel Maria C. Costa Mestre em Estatística pelo IBGE e com experiência na coleta e organização de informações no Datasus e bancos estaduais

PROJETO ECONOMIA DA SAÚDE
PLANO DE TRABALHO ANO II
DESENVOLVIMENTO DO NÚCLEO SIOPS

Atividade: 1.01.24

INSTITUIÇÃO PARCEIRA: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro-

COORDENADOR NA INSTITUIÇÃO PARCEIRA: Rosa Maria Souza de Pastrana

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA PROPOSTA: Rosa Maria Souza de Pastrana

TELEFONE: 25210474 22402768

E-MAIL: rpastrana@saude.rj.gov.br

CLASSIFICAÇÃO DA PROPOSTA:

Resultado 1:	x
Resultado 2:	
Resultado 3:	

Fundo de Desafio	
Resultado 1:	
Resultado 2:	

DESENVOLVIMENTO DO NÚCLEO SIOPS

1. JUSTIFICATIVA:

Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS tem como principal objetivo fornecer informações de cunho financeiro e orçamentário, não só para gestores e técnicos, mas também para o exercício do controle social no tocante ao financiamento e gasto público em saúde.

No Estado do Rio de Janeiro a adesão ao SIOPS tem sido muito precária. A alimentação dos dados do ano base 2000, continua inconclusa, 10% dos municípios deixaram de informar os dados de receitas e gastos em saúde naquele ano. A situação em 2001 se agravou sobremaneira já que quase 70% dos municípios fluminenses não preencheram o SIOPS.

Favaret (2002) relata as dificuldades de incorporação do SIOPS à rotina da gestão da saúde face a necessidade de articulação setorial. Some-se a isto as dificuldades do ponto de vista técnico e operacional, ou por assim dizer de caráter metodológico e estrutural enfrentadas pelos gestores municipais.

No estudo acerca da experiência dos Estado do Rio Grande do Sul e do Estado do Rio de Janeiro realizado por Cunha & Pastrana (2001) em relação ao SIOPS nos anos de 1998 e 1999 foi evidenciada a baixa adesão dos municípios ao SIOPS.

As autoras sugerem que essa situação pode estar relacionada, primeiro a dificuldade dos municípios em obterem informações que são oriundas da Fazenda Municipal. Segundo, a ausência de uma ação mais efetiva dos órgãos envolvidos e que podem contribuir decisivamente para a alimentação do Sistema e terceiro, o próprio formato dos formulários de 1998 e 1999 que demandava informações que não se encontravam desagregadas nos moldes compatíveis com o constante no SIOPS.

O SIOPS veio progressivamente aperfeiçoando seu instrumento de coleta de dados tornando –o mais compatível com os dados gerados pelos municípios e estados.

Com o advento da NOAS SUS 01/01 e NOAS SUS 01/ 02 que incorpora o SIOPS como um dos requisitos para habilitação em qualquer uma das modalidades de gestão torna-se inadiável a adoção de medidas visando apoiar os municípios para o cumprimento desse referida exigência.

Some-se a isto o fato de que a falta de alimentação ao SIOPS implica no desconhecimento de informações importantes para gestores e técnicos e para o exercício do controle social.

O Núcleo Estadual de Apoio ao SIOPS foi criado no ano de 2001, contudo sua participação ainda é incipiente no assessoramento aos municípios.

Espera-se como resultado desse esforço a adesão de 100% dos municípios ao SIOPS e por conseguinte o cumprimento dos requisitos propostos pela Agenda Nacional de Saúde e pela NOAS 01/2002 com vistas a habilitação

dos municípios em qualquer uma das modalidades de gestão previstas por essa norma, a difusão das informações sobre o SIOPS no estado do Rio de Janeiro e o fortalecimento do Núcleo Estadual de Apoio ao SIOPS para uma atuação mais efetiva junto aos municípios.

2. OBJETIVO GERAL:
Promover o fortalecimento do Núcleo do SIOPS

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:
 - a) Estruturar o Núcleo de Apoio ao SIOPS
 - b) Ampliar a adesão dos municípios ao SIOPS
 - c) Elaborar *paper* com análise dos dados oriundos do SIOPS

4. METODOLOGIA:
 - ◆ Oficinas de trabalho envolvendo gestores e técnicos estaduais.
 - ◆ Oficinas regionais envolvendo gestores e técnicos estaduais
 - ◆ Consultoria ao Núcleo de apoio ao SIOPS
 - ◆ Assessoria aos municípios

5. DATA DE INÍCIO DA ATIVIDADE: julho/2003

6. DATA PREVISTA PARA CONCLUSÃO DA ATIVIDADE: outubro /2004

7. DURAÇÃO EM MESES: 04 meses

8. CRONOGRAMA:

Atividades	Jul03	Ago/03	Set/03	Out/03
Nomeação dos representantes dos órgãos indicados para composição do SIOPS	X			
Contratar de consultoria	X			
Realizar da I Oficina SIOPS – Núcleo SIOPS	X			
Realizar da Oficina Metropolitan I		X		
Realizar da Oficina Metropolitana II		X		
Realizar da Oficina Médio Paraíba		X		
Realizar da Oficina Serrana		X		
Realizar da Oficina Baía da Ilha Grande			X	
Realizar da Oficina Norte			X	
Realizar da Oficina Noroeste			X	
Realizar da Oficina Centro-Sul			X	
Realizar da Oficina da Baixada Litorânea				X
Avaliar do processo e elaborar <i>paper</i>				X

9. ORÇAMENTO:

Consultoria (01)	R\$ 2 000,00 x 4 meses =	R\$ 8.000,00
Diárias 07 X 04 (técnicos)	R\$ 100,00 (unid)	R\$ 2.800,00
Elaboração de Paper		R\$ 3.000,00
Material de consumo	R\$ 200,00 (09)	R\$ 1.800,00
Equipamento note book		R\$ 5.200,00
Total		R\$ 20.800,00

10. CONTRAPARTIDA DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE:

- ◆ Local para realização das Oficinas (nível central e regionais) (instalações).
- ◆ Material de consumo (papel Chamex, cartucho de tinta, canetas, lápis etc.)
- ◆ Recursos Humanos (equipe SES/RJ)
- ◆ Equipamentos (computadores e impressoras)
- ◆ Transporte (veículos próprios SES/RJ)

11. EQUIPE:

Rosa Maria Souza de Pastrana
José Orbílio Abreu
Francisco Carlos Santos
Ana Maria Auler
Jorge Aquino
Márcia Freitas
Mauro Lúcio da Silva

ANEXOS

Termo de Referência: Consultoria	
Estado:	Rio de Janeiro
Instituição:	Secretaria de Estado do Rio de Janeiro
Atividade/Projeto:	Projeto Economia da Saúde
Subprojeto:	Desenvolvimento do SIOPS
Objetivo da Consultoria:	<ul style="list-style-type: none">• participar como docente em curso (• colaborar no desenho da programação de curso• assessorar desenho metodológico de projeto de pesquisa• assessorar análise de dados de pesquisa (indicar tipo de apoio)• discutir resultados de pesquisa• participar como expositor em workshop• elaborar paper
Produto esperado:	aulas, relatórios, palestras, papers
Perfil do Consultor:	Doutor em Saúde Pública Experiência SIOPS.
Duração da consultoria:	Informar o número de dias/semanas desejado 8 horas semanais
Período previsto para a Consultoria:	Julho /03 à out/03
Orçamento:	R\$ 11.000,00

PROJETO ECONOMIA DA SAÚDE

PLANO DE TRABALHO ANO II

Anteprojeto de Estudos para aumentar a Eficiência e Equidade da Atenção ao problema da Falência Renal Crônica (FRC) no Estado do Rio de Janeiro

Atividade: 1.01.25

INSTITUIÇÃO PARCEIRA: Escola Nacional de Saúde Pública

COORDENADOR NA INSTITUIÇÃO PARCEIRA: M. Alicia D. Ugá

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA PROPOSTA: Leticia Krauss

TELEFONE: (21) 25982596/5

E-MAIL: leticiak@ensp.fiocruz.br

CLASSIFICAÇÃO DA PROPOSTA:

Resultado 1:	X
Resultado 2:	
Resultado 3:	

Fundo de Desafio	
Resultado 1:	
Resultado 2:	

Anteprojeto de Estudos para a Avaliação Econômica de Procedimentos dirigidos à Insuficiência/Falência Renal Crônica no Estado do Rio de Janeiro
(Leticia Krauss/ENSP¹, Valdir Ermida/SES/RJ e Leyla Sancho/SES/RJ e MG)

I. Introdução/Justificativa

Considerando:

- O número crescente de pacientes necessitando de Terapia Renal Substitutiva (TRS) no Estado do Rio de Janeiro (ERJ) nos últimos 5 anos;
- O alto custo global da TRS e a perspectiva de aumento significativo no curto prazo;
- A existência de alternativas preventivas à Falência Renal Crônica (FRC), escassamente utilizadas no ERJ;
- A utilização da hemodiálise (institucional) em percentual superior a 90% dos pacientes em FRC no ERJ ao lado da baixa utilização de DPAC e de transplante renal, alternativas relevantes à hemodiálise;
- A efetividade provavelmente baixa da hemodiálise no ERJ,

Justifica-se a realização de estudos no sentido de subsidiar o planejamento da oferta, aumentar a eficiência e contribuir para a equidade da atenção à saúde de pacientes em risco/portadores de Falência Renal Crônica (FRC).

II. Objetivo Geral

Efetuar a avaliação econômica de procedimentos de saúde relevantes para o problema Insuficiência/Falência Renal e estimar a eficiência e equidade da atenção a pacientes de risco/portadores de Falência Renal Crônica no Estado do Rio de Janeiro.

Objetivos específicos

1. Estimar a necessidade de TRS e analisar a disponibilidade e utilização de programas para adiar a FRC e de tecnologias/procedimentos de TRS no Estado.
2. Analisar as evidências científicas produzidas com relação aos efeitos (eficácia/acurácia, segurança e efetividade) e custo-efetividade de:
 - a) intervenções para adiar a FRC em condições de alto risco (versus status quo);
 - b) tecnologias e modalidades de TRS, associadas aos 3 principais procedimentos (hemo e peritoneo-diálises e transplante renal), incluindo diferentes esquemas terapêuticos (componentes críticos, dosagens, duração) e diferentes situações ("settings").
3. Estimar o custo-efetividade de intervenções possivelmente relevantes, difundidas ou não, para o problema da Falência Renal Crônica, no ERJ, com base em dados locais;
4. Estimar o custo-utilidade no ERJ das alternativas focalizadas em "2a" e "2b";
5. Estimar custos marginais e outras conseqüências econômicas da difusão (ampliação da oferta) de tecnologias/procedimentos custo-efetivos escassamente difundidos no Estado.

III. Metodologia

Como etapa preliminar à avaliação econômica pretendida, será procedida a estimativa de necessidade de TRS em geral no Estado, a partir de dados nacionais (principalmente, do

¹ Autora do anteprojeto. a partir do interesse demonstrado pelos profissionais da SES/RJ que deverão desenvolvê-lo. e principal consultora do projeto.

ERJ) e internacionais sobre incidência e prevalência de falência renal crônica e de fatores prognósticos. Ainda na etapa preliminar à avaliação econômica, deveremos mapear a estrutura e geração das tecnologias de TRS disponíveis e utilizadas atualmente no Estado, assim como efetuar uma análise preliminar da utilização de tais procedimentos segundo diferentes grupos de pacientes/regiões, com base, nessa fase, na literatura internacional sobre utilização de TRS. Também será efetuada uma análise preliminar da utilização de serviços preventivos (adiamento da FRC) no Estado. Serão utilizados para isso dados de fontes secundárias, especialmente o banco de dados relativo às APACs renais (estudo, em parte, já realizado) e dados obtidos através de entrevistas e visitas a serviços, quando necessário.

O propósito dessa etapa (objetivo 1) é obter uma estimativa preliminar do déficit/excesso de serviços segundo tecnologia/procedimento e segundo grupos de pacientes/regiões (estimativa da equidade) e, *principalmente*, subsidiar a avaliação econômica em pauta quanto a alternativas a serem consideradas para a avaliação de efeitos (análise da evidência científica) e na elaboração de árvores de decisão para o ERJ.

Para avaliar as evidências científicas produzidas quanto aos efeitos (eficácia, acurácia, segurança) de tecnologias/procedimentos (objetivo 2), a metodologia básica considerada será a da revisão sistemática/metanálise, seguindo em geral as etapas desenvolvidas/difundidas pela Cochrane Collaboration. Quando necessário, i.é, caso as revisões/metanálises disponíveis não forem adequadas do ponto de vista metodológico, de pertinência ou de atualidade, serão analisados/reanalizados estudos primários sobre efeitos das tecnologias em pauta, i.é, serão elaboradas revisões sistemáticas/metanálises atualizadas e pertinentes à situação do Estado do Rio de Janeiro.

Deverão ser elaboradas árvores de decisão, incluindo tecnologias diagnósticas, preventivas (procedimentos para o adiamento da FRC) e terapêuticas, para auxiliar a estruturar alternativas complexas relevantes para a atenção ao problema da FRC no ERJ, com base nos achados dos estudos sobre efeitos de tecnologias da etapa anterior e nos dados obtidos na etapa preliminar do presente estudo. Dentre as alternativas a serem comparadas pela avaliação econômica em pauta para lidar com o problema da FRC, serão incluídas modalidades de TRS, não sendo considerada a alternativa de "fazer nada", já que essa alternativa não é, via de regra, no caso da FRC, socialmente aceita.

Quanto à revisão das análises de custo-efetividade já disponíveis sobre o assunto, como parte ainda do objetivo 2, serão focalizados os estudos que tiverem por base as árvores de decisão elaboradas. Para a avaliação da metodologia empregada por esses estudos, serão utilizadas "checklists", considerando, em geral, como referência os trabalhos de Drummond e cols (1997) e de Gold e cols (1996) e a proposta de revisão do Centre for Reviews and Dissemination do NHS/Universidade de York.

Tendo em vista, entretanto, a provável diferença de preços dos recursos consumidos entre países desenvolvidos, onde são, geralmente, elaborados os estudos de custo-efetividade, e o ERJ, e ainda, a provável diferença entre a efetividade das tecnologias/procedimentos observada nos estudos existentes e a observada no ERJ, as análises de custo-efetividade no ERJ (objetivo 3), para as alternativas comparadas (nos sub-ítems "2a" e "2b"), deverão ser elaboradas a partir de dados locais, tanto daqueles relativos a processo e resultados do uso das tecnologias (i.é, análise de efetividade) quanto daqueles relativos a custos econômicos envolvidos, seguindo em geral a metodologia proposta nos trabalhos acima citados. O presente projeto deverá privilegiar os dados já disponíveis localmente, sempre que adequados, procedendo a colheita/coleta especial de dados, quando necessário e viável, na dependência de recursos financeiros.

Na avaliação dos custos econômicos (para os objetivos 3 e 4), serão considerados os pontos de vista dos serviços de saúde e da sociedade. Para as estimativas de custo-utilidade (comparações propostas em "2a" e "2b"), a estimativa de QALYs será feita a

partir dos resultados obtidos nas análises custo-efetividade para o ERJ e de estudos já existentes relativos a QALYs na FRC, considerando diferenças relativas ao estilo de vida dos pacientes e à efetividade alcançável para os diferentes procedimentos no médio prazo no ERJ.

Ainda com relação às análises custo-efetividade, será também levado em conta, nas recomendações do presente estudo, o aumento de efetividade alcançável no médio prazo por programas locais de melhoria da qualidade técnica dos serviços de atenção ao problema da IRC/FRC, quando for o caso (baixa efetividade de tecnologias potencialmente custo-efetivas/com custo-utilidade favorável, segundo o resultado das metanálises sobre eficácia e segurança e segundo os resultados dos estudos sobre custo-efetividade/custo-utilidade realizados em países desenvolvidos/estado da arte). Nesse sentido, os dados sobre efetividade obtidos pelo projeto serão também utilizados para a avaliação da qualidade comparativa dos serviços do Estado com aqueles da literatura internacional, inclusive com os derivados de evidências científicas sobre efeitos, levando em conta a presença de co-intervenções e de fatores prognósticos.

Os dados sobre a efetividade dos serviços locais também serão utilizados para uma avaliação mais fina da existência de inequidades na utilização e nos resultados da atenção (preventiva e terapêutica) ao problema da falência renal crônica (FRC) em subpopulações do ERJ (objetivo 5). A análise de custos marginais (objetivo 5) focalizará o procedimento transplante renal.

IV. Produtos

- Avaliações econômicas de procedimentos de preventivos e terapêuticos dirigidos à FRC.
- Avaliação das ineficiências e inequidades (implicações distributivas) do sistema atual de atenção à Insuficiência/Falência Renal Crônica (FRC) no Estado;
- Recomendações (subsídios técnicos) no sentido aumentar a eficiência e reduzir as inequidades provavelmente existentes na utilização e nos resultados da atenção atual à IRC/FRC no Estado, através a) do aumento da efetividade no uso de alternativas custo-efetivas, ou de custo-utilidade favoráveis, já amplamente disseminadas, b) da promoção da incorporação e difusão adequadas de alternativas custo-efetivas, ou de custo-utilidade favoráveis, pouco/não difundidas no Estado e c) do desenho, organização e monitoramento (indicadores e padrões) dos serviços e do sistema de atenção ao problema da IRC/FRC.

V. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES – ANO II

ATIVIDADES	MESES											
	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
7. Estudos de efetividade (objetivo 3): trabalho de campo, inclusive estudo-piloto	<hr/>											
8. Estudos de custos econômicos (objetivo 3): trabalho de campo, inclusive estudo-piloto	<hr/>											
9. Processamento e análise dos dados dos estudos de efetividade e dos estudos de custos econômicos	<hr/>											
10. Análises de custo-efetividade (objetivo 3) e estimativas de custo-utilidade (objetivo 4)	<hr/>											
11. Estimativa de custos marginais e de outras consequências quanto à eficiência e equidade dos serviços (objetivo 5)	<hr/>											
12. Elaboração do relatório final	<hr/>											

V. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES – ANO I

ATIVIDADES	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Revisão geral da literatura sobre IRC/FRC e intervenções de saúde	_____											
2. Elaboração e levantamento das informações relativas ao estudo correspondente ao objetivo 1	_____											
3. Análise de dados relativa ao objetivo 1			_____									
4. Análise das evidências (revisões sistemáticas) sobre intervenções correspondentes ao objetivo 2a e elaboração das árvores de decisão correspondentes			_____									
5. Idem p/ o objetivo 2b (3 ppais procedimentos)						_____						
6. Elaboração dos protocolos das análises correspondentes ao objetivo 3 e elaboração do relatório parcial											_____	

VI. Recursos necessários (fundamentalmente, para a realização dos estudos; não inclui recursos extras para, p. ex., a difusão dos achados ou para a elaboração de consenso, ou de diretrizes clínicas)

Via. Humanos (contratação/liberação)

- Especialista em Avaliação Tecnológica em Saúde (Avaliação Econômica);
- Especialistas em Nefrologia;
- Especialista em Cirurgia de Transplante Renal;
- Especialista em Epidemiologia Clínica (tutoria);
- Especialista em Custos em Saúde (tutoria);
- Especialista em Informática em Saúde

Além dos profissionais de saúde da SES/RJ a serem treinados.

Vib. Financeiros

- Para a aquisição a) de estudos (comutação nacional e internacional) e realização de cópias; b) de computadores etc, inclusive material de consumo.
- Para ajuda de custo para trabalho de campo.

Vic. ORÇAMENTO (ano 1)

Elementos de Despesa:

1. Contratação de profissionais, consultores, estagiários:

- Digitador/auxiliar de serviços gerais	R\$ 5.000,00
- Especialista em informática	R\$ 6.000,00
- Consultores/tutores	R\$ 36.000,00
- Pesquisadores (bolsas ou pró-labore, inclusive para o trabalho de campo)	R\$ 36.000,00

2. Passagens e diárias (trabalho de campo) R\$ 10.000,00

3. Equipamentos de informática R\$ 18.000,00

4. Material de Consumo R\$ 1.500,00

5. Reprodução de material, pequenas despesas de deslocamento, correios R\$ 1.000,00

6. Aquisição de livros, outras publicações (gray literature) e assinatura (1 ano) da Cochrane Library Online R\$ 2.500,00

Total R\$ 116.000,00

Contrapartida da SES/RJ:

- Dois Sanitaristas (Valdir Sergio Ermida e Leyla Sancho) (2 x 20 hs por 12 meses):
2 x R\$ 18.751,20 = R\$ 37.502,40

PROJETO ECONOMIA DA SAÚDE

PLANO DE TRABALHO ANO II

Avaliação Econômica do Programa de Controle da Tuberculose no Estado do Rio de Janeiro

Atividade: 1.01.26

INSTITUIÇÃO PARCEIRA: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro

COORDENADOR NA INSTITUIÇÃO PARCEIRA: Rosa Maria Souza de Pastrana

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA PROPOSTA: Vanja Maria Bessa Ferreira

TELEFONE: 2522-6982 – 2220-2481

E-MAIL: vanja@altermex.com.br

CLASSIFICAÇÃO DA PROPOSTA:

Resultado 1:	X
Resultado 2:	
Resultado 3:	

Fundo de Desafio	
Resultado 1:	
Resultado 2:	

Avaliação Econômica do Programa de Controle da Tuberculose no Estado do Rio de Janeiro

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA:

O estado do Rio de Janeiro se destaca no quadro nacional por apresentar anualmente a maior taxa de incidência de tuberculose do país, 99:100.000, que corresponde a quase duas vezes a média nacional. Em 2000, foram notificados 17.170 casos de tuberculose, cerca de 20% dos casos registrados no Brasil. Estima-se que 20% dos pacientes necessitam de internação hospitalar e que aproximadamente 1.000 morrem por tuberculose. O coeficiente de mortalidade foi de 6,18:100.000, em 2000, apresentando um decréscimo ao longo dos últimos anos (10,18:100.000, em 1995). Os últimos dados disponíveis mostram um número de casos diagnosticados e de baciloscopias realizadas abaixo do número estimado e uma taxa de abandono de 25%. O percentual de casos encerrados no SINAN para todo o estado do Rio de Janeiro é muito pequeno, em todos os períodos, o que impossibilita a sua utilização para uma análise epidemiológica confiável.

Nove municípios preenchem os critérios de prioridade nacional para tuberculose por apresentarem taxa de incidência maior que a do Brasil (58,4:1000.000 hab.), número de óbitos por tuberculose acima de 5% dos casos novos, baixa efetividade do tratamento e número elevado de casos de AIDS.

A rede de serviços de saúde do estado é composta por 4.409 ambulatórios, 24% na região metropolitana, e 392 hospitais, 58% na região metropolitana. Todos os municípios oferecem Programa de Controle de Tuberculose à sua população, não havendo, entretanto, uma avaliação confiável sobre a cobertura dessas ações em cada município.

A rede laboratorial conta com 496 laboratórios públicos e conveniados ao SUS e, destes, 204 realizam a baciloscopia de escarro.

Diversas fontes de financiamento são utilizadas no controle da tuberculose no estado, desde as medicações específicas fornecidas pelo Ministério da Saúde até os recursos próprios de cada município.

A estratégia DOTS (Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração) é uma recomendação da OMS, desde 1993, e se baseia em cinco componentes-chaves: compromisso governamental, detecção de casos através da baciloscopia de escarro, suprimento ininterrupto dos tuberculostáticos, observação direta da tomada da medicação e manutenção do sistema de informações. Desde então, vários países implantaram o DOTS e as experiências demonstram que a estratégia favorece a reorganização dos serviços e a conseqüente melhoria no atendimento aos usuários, com um impacto considerável na morbi-mortalidade por tuberculose. No estado do Rio de Janeiro, assim como em todo o país, a cobertura do DOTS é ainda muito baixa.

Diversos estudos internacionais (Desvarieux et al.; Chaulk et al.; Snyder & Chin; Gourevitch et al.; Fryatt; Burman et al.; Chunhaswasdikul et al.) demonstram que o DOTS é uma intervenção custo-efetiva para o controle da tuberculose, particularmente quando os indicadores epidemiológicos apontam para altos índices de abandono, de recidiva, de tuberculose multirresistente e de óbitos.

Considerando:

- **Os compromissos internacionais assumidos pelo Brasil para controlar a tuberculose;**
- Os preocupantes índices de morbi-mortalidade de tuberculose no Brasil e, especificamente, no estado do Rio de Janeiro;
- **Que o controle da tuberculose é uma prioridade do governo do estado Rio de Janeiro e de diversos governos municipais;**
- A necessidade de melhorar a eficiência na utilização dos recursos financeiros e a qualidade do atendimento aos pacientes com tuberculose;
- A necessidade de propor estratégias governamentais que aumentem a adesão ao tratamento e a cura de pacientes com tuberculose.

Justifica-se a realização de um estudo de avaliação econômica que sirva de subsídio para a implantação da estratégia DOTS em doze municípios estratégicos do estado e para a melhoria da qualidade da oferta da atenção aos pacientes com tuberculose no estado do Rio de Janeiro.

2. OBJETIVO GERAL:

Aumentar a eficiência na utilização dos recursos financeiros destinados à cobertura das ações de controle da tuberculose, possibilitando a melhoria da qualidade da atenção prestada aos pacientes com tuberculose no estado do Rio de Janeiro.

3. OBJETIVO ESPECÍFICO:

Estimar os custos da implantação de DOTS nos doze municípios de maior incidência de tuberculose do estado.

4. METODOLOGIA:

Por ser a tuberculose uma doença fortemente associada a condições sócio-econômicas desfavoráveis, serão estimados os custos diretos da implantação da estratégia e também os custos indiretos relacionados aos incentivos dados aos pacientes para adesão ao tratamento (vale-transporte, lanche, cesta básica) e outros custos referentes ao aumento da captação de casos. Essa estimativa levará em conta os bônus recebidos pelos municípios para cada paciente curado por meio do DOTS.

Área de abrangência:

O estudo será desenvolvido em doze municípios da região metropolitana do estado que concentram 85% do total de casos de tuberculose notificados. Esses municípios foram selecionados por apresentarem populações com mais de 100.000 habitantes, número elevado de casos novos notificados e percentual de óbitos acima de 5% dos casos novos no ano.

Municípios selecionados: Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaboraí, Magé, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Queimados, Rio de Janeiro, São João de Meriti e São Gonçalo.

O município do Rio de Janeiro iniciou a implantação de DOTS em 1999, com um projeto-piloto em uma de suas unidades. Atualmente, dez unidades têm DOTS implantado, representando uma cobertura de 30% dos casos de tuberculose do município.

Estimativa das necessidades de saúde:

A estimativa da necessidade de saúde – casos de tuberculose por município – será feita com base no número de sintomáticos respiratórios estimados, um dos métodos propostos no Plano Nacional de Controle da Tuberculose.

Mapeamento das unidades de saúde:

Será feito um mapeamento das unidades de saúde com Programa de Controle da Tuberculose (PCT) e das unidades de Programa de Saúde da Família (PSF) em cada município. Com base na distribuição geográfica das unidades de saúde, serão estimados os percentuais para os dois tipos de tratamento: nas unidades, utilizando a equipe local e visitantes, e nas residências, por meio dos agentes comunitários de saúde. A determinação do tipo de tratamento é importante para o cálculo das necessidades de incentivos (lanche, cesta-básica) e de facilitadores (vale-transporte).

Levantamento dos laboratórios de referência:

A estratégia DOTS implica na realização de baciloscopias para o diagnóstico e para a determinação da cura. A avaliação da capacidade laboratorial dos doze municípios deverá ser realizada para se estimar os custos relacionados ao reforço da rede laboratorial.

Biossegurança:

A implantação do DOTS acarreta um aumento da circulação de pacientes bacilíferos nas unidades de saúde, sendo necessário disponibilizar um espaço exclusivo e adequado às normas de biossegurança. Deverão ser estimados os custos com pequenas obras para a adaptação dos locais de atendimento.

Capacitação dos profissionais de saúde:

Serão estimados os custos para a capacitação dos técnicos que irão trabalhar com a estratégia DOTS.

Produção de material gráfico:

Serão estimados os custos para a produção de material informativo para os pacientes e de material padronizado de registro de informações para os serviços.

Consultoria:

Para o desenvolvimento da metodologia de avaliação de custos, será contratado um consultor.

5. DATA DE INÍCIO DA ATIVIDADE: setembro/2003
6. DATA PREVISTA PARA CONCLUSÃO DA ATIVIDADE: fevereiro/2004
7. DURAÇÃO EM MESES: 06 meses
8. CRONOGRAMA:

Atividades	Set/03	Out/03	Nov03	Dez03	Jan04	Fev04
Contratação de consultoria	X					
Mapeamento dos municípios	X					
Elaboração do desenho metodológico	X					
Elaboração do instrumento de coleta de dados	X					
Coleta de dados		X	X			
Análise dos dados				X	X	
Discussão dos resultados					X	
Elaboração de relatório						X

9. ORÇAMENTO:

Coordenador	01	R\$ 2.000,00 x 6	R\$ 12.000,00
Pesquisador	01	R\$ 1.000,00 x 6	R\$ 6.000,00
Estagiário	01	R\$ 400,00 x 6	R\$ 2.400,00
Consultor	01	R\$ 2.500,00 x 6	R\$ 15.000,00
Estatístico	01	R\$ 1.800,00 x 6	R\$ 10.800,00
Notebook	01	R\$ 7.200,00	R\$ 7.200,00
Material de apoio	vários		RS 1.000,00
Total			R\$ 54.400,00

10. CONTRAPARTIDA DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE:

- ◆ Especialistas em tuberculose
- ◆ Secretaria
- ◆ Material de consumo de informática
- ◆ Equipamentos
- ◆ Transporte
- ◆ Motorista

11. EQUIPE:

Ana Gessy Militão
Eliane Dale Sucupira
Lia Selig
Luciano Alberto Vieira da Silva
Marneili Martins
Regina Maria Guedes de Carvalho
Regina Zuim
Rosa Maria de Oliveira Severino
Vanja Maria Bessa Ferreira
Wilma Violeta Espinoza Moreno

12. PRODUTO ESPERADO:

Custos da implantação da estratégia DOTS em doze municípios prioritários do estado estimados.

13. IMPACTO DO PROJETO:

O impacto sobre a magnitude da doença é determinado pelo número de casos efetivamente curados sobre o número de casos existentes na população.

A estratégia DOTS visa aumentar a adesão ao tratamento, reduzindo o abandono, a necessidade de internação hospitalar, a mortalidade e aumentando o percentual de cura e se baseia no compromisso governamental e na organização de serviços.

Os custos diretos e indiretos gerados pela situação calamitosa em que se encontra o programa de controle da tuberculose no Brasil são gigantescos. A estimativa de custos da implantação da estratégia DOTS em doze municípios do estado do Rio de Janeiro será uma ferramenta para o planejamento do investimento nas ações de controle da tuberculose, para a otimização da utilização dos recursos financeiros no combate à doença e para a melhoria da qualidade da

atenção prestada aos pacientes com tuberculose no estado, com o conseqüente aumento da taxa de cura de tuberculose no estado do Rio de Janeiro.

14. BIBLIOGRAFIA:

Burman WJ, Dalton CB, Cohn DL, Butler JR, Reves RR. A cost-effectiveness analysis of directly observed therapy vs self-administered therapy for treatment of tuberculosis. *Chest*, 112(1):63-70, jul, 1997.

Chaulk CP, Friedman M, Dunning R. Modeling the epidemiology and economics of directly observed therapy in Baltimore. *Int J Tuberc Lung Dis*; 4(3):201-7, mar, 2000.

Chunhaswasdikul B, Kamolratanakul P, Jittinandana A, Tangcharoensathien V, Kuptawintu S, Pantumabamrung, P. Anti-tuberculosis programs in Thailand: a cost analysis. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*, 23(2):195-9, jun, 1992.

Desvarieux M, Hyppolite PR, Johnson WD Jr, Pape JW. A novel approach to directly observed therapy for tuberculosis in an HIV-endemic area. *Am J Public Health*, 91(1):138-41, jan, 2001.

Finkler, S. A. Essentials of Cost Accounting for Health Care Organizations. Aspen Publishers, Maryland, 1994.

Fryatt, R.J. Review of published cost-effectiveness studies on tuberculosis treatment programmes. *Int J Tuberc Lung Dis*, 1(2):101-9, apr, 1997.

Fundação Nacional de Saúde. Plano Nacional de Controle da Tuberculose. Ministério da Saúde, Brasília, 1999.

Gourevitch MN, Alcabes P, Wasserman WC, Arno PS. Cost-effectiveness of directly observed chemoprophylaxis of tuberculosis among drug users at high risk for tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis*, 2(7):531-40, jul, 1998.

Ministério da Saúde. Manual Técnico para o Controle da Tuberculose. Brasília, 2002.

Ruffino-Netto, A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 35(1):51-58, jan-fev, 2002.

Snyder DC, Chin DP. Cost-effectiveness analysis of directly observed therapy for patients with tuberculosis at low risk for treatment default. *Am J Respir Crit Care Med*. 160(2):582-6, aug, 1999.

Suárez, P. et al. The Dynamics of Tuberculosis in Response to 10 Years of Intensive Control Effort in Peru. *The Journal of Infectious Diseases*, 184:473-8, 2001.

ANEXOS

Termo de Referência: Consultoria	
Estado:	Rio de Janeiro
Instituição:	Secretaria de Estado do Rio de Janeiro
Atividade/Projeto:	Projeto Economia da Saúde
Subprojeto:	Avaliação Econômica do Programa de Controle da Tuberculose no Estado do Rio de Janeiro
Objetivo da Consultoria:	<ul style="list-style-type: none"> • assessorar o desenho metodológico de estimativa de custos • assessorar a análise de custos • discutir os resultados • propor recomendações
Produto esperado:	Custos estimados, recomendações
Perfil do Consultor:	Doutor em Saúde Pública Especialista em custos em saúde
Duração da consultoria:	Por tarefa, dependendo da demanda da equipe do projeto
Período previsto para a Consultoria:	setembro/03 a fevereiro/04
Orçamento:	R\$ 15.000,00

PROJETO ECONOMIA DA SAÚDE
PLANO DE TRABALHO ANO II
ELABORAÇÃO DE PROGRAMA DOCENTE EM
ECONOMIA DA SAÚDE

Atividade: 2.01.20

INSTITUIÇÃO PARCEIRA: ENSP/FIOCRUZ

COORDENADOR NA INSTITUIÇÃO PARCEIRA: Maria Alicia D. Ugá

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA PROPOSTA: Maria Alicia D. Ugá e Silvia Porto

TELEFONE: 21-2598-2598

E-MAIL: domingue@ensp.fiocruz.br

CLASSIFICAÇÃO DA PROPOSTA: Capacitação

Resultado 1:	
Resultado 2:	X
Resultado 3:	

Fundo de Desafio	
Resultado 1:	
Resultado 2:	

PROJETO:

ELABORAÇÃO DE PROGRAMA DOCENTE EM ECONOMIA DA SAÚDE

1. JUSTIFICATIVA:

Desde há algum tempo, a Direção da ENSP / FIOCRUZ vem manifestando reiterado interesse em desenvolver um programa docente de maior envergadura na área de Economia da Saúde, tendo em vista que até hoje só são ministradas disciplinas do Mestrado e Doutorado na ENSP e cursos de curta duração (40 hs). Nesse sentido, em 2002 foi endereçada pela Escola de Governo em Saúde às professoras Maria Alicia D. Ugá e Silvia Porto a demanda de formular o referido programa, que contemplasse diversos níveis docentes (cursos de atualização, especialização, etc) bem como formatos docentes (cursos presenciais e à distância).

2. OBJETIVO GERAL: Desenvolver um programa docente de Economia da Saúde, no nível de Especialização e área de concentração no Mestrado.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 3.1. Desenvolver um programa docente integrado de Economia da Saúde
- 3.2. Elaborar um programa docente de ES ao nível de Especialização
- 3.3. Discutir um programa docente de ES ao nível de Mestrado

4. METODOLOGIA:

Inicialmente, havia sido proposta a seguinte metodologia **(que ainda consideramos a mais efetiva):**

- 4.1. Visitas a instituições académicas (LSE, Universidade de York, Universidad de Barcelona e Universidad Pompeu Fabra) :
Visitas de 3 dias em cada instituição, para discutir com a coordenação e os docentes dos cursos, programas docentes e formas de colaboração
- 4.2. Elaboração de uma proposta preliminar de programa docente em nível de Especialização e Mestrado, a ser discutida e aperfeiçoada com consultor na etapa 4.3.
- 4.3. Oficina de trabalho com consultor convidado (ver anexo) para desenhar o formato final do programa docente.

Note-se que as visitas docentes possibilitariam não só conhecer os programas docentes na área de ES oferecidos pelas referidas instituições, como o intercâmbio com os diversos docentes dessas instituições e, ainda, a consulta a material docente e à bibliografia mais recente produzida na área. Estreitariam-se, dessa forma, os laços de intercâmbio entre as instituições europeias mencionadas e a ENSP.

Entretanto, tendo em vista a recomendação expressa no documento de avaliação dos projetos enviado pela UGP, no sentido de "Apoiar consultoria, não apoiar visita de estudo", propomos a seguinte metodologia alternativa:

METODOLOGIA REVISADA:

4.1. Realização de oficina de trabalho com um docente de cada uma das universidades acima mencionadas, com o intuito de:

- conhecer e discutir os programas docentes em ES desenvolvidos por essas instituições;
- formular uma proposta docente em ES em nível de especialização e área de concentração no programa de mestrado e doutorado em Saúde Pública.

4.2. Formular uma proposta final docente em ES para a ENSP/FIOCRUZ.

5. DATA DE INÍCIO DA ATIVIDADE: fevereiro de 2004

6. DATA PREVISTA PARA CONCLUSÃO DA ATIVIDADE: julho de 2004

7. DURAÇÃO EM MESES:

Oficina de Trabalho na ENSP: 1 semana

Desenvolvimento do projeto na sua totalidade: 6 meses

8. CRONOGRAMA:

8.1. Preparação da oficina de trabalho: fev-mar 2004

8.2. Realização da oficina de trabalho: junho de 2004

8.3. Formulação de uma proposta final de ensino em ES: julho de 2004

9. **ORÇAMENTO**

9.1. ORÇAMENTO INICIALMENTE PROPOSTO:

Consultor internacional (passagem + diárias + taxas + honorários + estadia),
durante 1 semana: = R\$ 36.000,00
2 passagens Rio – Londres – Barcelona – Rio:R\$ 4.000,00 x 2 = R\$ 8.000,00
2 passagens terrestres Londres-York-Londres:R\$ 800,00 x 2 = R\$ 1.600,00
30 diárias (visita às instituições docentes):.....R\$ 700,00 x 30 = R\$ 21.000,00
TOTAL:.....R\$ 66.600,00

9.2. ORÇAMENTO REVISADO, A PARTIR DA REVISÃO DA METODOLOGIA

4 Consultores internacionais (passagem + diárias + taxas + honorários + estadia),
durante 1 semana (4 x R\$ 36.000,00) R\$ 144.000,00
Apoio logístico (reprodução de material, coffee-break) R\$ 1.000,00
TOTALR\$ 145.000,00

10. CONTRAPARTIDA DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE: salários das profissionais, infraestrutura da instituição, equipamentos, etc.

11. EQUIPE: Maria Alicia D. Ugá e Silvia M. Porto

**12. Disciplinas e professores de disciplinas oferecidas na área da ES na ENSP
Economia da Saúde (ENSP.03.714.1)**

Professora: Maria Alicia Domínguez Ugá

Financiamento do Setor Saúde (ENSP.03.703.1)

Professora: Silvia Marta Porto

Globalização e Economia do Setor Público no Brasil - Anos 90 (ENSP.01.746.1)

Professora Clarice Melamed

Avaliação Tecnológica e Avaliação da Qualidade de Serviços e Programas de Saúde (ENSP.03.702.1)

Professores: Letícia Krauss Silva (coord.), Claudia Maria Travassos, Elizabeth Moreira dos Santos, Joyce Mendes de Andrade Schramm, Luiz Antonio Bastos Camacho, Margareth Crisóstomo Portela, Mônica Martins e Marina Ferreira de Noronha

Complexo Industrial da Saúde: sistema de inovação, políticas e regulação

(ENSP.03.741.1) Professores: Carlos Augusto Grabois Gadelha e José Gomes Temporão

ANEXOS:

DISCIPLINAS ATUALMETNE OFERTADAS NO MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA DA ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA/FIOCRUZ

PROJETO ECONOMIA DA SAÚDE

PLANO DE TRABALHO ANO II

“JUSTIÇA NO FINANCIAMENTO DO SETOR SAÚDE” SEGUNDA FASE

Atividade: 2.01.21F

INSTITUIÇÃO PARCEIRA: ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA/
FIOCRUZ

COORDENADOR NA INSTITUIÇÃO PARCEIRA: Maria Alicia D. Ugá

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA PROPOSTA: Maria Alicia D. Ugá
(coord.) e Isabela S. Santos

TELEFONE: (21) 25982598

E-MAIL: domingue@ensp.fiocruz.br

CLASSIFICAÇÃO DA PROPOSTA:

Resultado 1:	
Resultado 2:	
Resultado 3:	

Fundo de Desafio	
Resultado 1:	
Resultado 2:	X

Sumário

1. JUSTIFICATIVA:.....	3
2. OBJETIVO GERAL:.....	4
3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	4
4. METODOLOGIA:.....	5
5. DATA DE INÍCIO DA ATIVIDADE:	6
6. DATA PREVISTA PARA CONCLUSÃO DA ATIVIDADE:.....	6
7. DURAÇÃO EM MESES	6
8. CRONOGRAMA DO ANO II:	7
9. ORÇAMENTO:.....	7
10. CONTRAPARTIDA DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE:	8
11. EQUIPE:.....	8
12. BIBLIOGRAFIA:.....	8
ANEXO 1: RELATÓRIO TÉCNICO PESQUISADORA ISABELA SOARES SANTOS.....	11
ANEXO 2: RELATÓRIO TÉCNICO CONSULTOR THIAGO R. PEREIRA.....	22
ANEXO 3: RELATÓRIO DO CONSULTOR LUCIANO PEREIRA – VERSÃO PRELIMINAR, AINDA NÃO ENTREGUE AO PES E SUJEITA À MODIFICAÇÕES	45
ANEXO 4: CURRÍCULOS DOS PESQUISADORES E CONSULTORES JÁ IDENTIFICADOS PARA A EXECUÇÃO DA SEGUNDA FASE DO PROJETO	48

1. JUSTIFICATIVA:

Este projeto constitui a Segunda Fase do projeto "Justiça no Financiamento do Setor Saúde", com duração prevista de 2 anos, projeto esse aprovado no início de 2002 pelo CPRP e já desenvolvido na sua Primeira Fase. A Primeira Fase do projeto vem sendo desenvolvida entre 01 de junho de 2002 e 30 de maio de 2003. Propõe-se desenvolver a Segunda Fase entre junho de 2003 e maio de 2004.

Deve-se mencionar que, embora a previsão do término da Primeira Fase tenha sido em 31 de maio de 2003, este projeto não sofreu interrupção, tendo em vista que foi feito um termo aditivo ao contrato da Pesquisadora Isabela Santos, por dois meses (junho e julho).

O projeto Justiça no Financiamento do Setor Saúde propõe o desenvolvimento e aplicação de método de avaliação da equidade do sistema de financiamento do setor saúde e se integra diretamente na linha diretriz do Projeto Economia da Saúde, relativa à **redução das desigualdades e promoção da equidade no sistema de saúde brasileiro**.

Este processo está sendo realizado com sucesso, a partir de uma adaptação da metodologia alternativa ao índice de "justiça no financiamento" (*fairness of financial contribution*) proposto pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2000). A referida proposta metodológica alternativa foi elaborada e desenvolvida por A. Wagstaff e Van Doorslaer *et alli* (1993 e 2001) e Ensor (1998) para países da OECD, além de Bangladesh, Vietnã entre outros.

As fases desenvolvidas no Ano I estão referidas nas seções 3 e 4 – Objetivos e Metodologia. Assim, as atividades mencionadas no Cronograma dizem respeito somente àquelas a serem realizadas no Ano II.

A metodologia que está sendo adotada visa à construção do Índice de Kakwani (explicitado na Metodologia), que permite avaliar a distribuição do ônus do financiamento do setor saúde por classe de renda e o impacto do financiamento do setor saúde sobre a distribuição da renda.

Note-se, ainda, que, conforme já apontado por diversos integrantes da reunião de Avaliação Anual do Projeto¹, seria muito interessante analisar conjuntamente os resultados da pesquisa sobre a Avaliação da Equidade na Alocação de Recursos e os desta pesquisa, caso ela venha a ser aplicada ao Estado do Rio de Janeiro. Dessa forma, analisar-se-ia o

¹ Visita técnica realizada pelo DFID com vistas a avaliar o desenvolvimento do Projeto no Rio de Janeiro, que se deu em reunião realizada na Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, com a participação da Chefia de Gabinete e da equipe que trabalha no PES nessa Secretaria, os pesquisadores da Ensp que participam de projetos inseridos no Programa-Ano I, da Direção do Departamento de Economia da Saúde do MS e da UGP e a coordenação do PES no RJ.

grau de equidade na captação dos recursos que financiam o SUS e na sua alocação, o que permitiria fazer a análise do financiamento a partir dessas duas perspectivas complementares.

2. OBJETIVO GERAL:

O objetivo geral do projeto consiste no desenvolvimento e aplicação de método de avaliação da equidade do sistema de financiamento do setor saúde no Brasil, além de, evidentemente, analisar os resultados encontrados.

Tendo em vista que o componente metodológico do projeto é o mais importante, pretende-se, ao término da pesquisa, divulgar à SES/RJ a metodologia construída de forma a fazer com que a Secretaria se aproprie desse método e possa elaborar uma proposta de realização da mesma pesquisa no âmbito do Estado do Rio de Janeiro, de acordo com a perspectiva apontada no item 1 (Justificativa).

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 3.1. Estimar a distribuição do ônus do financiamento do setor público do sistema de saúde brasileiro, ou seja: identificar a distribuição, por classe de renda, da carga tributária relativa aos impostos e contribuições sociais que financiam o SUS;
 - 3.1.1. Identificar a distribuição das despesas familiares por item de gasto, segundo classe de renda; **(JÁ REALIZADO NO ANO I)**
 - 3.1.2. Identificar a carga tributária referente aos tributos que financiam o SUS presente em cada item de gasto familiar; **(JÁ REALIZADO NO ANO I)**
 - 3.1.3. Identificar, assim, quanto foi pago pelas famílias em tributos que financiam o SUS (em nível federal, estadual e municipal); **(JÁ REALIZADO NO ANO I)**
 - 3.1.4. Identificar e analisar a distribuição desse gasto em tributos que financiam o SUS, segundo classes de renda familiar. **(REALIZADO PARCIALMENTE NO ANO I E OBJETO DE DESENVOLVIMENTO NO ANO II)**
- 3.2. Estimar a distribuição do ônus do financiamento do setor privado do sistema de saúde brasileiro, considerando o gasto privado em serviços e planos de saúde e medicamentos, dentre outros;
 - 3.2.1. Identificar e analisar a distribuição do gasto privado em saúde (serviços de saúde, planos de saúde, medicamentos e outros), segundo classes de renda familiar. Identificar e analisar a distribuição desse gasto em tributos que financiam o SUS, segundo classes de renda familiar. **(REALIZADO PARCIALMENTE NOS 2 MESES DE PRORROGAÇÃO DO ANO I)**
- 3.3. Consolidar a distribuição do ônus do financiamento (público e privado) do sistema de saúde brasileiro, por classe de renda;
- 3.4. Construir o Índice de Kakwani (ver item 4 - Metodologia);

- 3.5. A partir do Índice de Kakwani, avaliar o impacto do financiamento do setor saúde sobre a distribuição da renda no Brasil, como explicitado no item 4 (Metodologia);
- 3.6. Fazer o Relatório Final da Pesquisa;
- 3.7. Divulgar a metodologia construída à SES/RJ, através de oficina de trabalho específica;
- 3.8. Colaborar com essa SES/RJ na elaboração de uma proposta de realização da mesma pesquisa no âmbito do Estado do Rio de Janeiro.

4. METODOLOGIA:

Adotou-se, como já mencionado, a metodologia desenvolvida por Wagstaff (2001) que se propõe a avaliar o grau de equidade do sistema de financiamento do setor saúde a partir da construção do Índice de Kakwani. Este corresponde à diferença entre as curvas de concentração de renda C_1 e C_2 (ver itens 4.10, 4.11 e 4.12) e indica o impacto do financiamento do sistema de saúde sobre a distribuição de renda, sendo:

- (C_1) o nível de concentração da renda da sociedade brasileira e
- (C_2) o nível de concentração da renda disponível pelas famílias após realizado o financiamento do sistema de saúde - isto é, após o pagamento de tributos que financiam o SUS e o pagamento efetuado diretamente na compra de serviços de saúde, planos de saúde, medicamentos e outros itens que compõem o gasto privado em saúde.

Dessa maneira, esta pesquisa requer os seguintes passos metodológicos:

- 4.1. Pesquisa bibliográfica e discussão metodológica para o projeto (**JÁ REALIZADO NO ANO I**);
- 4.2. Discussão metodológica acerca do tratamento das bases de dados brasileiras mencionadas no item (**REALIZADO NO ANO I**);
- 4.3. Processamento de dados sobre receita e despesa com ações e serviços de saúde realizadas por cada nível de governo (federal, estadual e municipal). Fonte: SIOPS e IPEA (**JÁ REALIZADO NO ANO I, MAS SERÁ ATUALIZADO NO ANO II**);
- 4.4. Coleta de dados da carga tributária brasileira. Fonte: BNDES; (**JÁ REALIZADO NO ANO I**);
- 4.5. Processamento de dados sobre a distribuição dos gastos familiares, por item de despesa, segundo classe de renda (**JÁ REALIZADO NO ANO I**);
- 4.6. Elaboração de estimativa da carga tributária na matriz insumo-produto brasileira, considerando os tributos que financiam o sistema de saúde brasileiro (**JÁ REALIZADO NO ANO I**);
- 4.7. A partir de 4.4. e 4.5. estimar a carga tributária referente aos impostos e contribuições sociais que financiam o SUS presente em cada item de gasto familiar, por classe de renda (**JÁ REALIZADO NO ANO I**);

- 4.8. Processamento de dados sobre o gasto familiar em saúde, por item de gasto, com o intuito de identificar a distribuição do gasto privado em saúde. Fonte: POF/IBGE (JÁ REALIZADO NO ANO I) E PNAD-98/IBGE: A SER REALIZADO NO ANO II;
- 4.9. Derivação das curvas de concentração do financiamento do sistema de saúde (a ser realizado no Ano II);
- 4.10. Derivação das curvas de concentração da renda da sociedade brasileira (C_1);
- 4.11. Derivação das curvas de concentração da renda disponível pelas famílias após realizado o financiamento do sistema de saúde (C_2);
- 4.12. Comparação do nível de concentração da renda da sociedade brasileira (C_1) com o nível de concentração da renda disponível pelas famílias após realizado o financiamento do sistema de saúde (C_2);
- 4.13. Construção do Índice de Kakwani. O Índice de Kakwani (K) corresponde à diferença entre as curvas de concentração de renda C_1 e C_2 e indica o impacto do financiamento do sistema de saúde sobre a distribuição de renda. O índice K, baseado na diferença das curvas de concentração C_1 e C_2 é um valor entre -1 e 1. O valor positivo do K indica uma estrutura de financiamento progressiva do ponto de vista da equidade, enquanto o valor negativo indica a regressividade.

Serão construídos um K_1 para o financiamento do SUS, um K_2 para o gasto privado e um K para o financiamento do sistema de saúde brasileiro, incorporando os setores público e privado.

- 4.14. Análise dos dados, a partir da perspectiva da equidade.
- 4.15. Divulgação de resultados: oficina de trabalho junto aos técnicos da SES-RJ.

5. DATA DE INÍCIO DA ATIVIDADE:

1 de agosto de 2003.

6. DATA PREVISTA PARA CONCLUSÃO DA ATIVIDADE:

31 de julho de 2004.

7. DURAÇÃO EM MESES: 12 meses

8. CRONOGRAMA DO ANO II:

Atividade / Produto	Trimestre			
	I	II	III	IV
Processamento de dados de receita e despesa com ações e serviços de saúde realizadas por cada nível de governo (federal, estadual e municipal) – atualizações dos dados. Fonte: SIOPS		X		
Tratamento dos dados do gasto familiar em saúde em por item de gasto Fonte: PNAD/IBGE (Já realizado com a fonte POF/IBGE)	X			
Derivação da curva C ₁	X			
Derivação das curvas C ₂ tomando somente a renda disponível após o gasto privado em saúde	X	X		
Derivação das curvas C ₂ tomando somente a renda disponível após o financiamento do SUS		X	X	
Derivação da curva C ₂ final			X	
Construção do Índice de Kakwani			X	
Avaliar o impacto do financiamento do setor saúde sobre a distribuição da renda no Brasil				X
Análise dos dados, a partir da perspectiva da equidade				X
Elaboração de Relatório Final				X
Divulgação da metodologia construída à SES/RJ, através de oficina de trabalho específica				X

9. ORÇAMENTO:

Para a realização da Segunda fase da pesquisa estão previstas as despesas:

9.1. Pessoal.....R\$ 76.280,00

1 Coordenador: 0,00

1 Pesquisador: R\$ 2.940,00² x 12 meses = R\$ 35.280,00

1 Consultoria nacional: R\$ 5.000,00

1 Consultoria internacional de 40 horas/consultoria: R\$ 36.000,00
(o pacote utilizado pelo PES no ano 1 para este tipo de consultoria incluía passagens, estadia, honorários e taxas para semana, totalizando £6.000,00. Considerando £1=R\$ 6,00, este item totaliza R\$ 36.000,00)

9.2. Aquisição de Material de Consumo R\$ 2.500,00

9.3. Aquisição de material bibliográfico³..... R\$ 3.000,00

TOTALR\$ 81.780,00

² A remuneração de Isabela Santos inclui, além da participação nesta pesquisa, as suas atividades de apoio à coordenação do Projeto Economia da Saúde na ENSP.

³ Note-se que parte do material a ser adquirido é importado.

10. CONTRAPARTIDA DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE:

Como parte da contrapartida brasileira de apoio ao projeto Economia da Saúde, a instituição proponente cederá à atividade de pesquisa Justiça no Financiamento do Setor Saúde o trabalho da coordenadora do Projeto, bem como o espaço de trabalho do Departamento de Administração e Planejamento da Escola Nacional de Saúde Pública (DAPS/ENSP/FIOCRUZ) e, ainda, equipamentos (computador, impressora, xerox), material de escritório, Correios, estrutura de secretaria, acesso a Internet e E-mail.

11. EQUIPE:

- 11.1. 1 Coordenador:** M. Alicia Dominguez Ugá
Economista, MSc. Economia, Doutora em Saúde Coletiva
(*ver currículo em anexo*)
- 11.2. 1 Pesquisador com mestrado em saúde pública e experiência mínima de 5 anos de trabalho nesta área:** Isabela Soares Santos – Cientista Social, MSc. Saúde Coletiva
(*ver currículo em anexo*)
- 11.3. 1 Consultoria internacional especialista em economia da saúde e com conhecimento da metodologia utilizada nesta pesquisa:** Tim Ensor
- 11.4. 1 Consultoria nacional na área de métodos quantitativos**
(*a ser definida*)

12. BIBLIOGRAFIA⁴:

- AFONSO, J.R.; SILVEIRA, R.F.; ARAUJO, E. Carga Tributária Global: Estimativa para 2001. Rio de Janeiro: BNDES, maio de 2002- Informe-se n.º 40.
- BEAUCHAMP, D.E. "Public Health as Social Justice". In: Health and Social Justice: Politics, Ideology and Inequity in the Distribution of Disease. (Richard Hofrichter - Editor). 2003.
- BRASIL. Nota Técnica de Grupo Técnico formado por representantes governamentais. "Parâmetros consensuais sobre a implementação e regulamentação da Emenda Constitucional 29". Brasília: 2002. Mimeo.
- BRASIL. Site da Receita Federal.
- BRAVEMAN, P. "Measuring Health Inequities: The Politics of the World Health Report 2000". In: Health and Social Justice: Politics, Ideology and Inequity in the Distribution of Disease. (Richard Hofrichter - Editor). 2003.
- COBURN, D. "Income Inequality Social Cohesion, and the Health Status of Populations: The role of Neoliberalism". In: Health and Social Justice: Politics, Ideology and Inequity in the Distribution of Disease. (Richard Hofrichter - Editor). 2003.

⁴ Relação da Bibliografia utilizada na Primeira Fase do Projeto e na Proposta para a Segunda Fase da Pesquisa.

- DIEESE. Os Rendimentos do Trabalho no Brasil. São Paulo, 2001.
- ENSOR, T.; HOSSAIN, A.; MILLER, N. "funding Health Care in Bangladesh – assessing the impact of new and existing financing". Health Economics Unit, Policy, & Research Unit, Ministry of Health and family Welfare, Government of the People's Republic of Bangladesh. Research Paper, n.º 24, Maio de 2001.
- ENSOR, T.; HOSSAIN, A.; MILLER, N. "The combined incidence of taxes and public expenditures in the Philippines". World Development 26(6): 963-977. 1998.
- FERREIRA, Sérgio & ARAUJO, Erika. "Efeitos de um aumento de tributos cumulativos na competitividade nacional. Rio de Janeiro: BNDES, janeiro de 2000 (Informe SF, 10).
- GRAHAM, H. "From Science to Policy: Options for reducing Health Inequalities". In: Health and Social Justice: Politics, Ideology and Inequity in the Distribution of Disease. (Richard Hofrichter - Editor). 2003.
- IBGE (CONCLA, POF, PNAD). www.ibge.gov.br
- LYNCH, J. "Income Inequality and Health: Expanding the debate". In: Health and Social Justice: Politics, Ideology and Inequity in the Distribution of Disease. (Richard Hofrichter - Editor). 2003.
- LYNCH, J.; SMITH, G.D.; KAPLAN, G.; HOUSE, J. "Income Inequality and Mortality: Importance to Health of Individual Income, Psychosocial Environment, or Material Conditions. In: Health and Social Justice: Politics, Ideology and Inequity in the Distribution of Disease. (Richard Hofrichter - Editor). 2003.
- MEDEIROS NETO, J.S. "Tributos cumulativos". Estudo Consultoria Legislativa realizado para a Câmara dos Deputados. Agosto de 2001.
- NAVARRO, V. & SHI, L. "The political Context of Social Inequalities and Health". In: Health and Social Justice: Politics, Ideology and Inequity in the Distribution of Disease. (Richard Hofrichter - Editor). 2003.
- PEREIRA, Thiago R.; IKEDA, M. Custo Brasil – Mensurando a cumulatividade das contribuições: uma proposta metodológica. Rio de Janeiro: BNDES, junho de 2001 (Informe-se n.º 27).
- PEREIRA, Thiago R. & CARVALHO, Alexandre. Desvalorização cambial e seu impacto nos custos e preços industriais no Brasil – uma análise dos efeitos de encadeamento dos setores produtivos. Brasília: IPEA, março de 2000 (Texto para Discussão, 711).
- PRICEWATERHOUSECOOPERS. Análise da Carga Tributária no Orçamento Familiar. São Paulo: 2001.
- _____. Análise da Carga Tributária da classe média Brasileira. São Paulo: 2001.
- SIOPS (www.datasus.gov.br/sios)
- THAKUR, S.; KEEN, M.; HORVÁTH, B.; CERRA, V. Sweden's Welfare State: Can the Bumblebee Keep Flying. International Monetary Fund. Maio de 2003.
- WAGSTAFF, A. Measuring equity in health care financing: reflection on and alternatives to the WHO's fairness of financing index. World Bank: Development Research Group and Human Development Network: 2001.
- VAN DOORSLAER, E. & Wagstaff, A., 1993. Equity in the Finance and delivery of the health care: an international perspective. (OUP, Oxford).
- VAN DOORSLAER, E. *et alli*. The redistributive effects of health care in 12 OECD countries. Journal of Health Economics: 1999, 18(3).
- VIANA, S.M.; MAGALHÃES, L.C.G.; SILVEIRA, F.G.; TOMICH, F.A. "Carga Tributária Direta e Indireta sobre as Unidades Familiares no Brasil: Avaliação de sua Incidência nas Grandes Regiões Urbanas em 1996". Texto para Discussão n.º 757. Brasília, IPEA: 2000.

ANEXOS

- 1. Relatório Técnico pesquisadora Isabela Soares Santos**
- 2. Relatório Técnico consultor Thiago R. Pereira**
- 3. Relatório Técnico consultor Luciano Pereira**
- 4. Termos de Referência e Currículo dos pesquisadores e consultores já identificados para a execução da segunda fase do projeto**

ANEXO 1: Relatório Técnico pesquisadora Isabela Soares Santos

Acordo de cooperação Técnica Brasil- Reino Unido

Projeto Economia da Saúde

Objetivo 2: Melhoria da Capacidade de treinamento e pesquisa em ES desenvolvidas nas Instituições Acadêmicas relacionadas

Atividade 2.01.01: Projeto Justiça no Financiamento do Setor Saúde

INSTITUIÇÃO ACADÊMICA: ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA / FIOCRUZ

RELATÓRIO TÉCNICO ANO 1 - BOLSISTA: ISABELA SOARES SANTOS

FONTES DE FINANCIAMENTO E GASTO EM SAÚDE

A captação de recursos para o financiamento do setor saúde no Brasil é feita de forma diferenciada no setor público e no privado. O setor privado, que é composto pelo mercado de planos e seguros de saúde e pelo gasto direto das pessoas com assistência médica-hospitalar, tem o financiamento realizado pelas pessoas físicas e/ou jurídicas que decidirem utilizar seus serviços⁵. No setor público, por outro lado, a normatização existente define que a captação dos recursos financeiros para o Sistema Único de Saúde, SUS, deve ser realizada a partir da arrecadação tributária, com regras específicas por esfera de governo.

O Artigo 195 da Constituição Federal de 1988 estabelece que a seguridade social, cujo orçamento envolve o do setor saúde, deve ser financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, com base nas contribuições sociais e loterias.. As principais contribuições sociais são as contribuições sobre a folha de salários dos empregadores e dos trabalhadores; Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS); Contribuição Social sobre o Lucro das Pessoas Jurídicas (CSLL). Além destas, atualmente há também a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) que, desde 1996, financia diretamente o Setor Saúde.

Atualmente em vigor, a Emenda Constitucional n.º 29 de 2000, vincula recursos das diferentes esferas de governo para serem obrigatoriamente gastos em ações e serviços públicos de saúde, estabelecendo como percentual mínimo para o gasto próprio com saúde até 2004 de 15% da receita vinculada à saúde dos municípios e 12% dos estados e Distrito Federal. A base vinculável da receita é composta por impostos próprios e transferidos, dos quais são deduzidas as transferências constitucionais intergovernamentais, descrita na Tabela 1. A União deve aplicar em 2000 o montante de recursos empenhado em 1999, acrescidos de pelo menos 5% e no período 2001 a 2004 o valor apurado no ano anterior corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto, PIB.

⁵ Ainda há os planos de saúde para os militares e os da administração pública.

Tabela 1: Composição da Base Vinculável das Receitas dos estados e municípios para efeito do cumprimento da EC n.º 29/00

RECEITAS VINCULÁVEIS DE ESTADOS	RECEITAS VINCULÁVEIS DE MUNICÍPIOS
(+) Receitas de Impostos Estaduais	
ICMS ⁶ , IPVA ⁷ , ITCMD ⁸	IPTU ⁹ , ISS ¹⁰ , ITBI ¹¹
(+) Receitas de Impostos Transferidos pela União	
FPE ¹² , IRRF ¹³ , IPI Exportação ¹⁴ , ICMS Exportação (Lei Kandir) ¹⁵	FPM, ITR ¹⁶ , IRRF, ICMS, IPVA, IPI Exportação, ICMS Exportação (Lei Kandir)
(+) Receita de Dívida Ativa Tributária de Impostos	
(-) Transferências Financeiras Constitucionais e Legais a Municípios	
ICMS (25%), IPVA (50%), IPI Exportação (25%), ICMS Exportação - Lei Kandir (25%)	

Fonte: Nota Técnica com discussões e recomendações elaboradas por Grupo Técnico formado por representantes governamentais¹⁷: "Parâmetros consensuais sobre a implementação e regulamentação da Emenda Constitucional 29", de 2002.

Na Tabela 2 pode-se observar (i) a distribuição da Carga Tributária por tributo e esfera de governo e a Receita Disponível, ou seja, que contabiliza as transferências intergovernamentais, calculadas para os anos 2000 e 2001 pela Área de Assuntos Fiscais e de Emprego do Banco Nacional para o Desenvolvimento Econômico e Social (AFE/BNDES), (ii) a distribuição do Gasto em Saúde na esfera federal por tributo em 2000, informada pelo IPEA e; (iii) a distribuição da Carga Tributária das esferas estadual e municipal, a Receita Própria e a Vinculada dos estados e municípios, a Despesa Própria com Saúde e o Gasto Total com Saúde informados ao Sistema de Informações de Orçamentos Públicos em Saúde do Ministério da Saúde (SIOPS/MS)¹⁸.

⁶ ICMS - Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços de Transporte Interestadual e de Comunicação

⁷ IPVA - Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores

⁸ ITCMD - Imposto sobre Transmissão "Causa Mortis" e Doação de Bens e Direitos

⁹ IPTU - Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana

¹⁰ ISS - Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza

¹¹ ITBI - Imposto sobre a Transmissão Inter-Vivos de Bens e Direitos sobre Imóveis

¹² FPE - Fundo de Participação dos Estados e do DF

¹³ IRRF - Imposto de Renda Retido na Fonte

¹⁴ IPI Exportação - Imposto sobre Produtos Industrializados

¹⁵ ICMS Exportação (Lei Kandir) - Lei Complementar nº 87/96

¹⁶ ITR - Imposto Territorial Rural

¹⁷ Representantes da Secretaria de Gestão de Investimentos do Ministério da Saúde - SIS/MS, Ministério Público Federal, Conselho Nacional de Saúde - CNS, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, Comissão de Seguridade Social da Câmara Federal - CSS/CF, Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal - CAS/SF e Associação dos Membros dos Tribunais de Contas - ATRICON.

¹⁸ O objetivo desse sistema é justamente apurar as receitas totais e os gastos públicos em saúde para cada esfera de governo.

A partir dos dados do SIOPS e do BNDES foi estimado o Gasto em Saúde Total. Porém, este primeiro esforço de compilação dos dados existentes acerca das fontes de financiamento revelou alguns problemas de consistência, pois há dados ainda não disponíveis para ambos os anos de referência da Tabela 2 e poucos estados informando os respectivos dados, como pode ser verificado na disposição da metodologia abaixo.

METODOLOGIA

Carga Tributária:

Os dados da Carga Tributária e da Receita Disponível foram elaborados pela AFE/BNDES, com base nas fontes MINIFAZ; MPAS; FGTS; CONFAZ; ABRASF. Estão disponíveis por esfera de governo e tributo, para os anos 2000 e 2001

A metodologia utilizada para as contas nacionais inclui impostos, taxas e contribuições, inclusive CPMF e FGTS, bem assim dívida ativa; no cálculo definitivo considerado o conceito de arrecadação líquida, conf. extraído dos balanços contábeis. Esta estimativa se baseia nos recolhimentos de caixa e procede ajustes para competência. Para tanto, foram utilizadas as seguintes premissas:

- PIB = considerado pelo MINIFAZ (metas)
- Computada arrecadação efetiva (conceito de caixa) = receita administrada pela SRF, arrecadação bancária da previdência social e do FGTS (bruto); arrecadação informada pelo CONFAZ de ICMS/IPVA; e receita tributária municipal projetada pelas capitais de São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte.
- Estimativas preliminares para demais tributos, inclusive para deduções, restituições e incentivos fiscais.

Os valores estão em milhões correntes, com a seguinte disposição:

(a) Esfera Federal:

- ✓ IRPF (Imposto de Renda de Pessoa Física / SRF – federal)
- ✓ IRPJ (Imposto de Renda de Pessoa Jurídica / SRF – federal)
- ✓ IRRF (Imposto de Renda Retido na Fonte / SRF – federal)
- ✓ COFINS
- ✓ CPMF
- ✓ CSLL
- ✓ PIS-PASEP

(b) Esfera Estadual:

- ✓ ICMS (Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços de Transporte Interestadual e de Comunicação: Combustíveis, Serviços de comunicação, Energia elétrica e Demais arrecadações / CONFAZ- estadual)
- ✓ IPVA (Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores)
- ✓ IRRF (Imposto de Renda Retido na Fonte / SRF – federal)
- ✓ Demais tributos estaduais (ITCD, Contribuições Sociais dos Servidores/TCU, Imposto de Renda retido na Fonte, Taxas e Demais)

(c) Esfera Municipal:

- ✓ IPTU (Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana)
- ✓ ISS (Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza)
- ✓ ITBI (Imposto sobre a Transmissão Inter-Vivos de Bens e Direitos sobre Imóveis)

Transferências Intergovernamentais:

Para estes dados foi utilizado o SIOPS/MS como fonte. Os dados foram tabulados diretamente pela consulta disponibilizada no site do DATASUS (endereço: www.datasus.gov.br/siops), no dia 18/01/2003.

Os dados dos estados informados para o ano 2001 dizem respeito à apenas 6 UF: AM, AP, TO, PB, BA, MG, RJ, MS, MT e DF. Além da totalização da cota parte do FPE (Fundo de Participação dos Estados e do DF), é possível distinguir entre as transferências federais, as de IRRF (Imposto de Renda Retido na Fonte) e as de IPI (Imposto sobre Produtos Industrializados).

Para o ano 2000, foi utilizada estimativa para todas as UF, feita pela Secretaria de Investimentos em Saúde do Ministério da Saúde (SIS/MS), possível pela consolidação de alguns dados de Balanços de governos estaduais, outros do DATASUS e outros, ainda, do SIOPS, em milhões de reais correntes.

A SIS/MS também realizou uma estimativa os dados municipais referentes ao ano 2000¹⁹, onde expande a despesa municipal com saúde, a partir de dados do SIOPS referentes à então 3.275 municípios considerados consistentes, para todos os 5.507 municípios. Considerando que os municípios que não informaram ao SIOPS tivessem uma despesa com saúde de 50%, 66,6% e 100% da informada pelos municípios com dados considerados consistentes, estimou-se a despesa própria situada entre R\$ 5,8 milhões e R\$ 7,3 milhões.

Entretanto optou-se por utilizar para os municípios os dados também informados ao SIOPS, porém que não dizem respeito à totalidade de municípios, por estes dados permitirem a identificação, além da receita do FPM, das transferências estaduais do ICMS, nos anos base 2000 e 2001. Não estão disponíveis as transferências federais do IR e do IPI. A consistência destes dados municipais diz respeito a 4.529 municípios em 2001 e 3.660 em 2000.

Gasto com Planos de Saúde:

O gasto com Planos e Seguros de Saúde é a receita que as Operadoras de planos privados de assistência à saúde e as Seguradoras especializadas em saúde informam à ANS. Inclui os pagamentos efetivados para os planos de contratação individual e os de coletivo, o que contempla ambos os gastos das pessoas físicas e das jurídicas. Os dados neste trabalho foram obtidos pela deflação dos dados referentes ao ano 2001 para o ano 2000.

Gasto Direto das Famílias:

O gasto direto das famílias com saúde foi feito com base na PNAD de 1998. Os valores foram inflacionados para 2000 e subtraiu-se do total (R\$ 47,9 bi) os gastos declarados no item planos e seguros de saúde (de R\$ 15,8 bi).

Gasto Total em Saúde:

O gasto total em saúde foi calculado somente para o ano 2000 e considerado a somatória do gastos abaixo:

- ✓ Gasto em saúde - esfera federal de governo: informado pelo IPEA
- ✓ Gasto em saúde - esfera estadual de governo: estimativa SIS/MS
- ✓ Gasto em saúde - esfera municipal de governo: receita vinculada informada ao SIOPS por 3.660 municípios
- ✓ Gasto com planos de saúde (famílias e empresas)

¹⁹ Metodologia explicitada na Nota Técnica SIS/MS de 08 de agosto de 2002.

- ✓ Gasto direto das famílias

RESULTADOS

O produto da arrecadação tributária própria dos municípios, significa 4,8% do total da arrecadação tributária da esfera pública. Como o conceito de receita disponível incorpora as transferências intergovernamentais repassadas e recebidas por cada esfera de governo, dadas as transferências federais e estaduais realizadas para os municípios, estes passam, a ter uma receita disponível de 16,9% do total, sendo assim os maiores beneficiado da Repartição das Receitas Tributárias estabelecida na Constituição Federal de 1988 (Título VI, Capítulo I, Seção VI).

No caso das UF, a receita disponível diminuiu em relação à arrecadação própria, passando de 27,9% para 26,3% do total da arrecadação tributária da esfera pública, enquanto a União passou de 67,3 para 56,8%. A relação entre a receita disponível e a arrecadação própria no total da arrecadação tributária das três esferas de governo, foi praticamente a mesma nos anos 2000 e 2001²⁰.

Os dados da composição das fontes de recursos financeiros para o setor saúde na esfera federal são conhecidos e podem ser obtidas pelas informações computadas no sistema de informações orçamentárias do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (SIDOR/MPOG) e no sistema de informações fiscais do Ministério da Fazenda (SIAFI/MF). Estes dados são consolidados pelo DISOC/IPEA anualmente.

No caso das esferas estaduais e municipais as informações da composição das fontes de recursos financeiros não são plenamente conhecidas. Assim, não se sabe exatamente qual a participação de cada tributo no financiamento das ações e serviços de saúde do SUS das UF e dos municípios.

Neste sentido, foi feito um exercício para estimar a receita disponível para a saúde nas esferas estadual e municipal, por tributo que financiam o setor, assumindo que:

- Para as UF, considerou-se que esta receita seria o equivalente ao que esta esfera de governo deveria gastar de acordo com a EC n.º 29, ou seja, 12% dos tributos ICMS, IPVA, mais o FPE e as transferências do ICMS-ex em 2000 e, pela disponibilidade de dados, inclui-se o ITCMD para o cálculo no ano 2001;
- Para os municípios, considerou-se que a receita seria o equivalente ao que deveriam gastar de acordo com a EC n.º 29, ou seja, 15% dos tributos ISS, IPTU, mais o FPM e a transferência estadual do ICMS em 2000 e, pela disponibilidade de dados, inclui-se o ITBI para o cálculo no ano 2001;
- a informação da arrecadação do tributos provém do BNDES;
- as informações do FPE, FPM, bem como das transferências intergovernamentais provém do SIOPS cuja representatividade varia de um ano para outro;
- considerou-se que UF e Municípios gastam igual porcentagem em saúde dos tributos carimbados para este setor, independente do tributo.

Esta estimativa do gasto resultaria em R\$ 12,8 bi²¹ estados em 2001 e R\$ 10,5 bi²² em 2000, valor bastante superior ao informado ao SIOPS. No caso dos municípios, os valores seriam significativamente mais próximos ao informado ao SIOPS, correspondendo a R\$ 7,5 bi²³ em 2001 e R\$ 5,8 bi²⁴ em 2000.

²⁰ Fonte: BNDES

²¹ Considerados: ICMS, IPVA e ITCD - Fonte: BNDES. FPE e Transferência ICMSex - fonte SIOPS.

²² Considerados: ICMS e IPVA - fonte: BNDES.

²³ Considerados: ISS, IPTU e ITBI - fonte BNDES. FPM e Transferência estadual do ICMS - fonte SIOPS.

Entretanto, para calcular o Gasto Total em Saúde, optou-se por utilizar os dados mais verossímeis, motivo pelo qual neste momento o cálculo foi feito apenas para o ano 2000, resultando em R\$ 85,1 bilhões. Esse cálculo considerou a somatória do gasto com planos e seguros de saúde de R\$ 17,3 bi, do gasto direto das famílias de R\$ 32 bi e do gasto público total que significa R\$ 35,7 bi e considera as estimativas do SIOPS para os estados, a informação crua de 3.660 municípios e a fonte de financiamento informada pelo IPEA, conforme Tabelas 3 e 4.

Tabela 3: Distribuição do Gasto Público em Saúde por esfera de governo e ano

ESFERA DE GOVERNO / Ano	2001		2000	
	R\$ milhões	%	R\$ milhões	%
União (1)	23.616	67,6	23.616	66,0
Estados (2)	2.843	8,1	6.294	17,6
Municípios (3)	8.491	24,3	5.868	16,4
TOTAL PÚBLICO	34.950	100,0	35.778	100,0

Fonte: Tabela 2

Notas:

- (1) Assumiu-se o Gasto em Saúde da União o mesmo informado como fonte de financiamento pelo IPEA para 2000.
- (2) Dados *Ano 2000* - Estimativa para todas as UFs elaborada a partir de dados do SIOPS, pela SIS/MS.
Ano 2001 - Dados tabulados diretamente do SIOPS, referentes a 10 UF (AM, AP, TO, PB, BA, MG, RJ, MS, MT e DF) e tabulados diretamente do sistema no dia 18/01/2003. Dados relativos às despesas próprias, não constando as transferências SUS.
- (3) Dados informados ao SIOPS e tabulados diretamente do sistema no dia 18/01/2003. São relativos às despesas próprias, não constando as transferências SUS. Considerou-se apenas os dados consistentes, que correspondem a 3.660 municípios em 2000 e a 4.529 em 2001.

Tabela 4: Composição do Gasto em Saúde no Brasil em 2000

	R\$ Milhões	%
Gasto Público Total	35.778	42,01
Gasto com Planos e Seguros de Saúde	17.320	20,34
Gasto direto das Famílias	32.070	37,65
Gasto Total	85.168	100,00

Fonte: Tabela 2

²⁴ Considerados: ISS e IPTU – fonte BNDES. FPM e transferência estadual do ICMS - fonte SIOPS.

METODOLOGIA PARA ESTIMAR A EQUIDADE DA CAPTAÇÃO DOS RECURSOS PARA O SETOR SAÚDE

Esta parte da pesquisa desenvolve metodologia para estimar a equidade do financiamento do setor saúde no Brasil sob o ponto de vista da captação de recursos financeiros, com base na proposta metodológica alternativa ao índice de justiça no financiamento do setor saúde proposto pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2000), elaborada e já desenvolvida por Wagstaff (2001), van Doorslaer *et alli* (1993) e Ensor (1998) para diversos países da OECD, além de Bangladesh, Vietnã entre outros.

Esta metodologia propõe um modelo para avaliar o impacto redistributivo do financiamento do setor Saúde e terá seu desenvolvimento terminado no segundo ano da Pesquisa. Para tanto, requer a utilização de dados que informem a concentração da renda antes e após realizado o gasto em saúde, gerando um indicador que dirá não sobre a renda disponível, mas sobre a renda líquida após realizado o gasto em saúde, que contempla o caráter catastrófico, ou seja, não previsível do gasto em saúde, e o compulsório isto é, involuntário.

a) A Arrecadação Tributária e as Fontes de Financiamento do Setor Saúde

Para mensurar o peso dos tributos que financiam o setor saúde nos gastos familiares por classe de renda, serão analisados os impostos que compõem (i) o Orçamento da Seguridade Social e que posteriormente se destinam ao setor saúde, (ii) os Orçamentos Estaduais e (iii) os Orçamentos Municipais.

Coletou-se os dados da participação dos principais tributos na arrecadação, por esfera de governo, e na Tabela 5 é possível ver sua distribuição nos anos 2000 e 2001.

Tabela 5: Distribuição do peso da participação dos principais tributos, por esfera de governo, anos 2000 e 2001

Fonte: Tabela 2

ITENS POR ESFERA DE GOVERNO	2001				2000			
	R\$ milhões correntes (5)	% do PIB	% do Total Públ.	% por esfera de gover.	R\$ milhões correntes (5)	% do PIB	% do Total Públ.	% por esfera de gover.
PIB	1.184.769	100,0			1.086.515	100,0		
TOTAL PÚBLICO	403.647	34,1	100,0		354.998	32,7	100,0	
UNIÃO	271.780	22,9	67,3	100,0	238.768	22,0	67,3	100,0
Receita Dispon. (após transfer. Interg.)	229.271	19,4	56,8	84,4	201.639	18,6	56,8	84,4
IR	64.908	5,5	16,1	23,9	56.397	5,2	15,9	23,6
IRPF	4.058	0,3	1,0	1,5				-
IRPJ	16.984	1,4	4,2	6,2				-
IRRF	43.866	3,7	10,9	16,1				-
COFINS	46.364	3,9	11,5	17,1	39.903	3,7	11,2	16,7
IPI	19.456	1,6	4,8	7,2	18.839	1,7	5,3	7,9
CPMF	17.197	1,5	4,3	6,3	14.545	1,3	4,1	6,1
CSLL	9.366	0,8	2,3	3,4	9.278	0,9	2,6	3,9
Outros	114.490	9,7	28,4	42,1	99.806	9,2	28,1	41,8
Sub-Total	157.291	13,3	39,0	57,9	138.962	12,8	39,1	58,2
ESTADOS ARRECAÇÃO DIRETA	112.542	9,5	27,9	100,0	98.387	9,1	27,7	100,0
Receita Dispon. (após transfer. Interg.)	106.159	9,0	26,3	94,3	93.364	8,6	26,3	94,9
ICMS	94.197	8,0	23,3	83,7	82.267	7,6	23,2	83,6
IPVA	6.285	0,5	1,6	5,6	5.293	0,5	1,5	5,4
ITCD	367	0,0	0,1	0,3				-
Outros	11.693	1,0	2,9		10.827	1,0	3,0	
Sub-Total	100.849	8,5	25,0	89,6	87.560	8,1	24,7	89,0
MUNICÍPIOS ARRECAÇÃO DIRETA	19.324	1,6	4,8	100,0	17.844	1,6	5,0	100,0
Receita Dispon. (após transfer. Interg.)	68.216	5,8	16,9	353,0	59.995	5,5	16,9	336,2
ISS	7.213	0,6	1,8	37,3	6.549	0,6	1,8	36,7
IPTU	5.619	0,5	1,4	29,1	5.232	0,5	1,5	29,3
ITBI/e	1.074	0,1	0,3	5,6				
Outros	5.418	0,5	1,3		6.063	0,6	1,7	34,0
Sub-Total	13.906	1,2	3,4	72,0	11.781	1,1	3,3	66,0

b) Identificação dos principais tributos a serem incorporados no modelo

Para identificar os tributos que foram utilizados no desenvolvimento da metodologia, foi necessária a análise do peso da participação de cada tributo entre os que financiam o setor saúde na arrecadação de cada esfera de governo.

No caso da esfera federal, os dados da composição das fontes de recursos financeiros para o setor saúde na esfera federal são conhecidos e puderam ser obtidas pelas informações computadas no sistema de informações orçamentárias do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (SIDOR/MPOG) e no sistema de informações fiscais do Ministério da Fazenda (SIAFI/MF). Estes dados são consolidados pelo DISOC/IPEA anualmente.

No caso das esferas estaduais e municipais as informações da composição das fontes de recursos financeiros não são plenamente conhecidas. Assim, não se sabe exatamente qual a participação de cada tributo no financiamento das ações e serviços de saúde do SUS das UF e dos municípios.

Por este motivo, definiu-se que, entre os tributos que estão vinculados ao financiamento do setor saúde na esfera estadual e na municipal, serão utilizados para esta pesquisa aqueles que participam com maior peso no total da arrecadação tributária de cada nível de governo. A Tabela 5 que apresenta a arrecadação direta desses tributos subsidia a decisão de utilizar

- entre os arrecadadas na esfera federal, a CPMF, a COFINS, a CSLL e, dado que os Fundos de Participação Estadual e Municipal (FPE e FPM) são compostos pela transferência de parte da arrecadação do IRRF e do IPI, também vamos considerar o IR e o IPI. Estes tributos representam 58,2% e 57,9% da arrecadação da esfera federal nos anos 2000 e 2001, respectivamente.

- no nível estadual, os impostos ICMS e IPVA participam com 89% da arrecadação nesta esfera;
- na esfera municipal a participação do ISS e do IPTU representa em torno de 66% da arrecadação nestes anos. Entretanto, devido ao nível de precariedade dessa informação na POF e, ainda, a baixa participação destes tributos no financiamento do SUS, optou-se por desconsiderá-los.

c) Peso dos tributos selecionados no gasto familiar

Para mensurar o peso dos tributos selecionados nos gastos familiares, está sendo utilizada a Pesquisa de Orçamentos Familiares do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (POF-IBGE) que é uma pesquisa domiciliar por amostragem que investiga informações sobre despesas e recebimentos que compõem os orçamentos familiares. A POF identifica os gastos com os diferentes itens que compõem a cesta de consumo familiar, a partir da qual nos propomos a atribuir o peso dos tributos nos gastos familiares por classe de renda das famílias.

A última POF-IBGE disponível teve os dados coletados entre 1º de outubro de 1995 e 30 de setembro de 1996, sendo a data de referência 15 de setembro de 1996. A amostra abrangeu 16.013 domicílios em 10 regiões metropolitanas (Regiões Metropolitanas de Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba, Porto Alegre, Distrito Federal e Município de Goiânia).

A POF 2002/2003 está em fase de trabalho de campo, com previsão para coleta até julho de 2003 e, para primeiros resultados, dezembro de 2003. Em relação à versão 1995/1996, esta nova contém acréscimo de variáveis, expansão da abrangência geográfica para o nível nacional (inclui área rural e todas as capitais do país).

Como a nova versão da POF ainda não está publicada, este trabalho utiliza os dados da versão de 1995/1996, com a sugestão de que seja atualizado quando estiver disponível a POF mais atualizada.

Para tanto, os dados da versão utilizada foram inflacionados tendo o ano 2000 como base. Para o cálculo da incidência da tributação sobre os itens de despesa da POF, também foram utilizadas as alíquotas referentes ao ano 2000.

d) Cálculo da carga da tributação

Pretendia-se apurar as despesas efetuadas com os impostos diretos IR, IPVA e IPTU, com base nas informações prestadas pelas pessoas entrevistadas à POF. Entretanto, tendo em vista a precariedade dessa informação na pesquisa de orçamentos familiares, desconsideraram-se o IPVA e o IPTU, como acima apontado. No que diz respeito ao IR, ainda será elaborada uma estimativa, a partir de metodologia que ainda está em discussão.

Para os tributos indiretos como IPI, ICMS, ISS, COFINS, CPMF e CSLL, que incidem sobre as várias fases de produção e comercialização de serviços e produtos, as características do processo produtivo de cada produto devem ser consideradas para estimar as **cadeias de tributação** acumuladas até que sejam fornecidas ao consumo, o cálculo do peso se torna mais complexo.

Foi realizada pesquisa bibliográfica para identificar outros trabalhos neste sentido e verificou-se que há poucas estimativas acerca da cumulatividade dos tributos por produto. Não foi encontrado qualquer trabalho que analise a cumulatividade por nível de renda familiar, sugerindo que haja poucos precedentes a este.

Entretanto, os trabalhos de Pereira (2001), Pricewaterhouse Coopers (2001) e Viana et alli (2000) elaboraram e desenvolveram diferentes metodologias. Para este trabalho, definiu-se a utilização da metodologia já desenvolvida por Pereira (2001) que estima a cumulatividade na incidência da carga tributária dos produtos de forma mais adequada às necessidades desta pesquisa, permitindo a inclusão de alguns tributos e exclusão de outros no cálculo, ao mesmo tempo que é possível ter o resultado produto e setor industrial, definidos pelo IBGE na mesma conformidade da CONCLA.

Esta estimativa foi feita a partir dos tributos Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS), PIS/Pasep e Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF). Como no caso da presente pesquisa os tributos indiretos que serão considerados no financiamento do setor saúde são COFINS, CPMF, Contribuição Social sobre o Lucro das Pessoas Jurídicas (CSLL), e Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), foi necessária a exclusão do PIS/Pasep e a inclusão do ICMS e da CSLL na metodologia desenvolvida em Pereira (2001), para então gerar uma matriz de insumo-produto estimando a carga tributária incidida no consumo de bens e serviços por setor industrial, que cada classe de renda teria

Os itens de despesa da POF foram agrupados por setor industrial conforme a classificação da Comissão Nacional de Classificação de Atividades (CONCLA, disponível no site do IBGE, endereço <http://www.ibge.gov.br/concla/>) para que serem compatíveis com a matriz de fluxos das Contas Nacionais do IBGE que originou a estimativa da carga tributária de cada setor.

e) Metodologia Aplicação da Alíquota

A aplicação das alíquotas dos tributos utilizados, por grupo de itens de gasto familiar, no desenvolvimento da metodologia sobre os gastos familiares, foi feita respeitando as regras de cada tributo definidas na legislação concenente, respeitando a definição de ano-base da pesquisa (2001) e estimando uma alíquota média por setor industrial utilizado na matriz.

Esta parte da pesquisa está sendo desenvolvida juntamente com a elaboração da matriz insumo-produto que estimará a carga tributária dos tributos indiretos.

Este relatório da Pesquisa não contempla todos os seus resultados pelo motivo de esta ainda estar em desenvolvimento. No segundo ano da pesquisa os dados acima comentados serão novamente coletados, tendo seu conteúdo atualizado como no caso do SIOPS. Por outro lado, o cálculo do peso dos tributos que financiam o setor saúde nesta pesquisa selecionados já terá sido realizado, o que permitirá realizar a derivação das curvas de concentração do financiamento do sistema de saúde para poder construir o índice de Kakwani. Com isso será analisado o impacto do financiamento do setor saúde sobre a distribuição de renda no Brasil, inclusive a partir da perspectiva da Equidade.

Rio de Janeiro, 12 de junho de 2003.

Isabela Soares Santos

ANEXO 2: Relatório Técnico consultor Thiago R. Pereira

ACORDO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA BRASIL- REINO UNIDO

PROJETO ECONOMIA DA SAÚDE

OBJETIVO 2: MELHORIA DA CAPACIDADE DE TREINAMENTO E PESQUISA EM ES DESENVOLVIDAS NAS INSTITUIÇÕES ACADÊMICAS RELACIONADAS **ATIVIDADE 2.01.01: PROJETO JUSTIÇA NO FINANCIAMENTO DO SETOR SAÚDE**

INSTITUIÇÃO ACADÊMICA: ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA / FIOCRUZ

RELATÓRIO TÉCNICO - CONSULTOR: THIAGO PEREIRA

Medição da Cumulatividade das Contribuições Sociais e avaliação de efeitos distributivos da tributação indireta

O presente trabalho procura contribuir com a discussão sobre os efeitos distributivos do sistema tributário brasileiro – em particular focando no impacto de um grupo específico de tributos de grande relevância no financiamento da seguridade social no Brasil. Ele procura desenvolver e aplicar uma metodologia baseada no cruzamento de dados referentes a POF – referentes ao perfil da cesta de consumo das famílias em distintas faixas de renda – com uma avaliação do conteúdo de oneração específica por produto. Esta carga de tributos específica por produto decorre de um sistema tributário onde combinam-se mecanismos de tributação indireta incidentes sobre o valor adicionado com mecanismos incidentes em cascata que, além de novíços sob a ótica da alocação de recursos e da competitividade dos produtores nacionais, por serem cumulativos, acarretam efeitos distributivos relevantes. Estes efeitos distributivos decorrem do fato de que o conteúdo de tributos “escondido” sob a estrutura de custo dos bens finais depende do desenho e das características específicas das cadeias de produção locais.

O trabalho envolve a justaposição de duas etapas que podem ser vistas como sendo analiticamente separadas. A primeira etapa procura mensurar os efeitos da cobrança de determinados tributos – em particular aqueles de natureza cumulativa – sob a perspectiva dos custos e preços setoriais. Aplica-se metodologia desenvolvida por Pereira e Ikeda (2001) que permite mensurar o efeito acumulado das contribuições sociais sobre os custos e preços dos bens finais no Brasil. Estas são baseadas na matriz de insumo produto do IBGE. As estimativas do efeito da cumulatividade das contribuições são desagregadas para um grupo de tributos de interesse. Estas estimativas geram a informação específica sobre qual é o conteúdo de impostos indiretos “embutido” no custo e preço final dos bens – expressos com o grau de desagregação permitido pela matriz de insumo produto.

A outra etapa do trabalho envolve a utilização de informações oriundas da POF permitindo a caracterização do perfil da cesta de consumo das famílias brasileiras por faixa de renda. As informações da POF permitem identificar, grosso modo, o peso que cada item possui na estrutura dos gastos das famílias.

O trabalho promove a justaposição dos dois blocos de informação – referente ao conteúdo de tributos indiretos embutido no preço final dos bens – agregados segundo a classificação setorial utilizada na matriz de insumo produto – com a caracterização do perfil da cesta de consumo desagregada por faixa

de renda. Ou seja, uma vez "caracterizado" o perfil da cesta de consumo das famílias – identificando o peso que os bens provenientes de cada setor matriz possuem em seu consumo, foi possível cruzar as informações. Desta sorte, a estimativa do conteúdo de impostos indiretos de natureza cumulativa embutido no custo e preço dos bens finais – por setor matriz – foi aliada à avaliação do peso que os produtos originários de cada "setor" matriz possuem na cesta de consumo das famílias. Esta justaposição permitiu a construção de estimativas identificando o conteúdo específico de impostos indiretos que está embutido no consumo das famílias em distintos estratos de renda – gerando assim a informação básica para subsidiar as análises referentes ao efeito distributivo da tributação no Brasil. Ela permite mensurar o conteúdo de tributos indiretos ligados ao financiamento da saúde embutido no consumo das famílias. O trabalho procura gerar uma primeira aproximação ao tema, avaliando e propondo uma metodologia de mensuração do conteúdo de tributos indiretos – cumulativos e não cumulativos – embutidos no gasto das famílias em distintos estratos de renda.

A mensuração da cumulatividade das contribuições²⁵:

O objetivo deste anexo é descrever a metodologia desenvolvida e aplicada por Pereira e Ikeda (2001) para quantificar o impacto cumulativo dos tributos incidentes sobre o faturamento ou a receita e a movimentação financeira geral das empresas produtivas. Para tanto tomou-se por base a matriz de insumo-produto apurada pelo IBGE para 1996. As estimativas foram realizadas de forma desagregada para um grupo de tributos de interesse, englobando a CPMF e o Cofins, de natureza cumulativa .

As estimativas realizadas referem-se a duas contribuições sociais cobradas pela União, vinculadas ao financiamento de programas da seguridade social. A primeira das contribuições – COFINS (3%) – possui como base de cálculo a receita de vendas. A segunda, a CPMF, incide sobre os débitos bancários. Esta, entretanto, alcança a mesma base das demais sob a hipótese de que toda receita recebida pelas vendas gera uma movimentação financeira no mínimo de igual montante (no pagamento dos insumos, da folha salarial, dos impostos, dos lucros ou em seu reinvestimento). Sendo a CPMF aplicada com sua alíquota máxima (0,38%), deduz-se que a simples soma das duas contribuições em tela onera diretamente em 3,38% o faturamento das empresas brasileiras.²⁶

A proposta aqui é, porém, avaliar também os efeitos indiretos da tributação cumulativa, ou seja, mensurar também o ônus suportado por cada "produto" nacional, decorrente da cobrança das referidas contribuições sociais, ao longo de sua cadeia produtiva doméstica. Em outras palavras, procura-se responder a seguinte questão: qual é a magnitude da carga de tributos imposta à produção nacional decorrente da cobrança dos tributos com incidência em cascata, notadamente da COFINS, e CPMF?²⁷ Este efeito se decompõe em uma parcela direta (recolhida pelo próprio produtor com base em seu faturamento), e outra indireta. O componente indireto decorre do acúmulo destes tributos ao longo das cadeias de produção, sendo o peso total desta oneração indireta oculto e desconhecido dos próprios produtores.

A metodologia utilizada visa captar os efeitos de encadeamento detonados a partir de um choque tributário inicial aplicado em uma economia até então livre dos efeitos da cumulatividade.²⁸ Este cálculo

²⁵ Esta Seção corresponde a versão modificada e ampliada de Pereira, T. R. e Ikeda, M. (2001)

²⁶ Ver, no entanto, a nota de rodapé nº 5.

²⁷ Para uma abordagem recente desse tema, embora limitada aos efeitos sobre a competitividade da produção nacional decorrentes da majoração da alíquota da Cofins (em 1%) e da prorrogação da cobrança da CPMF, aprovados ao final de 1998, ver S. G. Ferreira e E. A. Araújo (2000).

Vale destacar a diferença de enfoques. Enquanto aquele estudo se limitava à incidência marginal, a carga direta e indireta acrescida por conta das duas elevações de tributos mencionadas, o presente trabalho procura estimar os efeitos totais da vigência dos principais tributos cumulativos sobre a competitividade da produção nacional.

²⁸ A metodologia ora proposta representa uma adaptação da idéia utilizada em T. R. Pereira e A. Carvalho (2000), visando estimar a sensibilidade dos custos e preços industriais aos movimentos permanentes da taxa de câmbio. Naquele estudo enfoca-se a propagação da pressão de custos imposta pela mudança cambial através da análise dos efeitos da importação de insumos dentro das cadeias produtivas.

A adaptação relevante diz respeito à necessidade de, mediante um expediente recursivo, "limpar" os próprios coeficientes da matriz. Esta adaptação é necessária visto serem os próprios coeficientes técnicos "transformados" pelos efeitos da incidência em cascata – o que se procura medir - sobre o valor da produção e do consumo intermediário setoriais. Por outro lado foi preciso incorporar o fato de

indica os efeitos totais que seriam gerados sobre os custos e preços dos setores produtivos pela vigência de um tributo cumulativo incidente sobre o faturamento das empresas, uma vez computados todos os efeitos de realimentação relevantes. Este resultado nos fornece, portanto, a oneração total inscrita na cumulatividade destes tributos, dado o vetor de alíquotas e a estrutura da economia, tal como descrita pela matriz de insumo-produto disponível. A seguir é feita uma descrição sumária da modelagem adotada.

Os efeitos de encadeamento da tributação cumulativa

A mensuração dos efeitos cumulativos das contribuições sociais pode ser realizada, tendo-se como ponto de partida, a seguinte formulação básica:

$$\text{Impacto indireto de primeira ordem: } A^* \times T' \quad (1)$$

Impacto indireto total:

$$= \lim_{N \rightarrow \infty} [A^* T' + A^{*2} T' + A^{*3} T' + \dots + A^{*N} T'] = \quad (2)$$

$$= A^* [I + A^* + A^{*2} + \dots + A^{*N}] T' = \quad (3)$$

$$= A^* [I - A^*]^{-1} T' \quad (4)$$

Impacto total (direto e indireto)

$$K^* = T' + A^* [I - A^*]^{-1} T' \quad (5)$$

$$\text{Sendo: } T' = T + \{ \langle T \rangle (A^* [I - A^*]^{-1} T) \} \quad (6)$$

$A^* \Rightarrow$ Matriz de coeficientes técnicos domésticos "limpa" de impostos (42×42)

$T' \Rightarrow$ Vetor de alíquotas ajustado pela ampliação da base de incidência do tributo (42×1)

$T \Rightarrow$ Vetor de alíquotas (42×1) – alíquotas nominais ponderadas pelo peso do setor formal no valor da produção setorial

$\langle T \rangle \Rightarrow$ Vetor T diagonalizado: alíquotas descritas em T na diagonal principal (42×42)

A expressão 4 fornece uma medida global dos efeitos de encadeamento derivados do "choque de custos" imposto aos produtores com a "criação" de tributos sobre o faturamento das empresas. A imposição de um tributo incidente sobre o faturamento majora, dado o preço do produtor original líquido de impostos, os preços de mercado dos seus bens. Esta elevação, que corresponde à parcela originalmente recolhida junto às autoridades fiscais, contamina os custos dos setores que demandem estes bens como insumos no processo produtivo ($A^* \times T$). Supõe-se que a pressão de custos imposta a estes setores acaba sendo transferida para o preço dos seus bens, o que realimenta a pressão sobre os custos dos demais setores que demandem insumos deles provenientes ($A^* T$), e assim sucessivamente.

Os preços de mercado crescem, em um primeiro momento, porque se aplicam as alíquotas nominais sobre os valores prévios – limpos dos efeitos da tributação. Em um segundo momento, os preços de mercado voltam a ser majorados porque os custos de aquisição dos insumos junto aos produtores nacionais se elevam em virtude deste impulso original ($A^* \times T$). Este movimento, por seu turno, impõe uma pressão adicional sobre preços dos setores. Esta elevação dos preços de mercado transmite-se novamente para os custos dos demandantes de insumos domésticos e assim sucessivamente.

resultado deste efeito multiplicador indica quais são os níveis totais de oneração decorrentes da tributação cumulativa, relativamente aos preços praticados pelos

que a cobrança de tributos cumulativos – incidentes sobre o faturamento das empresas - infla a base de incidência do próprio tributo.

setores, uma vez esgotados os efeitos de realimentação detonados a partir da aplicação das alíquotas nominais descritas no vetor T. É importante frisar que o cálculo dos efeitos totais acumulados em virtude da imposição do tributo deve ser realizado a partir dos valores "originais líquidos de impostos".

O vetor coluna T(42 X 1) descreve as alíquotas nominais ajustadas pelo grau de informalidade das duas contribuições incidentes sobre o faturamento e a movimentação financeira: no agregado, partiu-se da alíquota nominal direta de cada contribuição.²⁹ (No caso da CPMF, foi assumido que cada operação de compra de insumos corresponde a uma transferência financeira taxada com a alíquota relevante). Esta alíquota nominal de 3% da COFINS foi ajustada pelo peso que o chamado "setor informal" possui no valor da produção setorial – segundo os parâmetros apurados em tabulação especial do IBGE.³⁰ Por definição o "setor informal" não recolhe estes tributos, a despeito de ser considerado indiretamente nas estimativas de valor da produção setorial das contas nacionais. Desta forma, em setores onde é grande a "informalidade", a alíquota nominal deve ser adaptada para refletir a carga efetiva transmitida aos setores que dele demandam insumos.

A matriz A* apresenta os coeficientes técnicos domésticos em uma situação "sem impostos cumulativos". Ela foi criada a partir de uma transformação imposta a matriz original fornecida pelo IBGE. Esta transformação, que será explicada em detalhes adiante, visa limpar os valores gravados na matriz dos efeitos dos tributos cumulativos. A matriz é quadrada, atividade X atividade, possuindo 42 setores (A(42 X 42)). Ela é um retrato das relações de fornecimento vigente entre os setores. Ela revela quão intensamente cada setor adquiriu insumos domésticos originários de todos os demais setores da economia (cada coeficiente, A_{xy} , é obtido pela razão entre a parcela do consumo intermediário do setor Ax oriundo do setor Ay dividido pelo valor da produção do setor Ax).

Para ilustração, imagine uma firma hipotética que, numa economia sem impostos cumulativos, produza uma determinada quantidade de mercadorias vendidas por 100 unidades monetárias (preço recebido pelo produtor). O consumo intermediário desta empresa é inicialmente 50 e o valor adicionado corresponde a outras 50 unidades

²⁹ O vetor de alíquotas nominais difere do montante de 3,038% - soma simples das alíquotas - em virtude do fato de que a CPMF incide sobre os montantes de COFINS e PIS, IPI, ICMS etc recolhidos pelas empresas e de que a COFINS incide "por dentro". Desta forma, a alíquota nominal usada não é a soma simples destas contribuições (3% + 0,38%).

As exceções respeitam à administração pública, com alíquota de 1% do PASEP, e aos serviços privados não-mercantis, que, grosso modo, recolhem apenas 1% da folha de pagamento referente ao PIS (o valor referente a 1% dos salários setoriais em 1996 foi ajustado para gerar a alíquota de 0,81% sobre o faturamento correspondente) e 0,38%, a título de CPMF.

No cálculo das alíquotas efetivas ponderou-se a alíquota nominal pelo peso da "informalidade" no setor. A alíquota nominal da COFINS somada à do PIS/PASEP, ao todo 3,65%, foi multiplicada pelo peso da parcela formal do valor da produção setorial. Este valor foi somado a alíquota cheia do CPMF (que atinge a produção formal e informal). A única exceção diz respeito ao setor agropecuário – que por razões metodológicas específicas é considerado pelo IBGE como pertencendo integralmente ao setor institucional famílias. Neste caso, a alíquota aplicada foi obtida a partir dos valores recolhidos de COFINS e PIS/PASEP pelo setor em 1995, segundo os dados do IRPJ. Estes valores foram confrontados com o valor da produção da matriz de insumo-produto em 1995 e ajustados proporcionalmente a elevação da alíquota nominal da COFINS de 2% para 3%.

³⁰ A Tabulação especial identificando o peso do setor informal no valor da produção foi fornecida pelo DECNA/IBGE.

monetárias. A criação de uma contribuição incidente sobre o faturamento com alíquota hipotética de, digamos, 5%, afeta as empresas locais direta e indiretamente. Com a mesma base de vendas, o setor seria obrigado a recolher às autoridades fiscais, em um primeiro momento, 5 unidades monetárias, dado o preço inicial do produtor.

O preço de mercado da produção passa, neste primeiro momento para 105 unidades monetárias. Adicionalmente, se a mesma alíquota é aplicada sobre seus fornecedores domésticos, o custo de aquisição dos insumos será majorado inicialmente em 5%, passando de 50 para 52,5 unidades monetárias.

Admitindo a transferência desta pressão de custos para os preços do produtor, mantendo o valor adicionado desta empresa hipotética constante, estes passariam para 102,5, ao invés dos 100 originais (Este é o efeito descrito pelo termo $A \times T \Rightarrow (CI/VP) * T \Rightarrow (50/100) * 5\% = 2,5\%$). Os preços de mercado seriam majorados dos 100 iniciais para 105, via recolhimento direto, e para 107,5 adicionando-se esta primeira rodada de abatimento via preço dos insumos. Observe-se que este efeito indireto se transmite via elevação do preço dos insumos, enquanto o efeito direto incide mediante o recolhimento sobre as vendas (5 unidades recolhidas inicialmente no caso de nossa firma hipotética).

Como o mesmo fenômeno está ocorrendo com todas as empresas desta economia, a firma em tela será afetada, em uma segunda rodada, em virtude da pressão análoga exercida sobre seus fornecedores domésticos. Da mesma forma que a simples inclusão das alíquotas sobre os insumos impõe uma pressão de custos que faz o preço ao produtor de nossa empresa hipotética passar de 100 para 102,5 (já excluindo os 5 recolhidos por ela diretamente), os preços dos fornecedores também terão sido majorados. Desta forma, os custos, que haviam sido pressionados para 52,5 em virtude da simples aplicação das alíquotas de 5% sobre os preços originais dos insumos serão novamente elevados.

Cabe ressaltar que a pressão de custos, ao inflar os valores nominais da produção, amplia a base de incidência do imposto recolhido sobre o faturamento das empresas. Desta forma, a empresa hipotética, que recolhia inicialmente 5% de 100, ou seja, 5 unidades monetárias, passa, após a primeira rodada, a recolher 5% de 102,5. Neste sentido, relativamente a situação original sem tributos cumulativos, a alíquota nominal de 5% acaba gerando um ganho de arrecadação por unidade de produto vendida superior a 5%. Esta pressão é transferida para os preços de mercado. Desta forma, este efeito "direto" de deterioração da competitividade, referente a parcela recolhida pelo produtor nacional e não recolhida pelo importador, deve incorporar, além da alíquota nominal, este adicional induzido pela ampliação da base de incidência do tributo.

O esgotamento destes mecanismos de realimentação converge para um patamar determinado, revelando qual o efeito total de deterioração da competitividade nos diversos setores industriais. A quantificação da oneração imposta pelos tributos cumulativos é fundamental para que se possa identificar a ordem de grandeza dos efeitos sobre a competitividade que poderiam ser "capturados" pelos produtores

nacionais, mediante equalização das condições de concorrência com os competidores externos no que tange aos fatores tributários.

A limpeza da matriz

A aplicação pura e simples da expressão descrita acima para mensurar os efeitos competitivos da cumulatividade esbarra em uma dificuldade adicional. A expressão 4 indica qual será a oneração imposta aos setores ao longo da cadeia de insumos quando se passa de uma situação sem impostos cumulativos para um quadro marcado pela vigência de tributos incidentes sobre o faturamento das empresas. A matriz de relações intersetoriais que toma por base supõe a obtenção dos valores "originais" líquidos de impostos. Entretanto, como não poderia deixar de ser, a matriz de insumo-produto disponibilizada pelo IBGE apresenta, gravado nos valores da produção (e nos preços implícitos praticados) os efeitos da própria cumulatividade.

Em virtude deste fato foi necessário empreender um ajuste na estrutura dos coeficientes técnicos domésticos da referida matriz de insumo-produto. Pela forma de sua construção, os coeficientes relevantes estão "contaminados" pela própria incidência cumulativa dos tributos pesquisados, dado que estes baseiam-se nos valores da produção e do consumo intermediário dos setores verificados em 1996. Evidentemente, num quadro de tributação cumulativa os valores dos insumos estão inflados, o que se transmite para os valores da produção e, por consequência, dos coeficientes técnicos (CI / VP).³¹

Como primeiro passo para resolver este problema estimou-se os efeitos da incidência em cascata sobre os preços setoriais em 1996, usando-se a expressão (5): $K = T' + A(I-A)^{-1} T'$, sendo T' o vetor de alíquotas nominais ajustado e A representando a matriz de coeficientes técnicos domésticos do IBGE.

Sabe-se de antemão, entretanto, que esta estimativa inicial dos efeitos da cumulatividade, sendo obtida a partir da matriz de coeficientes "suja" pelos impostos, A , pode estar viesada em relação a estimativa que seria obtida com a matriz "limpa" de impostos A^* (inexistente). Foi preciso, portanto, partir da estimativa (viesada) dos efeitos da tributação em cascata obtida com base na matriz "suja" de impostos e aplicá-la para desinflar os valores transacionados entre os setores – ajustando os valores do consumo intermediário setorial e os respectivos valores da produção. Desta forma chega-se, após várias rodadas deste processo, a uma estimativa da matriz limpa de impostos. Com base nos novos coeficientes da matriz limpa de impostos, A^* , pode-se, utilizando novamente a expressão descrita acima, estimar os efeitos da cumulatividade sem o risco de incorrer no referido viés.

³¹ Em outras palavras, os valores da produção a preço básico em 1996, apurados pelo IBGE, incorporam as próprias contribuições - COFINS e PIS/PASEP -, o que, por si só, infla os valores da produção. O vetor de preços setoriais "inflado" pela incidência cumulativa eleva os valores do consumo intermediário setorial (afetando, portanto, o numerador e o denominador do referido coeficiente).

Como estes fluxos de fornecimento estão eles próprios "inchados" em virtude dos efeitos da incidência em cascata, conseqüentemente, "contaminam" os próprios coeficientes, necessários para dimensionar este componente tributário do Custo Brasil.

A estimativa dos efeitos da tributação em cascata sobre os preços obtida com base na matriz original "suja" de impostos foi usada para "desinflar" os valores do consumo intermediário e da produção dos setores. Se esta estimativa original indica que os efeitos da cumulatividade eleva os preços de um setor hipotético em, digamos, 11%, os valores nominais das vendas domésticas deste setor para todos os demais serão ajustados nesta proporção. Esta estimativa original (de que a incidência em cascata majorou os preços deste setor em 11%) pode estar viesada relativamente ao "verdadeiro" peso da cumulatividade, que seria obtido com base na matriz limpa de impostos, cujo valor seria, digamos, de 10%. Admita que o preço original do bem vendido pelo setor em tela equivalia a 100 unidades monetárias antes da cobrança do imposto. Após sua criação estes valores passam para 110.

A estimativa dos efeitos da incidência em cascata, obtida com base na matriz "suja" de impostos (que usou o valor da produção inflado de 110 para calcular o coeficiente técnico) seria de 11% e não do verdadeiro teor de oneração, 10%. A estimativa acurada dos efeitos da cumulatividade supõe a existência da matriz de insumo-produto calculada com base nos valores originais líquidos de impostos de 100 unidades monetárias. No entanto, caso a estimativa original viesada (de que o preço está inflado em 11% pela cumulatividade) seja utilizada para "desinflar" os valores das vendas de nossa firma – de 110 para 99,09 – $110/(1 + 11\%)$, e se com estes valores ajustados recalcularmos os coeficientes técnicos da matriz, os novos valores dos coeficientes assim ajustados serão mais próximos dos valores desconhecidos da verdadeira matriz "limpa de impostos" – e portanto, a estimativa dos efeitos da cumulatividade, uma vez refeita com base nesta nova versão dos coeficientes, será mais próxima do valor "correto" de 10%. Neste primeiro passo do procedimento de ajuste parte do viés da estimativa original teria sido removido.

Digamos que esta estimativa, recalculada com base na nova matriz, passe dos 11% originais para 10,3%. Esta nova estimativa dos efeitos da cumulatividade sobre os preços do setor hipotético, de 10,3%, sendo novamente aplicada para ajustar o valor "inflado" pelos impostos de 110 gerará uma nova estimativa do valor limpo de impostos de 99,72. Este novo valor é ainda mais próximo do "verdadeiro" valor limpo dos impostos de 100 unidades, servindo para aproximar ainda mais os coeficientes técnicos daqueles que deveriam ser usados para medir a desvantagem competitiva inscrita nestas modalidades de tributação. Este procedimento aproxima os coeficientes "ajustados" daqueles existentes antes da criação destes tributos cumulativos (indica quais seriam os coeficientes se não existisse a cumulatividade).

A idéia subjacente a tal procedimento, aplicado para todos os setores em diversas interações, é a de que os valores da produção e do consumo intermediário setoriais apurados pelo IBGE, retratados na matriz de insumo produto, uma vez ajustados pela estimativa inicial dos efeitos da tributação sobre os preços, serão mais próximos, a despeito de não exatamente iguais, aos valores referentes a "matriz limpa de impostos". Por consequência, uma nova estimativa dos efeitos da cumulatividade calculada agora com esta nova matriz terá removido parte do viés presente nas estimativas obtidas com a matriz "suja" de impostos.

Desta forma, ao refazer esta conta $K' = (T' + A^{*1rod} (I - A^{*1rod})^{-1} T')$ – com a matriz ajustada após a primeira rodada de limpeza, A^{*1rod} , os efeitos reestimados da cumulatividade sobre os preços serão seguramente mais próximos daqueles que seriam obtidos com a matriz limpa de impostos. A aplicação desta segunda estimativas dos efeitos da cumulatividade para ajustar os valores nominais da produção e consumo intermediário nos fornece uma aproximação ainda mais acurada dos valores da matriz limpa de impostos, A^{*2rod} , e esta nos fornece uma nova e melhor estimativa dos efeitos da própria cumulatividade, $K'' = (T' + A^{*2rod} (I - A^{*2rod})^{-1} T')$ e assim sucessivamente. Este procedimento após múltiplas interações converge para os “verdadeiros” valores da matriz limpa de impostos (baseada no valor original de 100 unidades monetárias no nosso exemplo hipotético). Ele permite, desta forma, que o cálculo dos efeitos da cumulatividade sobre a competitividade da produção nacional seja realizado sem esbarrar no referido problema (Seria preciso conhecer a matriz de insumo-produto na economia sem impostos cumulativos para estimar de forma acurada o efeito total destes tributos sobre a competitividade dos produtores). A seqüência abaixo descreve em forma matricial uma interação do procedimento utilizado para produzir as estimativas em questão:

$$A_{(42 \times 42)} = \begin{matrix} & \begin{matrix} c_{i11} / vp_1 & c_{i12} / vp_1 & \dots & c_{i1n} / vp_1 \\ c_{i21} / vp_2 & c_{i22} / vp_2 & \dots & c_{i2n} / vp_2 \\ & & & \\ c_{in1} / vp_n & c_{in2} / vp_n & \dots & c_{inn} / vp_n \end{matrix} & \end{matrix}$$

$$K_{(42 \times 1)} = T' + A (I - A)^{-1} T' = \begin{matrix} k_1 \\ k_2 \\ \\ k_3 \\ \\ k_N \end{matrix}$$

$$A^{*1rod} = \begin{matrix} [c_{i11}/(1+k_1)] / [vp_1(1+k_1)] & [c_{i12}/(1+k_2)] / [vp_1(1+k_1)] & [c_{i1n}/(1+k_n)] / [vp_1(1+k_1)] \\ [c_{i21}/(1+k_1)] / [vp_2(1+k_2)] & [c_{i22}/(1+k_2)] / [vp_2(1+k_2)] & [c_{i2n}/(1+k_n)] / [vp_2(1+k_2)] \\ [c_{in1}/(1+k_1)] / [vp_n(1+k_n)] & [c_{in2}/(1+k_2)] / [vp_n(1+k_n)] & [c_{inn}/(1+k_n)] / [vp_n(1+k_n)] \end{matrix}$$

$$K'_{(42 \times 1)} = T' + A^{*1rod} (I - A^{*1rod})^{-1} T' = \begin{matrix} k'_1 \\ k'_2 \\ \\ k'_3 \\ \\ k'_N \end{matrix}$$

$$A^{*2rod} = \begin{matrix} [c_{i11}/(1+k'^*_1)] / [vp_1(1+k'^*_1)] & [c_{i12}/(1+k'^*_2)] / [vp_1(1+k'^*_1)] & [c_{i1n}/(1+k'^*_n)] / [vp_1(1+k'^*_1)] \\ [c_{i21}/(1+k'^*_1)] / [vp_2(1+k'^*_2)] & [c_{i22}/(1+k'^*_2)] / [vp_2(1+k'^*_2)] & [c_{i2n}/(1+k'^*_n)] / [vp_2(1+k'^*_2)] \\ [c_{in1}/(1+k'^*_1)] / [vp_n(1+k'^*_n)] & [c_{in2}/(1+k'^*_2)] / [vp_n(1+k'^*_n)] & [c_{inn}/(1+k'^*_n)] / [vp_n(1+k'^*_n)] \end{matrix}$$

$$\begin{matrix} k''_1 \\ k''_2 \\ k''_3 \end{matrix}$$

$$K^* = T + A^{*2rod} (I - A^{*2rod})^{-1} T =$$

$$K_N$$

No caso concreto que nos interessa, este procedimento iterativo permite a formação de uma estimativa dos valores nominais da produção e consumo intermediário setoriais (e portanto dos coeficientes técnicos) que teriam sido praticados em 1996 caso não existissem, à época, os efeitos da COFINS e do PIS/PASEP sobre os preços transacionados, dadas as quantidades. Com base nesta estimativa da matriz “limpa” de impostos foi possível recalcular os efeitos de encadeamento dos tributos cumulativos e estimar, sem o viés inscrito nos dados originais, seus impactos totais sobre a competitividade da produção nacional.

Através desta estratégia recursiva de quantificação, as estimativas originais dos efeitos da cumulatividade, que poderiam estar viesadas pelos efeitos destes tributos sobre os coeficientes da matriz disponível, são usadas para remover progressivamente o próprio viés das estimativas, ao fornecer meios para a obtenção da matriz limpa de impostos.

Com a nova matriz de coeficientes técnicos, “limpa de impostos”, o cálculo foi réfeito com as alíquotas relevantes para estimar a carga de tributos embutida nos custos e preços setorialização em decorrentes das modalidades de tributação em cascata em 2001. Para efeito da limpeza dos coeficientes em 1996, supôs-se um vetor de alíquotas nominais incidente sobre o faturamento de 2,65% para todos os setores (soma das alíquotas de Cofins e Pis Pasep vigentes no período. Salvo exceções localizadas, incorporadas nas estimativas, a alíquota da COFINS era à época de 2% e do PIS/PASEP 0,65%. Não foi computada a CPMF.

Cruzamento com dados da POF

Uma vez de posse da estimativa do efeito da cumulatividade sobre o preço dos setores, o trabalho focou-se na justaposição desta informação com os dados oriundos da POF, referentes ao perfil da cesta de consumo das famílias por faixa de renda.

Com base na reorganização dos dados da POF – com a tradução dos níveis de agregação dos produtos descritos nas tabelas da POF pelo respectivo Setor Matriz correspondente, foi possível obter um quadro comparável onde o consumo das famílias é agregado pelo setor matriz correspondente³². Com base na estimativa do efeito acumulado dos tributos cumulativos - Cofins e CPMF – e nas tabelas da matriz de insumo produto referentes ao rateio setorial do IPI / ISS e ICMS em 1996, foram geradas as estimativas sobre qual o peso dos tributos indiretos ligados ao financiamento da saúde possui na estrutura de gastos finais das famílias com consumo.

³² Agradeço a Sheila Najberg que forneceu a tabela com a “reclassificação”/ tradução setorial dos dados originalmente publicados da POF com a classificação compatível com os setores da matriz de insumo produto.

Para cada tributo em cascata em tela Cofins e CPMF, tal como descrito nas tabelas em anexo, a metodologia partiu da estimativa do efeito cumulativo do tributo. A partir da referida estimativa e da tabulação do perfil de consumo por faixa de renda foi possível identificar, grosso modo, qual seria, segundo os parâmetros referentes a cesta de consumo e aos encadeamentos industriais de 1996, o volume de tributos embutido na cesta de consumo de cada faixa de renda – usando-se as alíquotas de Cofins e CPMF relevantes para o ano base de 2001.

No caso específico da CPMF, cabe mencionar que a estimativa em tela envolve qualificações adicionais. Isto porque nem toda a arrecadação da CPMF diz respeito a transações que oneram a cadeia de produção das empresas – sendo desta forma transferidas para o preço dos bens finais. Parte da arrecadação da CPMF incide sobre as transações financeiras das famílias que tem acesso aos serviços bancários. Esta modalidade de tributação é análoga, de certa forma, a um tributo direto – representando uma subtração da renda líquida disponível das famílias que não é mediada por uma elevação do preço dos bens por elas consumidos. A forma de incorporar esta distinção na estimativa partiu da conta referente ao impacto cumulativo da CPMF. Uma vez realizada a estimativa com base na metodologia descrita acima – que indica o efeito da tributação acumulada sobre os preços dos bens finais – foi possível identificar a parcela da arrecadação da CPMF verificada em 2001 que estava “embutida” no preço dos bens finais. Uma vez identificada este componente de CPMF “escondido” no preço dos bens finais foi estimado, por resíduo, a parcela da arrecadação total no ano de 2001 que representou uma modalidade de tributação “direta” – referente a transações financeiras das famílias que não se espelharam em repasse de custos dentro das cadeias de produção.

Uma vez definido este montante não cumulativo da arrecadação de CPMF estes valores foram rateados entre as faixas de renda relevantes com base na hipótese de que as famílias que ganham de 0 a 2 salários mínimos não foram oneradas pela cobrança direta de CPMF sobre suas transações – revelando a hipótese de ausência de cobertura de serviços bancários neste segmento de renda. A partir de 2 salários mínimos o rateio foi realizado de forma proporcional ao peso da renda do segmento na renda total das famílias – revelando a hipótese de que estes estratos possuem grau elevado de acesso a serviços bancários e que sua movimentação financeira – fato gerador da cobrança do tributo – é fortemente correlacionada com o nível de renda.

Anexo do Relatório:

**TABELAS CONTENDO O VALOR DE CADA TRIBUTOS
UTILIZADO NO TRABALHO, EMBUTIDO NO CONSUMO
DAS FAMÍLIAS, POR SETOR, SEGUNDO AS DESPESAS
INFORMADAS À PESQUISA DE ORÇAMENTOS
FAMILIARES/IBGE - 1995, EM R\$ DE 1996.**

**VALOR DO COFINS EMBUTIDO NO CONSUMO DAS FAMÍLIAS, POR SETOR, SEGUNDO AS DESPESAS INFORMADAS
PESQUISA DE ORÇAMENTOS FAMILIARES/IBGE - 1995, EM R\$ DE 1996**

Setor	Valor de COFINS embutido no consumo das famílias - POF - em R\$ de 1996				
	0 a 2SM	2 a 5SM	5 a 10 SM	10 a 20SM	> 20 SM
AGROPECUÁRIA	0,09	0,17	0,23	0,31	0,48
EXTRATIVA MINERAL	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
EXTRAÇÃO DE PETRÓLEO E GÁS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
MINERAIS NÃO-METÁLICOS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
SIDERURGIA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
METALURGIA NÃO-FERROSOS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
OUTROS METALÚRGICOS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
MÁQUINAS E TRATORES	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
MATERIAL ELÉTRICO	0,04	0,09	0,14	0,20	0,43
EQUIPAMENTOS ELETRÔNICOS	0,50	0,77	1,44	2,14	3,63
AUTOMÓVEIS, CAMINHÕES E ÔNIBUS	0,08	0,32	1,74	6,23	30,40
OUTROS VEÍCULO E PEÇAS	0,02	0,13	0,37	1,08	2,50
MADEIRA E MOBILIÁRIO	0,21	0,48	0,74	1,27	3,10
PAPEL E GRÁFICA	0,03	0,06	0,10	0,14	0,33
INDÚSTRIA DA BORRACHA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ELEMENTOS QUÍMICOS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
REFINO DE PETRÓLEO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

QUÍMICOS DIVERSOS	0,31	0,57	0,90	1,20	2,21
FAMACÊUTICA E PERFUMARIA	0,63	0,90	1,31	1,80	2,83
ARTIGOS PLÁSTICOS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
INDÚSTRIA TÊXTIL	0,02	0,05	0,09	0,14	0,31
ARTIGOS VESTUÁRIO	0,36	0,75	1,37	2,43	4,98
FABRICAÇÃO DE CALÇADOS	0,20	0,46	0,77	1,31	1,99
INDÚSTRIA DO CAFÉ	0,11	0,16	0,18	0,17	0,23
BENEFICIAMENTO DE PROD. VEGETAIS	0,75	1,15	1,39	1,46	1,71
ABATE DE ANIMAIS	0,82	1,37	1,81	2,23	2,97
INDÚSTRIA DE LATICÍNIOS	0,47	0,88	1,12	1,41	2,27
INDÚSTRIA DO AÇÚCAR	0,17	0,29	0,41	0,47	0,86
FABRICAÇÃO DE ÓLEOS VEGETAIS	0,07	0,13	0,15	0,15	0,24
OUT. PRODUTOS ALIMENTARES	1,10	1,94	2,57	3,62	6,21
INDÚSTRIAS DIVERSAS	0,21	0,40	1,09	2,32	5,88
SERV. UTILIDADE PÚBLICA	0,30	0,55	0,91	1,71	4,08
CONSTRUÇÃO CIVIL	0,35	0,87	1,88	3,27	13,27
COMÉRCIO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TRANSPORTES	0,77	1,46	2,22	3,49	7,50
COMUNICAÇÕES	0,23	0,43	0,71	1,33	3,18
INSTITUIÇÕES FINANCEIRAS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
SERV. PRESTADOS ÀS FAMILIAS	0,86	1,57	3,24	7,16	19,97
SERV. PRESTADOS ÀS EMPRESAS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ALUGUEL DE IMÓVEIS	0,18	0,35	0,64	1,09	1,98
ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
SERVIÇOS PRIVADOS NÃO-MERCANTIS	0,00	0,01	0,04	0,07	0,30
Total de					
COFINS pago					
por família - R\$ de 1996	8,89	16,30	27,58	48,19	123,84

Classes de recebimento	0 a 2SM	2 a 5SM	5 a 10 SM	10 a 20SM	> 20 SM
N.º FAMÍLIAS	1.228.090	2.841.988	2.989.553	2.391.535	2.126.741
COFINS embutido					
Consumo Total POF - R\$	10.922.685	46.334.068	82.447.862	115.248.851	263.377.716
RENDIMENTO MÉDIO - RS 1996	227,28	427,22	805,35	1601,89	4676,93
RENDIMENTO TOTAL	279.120.295	1.214.163.396	2.407.630.232	3.830.972.040	9.946.620.208
Tributo Pago / Consumo	3,91%	3,88%	3,78%	3,73%	3,77%
Tributo pago / Renda disponível	3,91%	3,82%	3,42%	3,01%	2,65%

VALOR DA CPMF EMBUTIDO NO CONSUMO DAS FAMÍLIAS, POR SETOR, SEGUNDO AS DESPESAS INFORMADAS À PESQUISA DE ORÇAMENTOS FAMILIARES/IBGE - 1995, EM R\$ DE 1996

Setor	Valor de CPMF embutido no consumo das famílias - POF - em R\$ de 1996				
	0 a 2SM	2 a 5SM	5 a 10 SM	10 a 20SM	> 20 SM
AGROPECUÁRIA	0,04	0,08	0,11	0,14	0,22
EXTRATIVA MINERAL	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
EXTRAÇÃO DE PETRÓLEO E GÁS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
MINERAIS NÃO-METÁLICOS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
SIDERURGIA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
METALURGIA NÃO-FERROSOS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
OUTROS METALÚRGICOS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
MÁQUINAS E TRATORES	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
MATERIAL ELÉTRICO	0,01	0,01	0,02	0,03	0,07
EQUIPAMENTOS ELETRÔNICOS	0,08	0,12	0,22	0,33	0,55
AUTOMÓVEIS, CAMINHÕES E ÔNIBUS	0,01	0,05	0,26	0,94	4,59
OUTROS VEÍCULOS E PEÇAS	0,00	0,02	0,06	0,16	0,37
MADEIRA E MOBILIÁRIO	0,04	0,09	0,14	0,24	0,58
PAPEL E GRÁFICA	0,01	0,01	0,02	0,02	0,05
INDÚSTRIA DA BORRACHA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ELEMENTOS QUÍMICOS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
REFINO DE PETRÓLEO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
QUÍMICOS DIVERSOS	0,04	0,08	0,13	0,17	0,32
FARMACÊUTICA E PERFUMARIA	0,11	0,15	0,22	0,30	0,47

ARTIGOS PLÁSTICOS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
INDÚSTRIA TÊXTIL	0,00	0,01	0,01	0,02	0,05
ARTIGOS VESTUÁRIO	0,07	0,14	0,26	0,47	0,95
FABRICAÇÃO DE CALÇADOS	0,03	0,08	0,13	0,21	0,33
INDÚSTRIA DO CAFÉ	0,02	0,03	0,04	0,03	0,05
BENEFICIAMENTO DE PROD VEGETAIS	0,15	0,24	0,29	0,30	0,35
ABATE DE ANIMAIS	0,17	0,28	0,38	0,46	0,62
INDÚSTRIA DE LATICÍNIOS	0,09	0,17	0,22	0,27	0,44
INDÚSTRIA DO AÇÚCAR	0,03	0,05	0,07	0,08	0,15
FABRICAÇÃO DE ÓLEOS VEGETAIS	0,01	0,02	0,03	0,03	0,04
OUT. PRODUTOS ALIMENTARES	0,20	0,35	0,47	0,66	1,13
INDÚSTRIAS DIVERSAS	0,04	0,07	0,19	0,41	1,03
SERV. UTILIDADE PÚBLICA	0,04	0,08	0,13	0,25	0,59
CONSTRUÇÃO CIVIL	0,06	0,15	0,32	0,56	2,27
COMÉRCIO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TRANSPORTES	0,13	0,25	0,39	0,61	1,31
COMUNICAÇÕES	0,04	0,07	0,11	0,20	0,49
INSTITUIÇÕES FINANCEIRAS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
SERV. PRESTADOS ÀS FAMÍLIAS	0,23	0,43	0,88	1,94	5,42
SERV. PRESTADOS ÀS EMPRESAS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ALUGUEL DE IMÓVEIS	0,08	0,15	0,27	0,47	0,85
ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
SERVIÇOS PRIVADOS NÃO- MERCANTIS	0,01	0,02	0,07	0,12	0,52
Total de CPMF pago por família - R\$ de 1996	1,75	15,07	28,95	46,88	121,04

Classes de recebimento	0 a 2SM	2 a 5SM	5 a 10 SM	10 a 20SM	> 20 SM
Nº FAMÍLIAS	1.228.090	2.841.988	2.989.553	2.391.535	2.126.741
CPMF embutido					
Consumo +arrec direta Total*	2.144.681	42.832.885	86.552.593	112.118.522	257.412.460
RENDIMENTO MÉDIO PONDERADO - R\$ 1996	227,28	427,22	805,35	1601,89	4676,93
RENDIMENTO TOTAL - R\$	279.120.295	1.214.163.396	2.407.630.232	3.830.972.040	9.946.620.208
Tributo Pago / Consumo	0,77%	3,58%	3,96%	3,63%	3,68%
Tributo Pago / Renda disponível	0,77%	3,53%	3,59%	2,93%	2,59%

* Incorpora a parcela do CPMF cumulativa transferida para o preço dos bens finais e a parcela direta - que não é mediada pelo efeito gerado no preço dos bens finais

**VALOR DO IPI E ISS EMBUTIDO NO CONSUMO DAS FAMÍLIAS, POR SETOR, SEGUNDO AS DESPESAS INFORMADAS
PESQUISA DE ORÇAMENTOS FAMILIARES/IBGE - 1995, EM R\$ DE 1996**

Setor	Valor de IPI e ISS embutido no consumo das famílias - POF - em R\$ de 1996				
	0 a 2SM	2 a 5SM	5 a 10 SM	10 a 20SM	> 20 SM
AGROPECUÁRIA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
EXTRATIVA MINERAL	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
EXTRAÇÃO DE PETRÓLEO E GÁS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
MINERAIS NÃO-METÁLICOS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
SIDERURGIA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
METALURGIA NÃO-FERROSOS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
OUTROS METALÚRGICOS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
MÁQUINAS E TRATORES	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
MATERIAL ELÉTRICO	0,02	0,04	0,07	0,10	0,22
EQUIPAMENTOS ELETRÔNICOS	0,54	0,83	1,54	2,30	3,90
AUTOMÓVEIS, CAMINHÕES E ÔNIBUS	0,03	0,12	0,64	2,28	11,13
OUTROS VEÍCULOS E PEÇAS	0,01	0,06	0,17	0,49	1,14
MADEIRA E MOBILIÁRIO	0,10	0,23	0,36	0,62	1,50
PAPEL E GRÁFICA	0,01	0,02	0,03	0,04	0,10
INDÚSTRIA DA BORRACHA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ELEMENTOS QUÍMICOS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
REFINO DE PETRÓLEO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
QUÍMICOS DIVERSOS	0,01	0,03	0,04	0,06	0,10

FARMACÉUTICA E PERFUMARIA	0,28	0,40	0,59	0,81	1,27
ARTIGOS PLÁSTICOS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
INDÚSTRIA TÊXTIL	0,02	0,03	0,06	0,09	0,20
ARTIGOS VESTUÁRIO	0,01	0,02	0,03	0,05	0,10
FABRICAÇÃO DE CALÇADOS	0,01	0,03	0,05	0,09	0,13
INDÚSTRIA DO CAFÉ	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02
BENEFICIAMENTO DE PROD. VEGETAIS	0,02	0,03	0,04	0,04	0,04
ABATE DE ANIMAIS	1,43	2,38	3,16	3,89	5,18
INDÚSTRIA DE LATICÍNIOS	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01
INDUSTRIA DO AÇÚCAR	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01
FABRICAÇÃO DE ÓLEOS VEGETAIS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
OUT. PRODUTOS ALIMENTARES	0,02	0,03	0,04	0,05	0,09
INDÚSTRIAS DIVERSAS	0,16	0,31	0,83	1,77	4,49
SERV. UTILIDADE PÚBLICA	0,28	0,51	0,83	1,57	3,75
CONSTRUÇÃO CIVIL	0,00	0,00	0,01	0,01	0,05
COMÉRCIO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TRANSPORTES	0,23	0,43	0,66	1,04	2,24
COMUNICAÇÕES	0,06	0,11	0,19	0,35	0,85
INSTITUIÇÕES FINANCEIRAS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
SERV. PRESTADOS ÀS FAMÍLIAS	0,12	0,21	0,43	0,96	2,67
SERV. PRESTADOS ÀS EMPRESAS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ALUGUEL DE IMÓVEIS	0,52	1,02	1,87	3,20	5,80
ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
SERVIÇOS PRIVADOS NÃO-MERCANTIS	0,00	0,01	0,04	0,07	0,31
Total de					
IPI + ISS pago					
por família - R\$ de 1996	3,90	6,86	11,70	19,91	45,31

* Elaborado a partir da tabela de rateio setorial dos tributos indiretos disponível na Matriz de insumo produto de 1996. Valor do tributo recolhido por setor / valor da produção setorial a preços de mercado.

Classes de Recebimento	0 A 2	2 A 5	5 A 10	10 A 20	> 20
N.º FAMÍLIAS	1.228.090	2.841.988	2.989.553	2.391.535	2.126.741
IPI e ISS embutido					
Consumo Total	4.784.381	19.507.600	34.981.120	47.619.397	96.360.541
RENDIMENTO FAMILIAR MÉDIO	227,28	427,22	805,35	1601,89	4676,93
RENDIMENTO TOTAL	279.120.295	1.214.163.396	2.407.630.232	3.830.972.040	9.946.620.208
Tributo Pago / Consumo	1,71%	1,63%	1,60%	1,54%	1,38%
Tributo Pago / Renda disponível	1,71%	1,61%	1,45%	1,24%	0,97%

VALOR DA ICMS EMBUTIDO NO CONSUMO DAS FAMÍLIAS, POR SETOR, SEGUNDO AS DESPESAS INFORMADAS À PESQUISA DE ORÇAMENTOS FAMILIARES/IBGE - 1995, EM R\$ DE 1996

Setor	Valor de ICMS embutido no consumo das famílias - POF - em R\$ de 1996				
	0 a 2SM	2 a 5SM	5 a 10 SM	10 a 20SM	> 20 SM
AGROPECUÁRIA	0,17	0,34	0,46	0,61	0,95
EXTRATIVA MINERAL	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
EXTRAÇÃO DE PETRÓLEO E GÁS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
MINERAIS NÃO-METÁLICOS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
SIDERURGIA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
METALURGIA NÃO-FERROSOS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
OUTROS METALÚRGICOS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
MÁQUINAS E TRATORES	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
MATERIAL ELÉTRICO	0,05	0,10	0,16	0,24	0,52
EQUIPAMENTOS ELETRÔNICOS	0,60	0,91	1,70	2,55	4,29
AUTOMÓVEIS, CAMINHÕES E ÔNIBUS	0,12	0,48	2,60	9,30	45,37
OUTROS VEÍCULO E PEÇAS	0,03	0,14	0,42	1,20	2,79
MADEIRA E MOBILIÁRIO	0,32	0,75	1,15	1,98	4,82
PAPEL E GRÁFICA	0,03	0,05	0,09	0,12	0,29
INDÚSTRIA DA BORRACHA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ELEMENTOS QUÍMICOS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
REFINO DE PETRÓLEO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
QUÍMICOS DIVERSOS	0,19	0,34	0,54	0,73	1,34
FARMACÉUTICA E PERFUMARIA	1,49	2,12	3,09	4,24	6,68

ARTIGOS PLÁSTICOS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
INDÚSTRIA TÊXTIL	0,03	0,06	0,11	0,17	0,37
ARTIGOS VESTUÁRIO	0,92	1,94	3,54	6,27	12,83
FABRICAÇÃO DE CALÇADOS	0,39	0,92	1,55	2,63	4,00
INDÚSTRIA DO CAFÉ	0,12	0,17	0,19	0,17	0,24
BENEFICIAMENTO DE PROD. VEGETAIS	0,83	1,28	1,55	1,63	1,90
ABATE DE ANIMAIS	1,57	2,60	3,45	4,26	5,66
INDÚSTRIA DE LATICÍNIOS	0,88	1,66	2,12	2,66	4,28
INDÚSTRIA DO AÇÚCAR	0,25	0,43	0,60	0,69	1,27
FABRICAÇÃO DE ÓLEOS VEGETAIS	0,05	0,08	0,10	0,10	0,15
OUT PRODUTOS ALIMENTARES	2,23	3,91	5,18	7,30	12,53
INDÚSTRIAS DIVERSAS	0,61	1,17	3,15	6,70	16,99
SERV UTILIDADE PÚBLICA	0,62	1,13	1,87	3,53	8,42
CONSTRUÇÃO CIVIL	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
COMÉRCIO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TRANSPORTES	0,65	1,23	1,87	2,94	6,31
COMUNICAÇÕES	0,82	1,49	2,46	4,65	11,09
INSTITUIÇÕES FINANCEIRAS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
SERV PRESTADOS ÀS FAMÍLIAS	0,51	0,92	1,91	4,21	11,74
SERV PRESTADOS ÀS EMPRESAS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ALUGUEL DE IMÓVEIS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
SERVIÇOS PRIVADOS NÃO-MERCANTIS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total de	13,45	24,24	39,88	68,82	164,83
ICMS pago					
por família - R\$ de 1996					

Elaborado a partir da tabela de rateio setorial dos tributos indiretos disponíveis na matriz se insumo produto de 1996. É o valor do tributo recolhido por setor / valor da produção setorial a preço de mercado

Classes de Recebido	0 A 2	2 A 5	5 A 10	10 A 20	20
N.º FAM IAS	1.228.090	2.841.988	2.989.553	2.391.535	2.126.741
ICMS Bem. Consumo	16.521.941	68.889.898	119.214.646	164.582.242	350.551.322
Total					
RENDIMENTO M DIO Ponderado	227,28	427,22	805,35	1601,89	4676,93
RENDIMENTO TOTAL	279.120.295	1.214.163.396	2.407.630.232	3830.972.040	9.946.620.208
Tributo Pago/Consumo	5,92%	5,76%	5,46%	5,33%	5,01%
Tributo Pago/ Renda disponível	5,92%	5,67%	4,95%	4,30%	3,52%

ANEXO 3: Relatório do consultor Luciano Pereira – versão preliminar, ainda não entregue ao PES e sujeita à modificações

Acordo de cooperação Técnica Brasil- Reino Unido

Projeto Economia da Saúde

Objetivo 2: Melhoria da Capacidade de treinamento e pesquisa em ES desenvolvidas nas Instituições Acadêmicas relacionadas

Atividade 2.01.01: Projeto Justiça no Financiamento do Setor Saúde

Coordenação: prof. Alicia D. Ugá

Instituição Acadêmica: Escola Nacional de Saúde Pública / FIOCRUZ

RELATÓRIO

Consultor: Luciano Tavares Duarte

O presente trabalho destinou-se a atender à atividade 2.01.01 Justiça no Financiamento do Setor Saúde do Projeto Economia da Saúde, acordo de cooperação Técnica estabelecido entre o Brasil e o Reino Unido.

Esta atividade consistiu em obter estimativas de médias de gastos mensais familiares por faixa de rendimento familiar com determinados impostos para as regiões metropolitanas abrangidas na Pesquisa de Orçamentos Familiares do IBGE, realizada em 1995/6.

Os impostos considerados na POF/IBGE foram:

- Imposto de Renda (IR);
- Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU); e
- Imposto sobre Veículos Automotores (IPVA)
- IPMF Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira (IPMF)³³

Com base nos microdados da pesquisa foi possível obter os gastos e recebimentos familiares. Como algumas informações de gastos e recebimento são fornecidas individualmente para cada morador, fez-se necessário agregar os gastos e recebimentos por família. Assim, foi possível calcular os gastos e recebimentos mensais familiares médios. Foram utilizados os valores anualizados divididos por doze, obtendo-se as médias mensais.

Assim, a Tabela Despesas Familiares Médias Mensais com Impostos por Classe de Recebimento Familiar no período de referência de 6 meses da POF/IBGE 1995/96 (em Anexo), mostra os valores em média pagos mensalmente pelas famílias para cada imposto anteriormente. Os valores estão expressos em R\$ (Reais) correntes e estão distribuídos pelas classes de renda média familiar que já são utilizadas nas próprias publicações do IBGE.

³³ Este imposto corresponde à atual contribuição CPMF, que na época da coleta de dados da POF era o IPMF.

MEMÓRIA DE CÁLCULO

Variável: Recebimento Familiar

Para a construção da variável recebimento familiar, considerou-se todos os recebimentos dos últimos seis meses, inclusive saques de poupança e outros investimentos, bem como restituição de imposto de renda.

Variável: Imposto de Renda

Esta variável está disponível na base de dados de forma desagregada, a saber: Imposto de Renda Retido na Fonte, Imposto de Renda Complementar e Imposto de Renda restituído.

Para o cálculo dos gastos com esta variável, foram utilizados todos os dados de imposto de renda retido na fonte, complementar, adiantados e foi subtraído os valores de restituições.

Variável: Imposto Predial e Territorial Urbano

Esta variável está disponível na base de dados desagregada em IPTU da residência al, IPTU adicional e IPTU de outras residências.

Para o cálculo do IPTU, foram somados os gastos dos itens de despesa mencionados.

Variável: Imposto sobre Veículos Automotores

Para o cálculo do IPVA não foi necessária nenhuma operação pois os dados já estavam disponibilizados da maneira desejada.

Variável: Imposto Provisório sobre a Movimentação Financeira

Para o cálculo do IPMF não foi necessária nenhuma operação pois os dados já estavam disponibilizados da maneira desejada. Entretanto foram verificados apenas 13 registros, o que significa que somente 13 respondentes em toda a amostra da POF informaram acerca do valor que pagaram neste item de despesa, que é uma frequência muito pequena para que se possa realizar qualquer inferência.

Rio de Janeiro, 17 de junho de 2003.

Luciano Tavares Duarte

ANEXO: TABELA 1

DESPESAS FAMILIARES MÉDIAS MENSAIS COM IMPOSTOS POR CLASSE DE RECEBIMENTO FAMILIAR NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 6 MESES - POF 95/96
(Valores em R\$ correntes)

		Classe de Recebimento Familiar em Salários Mínimos									
		Até 2	2 a 3	3 a 5	5 a 6	6 a 8	8 a 10	10 a 15	15 a 20	20 a 30	Mais de 30
IPTU (Total)	11.92	0.88	2.21	3.25	4.45	5.16	8.26	11.77	16.69	20.93	43.99
IPTU Principal	10.92	0.88	2.12	3.09	4.03	5.11	7.86	10.77	16.14	19.82	38.57
IPTU Adicionais	0.06	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.40	0.02	0.00	0.01
IPTU Outros	0.94	0.00	0.10	0.15	0.42	0.05	0.41	0.60	0.53	1.10	5.41
IR (Total)	44.95	0.00	0.01	0.08	1.26	1.57	0.92	6.34	16.68	36.10	336.10
IIRF	46.43	0.00	0.01	0.08	1.27	1.58	0.95	6.66	17.01	38.42	346.50
IR (Complementar)	0.20	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	0.13	1.57
IR (Restituição)	1.68	0.00	0.02	0.00	0.01	0.01	0.03	0.32	0.34	2.45	11.97
IPMF	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	0.00	0.02	0.02	0.00
IPVA	7.07	0.09	0.19	0.75	0.98	1.43	2.07	4.47	9.50	12.09	36.44

Fonte: Microdados da POF/IBGE - 1995/6

ANEXO 4: Currículos dos pesquisadores e consultores já identificados para a execução da segunda fase do projeto

Curriculum vitae

ISABE A SOARES SANTOS

DADOS PESSOAIS

Endereço: Rua Cosme Velho, 354, casa 19. Cosme Velho, Rio de Janeiro – RJ.

CEP: 22241-090

Telefone: (21) 22453063 ou 22453000 / (19) 32893647

R.G. : 20.888.244 – SSP/SP

C.I.C. : 137673608-02

Data de Nascimento: 12-05-1972

Estado Civil: Solteira

FORMAÇÃO EDUCACIONA

Superior bacharel em Ciências Sociais, pela Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas (FFLCH), da Universidade de São Paulo (USP)

Mestre em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz (ENSP/FIOCRU), 2000. Título da Dissertação: “Planos Privados de Assistência à Saúde no Mundo do Trabalho”.

EXPERIÊNCIAS EM PROJETOS, CONSULTORIAS E ATIVIDADES DE PESQUISA CIENTÍFICA

1. Consultor pontual da ANS para elaboração de documento para ser utilizado pelo Fórum de Saúde Suplementar 2003 “Saúde do Trabalhador e Seguro de Acidente do Trabalho”, em julho de 2003.
2. Pesquisadora no projeto “Justiça no Financiamento do Setor Saúde pela cooperação técnica Brasil-Reino Unido, pelo MS/IPEA/DFID. Realizado no âmbito da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz (ENSP/FIOCRU), desde junho de 2002.
3. Professora de Administração, Planejamento e Políticas de Saúde da disciplina “O Hospital Brasileiro e os Planos de Saúde” do curso de pós-graduação GESTÃO ESTRATÉGICA DOS HOSPITAIS DA FUNDAÇÃO OSVALDO VARGAS, primeiro semestre de 2002.
4. Professora de Administração, Planejamento e Políticas de Saúde para graduação do curso de graduação da FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SÃO PAULO, segundo semestre de 2001 e ano de 2002.
5. Consultoria no projeto “Elaboração do Sistema de Informação e Estabelecimento de Rotinas para Avaliação dos Produtos” pela UNESCO, realizada no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), de maio de 2000 a 30 de maio de 2002.
6. Consultoria no Projeto “Pesquisa e Apoio Institucional às Ações e Regulação de Assistência Médica Suplementar” pela UNESCO, realizada no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) de janeiro a abril de 2000.
7. Consultora no projeto Regulação dos Planos e Seguros Privados no Brasil: Institucionalização e Implementação da legislação, pelo REFORSUS e realizado no Departamento de Saúde Suplementar da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (DESAS/SAS/MS). Agosto a dezembro de 1999.
8. Consultoria no projeto Regulamentação do Setor de Saúde Suplementar – Ressarcimento ao SUS, pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e

- Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS). Outubro de 1998 a janeiro de 1999.
9. Consultoria no projeto Avaliação e perspectivas da atuação dos Institutos de Assistência Médica dos Servidores Públicos Estaduais: o caso de São Paulo (IAMSPE), pela Fundação do Desenvolvimento Administrativo (FUNDAP). Atividade: análise dos recursos humanos, problemas organizacionais e de gestão, coordenação de pesquisa de campo com usuários do Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE), campo com dirigentes e funcionários do HSPE. Outubro de 1996 a março de 1997.
 10. Consultoria no projeto Avaliação da Descentralização de Recursos do FNDE e da Merenda Escolar, coordenada pelo Núcleo de Estudo de Políticas Públicas (NEPP-UNICAMP) para o Ministério da Educação (MEC). Treinamento realizado em Campinas e São Paulo, campo em Alagoas e Bahia. Maio a setembro de 1997.
 11. Pesquisa de Avaliação dos Serviços Municipais de Saúde de Santos, SP, junto a Secretaria de Higiene e Saúde de Santos (SEHIG), em especial a avaliação da qualidade do serviço na visão dos usuários. Outubro a dezembro de 1995.
 12. Gerência de Marketing e de Assuntos Especiais na DIXTAL INDÚSTRIA E COMÉRCIO LTDA. Julho de 1995 a fevereiro de 1996.
 13. Estágio da FUNDAP, auxiliando e coordenando projetos de pesquisa de Políticas Públicas de Saúde no período de abril de 1994 a abril de 1995. Em especial a coordenação da pesquisa de campo realizada no município de Guarulhos, SP, para avaliar a qualidade do serviço público de saúde oferecido à população. Participação na elaboração do Boletim de Conjuntura Política publicado bimestralmente pela FUNDAP e no levantamento bibliográfico do projeto “Descentralização da Saúde”, dentre outros.
 14. Fundadora e Coordenadora Administrativa da Empresa Júnior de Ciências Sociais da USP (C. S. Júnior). Julho de 1994 a março de 1995.
 15. Coordenadora do curso “Qualidade Total: o sociólogo e a questão da qualidade nos anos 90”, dirigido a alunos de graduação de Ciências Sociais. Dezembro de 1994.
 16. Participação em pesquisas eleitorais para o Instituto (IPON), realizadas em 1992, no município de Campinas-SP. Campo, codificação, tabulação e análise dos dados.
 17. Estágio na Creche da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Junho a agosto de 1992.

PALESTRAS, CURSOS, SEMINÁRIOS, ENCONTROS E CONGRESSOS

1. Participação no VI Encontro Nacional de Economia da Saúde. Realizado pela Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES), em Nova Friburgo-RJ, 9 e 10 de dezembro de 2002.
2. Participação no Ciclo de Palestras proferidas pelo professor Tim Ensor da Universidade de York (Introdução ao Sistema Nacional de Saúde Inglês, Modelos de Financiamento de Sistemas de Saúde e Método de Alocação de Recursos), realizadas pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ). Rio de Janeiro, 02 e 03 de dezembro de 2002.
3. Participação na Oficina de Trabalho conjunta da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) e dirigentes da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ), para definição de linhas de capacitação em Economia da Saúde. Rio de Janeiro, 26 de julho de 2002.
4. Participação no 9 Congresso AMBRANGE. Realizado no Rio de Janeiro, 22 e 23 de novembro de 2001.
5. Palestrante de OS CAMINHOS DA REGULAMENTAÇÃO DOS PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE NO BRASIL para o curso de Administração da Faculdade Arthur Sá Earp Neto – Fase, em 30 de outubro de 2001.

6. Participação no *CURSO DE PLANO GERAL ESTATÍSTICAS EM SAÚDE – CIEFAS*, em outubro de 2001 (duração: 8 horas)
7. Participação no SIMPÓSIO REGULAMENTAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE, realizado pela Câmara dos Deputados, Senado Federal e Conselho Nacional de Saúde, 28 e 29 de agosto de 2001 (duração: 16 horas)
8. Participação no Ciclo de Oficinas da Agência Nacional de Saúde Suplementar: OFICINA ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLEMENTAR: PERSPECTIVAS PARA O ENSINO E A PESQUISA”, em 200 (duração: 40 horas)
9. Participação da OFICINA DE TRABALHO ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLEMENTAR: PERSPECTIVAS PARA O ENSINO E A PESQUISA, realizado no VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e V Congresso Paulista de Saúde Pública, de 28 de agosto a 01 de setembro de 2000.
10. Participação no VI CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA E V CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA. Realizado em Salvador-BA, setembro de 2000.
11. Participação no Seminário Internacional Sistemas de Seguro contra Acidentes do Trabalho nas Américas, do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), realizado em Salvador-BA, setembro de 2000.
12. Apresentação em comunicação coordenada “O PROCESSO DE REGULAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL DOS PLANOS E SEGUROS PRIVADOS NO BRASIL: LEGISLATIVO E EXECUTIVO (CONGRESSO, MINISTÉRIO DA SAÚDE E AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR)” no VII CONGRESSO LATINOAMERICANO DE MEDICINA SOCIAL E XI CONGRESSO DE LA ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE POLÍTICAS DE SALUD, Havana-Cuba, julho de 2000.
13. Participação no SEMINÁRIO POLÍTICA DE SAÚDE HOJE, realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ). Abril de 2000.
14. Apresentação em comunicação coordenada “O Processo de Regulamentação Governamental dos Planos e Seguros Privados: uma avaliação dos conflitos entre a Saúde e a Área Econômica” no II CONGRESSO BRASILEIRO CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE São Paulo, dezembro de 1999
15. Participação V ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA DA SAÚDE, Salvador, novembro de 1999
16. Participação no I SEMINÁRIO DE DIREITO E SAÚDE – SAÚDE, DIREITO DO CIDADÃO OU CIDADÃO SEM DIREITO À SAÚDE? Realizado pelo Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da Fundação Oswaldo Cruz (CESTEH/FIOCRUZ), realizada entre 25 de junho e 5 de julho de 1999.
17. Participação na V JORNADA CIENTÍFICA DE PÓS-GRADUAÇÃO da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) realizada entre 25 de junho e 5 de julho de 1999
18. Aprovação no Concurso de Seleção 98 do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (IMS/UERJ)
19. Participação no V CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA e V CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA. Realizado em Águas de Lindóia-SP, de 25 a 29 de agosto de 1997
20. Participação no curso administrado por ALBERTO LOPES NAJAR (ENSP/FIOCRUZ) METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS NO CONTEXTO DA SAÚDE COLETIVA. Duração de 16 horas. Realizado em Águas de Lindóia-SP (V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva) em agosto de 1997
21. Participação no SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOCIEDADE E ESTADO: SUPERANDO FRONTEIRAS, organizado pela Fundação do Desenvolvimento Administrativo (FUNDAP). Realizado em São Paulo, de 20 a 22 de agosto de 1997
22. Participação no SEMINÁRIO INTERNACIONAL PLANEJAMENTO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: A EXPERIÊNCIA CANADENSE, com presença do Prof. Dr. ANDRE-PIERRE CONTRANDRIOPOULOS (Faculdade de Medicina da Universidade de Montreal-Canadá) e do Prof. Dr. ANTONIO CARLOS AZEVEDO (OPS/Chile), organizado pela FUNDAP, Escola de Governo e Administração Pública (EGAP) e Fundación Altadir

(Caracas, Venezuela). Realizado em São Paulo, 14 e 15 de agosto de 1997.

23. Participação no curso administrado por CARLOS MATUS, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA GESTÃO PÚBLICA, organizado pela EGAP, FUNDAP e Fundación Altadir. Duração de 40 horas. Realizado em São Paulo, abril de 1997
24. Participação no curso ASPECTOS JURÍDICOS E OPERACIONAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS, organizado pelo Centro de Estudos e Pesquisas e Administração Municipal (CEPAM), Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS/SP), pela Faculdade de Saúde Pública da USP (FSP/USP), pela Secretaria do Estado de São Paulo (SESSP) e pela Fundação para o Remédio Popular (FURP). Duração de 24 horas. Realizado em São Paulo, abril de 1997.
25. Participação como observadora da X CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, realizada em Brasília-DF, setembro de 1996
26. Participação e representação da C.S.Jr. no II FÓRUM ESTADUAL DE EMPRESAS JUNIORES, realizado em Piracicaba-SP, julho de 1994

INFORMÁTICA: Windows e Microsoft Office. Software para análise de dados: Tabwin, EpilInfo, Access e Excel

Inglês: leitura, redação, compreensão oral e fluência

Espanhol: leitura, compreensão oral e fluência

Francês: leitura e compreensão oral

PUBLICAÇÕES

1. Artigo para ser utilizado pelo Fórum de Saúde Suplementar 2003 na área O Objeto da Regulação, Tema Saúde do Trabalhador e Seguro de Acidente do Trabalho, Título “ O Setor de Planos e Seguros de Saúde e a Saúde do Trabalhador: que rumos devemos seguir? ”, julho de 2003, no prelo.
2. “O Espaço de Regulamentação dos Planos e Seguros de Saúde no Brasil: notas sobre a ação de instituições governamentais e da sociedade civil” co-autoria com Gama, A. M.; Reis, C. O. e Bahia, L. In: REVISTA SAÚDE EM DEBATE, v. 26, p. 60. Rio de Janeiro, CEBES, Jan./Abr. 2002.
3. “A Agenda de Regulamentação dos Planos e Seguros de Saúde: notas sobre o debate no Legislativo e Executivo”, co-autoria com Bahia, L. e Gama, A. M. Publicado nos Anais do VII CONGRESSO LATINOAMERICANO DE MEDICINA SOCIAL E DO XI CONGRESSO DE LA ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE POLITICAS DE SALUD, 2000.
4. “O Processo de Regulamentação Governamental dos Planos e Seguros Privados: Uma Avaliação dos Conflitos entre a Saúde e a Área Econômica” co-autoria com Bahia, L. e Gama, A. M. LIVRO DE RESUMOS DO II CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE, ABRASCO, São Paulo, 1999.
5. “Considerações sobre a Regulamentação do Setor Suplementar de Saúde” co-autoria com Gama, A. Publicado no site do NUPES/ENSP/FIOCRUZ, 1999.
6. “Os Desafios de Gerir os Recursos Humanos de um Subsistema Fechado de Saúde”, co-autoria com Junqueira, L. A. P. e Carvalho, M. S. In: Reforma do

Estado e Mudança Institucional: o caso IAMSPE. São Paulo: FUNDAP/
IAMSPE, 1998

Rio de Janeiro, Julho de 2003

Isabela Soares Santos

BAHIA

1.02.20	Economia da Saúde: definição e métodos
1.02.21	Curso de Custos Hospitalares
1.02.22	Avaliação Econômica do Tratamento da Terapia Renal Substitutiva no Estado da Bahia
1.02.23	Avaliação do Custo-Efetividade para o Abandono do Tratamento da Tuberculose em Salvador
1.02.24	Um Estudo das Contas Regionais de Saúde no Estado da Bahia
1.02.25	Metodologia de Alocação Equitativa de Recursos Públicos para a Saúde na Bahia
1.02.26	Fundo Municipal para ES
1.02.27	Institucionalização da ES na SESAB
2.02.20	Disciplina de Pós-Grad/Curso de Extensão: ISC 612 Economia da Saúde
2.02.21	Disciplina de Pós-Grad: ISC Tópicos Especiais em Saúde Coletiva
2.02.22	Curso de curta-duração
2.02.23	Curso de Especialização em ES
2.02.24F	As Diferentes Faces da <u>Desigualdade em Saúde</u> : Iniquidade, Discriminação e Exclusão

PROJETO ECONOMIA DA SAÚDE
PLANO DE TRABALHO ANO II
ECONOMIA DA SAÚDE: DEFINIÇÃO E MÉTODOS

Atividade: 1.02.20

INSTITUIÇÃO PARCEIRA: Instituto de Saúde Coletiva/UFBA

COORDENADOR NA INSTITUIÇÃO PARCEIRA: Sebastião Loureiro

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA PROPOSTA: Edson Correia Araújo

TELEFONE: 71 336 – 8896

E-mail: edaraujo@ufba.br

CLASSIFICAÇÃO DA PROPOSTA:

Resultado 1:	X
Resultado 2:	
Resultado 3:	

Fundo de Desafio	
Resultado 1:	
Resultado 2:	

1. JUSTIFICATIVA:

Disseminar conhecimentos na área de Economia da Saúde tem sido uma das principais estratégias do ISC/UFBA, dentro do PES, para aumentar o interesse e, assim, incentivar o uso desses conhecimentos, entre gestores e pesquisadores no Estado da Bahia. A experiência dos cursos oferecidos pelo ISC em ES comprova a necessidade e o interesse desses profissionais por conhecimentos na área, notadamente entre gestores municipais de saúde. O estudo e a aplicação dos instrumentos de Economia da Saúde possibilitará não apenas a divulgação e aprendizagem desses métodos, como também, criar uma consciência da necessidade de adotar uma postura racionalizante quando se trata da gestão de recursos públicos, particularmente na área de saúde.

Assim, a continuação do Curso de Educação à Distância representa um instrumento fundamental na estratégia de disseminação da ES no Estado, pois em um Estado composto por 417 municípios, este tipo de proposta apresenta uma excelente relação custo-benefício, considerando-se o deslocamento de pessoal, material didático e disponibilidade de tempo dos alunos.

A execução do curso no ano I do PES possibilitou criar a estrutura necessária para desenvolver o curso em suas próximas edições, tanto em relação ao treinamento de professores e de profissionais envolvidos quanto em relação ao material didático necessário. Assim, aproveitar o conhecimento construído neste primeiro ano é de extrema importância, além de que o interesse e importância deste tipo de metodologia de ensino são crescentes.

2. OBJETIVO GERAL:

Dentro dos objetivos gerais do PES e da cooperação entre o Instituto de Saúde Coletiva e a Secretaria Estadual de Saúde, esta proposta tem por objetivo principal:

- Oferecer o “Curso de Economia da Saúde a Distância” para Gestores e Técnicos das Secretarias Municipais de Saúde do Estado da Bahia em duas novas turmas ao longo do ano II do PES.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Aprofundar os conhecimentos e metodologias de ensino à distância da ES implementadas na primeira turma do curso;
- Ampliar o acesso aos municípios que não foram atendidos nos cursos anteriores (a distância e os presenciais);

4. METODOLOGIA:

A programação dos 5 módulos do Curso Piloto consta dos anexos 1 e 2, assim como o conteúdo programático do Primeiro módulo e do Módulo de Avaliação Econômica (ao ser adaptado para o Word sofre um problema de desconfiguração). A inclusão dos anexos permitirá um entendimento melhor da parte operativa do curso EAD.

Para tanto o curso está estruturado em 05 (cinco) módulos: 01 (um) para uma introdução aos alunos das diversas ferramentas disponíveis no ambiente do curso na Internet e 04 (quatro) de conteúdos que abordam os principais temas de economia da saúde. O curso total terá a duração de 60 horas, destas 44 serão on-line (à distância) e 16 horas serão presenciais, onde alunos e professores estarão em contato direto. As 16 horas presenciais serão divididas da seguinte forma:

- Aula Inaugural (8 horas): apresentação dos professores e alunos seguida de uma palestra sobre Economia da Saúde e sua importância para a gestão dos serviços de saúde no Brasil;
- Encerramento (8 horas): término do curso, com entrega dos certificados aos aprovados, com uma avaliação conjunta das atividades realizadas.

Os módulos TEÓRICOS estão relacionados abaixo

- Módulo I: ***Conhecendo a proposta do curso e o ambiente TELEDUC***
- Módulo II: ***Introdução à Economia da Saúde (08 horas)***
- Módulo III: ***Financiamento (08 horas)***
- Módulo IV: ***Concepção dos custos em Saúde (08 horas)***
- Módulo V: ***Avaliação Econômica em Saúde (08 horas)***

A programação dos 5 módulos do Curso Piloto consta dos anexos 1 e 2, assim como o conteúdo programático do Primeiro módulo e do Módulo de Avaliação Econômica (ao ser adaptado para o Word sofre um problema de desconfiguração). A inclusão dos anexos permitirá um entendimento melhor da parte operativa do curso EAD.

5. DATA DE INÍCIO DA ATIVIDADE: Ver cronograma
6. DATA PREVISTA PARA CONCLUSÃO DA ATIVIDADE:
7. DURAÇÃO EM MESES: Cerca de 2 meses cada curso

Tempo em meses/ Atividades	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.
Curso Piloto (Ano 1)	XXXX	XXXX								
Primeiro Curso EAD Ano 2					XXXX	XXXX				
Segundo Curso EAD Ano 2									XXXX	XXXX

obs: Cada X representa uma semana no tempo.

9. ORÇAMENTO:

Essa proposta procura garantir o incentivo para a reprodução e aperfeiçoamento do curso EAD no Ano 2. Como boa parte do investimento já foi feito anteriormente, o orçamento dessa proposta reflete essa redução do custo do curso.

ITEM	DISCRIMINAÇÃO		DFID	ISC SESAB	TOTAL
	Valor Unitário	Quantidade Horas	Valor	Valor	
1 Pessoal					
1 coordenador	4.000,00	2 meses	8.000,00		
Total Pessoal			8.000,00		8.000,00
2 Confeção de material didático					
Elaboração do conteúdo	100,00/páginas	112 páginas(4 páginas/28 horas)	11.200,00		
Apoio de programação	03	400	1.200,00		
Construção de home pages	70,00	70	4.900,00		
Animação de vídeos	3 spots	2.000,00	6.000,00		
Reprodução de material Xerox	0,10	10.000,00	1.000,00		
Material (CDs, Cartuchos, Pastas)			2.000,00		
Telefone, fax.	100,00	12 meses	-	1200,00	
Outros	-	-	-	500,00	
Total Mat. de Consumo			26.300,00	1.700,00	28.000,00
Equipamentos					
Desktop para Banco de Dados	2.500,00	1	-	2.500,00	
Computadores	2.000,00	2	-	4.000,00	
Espaço Físico (instalações, água, energia, Assit. Técnica).	2.500,00	2 meses	-	30.000,00	
Total Equipamentos				33.500,00	33.500,00
4 Consultorias					
Consultoria local para 2 cursos	3.000,00	3 meses	9.000,00		

Total Consultoria		9.000,00		9.000,00
TOTAL em Reais		R\$ 43.300,00	R\$ 35.200,00	R\$ 78.500,00
TOTAL em Libras Esterlinas*		8.747 (libras esterlinas)		15.858 (libras esterlinas)

10. CONTRAPARTIDA DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE: VER ORÇAMENTO

11. EQUIPE: a ser definida

ANEXOS I: Ferramentas do Teleduc

Ferramenta
➤ Chat
➤ Lista de Discussão (correio)
➤ Fórum
➤ Portfólio
➤ Diário de Bordo
➤ Perfil
➤ Mural
➤ Perguntas Frequentes

ANEXO II: Cronograma do Curso Piloto de Economia da Saúde à Distância

Semana	Tema	Modalidade	Início	Término	CH
1ª	Encontro Presencial	Presencial	30/05	08/06	8
2ª	EAD	Distância	02/06	08/06	4
3ª	Introdução à Economia da Saúde	Distância	09/06	15/06	10
4ª	Financiamento	Distância	16/06	29/06	10
5ª	Custos	Distância	30/06	07/07	10
6ª	Avaliação Econômica	Distância	08/07	14/07	10
7ª	Avaliação Final	Presencial	18/07	18/07	8
Total					60

Avaliação Final	C.H.
avaliação quantitativa	2 horas
Avaliação do processo	2 horas
Mesa Redonda	4 horas

➤ Produzir autoavaliação do aluno em todos os módulos

- Avaliação final: Avaliação quantitativa por formulário eletrônico com questões objetivas (autocorreção) e questões subjetivas (enviada por e-mail para professores).

ANEXO III: Programa do Módulo 1 do Curso Piloto

PLANO DE DISCIPLINA/MODÚLO

IDENTIFICAÇÃO

NOME DO CURSO : Economia da Saúde (ES)
DISCIPLINA/MODÚLO: Conhecendo a proposta do curso e o ambiente TELEDUC
TURMA : 01
PERÍODO : 30/05 a 08/06
CARGA HORÁRIA : 12 horas (08 horas presenciais + 4 a distância)
PROFESSOR (A): Moerna Ferreira Soares

PLANEJAMENTO

1.1 EMENTA

Origem da Educação a Distância e suas possibilidades. Princípios pedagógicos da EAD: o papel do professor / aluno; o processo de aprendizagem; a avaliação no ensino a distância. Netiqueta. O ambiente TELEDUC, estrutura, dinâmica do curso, agenda, atividades, material de apoio, leituras, mural, fórum, bate-papo, correio, grupos, perfil, diário de bordo, portfólio, acessos, intermap. Software para comunicação instantânea.

1.2 OBJETIVOS

- ◆ *Apresentar o curso de Economia da Saúde*
- ◆ *Introduzir o aluno na lógica da educação a distância (EAD)*
- ◆ *Permitir que o aluno conheça e interaja com as ferramentas disponíveis no ambiente TELEDUC.*

1.3 METODOLOGIA

O curso será desenvolvido através de um encontro presencial e atividades a distância. O encontro presencial será dividido em dois momentos. O primeiro momento acontecerá no auditório do ISC, e constará da abertura do curso de ES, apresentação dos seus professores (tutores) e uma palestra sobre origem e possibilidades da EAD. No segundo momento, já no laboratório de informática, os alunos terão a oportunidade de conhecer e interagir com as ferramentas disponíveis no ambiente TELEDUC.

Chat: dificuldades encontradas									
Fórum de discussão: netiqueta									
Interação com as ferramentas: agenda, atividades, material de apoio, leituras, mural, grupos, portfólio, acessos, intermap. Navegação na hipermídia.									
Diário de bordo: avaliação do módulo									

ANEXO IV: Programa do Módulo de Avaliação Econômica do Curso Piloto

ii. IDENTIFICAÇÃO

NOME DO CURSO : Economia da Saúde
DISCIPLINA/MODÚLO: Avaliação Econômica
PERÍODO : 8 a 14 de julho de 2003
CARGA HORÁRIA : 10 horas
PROFESSOR (A): Edyara Santana

iii. PLANEJAMENTO

3.1 EMENTA

O módulo introduz os principais instrumentos de avaliação econômica de programas e serviços de saúde (análise custo-benefício, custo-efetividade e custo-utilidade), caracterizando-os e identificando suas especificidades, aplicações, alcances e limites. Discute estudos de avaliação econômica realizados em países em desenvolvimento e a pertinência da utilização da avaliação econômica como ferramenta de gestão da saúde.

3.2 OBJETIVO

Caracterizar os principais instrumentos de avaliação econômica de programas e serviços de saúde; discutir a aplicabilidade de cada instrumento, seus limites e possibilidades; refletir sobre a importância da utilização dos instrumentos de avaliação econômica como ferramenta que auxilia no processo de tomada de decisões e utilização racional dos recursos em saúde.

2.3 Metodologia

PROCEDIMENTOS				
DATA	CONTEÚDO PROGRAMÁTICO	DE ENSINO	DE AVALIAÇÃO	RECURSOS
08/07	1. Sondagem exploratória: impressões livres sobre avaliação econômica. 2. Esclarecimentos sobre a dinâmica de funcionamento do módulo.	Chat (2 horas)	Participação na atividade	Teleduc
	1. Instrumentos de Avaliação Econômica: análises custo-benefício, custo-efetividade e custo-utilidade. 2. Aplicabilidade dos instrumentos de avaliação econômica: limites e alcances.	Leitura de textos (2 horas)	Participação nos Fóruns de Discussão	Cd/teleduc
9 a 14 de julho	Especificidades, limites e possibilidades dos instrumentos de avaliação econômica.	Fórum de discussão 1 (2 horas)	Participação na atividade	
	1. Aplicabilidade dos instrumentos de avaliação econômica: limites e alcances. 2. Estudos de avaliação econômica em países em desenvolvimento 3. Dificuldades metodológicas associadas aos estudos.	Leitura de texto (2 horas)	Participação nos Fóruns de Discussão	Cd/ teleduc
9 de julho	Reflexão crítica sobre a utilização dos instrumentos de avaliação econômica.	Fórum de discussão 2 (2 horas)	Participação na atividade	Teleduc
	Acompanhamento	e-mail/MSN		

2.4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

UGÁ, M.A.D. Instrumentos de Avaliação Econômica dos Serviços de Saúde: Alcances e Limitações. In: PIOLA, S.F.; VIANNA, S.M.(orgs.). Economia da Saúde. Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde. Rio de Janeiro: IPEA, 1995.

HARTZ, Z.M.A; POUVOURVILLE, G. Avaliação dos Programas de Saúde: a Eficiência em Questão. In: Ciência e Saúde Coletiva, 3(2):68-82, 1998.

TAMAKI, E.M. O Obstáculo da informação nos Estudos Econômicos em Saúde. In: ANAIS. V Encontro Nacional de Economia da Saúde. AbrES. Salvador, 1999.

MILLS, A. Evaluacion Economica de los Programas de Salud en los Países en Desarrollo: descripción e ejemplos. In: Investigaciones sobre Servicios de Salud. OPAS, 1992.

MÓDULO: AVALIAÇÃO ECONÔMICA

ATIVIDADES

Oi, pessoa!:

Todas as nossas atividades serão realizadas à distância. Disponibilizamos abaixo nosso cronograma para o período de 08 a 14 de julho de 2003 (período de duração do módulo), para que vocês possam se organizar para a realização das atividades propostas.

Bom trabalho para todos!

Atividade 1: Chat

Tema: *Impressões livres sobre avaliação econômica.*

Os participantes deverão expressar-se livremente sobre o tema “Avaliação econômica de programas e serviços de saúde”: o que já ouviu falar ou leu a respeito, o que lhe ocorre quando se fala em avaliação econômica, que tipos de avaliação econômica conhece, se percebe distinção entre diferentes tipos de avaliação econômica, sua utilidade, etc.

Tem por objetivo iniciar o processo de estabelecimento de vínculo entre os participantes do curso e o professor e fazer uma sondagem de conhecimentos prévios que os alunos têm ou não a respeito do tema que será trabalhado no módulo.

Será utilizado, também, para esclarecer dúvidas acerca da sistemática de funcionamento do módulo.

Data: 08 de julho

Horário: 12:00 às 14:00h (a confirmar)

Duração: 2 horas

Atividade 2: Leitura de textos

Dois textos são indicados como leitura obrigatória e condição fundamental para a participação do aluno nos Fóruns de Discussão.

O aluno deverá ler o texto “**Instrumentos de Avaliação Econômica dos Serviços de Saúde: Alcances e Limitações**”, como subsídio mínimo para o **Fórum de Discussão 1** (*Especificidades e aplicabilidade dos instrumentos de Avaliação Econômica*). Sugere-se como leitura complementar os textos de Hartz e Tamaki. A leitura desse(s) texto(s) permitirá ao aluno distinguir entre os diferentes instrumentos de avaliação econômica, identificando suas especificidades, aplicabilidade e limites.

Como subsídio para o **Fórum de Discussão 2** (*Reflexão crítica sobre a utilização dos instrumentos de avaliação econômica*), o aluno deverá ler o texto sobre “**Valor da atenção primária em saúde**” e “**Análise custo-efetividade de estratégias de vacina**” que apresenta uma análise crítica de

dois artigos publicados sobre estudos de avaliação econômica realizados em países em desenvolvimento. Trata-se de uma tradução livre de um extrato do texto de Anne Mills (Evaluacion Economica de los Programas de Salud en los Países en Desarrollo: descripción e ejemplos). Recomenda-se, para os que tiverem interesse, a leitura do texto de Anne Mills na íntegra.

O objetivo dessa leitura é aproximar o aluno de estudos de avaliação realizados, percebendo sua utilidade, mas também as dificuldades metodológicas existentes na realização de estudos desse tipo.

Atividade 3: Fórum de Discussão 1

Tema: Especificidades e aplicabilidade dos instrumentos de Avaliação Econômica.

Esse fórum é um espaço para discussão das características específicas de cada tipo de avaliação econômica, sua aplicabilidade e limites, a partir da leitura do texto de Maria Alícia Ugá (“**Instrumentos de Avaliação Econômica dos Serviços de Saúde: Alcances e Limitações**”) e/ou das leituras complementares sugeridas. Deverá ser utilizado, também, para esclarecer dúvidas e dificuldades na compreensão do tema e dos conceitos abordados.

Período: 9 a 14 de julho

Atividade 4: Fórum de Discussão 2

Tema: Reflexão crítica sobre a utilização dos instrumentos de avaliação econômica.

Esse fórum de debates tem por objetivo discutir a aplicabilidade dos instrumentos de avaliação econômica, a partir de uma dupla reflexão: sobre os resultados e dificuldades metodológicas encontradas nos estudos apresentados e sobre a importância da utilização dos instrumentos de avaliação econômica como ferramenta que auxilia no processo de tomada de decisões e utilização racional dos recursos. Para participar deste fórum, o aluno terá que ter lido o texto sobre “**Valor da atenção primária em saúde**” e “**Análise custo-efetividade de estratégias de vacina**”. Os textos de Hartz e de Tamaki, sugeridos como leitura complementar, além do texto de Anne Mills, podem contribuir para enriquecer a discussão, mas não são leituras obrigatórias.

Período: 9 a 14 de julho

Instituição Parceira: ISC/UFBA
Título da Proposta: Curso de Economia da Saúde: Definição e métodos
Número da Proposta: 3
Pontuação da proposta na Comissão Técnica: 3
Pontuação UGP/DFID: 4
Comentários: CT: O tema é relevante e pertinente. Titulo não contempla o aspecto central que trata de um curso de educação à distância. R: O Título será mudado para “Economia da Saúde a Distância” Não detalhamento do conteúdo dos módulos. R: Como a proposta é de se replicar com mais duas turmas o Curso Piloto de “Economia da Saúde a Distância”, foram anexados na proposta os conteúdos dos módulos que já estavam prontos na época de confecção das propostas temáticas, que é o Módulo 1 “Conhecendo a proposta do curso e o ambiente TELEDUC” e o módulo 5, de Avaliação. Os conteúdos dos módulos 2, 3 e 4 estão colocados adiante. O conteúdo não contempla os estudos de desigualdade. R: O tema da desigualdade é tratado nos módulos de Introdução e de Financiamento (Ver Programa). Retomando a Metodologia: <ol style="list-style-type: none">1. Encontro presencial de 8 horas2. Primeiro Módulo - “Conhecendo a proposta do curso e o ambiente TELEDUC” é o módulo de Avaliação.3. Segundo Módulo – Introdução à Economia da Saúde4. Terceiro Módulo – Financiamento5. Quarto Módulo - Custos6. Quinto Módulo - Avaliação Econômica7. Encontro Presencial – Avaliação Final UGP/DFID: <ol style="list-style-type: none">1. Para aprovação, apresentar a avaliação de impacto do primeiro curso.2. Custos com desenho do curso já não foram contemplados no orçamento do primeiro curso?3. Que impacto se espera ao fim da atividade? Propor indicadores sempre que possível. Ver Adiante

UGP/DFID:

1. Para aprovação, apresentar a avaliação de impacto do primeiro curso.

O Curso Piloto devido a problemas técnicos deverá ser iniciado em Agosto.

2. Custos com desenho do curso já não foram contemplados no orçamento do primeiro curso?

O orçamento prevê custos com mudanças e melhoria do produto eletrônico após o teste com o Piloto e a avaliação decorrente. Se não for previsto em orçamento nada poderá ser mudado ou aperfeiçoado para as versões seguintes.

3. Que impacto se espera ao fim da atividade?

- Disseminação dos conhecimentos na área de Economia da Saúde entre gestores com dificuldades de acesso aos grandes centros urbanos.

- Ampliação considerável da cobertura de municípios sensibilizados para o uso dos instrumentos da ES.

- Desenvolvimento e aperfeiçoamento das tecnologias de EAD aplicadas à Economia da Saúde.

Propor indicadores sempre que possível.

- **Número de alunos inscritos**
- **Número de alunos que concluíram com êxito os cursos**
- **Reprodução da experiência em outros estados**
- **Citação da Experiência em eventos e trabalhos nas áreas de ES e de EAD.**

Programas dos Módulos que não constavam da Proposta Original

Semana	Tema	Modalidad e	Início	Término	CH
1ª	Encontro Presencial	Presencial	30/05	08/06	8
2ª	EAD	Distância	02/06	08/06	4
3ª	Introdução à Economia da Saúde Financiamento	Distância	09/06	15/06	10
4ª		Distância	16/06	29/06	10
5ª	Custos	Distância	30/06	07/07	10
6ª	Avaliação Econômica	Distância	08/07	14/07	10
7ª	Avaliação Final	Presencial	18/07	18/07	8
Total					

PLANO DO MÓDULO 2

i. IDENTIFICAÇÃO

NOME DO CURSO : Economia da Saúde
MODÚLO: Introdução à Economia da Saúde
TURMA : I
PERÍODO : 16 de maio de 2003
CARGA HORÁRIA : 10 horas
PROFESSOR (A): Sebastião Loureiro

ii. PLANEJAMENTO

2.1 EMENTA : *Este módulo introduz as definições e os conceitos básicos em economia da Saúde, mostrando as peculiaridades da economia na produção de um “bem de mérito”: a saúde. São apresentadas noções básicas de micro-economia relacionadas à saúde e apresentar de forma sumária as diversas áreas de aplicação dos métodos e princípios da economia na área da saúde, assim como os principais pesquisadores que tem contribuído para estabelecer a economia da saúde como um campo de avanço do conhecimento teórico e prático sobre a saúde das populações.*

2.2 OBJETIVO: *Conhecer os conceitos básicos em economia e a sua aplicação na saúde.*

Módulo Introdução				
DATA	CONTEUDO PROGRAMÁTICO	DE ENSINO	DE AVALIAÇÃO	RECURSOS
17/05/03	Definições de Economia	Leitura de introdução ao módulo	Horas de acesso (2 horas)	Teleduc/Interação CD Hipermedia
19/05/03	Peculiaridades da Economia da Saúde – Mercado Imperfeito	Leitura Vídeo	Acesso ao vídeo Hora de acesso (2horas)	Teleduc Texto/ Slides/Vídeo
21/05/03	Princípios de Micro-economia	Leitura	Horas de acesso	Slides Textos
23/05/03	Conceitos de Economia da Saúde	Chat	Horas de acesso	Teleduc
24/05/03	Aplicação da Economia ao Campo da Saúde	Fórum	Número de intervenções	Teleduc
28/05/03	Teste de avaliação de aprendizado	Teste	% de respostas corretas	Soft com questionário

2.4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Gutemberg, J. O que é economia da Saúde. Mimeo. Londres 2001

Hidalgo et. All Economia de la salud. Ed. Pirâmide Madri, 2000

2.5 Bibliografia

Livros:

Del Nero, C.R. O que é Economia da Saúde? in Piola SF; Vianna, S. M. Org. Economia da Saúde – Conceito e Contribuição para a gestão da Saúde. Brasília Ipea 1995

Ensor et al - Health Economics for Developing Countries a practical guide. The University of York, 2000

Jack, W. Principles of Health Economics for developing Countries – The World Bank Institute, Washington D.C. 1999

Witter, S. et al Health Economics for Developing Countries. Macmillan, 2000.

PLANO DO MODÚLO 3

IDENTIFICAÇÃO

NOME DO CURSO : Economia da Saúde

MODÚLO: Financiamento

TURMA : I

PERÍODO : 16 de maio de 2003

CARGA HORÁRIA : 10 horas

PROFESSOR (A): Sebastião Loureiro

PLANEJAMENTO

EMENTA: Este módulo aborda a evolução dos gastos mundiais em saúde e as formas de racionalização, discutindo as concepções de demanda, necessidade, eficiência, equidade e as medidas de desigualdade. Problematisa ainda o papel do Estado na tributação e orçamentação e suas relações com o setor privado. Apresenta as formas e problemas de financiamento no Brasil dentro de uma perspectiva histórica e analítica enfocando a iniquidade na alocação dos recursos e as perspectivas trazidas pela EC 29.

OBJETIVO: Conhecer a evolução dos gastos em Saúde problematizando as questões da eficiência e equidade na alocação de recursos e discutir as fontes e formas de financiamento no Brasil.

2.2 CONTEÚDO

- 1. Evolução dos gastos mundiais em Saúde**
 - **Causas de elevação**
 - **Relação entre gasto público e privado**
 - **Gasto com saúde: proporção do PIB, das rendas e expectativa de vida.**
 - 2. Alocação de recursos: eficiência e equidade**
 - **Racionalização de gastos**
 - **Demanda versus necessidade**
 - **Dimensões da desigualdade**
 - **Índices de concentração**
 - 3. Financiamento como atividade fiscal do Estado**
 - **Política tributária e orçamentária**
 - **Sistemas universais e estratégias de Focalização**
 - **Relações no mercado de bens e serviços**
 - **Risco Moral e Seleção Adversa**
 - **Formas de regulação**
 - 4. Financiamento no Brasil: histórico**
 - **Estabilidade das Fontes: EC 29**
 - **Gasto em Saúde no Brasil e modelo assistencial**
 - **Desigualdades regionais**
-

2.3 METODOLOGIA

16/06	29/06
-------	-------

DATA	Módulo de Financiamento			RECURSOS
	CONTEUDO PROGRAMATICO	DE ENSINO	DE AVALIAÇÃO	
09/06	<u>Evolução dos gastos mundiais em Saúde</u>	Leitura de introdução ao módulo	Horas de acesso (2 horas)	Teleduc/Interação
17/06 18/06	<u>Alocação de recursos: eficiência e equidade</u>	Leitura	Hora de acesso (2horas)	Teleduc Texto/ Slides/Vídeo

19.06	Financiamento como atividade fiscal do Estado	Leitura	Horas de acesso	Slides Textos
20.06 25.06	Financiamento no Brasil: histórico	Leitura Fórum	Horas de acesso	Teleduc
26.06	Discussão sobre a EC 29	Chat	Número de intervenções	Teleduc
15.06	Teste de avaliação de aprendizado	Teste on line		

2.4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MEDICI, André C. **Aspectos Teóricos e Conceituais do Financiamento das Políticas de Saúde**. In: PIOLA, Sérgio F. e VIANNA, Solon M. *Economia da Saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde*. Brasília: 2002. Capítulo I (pp23 -- 67).

PEREIRA, José. M. **Finanças Públicas**. São Paulo, Ed. Atlas, 1999. Cap 1: 19-44.

FAVERET, Ana. C. et al. **Estimativas do Impacto da Vinculação Constitucional de Recursos para a Saúde: emenda constitucional 29/2000**. In: *BRASIL/Ministério da Saúde Gestão Municipal de Saúde: Textos Básicos*. Rio de Janeiro, 2001, (pp.111 - 142).

MENDES, Áquila e MARQUES, Rosa M. **Financiamento: A Doença Crônica da Saúde Brasileira**. Anais da Associação Brasileira de Economia da Saúde – 1999, (pp. 213 - 238).

GERSCHMAN, Silvia. **A Descentralização das Políticas de Saúde no final dos anos 90**. Anais da Associação Brasileira de Economia da Saúde, Salvador – 1999 (pp131 – 146).

2.5. BIBLIOGRAFIA

www.economia pura.org.br
www.urba.br/economia
www.healthconomics.com/
www.worldbank.org
www.York.ac.uk/inst/Che
www.icea.gov.br

Módulo 4 - Custos				
DATA	CONTEUDO PROGRAMÁTICO	DE ENSINO	DE AVALIAÇÃO	RECURSOS
30.06	1. Definições e conceitos básicos;	Leitura Chat	Participação na atividade	Teleduc
01.07	2. Custos de serviços: totais, monetários e não monetários; <ul style="list-style-type: none"> • Custos diretos e indiretos; • Custos fixos, variáveis e semivariáveis; 	Leitura de textos (2 horas)	Participação nos Fóruns de Discussão	Cd/teleduc
02.07 03.07	3. Custos médios ou unitários no curto e longo prazos; <ul style="list-style-type: none"> • Custos marginais ou incrementais; • Rateio dos custos fixos e dos custos gerais; • Métodos de rateio: absorção e direto; 	Fórum de discussão 1 (2 horas)	Participação na atividade	
04.07 05.07	4. Custos ocultos ou invisíveis e desperdício; <ul style="list-style-type: none"> • Centros de apuração de custos e de responsabilização; • Custo de oportunidade; • Custos afundados dos sistemas de apuração de custos; 	Leitura de texto (2 horas)	Participação na atividade	Cd/ teleduc

07.07	5.Custeio tradicional e novo custeio; <ul style="list-style-type: none"> • Por setores; • Por atividades; • Custo padrão; • Custo da doença e sua mensuração; • Aplicações na área de Saúde. 	Leitura Fórum de discussão 2 (2 horas)	Participação nos Fóruns de Discussão	Teleduc
-------	--	---	---	----------------

Bibliografia

BEULKE, R. e BERTÓ, D.A. **Gestão de Custos e Resultado na Saúde – Hospitais, Clínicas, Laboratórios e Congêneres.** 1ª edição, Ed. Saraiva – SP, 1997. Capítulo IV (32-44).

CHING, H.Y. **Manual de Custos de Instituições de Saúde.** 1ª edição, Ed. Atlas – SP, 2001. Capítulo I (13-38) e Capítulo 4 (105-118).

PROJETO ECONOMIA DA SAÚDE
PLANO DE TRABALHO ANO II
CURSO DE CUSTOS HOSPITALARES

Atividade: 1.02.21

INSTITUIÇÃO PARCEIRA: ISC/SESAB

COORDENADOR NA INSTITUIÇÃO PARCEIRA: Sebastião Loureiro & Martha Teixeira

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA PROPOSTA: Thereza Christina Bahia Coelho

TELEFONE: 071- 336-8896

E-MAIL: tchris@ufba.br

CLASSIFICAÇÃO DA PROPOSTA:

Resultado 1:	X
Resultado 2:	
Resultado 3:	

Fundo de Desafio	
Resultado 1:	
Resultado 2:	

Curso de Custos Hospitalares

1. JUSTIFICATIVA:

Durante o Ano II do Projeto Economia da Saúde a execução dos três projetos de pesquisa da parceria ISC/SESAB se defrontaram com a dificuldade de estimar os custos em unidades hospitalares e mesmo de ações programáticas, como no caso do PSF. Essa constatação, adicionada à mobilização alcançada junto aos técnicos da SESAB em consequência dos cursos de sensibilização e capacitação levaram à produção de um projeto de financiamento próprio da SESAB para determinar os custos hospitalares da maior unidade do estado e primeira Referência em emergência que é o Hospital Central.

Dessa forma, a necessidade de se estimar desses custos tomou-se de vital importância para o Sistema Estadual até mesmo para que possa definir melhor sua política de compra de serviços terceirizados, ou de investimento em unidades próprias, ou mesmo para controle da gestão terceirizada. A realidade mais imediata é que as unidades públicas simplesmente não têm idéia dos custos dos seus serviços, o que inviabiliza uma reprogramação ou proposta de racionalização desses custos.

Esse curso faz parte do compromisso do PES de apoiar a gestão estadual e municipal na formulação e resolução das suas demandas em Economia da Saúde e foi proposto desde o ANO. Entretanto, dificuldades operacionais forçaram o adiamento para o ANO II do projeto.

2. Objetivo Geral

Treinar recursos humanos para a gestão de custos em unidades de saúde.

3. Objetivo Específico

Desenvolver capacidades para a identificação dos custos nas atividades de rotina das Secretarias.

4. Metodologia

O Público alvo do curso são os técnicos das Secretarias de Saúde do Estado e do Município. A carga horária do curso é de 30 horas. O curso é presencial e em anos subsequentes do projeto poderão ser oferecidos outros módulos que terão creditação para um Certificado, Especialização ou Mestrado Profissionalizante.

❖ **Data de início:** Novembro/2003

❖ **Número de vagas:** 25 vagas

❖ **Conteúdo programático**

Aula 1: A Economia da Saúde e os instrumentos de avaliação econômica

- * O que é Economia da Saúde?
- * O que são custos?
- * Definição "natural" dos custos
- * Definição contábil dos custos
- * Definição econômica dos custos
- * Custo oportunidade
- * Custo da doença
- * Custo por não ter um gerenciamento dos custos.

Aula 2: O hospital como instrumento de estudo

- * Como funciona um hospital atualmente na Bahia
- * Existe diferença de gerenciamento entre hospitais públicos e privados na Bahia?
- * Como os hospitais privados tratam a questão dos custos?
- * Como definir os custos de um hospital: uma introdução

Aula 3: Definindo os custos de um hospital: parte 1

- * Dividindo o hospital em unidades: critérios de escolha
- * Listando os procedimentos de cada unidade
- * Listando os componentes dos custos em cada unidade

Aula 4: Definindo os custos de um hospital: parte 2

- * Os custos de pessoal
- * Os custos com material
- * Os custos com medicamentos
- * Os custos com instalações
- * Os custos com despesas correntes
- * Outros custos importantes

Aula 5: Definindo os custos de um hospital: parte 3

- * Agregando os custos em cada unidade por procedimentos: critérios de análise

Aula 6: Definindo os custos de um hospital: parte 4

- * Agregando os custos entre as unidades: critérios de análise

Aula 7: Definindo os custos de um hospital: parte 5

* Definindo os custos por procedimentos de um hospital

Aula 8: Criando um setor de controle de custos em um hospital

* O que é contabilidade de custos?

* Como adotar um sistema de custos

* Pessoal e material necessário

9. Orçamento:

ITEM	DISCRIMINAÇÃO		DFID	ISC SESAB	TOTAL
	Valor Unitário	Quantidade Horas	Valor	Valor	
1 Pessoal					
Coordenador	100,00/hora	32 horas	3.200,00		
1 professor (economista ou administrador Hospitalar)	150,00/hora aula	32 horas	4.800,00	-	
Estagiários (01)	50,00	10 horas		500,00	-
Total Pessoal			8.000,00	500,00	8.500,00
2 Material de Consumo					
Elaboração de material de ensino (textos, slides de apresentação, revisão bibliográfica, etc)	100,00/hora	32 horas	3.200,00		
Reprodução de Material	1.000		1.000		
Canetas, lápis, fichários, disquetes, transparências, papel, etc.	500,00		500,00		
Total Mat. de Consumo			4.700,00		3.700,00
3 Equipamentos					
Espaço Físico (Instalações, água, energia, Assit. Técnica).	2.500,00	32horas		2.000,00	
Outras despesas com equipamentos e estrutura	1720,00		1720,00		
Total Equipamentos			1720	2.000,00	3.720,00
4 Passagens aéreas e diárias					
Passagens aéreas (local a definir)	1000,00	1 passagem ida e volta	1.000,00		
Diárias (acomodação/alimentação/transporte)	83,34	30 dias	2.500,00		
Total Consultoria			3.500,00		18.600,00
5 Despesas com					

comunicação/divulgação				
Telefone, fax e Internet	1.000,00	-	1.000,00	-
Total Treinamento			1.000,00	9.000,00
TOTAL em Reais			18.920,00	2.500,00
TOTAL em Libras Esterlinas*			4.672,00	

10. CONTRAPARTIDA DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE: Ver orçamento

11. EQUIPE: a definir

Instituição Parceira: ISC/UFBA
Título da Proposta: Curso de Custos Hospitalares
Número da Proposta: 4
Pontuação da proposta na Comissão Técnica: 3
Pontuação UGP/DFID: 4
Comentários: CT: O tema é relevante e pertinente. Ausência de maior detalhamento do conteúdo do curso e da bibliografia. A proposta do custo foi melhorada (em anexo). Entretanto, ela deverá ser ainda passar por novo processo de aperfeiçoamento, em etapa posterior, através do trabalho dos professores prováveis que conduzirão o curso: Paulo Henrique (FCE-UFBA) e Mônica Viegas (CEDEPLAR-UFMG). UGP/DFID: 1. Que impacto se espera ao fim da atividade? A cultura de apuração e controle dos custos hospitalares é muito precária. Atualmente apenas um hospital da SESAB se encontra em processo de implantação de um sistema de custos. As aulas de custos tiveram bastante receptividade nos cursos oferecidos no ano I. Em especial a disciplina ISC 612, por demanda dos alunos, teve que desdobrar a aula de custos em duas. A demanda por conhecimentos nessa área é crescente, e reflete de um lado a necessidade do conhecimento na prática gerencial e de outro a ausência de oferecimento de cursos dessa natureza. Embora previsto no ano I, o curso de custos não pode ser oferecido enquanto tal pois se verificou na época a conveniência de um curso mais geral sobre ES. Logo, essa proposta deve contribuir para elevar a consciência da necessidade de se conhecer “quanto custam as ações hospitalares”, e desencadear a instalação de sistemas nas unidades do SUS na Bahia. É importante frisar que esses sistemas terão impacto não apenas na economia da saúde estadual mas também facilitará outras pesquisas de avaliação econômica e mesmo de financiamento. 2. Propor indicadores sempre que possível. <ul style="list-style-type: none">▪ Número de hospitais com sistema de custos implantado ou em fase de implantação após 01 ano.▪ Número de alunos que concluíram o curso▪ Relação aluno/hospital com sistema de custos implantado▪ Monografias, dissertações e artigos sobre custos na Bahia no período de 01 anos após o curso.

Curso de Custos Hospitalares

1. JUSTIFICATIVA:

Durante o Ano II do Projeto Economia da Saúde a execução dos três projetos de pesquisa da parceria ISC/SESAB se defrontaram com a dificuldade de estimar os custos em unidades hospitalares e mesmo de ações programáticas, como no caso do PSF. Essa constatação, adicionada à mobilização alcançada junto aos técnicos da SESAB em consequência dos cursos de sensibilização e capacitação levaram à produção de um projeto de financiamento próprio da SESAB para determinar os custos hospitalares da maior unidade do estado e primeira Referência em emergência que é o Hospital Central.

Dessa forma, a necessidade de se estimar desses custos tornou-se de vital importância para o Sistema Estadual até mesmo para que possa definir melhor sua política de compra de serviços terceirizados, ou de investimento em unidades próprias, ou mesmo para controle da gestão terceirizada. A realidade mais imediata é que as unidades públicas simplesmente não têm idéia dos custos dos seus serviços, o que inviabiliza uma re-programação ou proposta de racionalização desses custos.

Esse curso faz parte do compromisso do PES de apoiar a gestão estadual e municipal na formulação e resolução das suas demandas em Economia da Saúde e foi proposto desde o ANO. Entretanto, dificuldades operacionais forçaram o adiamento para o ANO II do projeto.

2. EMENTA

O controle e a redução dos custos é hoje uma dos principais objetivos das firmas como meio de aumentar sua competição dentro de seu mercado. Essa situação também pode ser generalizada para o mercado de saúde, onde a crescente

demanda pelos serviços sanitários elevam os gastos em mão-de-obra, infraestrutura e principalmente com inovação tecnológica. Esta situação faz com que a análise de custos seja uma importante ferramenta para a tomada de decisões na gestão dos serviços de saúde, direcionando os investimentos para setores estratégicos, melhorando a alocação dos recursos com maior obtenção de receitas, e com a eliminação do desperdício.

2. Objetivo Geral

Treinar recursos humanos para a gestão de custos em unidades de saúde, além de desenvolver capacidades para a identificação dos custos nas atividades de rotina das Secretarias.

2. Objetivo Específico

- Relacionar a ciência da saúde com instrumentos de gestão sanitária, representado aqui pela análise de custos.
- Familiarizar o estudante/profissional no âmbito da gestão sanitária, e melhorar sua capacidade de resolver problemas, analisando seus aspectos relevantes, formulando alternativas de solução, utilizando as ferramentas de análise de custos.
- Introduzir em uma linguagem singela os principais conceitos de custos contábeis e econômicos, que possibilitem a compreensão de estudantes/profissionais de diversas áreas do conhecimento.

4. Metodologia

O Público alvo do curso é os técnicos das Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais, sendo a carga horária do curso de 30 horas. O curso é presencial e em anos subsequentes do projeto poderão ser oferecidos outros módulos que terão creditação para um Certificado, Especialização ou Mestrado

Profissionalizante.

As aulas serão ministradas por um profissional com experiência

- ❖ **Data de início:** Novembro/2003
- ❖ **Número de vagas:** 25 vagas
- ❖ **Conteúdo programático**

Aula 1: A Economia da Saúde e os instrumentos de avaliação econômica

- * O que é Economia da Saúde?
- * O que são custos?
- * Definição "natural" dos custos.
- * Definição contábil dos custos.
- * Definição econômica dos custos.
- * Custo oportunidade.
- * Custo da doença.
- * Custo por não ter um gerenciamento dos custos.

Aula 2: O hospital como instrumento de estudo

- * Como funciona um hospital atualmente na Bahia.
- * Existe diferença de gerenciamento entre hospitais públicos e privados na Bahia?
- * Como os hospitais privados tratam a questão dos custos?
- * Como definir os custos de um hospital: uma introdução.

Aula 3: Definindo os custos de um hospital: parte 1

- * Dividindo o hospital em unidades: critérios de escolha.
- * Listando os procedimentos de cada unidade.
- * Listando os componentes dos custos em cada unidade.

Aula 4: Definindo os custos de um hospital: parte 2

- * Os custos de pessoal.
- * Os custos com material.
- * Os custos com medicamentos.
- * Os custos com instalações.
- * Os custos com despesas correntes.
- * Outros custos importantes.

Aula 5: Definindo os custos de um hospital: parte 3

- * Agregando os custos em cada unidade por procedimentos: critérios de análise.

Aula 6: Definindo os custos de um hospital: parte 4

- * Agregando os custos entre as unidades: critérios de análise.

Aula 7: Definindo os custos de um hospital: parte 5

- * Definindo os custos por procedimentos de um hospital.

Aula 8: Criando um setor de controle de custos em um hospital.

- * O que é contabilidade de custos?
- * Como adotar um sistema de custos.
- * Pessoal e material necessário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MATOS, Afonso José de. Contabilidade Geral e Contabilidade de Custos. São Paulo, PROAHSA, Curso de Custos Hospitalares. Mimeo.
2. CARR, Lawrence P. Unbundling the cost of Hospitalization. Management Accounting, New Jersey, Nov. 1993.
3. CHAN, Yee-Ching Lilian. Improving Hospital Cost accounting with activict-based-costing. Health Care Management Reviw, Winter 1993. FERNADES, Luiz Osvaldo. Custo Hospitalar. São Paulo: LN Impressos Padronizados 1993.
4. ESTEVES, Maria Josefa Vilar. A utilização dos custos hospitalares em hospitais paulistas : um estudo preleminar. São Paulo : Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1992. 214 fl. (Dissertação de Mestrado).
5. HENDRIKSEN, Eldon S., BREDA, Michael F. van. Accounting Theory. Boston : Irwin, 1992. 905 p.
6. HICKS, Douglas T. Activity-based costing for small and mid-sized business : na implementation guide. New York : Wiley, 1992. 312 p.
7. HORNGREN, C. T., FOSTER, G. Cost Accounting ; a managerial emphasis. 7. ed. New Jersey : Prentice Hall, 1991. 964 p.
8. KAPLAN, Robert S., COOPER, Robin. Profit priorities from activity-based costing. Harvard Business Review, Boston, v. 69, n. 3, p. 130-135, May/June 1991.
9. KELLY Kelvin. A bean-counter's best friend. Business Week, p. 33-61, Oct. 1991.
10. NAKAGAWA, M. Gestão Estratégica de Custos : conceitos, sistemas e implementação. São Paulo : Atlas, 1991. 111p.
11. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão de Planejamento. Manual de apuração de custos hospitalares. 2. Ed. Brasília : 1988.
12. CLEVERLEY, William O. Product costing for health care firms. Health Care Management Review, v. 12, n. 4, p. 39-48, Fall 1987.
13. LI, David H. Contabilidade de Custos, Rio de Janeiro: Interamericana, 1981. 207 p.
14. MATOS, Afonso José de . Contabilidade : a base da informação gerencial. O Mundo da Saúde, São Paulo, 3. Trim., p. 132-137, 1981.
15. BERMAN, H. J., WEEKS, L.E. Administração financeira de Hospitais. Tradução por Katherine Marie-José Okretic. São Paulo : Pioneira, 1979. 417 p. Tradução de : The financial management of hospitals.
16. BACKER, Morton, JACOBSEN, Lyle. Contabilidade de custos : um enfoque de administração de empresas. São Paulo : McGraw-Hill, 1976. 2v.
17. DEARDEN, John. Análise de custos e orçamentos nas empresas. Rio de Janeiro : Zahar, 1971. 269 p.

PROJETO ECONOMIA DA SAÚDE

PLANO DE TRABALHO ANO II

AVALIAÇÃO ECONÔMICA DO TRATAMENTO DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA NO ESTADO DA BAHIA.

Atividade: 1.02.22

INSTITUIÇÕES PARCEIRAS:

Instituto de Saúde Coletiva/UFBA - Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

COORDENADOR ISC:
Sebastião Loureiro

COORDENADOR SESAB:
Martha Teixeira

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA PROPOSTA:
Alfredo Corniali - Alex Fernandez

TELEFONE: 00 55 071 – 336-8896

E-mail: corniali@atarde.com.br / alex.fernandez@cexs.upf.es

CLASSIFICAÇÃO DA PROPOSTA:

Resultado 1:	X
Resultado 2:	
Resultado 3:	

Fundo de Desafio	
Resultado 1:	
Resultado 2:	

1. JUSTIFICATIVA

A condição de vida do homem moderno se modificou trazendo uma mudança no perfil epidemiológico. O incremento populacional nos centros urbanos e um importante aumento da esperança de vida média (envelhecimento da população), tem provocado a elevação da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, principalmente das cardiovasculares (Rouquayrol, 1999). Entre estas estão presentes as doenças renais crônicas.

A consequência desta situação descrita acima é o aumento da demanda por serviços de saúde como resultado do comportamento, por um lado dos médicos e pelo outro dos pacientes (Paim, 1999). Essa situação fica mais clara quando comparamos os indicadores de gasto per capita com saúde no Brasil. No ano 1987 os gastos públicos *per capita* com saúde eram de R\$ 24,3 passando para R\$ 93,3 em 1995 (Galper,1996) revelando o importante papel das despesas com saúde no orçamento público. Devemos identificar que existem outras causas para o aumento do gasto sanitário que podem se agrupar em: aumento da densidade e da frequência de uso (Ortun 1992), e incorporação de tecnologia que segue um padrão cumulativo (Campos 1998). Para combater o crescimento desordenado da demanda a proposta da maioria dos gestores em saúde é a regulação da oferta e sua estruturação como estratégia para a contenção dos custos (Testa, 1992). Uma nova corrente de estratégias esta sendo utilizada pelos governos

“ En este particular, más jurisdicciones o gobiernos están solicitando datos económicos que respalden las decisiones...”

“El énfasis puesto en el análisis de la difusión racional y el uso de la tecnología, se deriva del impacto que puede llegar a tener la información sobre la efectividad y el costo-efectividad de las intervenciones en la atención a la salud.” (Drumond, 2002)

As doenças renais têm adquirido particular importância nos últimos decênios, assim, iremos considerar aqui, as Doenças Renais Crônicas Terminais (DRCT) que requerem como terapêutica a Terapia Renal Substitutiva (TRS). A TRS comporta quatro modalidades principais: Hemodiálise (HD), Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória (DPCA), Diálise Peritoneal Intermitente (DPI), e o Transplante Renal (TR).

Um estudo das características dos serviços de Diálise na América Latina comenta que mesmo considerando as desigualdades socio-econômicas do Brasil, o acesso a Terapia Renal Substitutiva é em princípio acessível para todos aqueles que a necessitem. Observa ainda, que as unidades de Diálise têm sido modernizadas nos últimos anos, e o Governo Federal atende as despesas relacionadas a TRS. Assinala que a prevalência de TRS no Brasil é hoje de aproximadamente 320 casos por milhão de habitantes, menos de um terço que nos EU, sugerindo que as Doenças Renais possam estar sub-diagnosticadas no país (Zatz *et al*2003).

Este aspecto continua a ser levantado por outros trabalhos que ressaltam a importância de um melhor e maior acesso para o diagnóstico da doença renal em estádios iniciais. Um recente estudo multi-cêntrico realizado por *Górriz et al, 2002* na Espanha analisa as características dos pacientes no momento do ingresso na diálise e demonstram que os pacientes com insuficiência renal crônica pré-diálise não recebem atendimento ótimo, fato

que poderia afetar numa posterior evolução do paciente. Por outra parte uma percentagem muito alta é remetida tardiamente aos serviços de Nefrologia. Obviamente isto acaba impactando nos orçamentos destinados a TRS. O gasto com Terapia Renal Substitutiva é crescente, mesmo assim temos que assegurar as melhores condições para os pacientes e a eficiência para o sistema. Aqui a política de pagamento pelos serviços adquire extrema relevância.

O MedCare em 1999 foi solicitado a adequar os pagamentos por serviços de diálise porque a forma de pagamento prospectivo desestimulava a prestação de serviços que poderiam melhorar a qualidade da diálise (tal como sessões mais frequentes e serviços de Nutrição), e ao mesmo tempo criava incentivos para os prestadores fornecer medicamentos e testes de laboratório que não são pagos pelo Sistema (Medicare, 1999). Por outro lado podemos citar as políticas do sistema de seguros de saúde japonês, que conseguiram cortar custos durante o período 1979-1996 utilizando um sistema de pagamentos que incentivava os tratamentos de qualidade. Entretanto o crescimento exponencial da população em diálise coloca em risco tanto a economia como a qualidade dos tratamentos. Os esforços estão direcionados a promover políticas de prevenção e promoção de transplantes (*Hideo Hidai, 2000*).

O estudo, particularmente da diálise pode ser realizado a partir de diferentes perspectivas, como por exemplo, a distribuição dos gastos. Podemos observar que uma parte é gerada na hospitalização, uma no tratamento de diálise, e outra muito importante com a provisão dos medicamentos. Um estudo de custos apresenta os seguintes achados:

“El gasto general del IPSS en el tratamiento de los pacientes fue de \$. 43'081,740, los servicios de diálisis representaron el 74 por ciento, fármacos el 19 por ciento y hospitalizaciones (IPSS) el 7 por ciento. El costo promedio de la sesión de hemodiálisis en los centros del IPSS fue \$. 156.55 y en un centro privado fue \$. 120”. (*Zevallos e Antonio, 2000*)

Como podemos ver aqui o componente medicamento é realmente significativo. Para cuidar do equilíbrio na distribuição dos recursos deve de ser aplicada uma política de medicamentos efetiva. Os pacientes DRCT são farmacologicamente complexos, requerem de muitos medicamentos para o tratamento das variadas co-morbidades e estão altamente expostos a riscos associados com medicamentos que podem incrementar a morbidade, a mortalidade e o custo dos tratamentos. *Carroll et al. 2002* apresentam uma análise econômico onde sugere que cada \$1 gasto com problemas associados a medicamentos, o sistema deixa de gastar \$3,98 quando o cuidado for realizado por um farmacêutico.

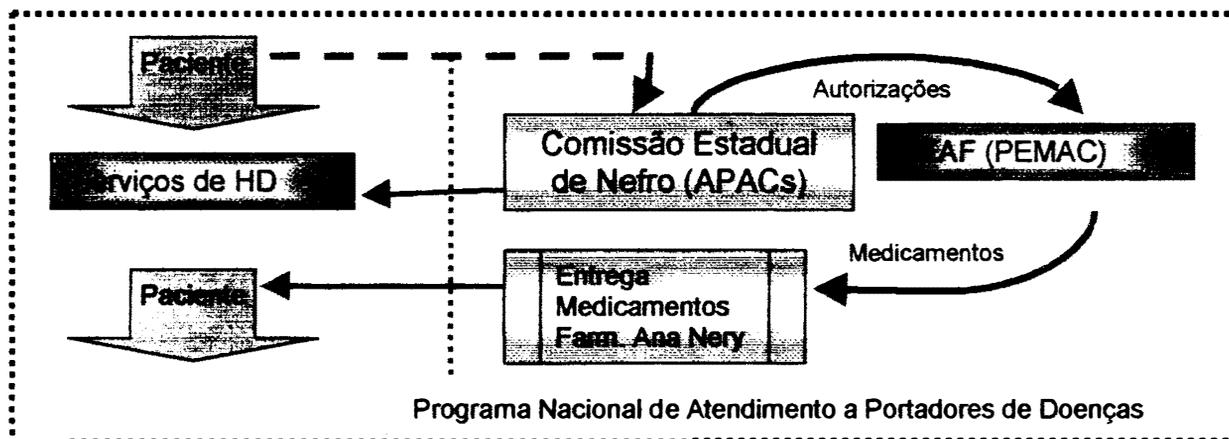
Um importante fato é apresentado por *Zevallos e Antonio, 2000* que se quer abordar neste trabalho é a natureza da organização que presta os serviços. Deve-se considerar se a instituição é governamental, sem fins de lucro (filantrópica) ou com fins de lucro (privada). Segundo os dados, uma parece ser mais eficiente que a outra nos custos apresentados para os serviços. As hipóteses podem ser variadas, mas evidentemente existem diferenças estruturais e funcionais entre umas e outras. Não é o único exemplo da existência de diferenças na eficiência. Segundo *Ozgen, 2002* que realizou um estudo nacional para a avaliação da eficiência em serviços do Medicare para diálise renal, a maioria dos serviços estudados estão funcionando de forma tecnicamente ineficiente. Ainda expõe que nem a intensa concorrência de mercado nem a política de reuso do dialisador têm tido efeitos significativos sobre a eficiência dos serviços que está significativamente associada com o tipo de proprietário, com a interação entre a concentração do mercado em filantrópicos e

privados, e com a afiliação a grandes cadeias de serviços de hemodiálise diferentes tamanhos. Conclui o autor, que os serviços filantrópicos e governamentais são mais propensos do que os serviços privados a se converterem em produtores ineficientes de serviços de diálise renal.

Situação na Bahia e Salvador

A Portaria nº 1654/02 do Governo Federal instrumenta um Programa Nacional de Assistência a Portadores de Doenças Renais, promovendo ações conjuntas do Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios (MS, 2002). Entre os benefícios dos pacientes está a prestação de serviços de Terapia Renal Substitutiva (TRS) denominada Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), e disponibiliza gratuitamente medicamentos de alto custo através do Programa de Medicamentos Excepcionais (PEMAC). Todo o atendimento das outras necessidades de tratamento hospitalar e medicamentos é incluído nas Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) paga pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

No Estado da Bahia os serviços são gerenciados pela Comissão Estadual de Nefrologia que é responsável pelas APACs, já o fornecimento de Medicamentos é de responsabilidade do Programa Especial de Medicamentos de Alto Custo e dependente do Centro Estadual de Assistência Farmacêutica (CEAF). *Ver figura 1*



Os procedimentos em pacientes com Insuficiência Renal Crônica representam um importante componente dos gastos ambulatoriais de média e alta complexidade responde por 15% dos gastos no Brasil e por 9% na Bahia sobre as despesas ambulatoriais, além dos medicamentos excepcionais que também fazem parte da terapêutica e que dentro do PEMAC representa aproximadamente um 50% dos gastos neste setor. Em sua totalidade representa aproximadamente 10,5 % do orçamento total para Ambulatórios de média e alta complexidade na Bahia (*Ver Tabela 1*). A quantidade de sessões passou de 134115 em 1997 para 275051 em 2001 registrando um incremento na demanda de 105% nos serviços. Os gastos com medicamentos para TRS passaram 12.2 Milhões para 29.6 registrando acréscimo de 142% (M.S., 2001). Sendo que caso consideremos os outros gastos em serviços e medicamentos ambulatoriais os custos ainda ficariam maiores.

Tabela 1: Gastos ambulatoriais de alta e média complexidade. Comparado 1997-2001

	Brasil		Nordeste		Bahia	
	1997	2001	1997	2001	1997	2001
Gastos ambulatoriais	1.931.860.207	4.991.347.996	380.944.143	1.119.505.028	89.614.248	340.411.027
Medicamentos Excepcionais	170.651.650	449.536.433	34.423.443	73.920.558	751.239	11.448.866
Sessões hemodiálise	4.180.745	6.584.315	747.566	1.289.213	134.115	275.051
Gastos com TRS	384.712.303	727.782.174	68.205.819	135.318.749	12.238.138	29.660.995

Fonte: Ministério da Saúde. SUS Números da assistência à saúde no Brasil. Assistência de alta e média complexidade. Brasília. 1999/2001

A problemática do tratamento da Terapia Renal Substitutiva na Bahia.

Os gestores de saúde do Estado da Bahia têm interesse em conhecer a efetividade dos serviços de HD e estudar a forma de contenção dos custos. Este trabalho surge como uma demanda da própria Secretaria de Saúde do Estado da Bahia para estudar os custos do tratamento de Hemodiálise realizados em Salvador.

No caso dos pacientes com DRCT o problema dos custos é particularmente importante em virtude da elevada despesa para seu tratamento e a alta frequência dos serviços.

A Bahia possui 22 centros prestadores de serviços de diálise, 11 em Salvador para aproximadamente 3.18 milhões de habitantes e os restantes distribuídos no interior do Estado atendendo a todos os 417 municípios com 9.95 milhões de habitantes. O Sistema Único de Saúde atende atualmente cerca de 2100 pacientes que demandam serviços periódicos de TRS com frequência de até 3 vezes por semana. Dentre eles 1115 pacientes são atendidos em Salvador. (Ver tabela 2). A quantidade de sessões de TRS em Salvador foi de 161.159 no ano 2002 e o valor das mesmas foi de aproximados 18.3 Milhões de Reais (Ver tabela 3).

Tabela 2: Distribuição de serviços, pacientes e postos de TRS na Bahia no ano 2002.

TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA						
CAPITAL			PACIENTES			
Município	Serviço	HD	CAPD	DPI	TX	POSTOS
Salvador	C. Ref. Publico	87	5	15	63	20
Salvador	A	0	53		34	20
Salvador	B	114	1		50	22
Salvador	C	66	0		61	27
Salvador	D	48	10		12	16
Salvador	E	106	33		7	25
Salvador	F	157				28
Salvador	G	75				20
Salvador	H	142				25
Salvador	I	213				50
Salvador	J	107				25
TOTAL	1	11	1115	102	15	227
INTERIOR						
Município	Serviço	HD	CAPD	DPI	TX	POSTOS
Alagoinhas	K	64				18
Barreiras	L	35				22
Camaçari	M	0				35
Eunápolis	N	48				18
Feira de Santana	O	283	65			63
Feira de Santana	P	124	7		1	26
Ilhéus	Q	85				18
Itabuna	R	82	5	5		28
Jequié	S	125				22
Juazeiro	T	51	3			18
Vitoria da Conquista	U	95			7	18
TOTAL	10	11	992	80	5	286

Fonte: Comissão Estadual de Nefrologia, 2003. Consolidado até final de 2002.

Tabela 3: Distribuição de serviços de Terapia Renal Substitutiva para Região Metropolitana de Salvador e Fora de RMS no período 99-2002.

Produção Ambulatorial do SUS - Bahia						
Reg. Metropolitana:		Salvador,	Fora	Reg. Metr.	-	BA
Procedimento FAEC: Terapia renal substitutiva			Período: 1997-2002			
Reg. Metropolitana	1999	2000	2001	2002	Total	
Valor Salvador R\$	2.549.282	15.923.977	17.487.757	18.287.703	54.248.721	
2901 Salvador	23.922	148.545	162.100	161.159	495.726	
Valor Fora RMS R\$	1.197.087	7.900.071	9.901.335	11.824.531	30.823.026	
2990 Fora RMS-BA	16.149	104.808	123.100	133.121	377.178	

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

A Comissão Estadual de Nefrologia, revela que encontra serias dificuldades para a manutenção do programa de atendimento aos portadores de doenças renais crônicas, sendo destacado a distribuição geográfica dos serviços fora de Salvador.. Outro problema identificado foi o alto custo indireto do tratamento realizado fora do domicilio se considerada validade, tempo, custeio e transporte. A existência de uma demanda oculta causada pelas desigualdades no desenvolvimento regional. Por outro lado, a falta de promoção e implantação de programas efetivos leva a um baixo índice de transplantação que preocupa aos gestores públicos. Além de estas questões mencionadas reporta número deficiente de profissionais qualificados e de hospitais de retaguarda para o atendimento gerando dificuldades para a melhoria das condições de acesso aos serviços por parte da população. (Comissão de Nefrologia, entrevista 2003).

Os serviços de Hemodiálise são pagos pelo SUS, os medicamentos são entregues gratuitamente pelo Estado e levando em conta que os serviços estão cadastrados no mesmo programa para atender DRCT se quer, através deste estudo, determinar as diferenças na efetividade entre os serviços de hemodiálise realizados por instituições públicas e privadas.

Resumindo:

- Os gestores do Sistema de Saúde do Estado da Bahia querem estudar a efetividade dos serviços e a distribuição dos custos de atendimento a doentes renais.
- O técnicos do CEAF solicitam a realização de um estudo para melhorar gestão dos recursos destinados a aquisição de medicamentos do PEMAC e para justificar um maior investimento do estado nestas especialidades.
- A Comissão Estadual de Nefrologia apresenta a necessidade de avaliar os resultados obtidos na provisão de serviços de TRS aos pacientes.
- A Associação de Doentes Renais busca por um melhor atendimento das necessidades dos pacientes, especialmente, aqueles que apresentam maior dificuldade de acesso aos serviços.

2. OBJETIVOS:

- 1) Realizar uma avaliação econômica do tratamento de Hemodiálise em pacientes atendidos em duas instituições com distinta natureza jurídica em Salvador, Bahia.
- 2) Estimar a utilidade e efetividade para os pacientes em tratamento de Hemodiálise em instituições públicas e privadas de Salvador, Bahia, Brasil.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1) Montagem de uma estrutura de custos para o tratamento de Hemodiálise (HD) fornecendo ferramentas importantes para a tomada de decisões.
- 2) Avaliar a qualidade de vida dos pacientes que utilizam serviços de HD e as dificuldades que levam a uma piora de sua condição.

4. METODOLOGIA:

O trabalho será dividido em duas partes, sendo a primeira uma análise de custos por atividade (ABC – *Activity Based Costing*,) durante a primeira etapa de 6 meses, e a segunda definida por uma análise de QALY - *Quality Adjusted Life Yers*, e estudo das *Taxas Medias de permanência em internação hospitalar* com duração de 6 meses. O total previsto para a duração do trabalho é de 12 meses. O estudo será realizado dentro de duas instituições que realizam o tratamento com hemodiálise.

Local: *Cidade do Salvador, nas seguintes unidades de saúde (1)* Centro de Referência Estadual para Atendimento de Doentes Renais, hospital da rede pública que presta serviços de hemodálises dentro do estado; e **(2)** Instituição privada selecionada, cadastrada no SUS, que presta serviços de hemodiálise em Salvador.

Horizonte Temporal e População: Serão selecionados os pacientes com idade superior e/ou igual aos 15 anos que realizarem o tratamento de hemodiálise nos centros durante os meses de setembro, outubro e novembro.

No levantamento dos custos o processo será implementado pelo método contábil de absorção.

Para estimar os custos médios unitários da assistência aos pacientes de HD a composição dos custos monetária unitários será organizada da seguinte forma:

- a) Custo de atendimento ambulatorial e hospitalar vinculados ao procedimento de HD (medicamentos, exames, consultas médicas, estruturas das unidades).
- b) Custos para o estado por serviços externos ao tratamento do paciente (de transportes dos pacientes, tratamento fora de domicílio).

Para o tratamento dos mesmos será utilizado o método conhecido no meio contábil como ABC – *Activity Based Costing*, ou seja, custos por atividades hospitalares. Para isso os custos levantados por absorção serão convertidos a custos por atividades.

Será importante realizar a:

- Determinação dos direcionadores de custos, estabelecimento dos centros de custos e levantamento das atividades geradoras de custos.
- Levantamento dos custos operacionais e administrativos de funcionamento
- Determinação de Custos de: Equipamento, Infraestrutura, Insumos diretos, Medicamentos e Recursos humanos.
- Processamento dos dados levantados e vinculação a indicadores de produção de serviços.

Avaliação de utilidade: A avaliação da qualidade de vida dos pacientes será realizada com a colaboração da Associação de Doentes Renais e a Comissão Estadual de Nefrologia, através da aplicação de um questionário para determinar o indicador QALY (*Quality Adjusted Life Years*) , este é uma função de utilidade, que representa um grande atrativo conceptual por sua simplicidade de cálculo e pela informação que aporta em um único valor numérico a ponderação de qualidade de vida que leva o paciente e a possibilidade de realizar suas atividades sociais e profissionais de forma “normal” em relação à quantidade de anos vida ganhos com o tratamento (Ching, Hong Yuh, 2001). Para isto aplicaremos o

questionário específico para Portadores de Doenças Renais (*Kidney Disease Questionnaire-KDQ*) onde se apreciam cinco dimensões básicas: física, fadiga, depressão, relação com os outros e frustração (Cada um deles apresenta uma serie de itens a serem avaliados, aos quais é associado um determinado peso para depois construção de um índice).

Para completar a avaliação de efetividade do tratamento realizado serão analisados os dados de internação hospitalar dos pacientes, correlacionados com as patologias associadas e estabelecida uma *taxa média de permanência hospitalar*. Esta taxa indica em certo grau a efetividade do tratamento para resolver os problemas de saúde do paciente mesmo quando o este é acometido por outras doenças primárias à DRCT, a resolução satisfatória irá levar a uma taxa menor de permanência hospitalar.

Processamento dos dados: A quantidade de dados a serem levantados dos pacientes demandará a criação de uma base de dados para processar os mesmos. A base de dados será desenvolvida em Microsoft Access ou outro gestor de bases de dados similar que permita a criação de formulários, análise dos dados e processamento dos mesmos.

Elaboração do estudo custo-utilidade: o estudo custo-utilidade tomará informações levantadas durante o processo para converte-las em indicadores para medicamentos, contratos de serviços, ajudas de custos, e outros. Espera-se comparar os resultados com estudos realizados em outros Estados do país e com dados levantados em outros países.

Temas éticos e proteção dos dados: Em todos os casos que as informações registrem Nome de pacientes, ou das instituições participantes do trabalho, estes não serão identificados. Para a realização deste levantamento se propõe a assinatura de termo de compromisso, através do qual o grupo de pesquisa assume a responsabilidade de não revelar os nomes das instituições ou das pessoas a menos que exista prévio acordo formal das partes.

5. DATA DE INÍCIO DA ATIVIDADE: 01.06.2003

6. DATA PREVISTA PARA CONCLUSÃO DA ATIVIDADE: 31.05.2004

7. DURAÇÃO EM MESES:

1º Resultado: 6 meses

Resultado Final: 31.05.2004

8. CRONOGRAMA:

- 1 Formação do Grupo de Trabalho;
- 2 Revisão da bibliografia sobre Metodologia para o tratamento de Custos e discussão com todo o grupo de trabalho;
- 3 Oficina com participantes do projeto e especialistas para a discussão acerca dos métodos a serem utilizados
- 4 Levantamento dos dados nas instituições participantes
- 5 Consolidação e processamento para elaboração do primeiro relatório
- 6 Oficina com participantes do projeto e especialistas para a discussão dos questionários a serem aplicados nos pacientes.
- 7 Aplicação dos questionários
- 8 Elaboração das bases de dados para processamento das informações
- 9 Consolidação dos dados da Etapa 2 . Processamento dos dados.
- 10 Elaboração do estudo através da análise dos dados obtidos.
- 11 **Resultados:**
 - 11.4 Montagem de uma estrutura de custos para o tratamento de HD.
 - 11.5 Avaliar a qualidade de vida dos pacientes que utilizam serviços de HD
 - 11.6 Elaboração do estudo *Custo-Utilidade* para os serviços de HD
 - 11.7 Relatório Final

CRONOGRAMA:

ATIVIDADE	1º Bim	2º Bim	3º Bim	4º Bim	5º Bim	6º Bim
1	X					
2	X	X				
3	X					
4		X	X			
5			X			
6		X				
7			X	X	X	
8			X	X	X	
9					X	X
10					X	X

9. ORÇAMENTO					
ITEM			DFID	ISC - SESAB	TOTAL
	Valor Unit	Quant./Horas	Valor Total	Valor Total	
1 Pessoal					
Coordenador	2.500,00	12 meses	30.000,00	-	-
Pesquisador - 20 horas	1.000,00	12 meses	12.000,00	-	-
Estagiários (01) - 20 horas	500,00	12 meses	6.000,00	-	-
Pesquisador mestrando ISC	721,77	12 meses		8.661,24	-
Digitador - 20 horas	500,00	3 meses	1.500,00	-	-
Técnicos da SESAB (02) - 20 horas	1.500,00	12 meses	-	36.000,00	-
Total Pessoal			49.500,00	44.661,24	94.161,24
2 Material de Consumo					
Cartuchos para Impressora	100,00	6	600,00	-	-
Reprodução	300,00	-	300,00	-	-
Papel officio	300,00	-	300,00	-	-
Canetas, lápis, fichários, disquetes	200,00	-	200,00	-	-
Telefone, fax	80,00	12 meses	-	960,00	-
Outros	-	-	-	2.400,00	-
Serv. E Manut. De Tecnologia	150,00	12 meses	1.800,00		
Total Mat. de Consumo			3.200,00	3.360,00	6.560,00
3 Equipamentos					
Computadores	2.000,00	2	-	4.000,00	-
Espaço Físico (Instalações, água, energia, Assit. Técnica)	2.500,00	12 meses	-	30.000,00	-
Total Equipamentos			-	34.000,00	34.000,00
4 Consultorias					
Consultoria local	1.500,00	3 meses	4.500,00	-	-
Coordenação oficinas	500,00	2,00	1.000,00		
Oficina com grupo de trabalho	800,00	2	1.600,00	-	-
Auditório para oficina	200,00	2		400,00	
Serviços para a oficina	150,00	2		300,00	
Total Consultoria			7.100,00	400,00	7.500,00
5 Transporte e pesquisa de campo					
Pessoal (3 pesquisadores de campo)	10	400 questionários	4.000,00		
Vale transpote	1,50	2.000	3.000,00	-	-
Total Transporte			14.400,00	-	14.400,00
7 Treinamento de Pessoal					
Passagens aéreas estudo	1.120,00	2	2.240,00		
Diárias estudo / Congresso/Seminario...	120,00	15	1.800,00		
Passagens aéreas					
Congresso/Seminario/Evento	1.120,00	3	3.360,00		
Cursos. Seminários e workshop	3.000,00	-	3.000,00	-	-
Passagens para Reunião Grupos HD*	1.120,00	4	4.480,00		
Diárias para Reunião Grupos HD*	120,00	4	480,00		
Livros e outras Publicações	1.400,00	-	1.400,00		
Total Treinamento			16.760,00	-	16.760,00
TOTAL em Reais			90.960,00	82.421,24	173.381,24
TOTAL em Libras Esterlinas					

* Poderia ser dividido com os outros Grupos de estudo de HD

10. CONTRAPARTIDA DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE: Ver orçamento

11. EQUIPE

Composição da equipe de trabalho prevista inicialmente:

Especialidade	Qtd.	Formação	Função
Pesquisador ISC/UFBA	01	Saúde Coletiva	Coordenador do Projeto
Pesquisador ISC/UFBA	01	Saúde Coletiva	Pesquisador técnico
Pesquisador UFBA	01	Economista	Analista Econômico
Estagiário	01	---	Administrativo / Várias
Consultor	01	Sist. de informação	Gestão Bases de Dados

Além desses componentes fixos, será necessário contar com o apoio do Grupo de Economia da Saúde do Instituto de Saúde Coletiva, com a participação dos técnicos das entidades participantes pela Secretaria de Saúde, vinculadas ao projeto e apoio das instituições que serão avaliadas.

12. BIBLIOGRAFIA

AETS. Agencia de evaluación de tecnologías sanitárias - OPS. Evaluación epidemiológica de tecnologías de salud. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. Abril de 1995.

ANVISA. RDC nro. 35. Ministerio da Saúde. Brasília, 2002.

CAMPOS, F. & ALBUQUERQUE, E. *As especificidades contemporâneas do trabalho no setor saúde: notas introdutórias*. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 1998. 23p. nov. 1998

CARMEL M. e col. *Validity and reliability of the kidney disease questionnaire in patient receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis*. The International Journal of Pharmacy Practice. September, 2002.

CARROL, C. & MANLEY H. *The Clinical and Economic Impact of Pharmaceutical Care in End-Stage Renal Disease Patients*. Seminars in Dialysis. Volume 15 Issue 1 Page 45 - February 2002.

CHING, H. *Manual de custos de instituições de saúde: sistemas tradicionais de custos e sistemas de custeio baseado em atividades (ABC)*. São Paulo. Atlas, 2001

DONABEDIAN, A. *Garantía y Monitoria de Calidad de la Atención Médica: Un texto introductorio*.. Disponível na internet. URL <http://www.icas.net/docs-monitori.doc>

DRUMMOND, M. *La evaluación económica y la vinculación entre la industria, las organizaciones de prestaciones de servicios y el gobierno* in Retos de la seguridad social en salud en el siglo XXI. Luis Durán n Onofre Muñoz Editores. Mexico, 2002.

- GALPER, J. In *Economia da Saúde*. Epidemiologia & Saúde. MEDSI 5 ed. Rio de Janeiro 1999. p. 470.
- GÓRRIZ J. L. *Significado pronóstico de la diálisis programada en pacientes que inician tratamiento sustitutivo renal*. Un estudio multicéntrico español. NEFROLOGÍA. Vol. XXII. Número 1. 2002
- HIDEO HIDAI. *Need for an incentive-based reimbursement policy toward quality care for dialysis patient management*. Kidney International Volume 58 Issue 1 Page 363 - July 2000
- MEDICARE, *Updating the Composite Rate for Outpatient Dialysis Services* in Report to the Congress : Medicare Payment Policy. Washington. March 1999.
- M.S. -Ministério da Saúde. *SUS Números da assistência à saúde no Brasil. Assistência de alta e média complexidade*. Brasília. 1999/2001.
- M.S.-Ministerio de Estado da Saúde. *Portaria nro. 1654/2002*.
- ORTUN, R. In *Economia da Saúde*. Epidemiologia & Saúde. MEDSI 5 ed. Rio de Janeiro 1999. p. 470.
- OZGEN, H & OZCAN, Y. *A National Study of Efficiency for Dialysis Centers: An Examination of Market Competition and Facility Characteristics for Production of Multiple Dialysis Outputs*. Health Services Research. Volume 37 Issue 3 Page 711 - June 2002.
- PAHO/WHO. *Economía de la Salud: La reforma de los sistemas y el medicamento*. Grupo especial de la OMS sobre economía de la salud. Junio 1998
- PAHO/WHO. *El desarrollo de la evaluación de las tecnologías en salud en América Latina y el Caribe*. 1998. 46p. Disponível on line <http://www.paho.org/Spanish/HSP/hsp-OT-115.htm>. Acessado em 28 out. 2002.
- PAIM, J. *A reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais*. In Epidemiologia & Saúde. MEDSI 5 ed. Rio de Janeiro 1999. p. 473-487.
- PANERAI, R. & MOHR, J. *Evaluación de tecnologías em salud: metodologias para países em desarrollo*. Washington : OPS. 1990.
- PINTO PRADES, J E ABELLÁN PERPIÑÁN, J. *Una modelización de los años de vida ajustados por la calidad como utilidades esperadas*. Departamento de Economía. Universidad Pompeu Fabra. Barcelona.
- ROUQUAYROL, M & ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*. MEDSI 5 ed. Rio de Janeiro 1999
- TESTA, M. *Tecnologia e saúde*. In. Pensar em Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 175-201.
- ZATZ R, ; ROMÃO, J., & NORONHA I. *Nephrology in Latin America, with special emphasis on Brazil*. Kidney International Volume 63 Issue s83 Page 131 - February 2003

CEVALLOS C. & ANTONIO, J. *Un enfoque actuarial situación y perspectiva de diálisis en Lima Metropolitana*. Lima; s.n; 2000. 41 p

Instituição Parceira: ISC/SESAB
Título da Proposta: Avaliação Econômica do Tratamento de Terapia Renal Substitutiva no Estado da Bahia
Número da Proposta: 5
Pontuação da proposta na Comissão Técnica: 4
Pontuação UGP/DFID: 3

Comentários:

UGP/DFID:

1. Que impacto se espera ao fim da atividade? Propor indicadores sempre que possível.

- ❖ O conhecimento gerado pela pesquisa de Avaliação Econômica da Terapia Renal Substitutiva, vai subsidiar as políticas do Programa Nacional de Atendimento a Portadores de Doenças Renais, permitindo não apenas uma utilização mais eficaz dos recursos destinados pelo SUS para esse tipo de atividade como a sua realocação para outras atividades que melhorem a qualidade de vida dos pacientes renais e/ou dos serviços oferecidos a este grupo de doentes, ou até mesmo diminua a sua incidência na população.
- ❖ O treinamento dos participantes na área de Economia da Saúde, visando à consolidação do Grupo de Economia da Saúde no ISC e na SESAB deve causar um impacto no nível tecnológico de pesquisa e gestão no setor, além de envolver entidades que englobam profissionais de saúde da área, sensibilizando-as para as questões levantadas pelo processo de pesquisa.
- ❖ Um avanço na implementação dos programas de gestão de qualidade em serviços de Terapia Renal Substitutiva também deverá ser observado ao final da atividade.
- ❖ Como o trabalho é original, pode funcionar como marco zero, ponto de partida para avaliações futuras sobre essa área de intervenções no estado da Bahia.

Indicadores:

1. Publicação de artigos científicos em periódicos de circulação nacional
2. Participação em eventos da área de Saúde Coletiva, Economia da Saúde e de Medicina.
3. Mudança de protocolos na implementação das políticas a partir da divulgação dos resultados.
4. Desenvolvimento de pesquisas de aprofundamento a partir da divulgação dos resultados (ver citações em artigos, manuais, relatórios da área e outros textos que abordem o tema)

Sugere-se **intercâmbio com os demais parceiros** que desenvolverão projetos na mesma área.

A proposta 5 já inclui na sua metodologia a comparação com trabalhos desenvolvidos nos outros estados, propondo a criação de encontros para articular metodologias dos diferentes projetos logo no início dos trabalhos. Fica pendente estabelecer o cronograma de trabalho com os outros parceiros, o que depende do nível nacional de gestão.

PROJETO ECONOMIA DA SAÚDE

PLANO DE TRABALHO ANO II

AVALIAÇÃO DO CUSTO-EFETIVIDADE PARA O ABANDONO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE EM SALVADOR.

Atividade: 1.02.23

INSTITUIÇÕES PARCEIRAS:

Instituto de Saúde Coletiva/UFBA - Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

COORDENADOR ISC:
Sebastião Loureiro

COORDENADOR SESAB:
Martha Teixeira

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA PROPOSTA:
Alex Santos Fernandez

TELEFONE: 00 55 071 – 336-8896

E-mail: alex.fernandez@cexs.upf.es

CLASSIFICAÇÃO DA PROPOSTA:

Resultado 1:	X
Resultado 2:	
Resultado 3:	

Fundo de Desafio	
Resultado 1:	
Resultado 2:	

1. JUSTIFICATIVA

Estima-se que aproximadamente um terço da população mundial está infectada pelo bacilo da tuberculose. Anualmente registram-se cerca de 8,4 milhões de casos novos e entre 2 - 3 milhões de mortes por essa causa no mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reportou uma incidência mundial entre 61 – 63 x 100.000 habitantes nos últimos três anos. No continente americano, segundo a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), foram registrados e relatados entre 230.000 a 250.000 casos por ano, representando 7% das notificações em no mundo. No ano 1999, aproximadamente 50% deles foram notificados no Brasil (33%) e Peru (17%). Esses dois países encontram-se dentro do grupo dos 22 países com 80% de todos os casos no mundo, representados pelas siglas TB-80.^(1,2)

Dentre esse grupo, o Brasil ocupa o 10º lugar em número de casos, sendo notificados cerca de 83.000 casos por ano, em todas as faixas etárias, principalmente maiores de vinte anos. No Estado da Bahia ocorrem cerca de 7.800 casos anuais, correspondendo a uma incidência de 60,3/100.000 em 1999. Destes, aproximadamente 3.000 casos de tuberculose ocorreram em Salvador, que apresenta uma incidência de 131,2 x 100.000 em 1998.⁽³⁾

Ante a grave situação mundial, desde 1993, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a tuberculose como emergência global e orientou a todos os países membros a implementação da estratégia do DOTS/TBES (Tratamento Breve Estritamente Supervisionado), como uma medida eficaz para diagnosticar 70% dos casos, curar 85% deles com uma porcentagem mínima de falência ou abandono (<5%), e manter sob controle a resistência bacteriana aos antibióticos. Considera-se que o principal obstáculo para a eliminação da tuberculose está na falta de cumprimento do tratamento por parte dos pacientes.

Em 2001, a Organização Mundial da Saúde, reportou que a porcentagem mundial de abandono (sendo considerada a estratégia de tratamento DOTS foi de 6%. Na média por regiões, destaca-se a África com 11%, o Mediterrâneo Oriental (10%), o Sudeste Asiático (6,4)%, a América (6%), a Europa (4,9%) e o Pacífico Ocidental (1,2%)⁽³⁶⁾. A média no grupo dos países TB-80 foi de 4,6%, com a incidência mais alta para o Paquistão (25%) e a mais baixa para a China (0,6%).⁽¹⁵⁾

Para o ano 2002, a porcentagem global permaneceu mais ou menos estável atingindo 6,2% por regiões, o Mediterrâneo Oriental diminuiu 8% e o restante das regiões não apresentaram muitas variações. É preocupante que os países do grupo TB-80 tenham apresentado elevação nos índices de abandono (5,8%). Dentro deste grupo, o registro maior foi mantido pelo Paquistão, com 21%, enquanto o mais baixo foi reportado no Brasil 0,6%⁽¹¹⁾

Verificou-se que a porcentagem de abandono varia significativamente de um país para outro e de uma região para outra. No México, entre 1985 e 1989 este valor atingiu 22%.⁽²⁶⁾ Em Madri, na Espanha, uma pesquisa, entre pacientes infectados com HIV, revelou taxas de 16%.⁽²⁷⁾ Na Nicarágua, durante os últimos dez anos, a taxa passou de 15% a 9%, variando segundo as regiões e os períodos de tempo.^(1,2)

No Brasil, Escobar et al^(7, 8) estudaram a Tuberculose em povoados indígenas de Rondônia no Amazonas, encontrando um percentual de abandono de 12% nos indígenas e de 28% em não indígenas. Militão de Albuquerque et al^(2,9) através da identificação de fatores prognósticos para o resultado do tratamento da Tuberculose Pulmonar no Recife, Pernambuco encontrou 13% de abandono entre os pacientes egressos no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. Em Londrina no Paraná, durante 1996, Oliveira Melo et al^(2,5) identificaram 17,7% de abandono. Dados apresentados pelo Ministério da Saúde do Brasil em 1999, mostram que nos últimos vinte anos as porcentagens mantiveram-se em torno de 14%, variando entre 30 e 40% em algumas áreas.⁽³⁾

Ainda dentro do panorama brasileiro, nos últimos 20 anos, o percentual de abandono manteve-se em níveis elevados, mas ou menos estável em 14%. Estes valores variam de uma região a outra oscilando entre 30% a 40%, embora o tratamento supervisionado já fosse implementado desde os anos 60. Mas, a desestruturação do programa na década dos 80 fez com que o abandono se elevasse de 9% a 14%.⁽³⁾

A tuberculose tem um claro vínculo com a pobreza, desde que 95% dos casos e 98% das mortes localizam-se nos países em desenvolvimento. O DOTS promove a cura de 95% dos pacientes em tratamento, a um custo de \$10 a 15 dólares por paciente, em relação às 10 a 15 pessoas que podem ser infectadas por uma fonte de infecção sem tratamento. Alguns estudos mostraram que cada paciente perde em média entre três e quatro meses de tempo laboral por causa da tuberculose, conseqüentemente calcula-se uma perda entre 20% a 30% dos ingressos domésticos potenciais por ano. Para a família de quem morre prematuramente, por tuberculose, quantifica-se como custo adicional, aproximadamente 15 anos de perda de rendimentos. Isto, também representa perdas econômicas para os governos, com conseqüências na força produtiva e necessidade de investimentos no processo de cura e recuperação do paciente, tornando-se um dos maiores problemas da saúde pública no mundo.^(5,6,7,8)

Na literatura, os seguintes fatores foram associados ao abandono do tratamento da tuberculose: consumo de álcool^(2,8), consumo de drogas principalmente através da via parenteral^(3,5,6,7), infecção por VIH/AIDS^(2,8,9), aspectos culturais como a língua^(3,9), tabagismo⁽⁵⁾, residência em áreas rurais,⁽⁴⁾ analfabetismo,^(3,4,5) tempo de deslocamento⁽⁴⁾, raça negra⁽⁷⁾, reações adversas ao medicamento,^(4,1) ingressos econômicos baixos,⁽¹⁾ falta de comunicação entre médico e paciente^(4,1) e desemprego ou emprego temporal,^(3,6,7) idade,^(4,6,7) sexo masculino,^(3,5,6,7,8) entre outros.

Estas evidências apontam para a necessidade de estudos que possam identificar aqueles fatores que levam aos pacientes ao abandono do tratamento da tuberculose, com o propósito de contribuir a diminuição deste problema na cidade de Salvador, fundamentando as políticas e as ações que levem ao controle da doença no país.

- *Estrutura Organizacional e relação entre os âmbitos federal, estadual e municipal.*

O governo brasileiro representado pelo Ministério da Saúde vem concentrando esforços para combater e controlar a tuberculose, definindo para tanto, metas específicas, entre as quais a de detectar 90% dos casos estimados da doença e de curar pelo menos 85% dos casos diagnosticados. A principal medida para isso foi à criação do Plano Nacional de Mobilização e Intensificação das ações para a Eliminação da Hanseníase e o Controle da Tuberculose, lançada em novembro de 2001⁽¹⁵⁾.

A idéia desta proposta é a descentralização do repasse financeiro para os municípios, retirando o papel intermediador do estado, gerando uma maior agilidade no processo de transferência. Contudo, os recursos do FAEC – Fundo de Ação Estratégico e Compensação, também conhecida como bônus da tuberculose, sofre de uma insuficiência na divulgação, e nos ausência de mecanismos para acompanhamento que garantam a sua efetiva aplicação no Programa de Combate da Tuberculose.

A questão é que as informações acerca do número de pacientes curados entre os casos notificados no Sistema de Informações de Agravos de Notificação –SISAN não apresentou consistência de dados na quase totalidade dos estados, o que compromete a avaliação e repasse do bônus. O controle da tuberculose é uma medida de estratégia nacional, configurando ação essencial de responsabilidade municipal que deve ocorrer no nível da atenção básica de saúde, sendo que o controle da doença compreende necessariamente o diagnóstico precoce e a continuidade do tratamento, condição básica para a cura que, atualmente, alcança pouco mais de 70% dos casos diagnosticados, devemos destacar que as taxas de abandono no tratamento ainda são elevadas na quase totalidade dos municípios.

O que observou o Ministério da Saúde foi que esta insuficiência no repasse do bônus, mesmo com os recursos do FAEC não comprometendo os tetos financeiros estaduais e municipais, o governo federal decidiu reformular o pagamento de procedimentos relativos ao, atendimento de portadores da tuberculose, que passa a denominar-se “Incentivo para o controle da tuberculose na Atenção Básica de Saúde” que tem dois componentes, o primeiro referente à notificação de caso novo e o segundo relativo à lata por cura, ficando mantido o pagamento de exames basiloscópicos para diagnóstico e controle do tratamento que continuará a observar as normas e valores atualmente vigentes. Agora os objetivos essenciais do Incentivo para o controle da tuberculose na Atenção Básica de Saúde são acelerar o controle da tuberculose no Brasil, que significa detectar pelo menos 90% dos casos estimados, curar no mínimo 85% dos casos diagnosticados, e reduzir e manter a taxa de abandono ao tratamento abaixo de 5%, assegurando a continuidade do tratamento dos doentes, facilitando o acesso aos serviços, vinculando os pacientes à unidade básica de saúde e ampliando a descoberta precoce dos casos, promover a agilização e o apropriamento das informações sobre a tuberculose no país, em especial quanto à notificação dos casos, realização de basilosopia e monitoramento do tratamento, promovendo os meios que contribui para assegurar atenção adequada aqueles quais se encontram em situação de exclusão social.

Os valores fixos do incentivo de combate a tuberculose determina que para a notificação de caso novo o repasse seja de R\$ 50,00, sendo o mesmo valor para a alta por cura, quando o

tratamento for auto-administrada, é de R\$ 200,00 para a alta por cura, quando o tratamento for supervisionado.

Em virtude da complexidade do abandono ao tratamento da tuberculose, da existência de poucos trabalhos sobre este tema em nosso país e das implicações desta problemática na ocorrência da tuberculose, e que delineamos este estudo. Espera-se que os resultados contribuam com elementos que possam ajudar a um melhor conhecimento dos condicionantes que causam o abandono do tratamento da tuberculose neste país.

2. OBJETIVOS

- 1) Identificar fatores relacionados ao abandono do tratamento da tuberculose nas unidades de atendimento na cidade de Salvador.
- 2) Propor, através da análise econômica, medidas alternativas que possibilitem uma maior adesão ao tratamento.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Determinar a importância de fatores socioeconômicos e demográficos, hábitos de vida; e características dos serviços de saúde como fatores de risco para o abandono.
- 2) Estimar os custos para o atendimento, e tratamento dos pacientes com tuberculose.

4. METODOLOGIA

O tratamento para a tuberculose deve ser realizado em regime ambulatorial, no serviço de saúde mais próximo à residência do doente. A hospitalização é indicada apenas para os casos graves ou naqueles em que a probabilidade de abandono do tratamento, em virtude das condições sociais do doente, é alta.

O tratamento inclui duas fases: a primeira de dois meses, utilizando três drogas – Rifampicina, Isoniazida e Pirazinamida, a segunda é de quatro meses, utilizando a Rifampicina, Isoniazida. Estas drogas são passadas diretamente aos pacientes mensalmente ou em alguns casos, são levados diretamente como forma de reduzir a desistência ao tratamento. Na visita aos postos de saúde o paciente é pesado, e é avaliado o progresso do tratamento.

Tabela 01: Tratamento indicado nos casos novos de todas as formas de tuberculose pulmonar e extra-pulmonar, exceto meningite

Fases do Tratamento	Drogas	Até 20Kg mg/Kg/dia	Até 20Kg e até 35Kg mg/Kg/dia	Até 35Kg e até 45Kg mg/Kg/dia	Mais de 45Kg mg/Kg/dia
1 Fase (2 meses)	Rifapicina	10	300	450	600
	Isoniazida	10	200	300	400
	Pirazinamida	35	1000	1500	2000
2 Fase (4 meses)	Rifapicina	10	300	450	600
	Isoniazida	10	200	300	400

Fonte: Ministério da Saúde

- Abandono do tratamento e o panorama da doença em Salvador

A Organização Mundial da Saúde define como abandono o não cumprimento do paciente em receber o tratamento por um período maior de dois meses ⁽²¹⁾. Diferentes autores têm investigado este problema e o definem como a não-assistência contínua do paciente à unidade de saúde por um período maior de 29 dias. ^(25,26) Outros o conceituam desde o momento em que o paciente é diagnosticado e não comparece a seu ingresso.

No ano de 1999 a taxa de incidência brasileira ficou em torno de 50/100.000. Para a Bahia o valor foi de 60/100.000, e Salvador apresentou uma incidência de 125,9/1000.000. A Bahia representa aproximadamente 10% dos casos de tuberculose no Brasil⁽¹⁶⁾.

Salvador possui hoje 20 postos de saúde espalhados por toda a cidade que realizam o tratamento da tuberculose, esta descentralização decorre da necessidade em facilitar o acesso dos pacientes aos medicamentos, e para as visitas mensais nestes postos. Para o ano de referência de 1999 temos que o número de casos registrados no 2º Centro de Saúde foi de 2.900, sendo que destes, 69,3% foram curados, 12,7% abandonaram e 18% dos casos não foram encontrados nos registros, o tratamento com cura, abandonaram ou foram à óbito⁽¹⁶⁾.

Para o IBIT¹ - Instituto Brasileiro de Investigação da Tuberculose, em 2001, o número de ingressos foi de 452 casos e em 2002 de 582, sendo o abandono estimado em 4% em média anual, valor este relativamente inferior quando comparado com o segundo centro.

Local: Cidade do Salvador, nas seguintes unidades de saúde (1) IBIT – Instituto Brasileiro de Investigação da Tuberculose, por que apresenta a menor taxa de abandono de tuberculose; e **(2)** 20 postos de saúde restantes localizados em Salvador-Bahia-Brasil.

Horizonte Temporal e População: Retrospectivo em 1 ano (fevereiro de 2003 a fevereiro de 2002), durante este período serão excluídas todas aquelas pessoas que abandonaram o tratamento mais de uma vez. A população foi definida como todas as pessoas vítimas de tuberculose no período determinado pela pesquisa e que abandonaram o tratamento em seguida, e com idade superior e/ou igual aos 15 anos.

Duração da pesquisa: 12 meses, divididos em duas fases: (1) pesquisa na Secretaria de Saúde do Estado – SESAB onde juntamente com os técnicos e responsáveis pela coordenação do programa, realizaremos a construção da planilha de custos. Os custos do IBIT e dos demais centros de saúde serão levantados através do método ABC – Activity Based Cost (custo por atividades) e custo padrão, tomaremos os dados de três meses para evitar efeitos sazonais ou cíclicos que possam enviesar o resultado.

Para uma melhor compreensão do estudo, decidimos chamar as instituições do estado pelo nome de “tratamento tradicional”, com uma perspectiva basicamente curativa, sem um suporte profissional, mas presente na orientação dos pacientes, e tratamento alternativo para

¹ O IBIT é uma instituição de caráter filantrópico que com utiliza recursos do SUS para o atendimento e tratamento dos pacientes com tuberculose.

a proposta apresentada pelo IBIT em oferecer medidas assistencialistas, com melhor qualidade e investimento na atenção aos pacientes. Desta forma os custos serão discriminados da seguinte maneira:

- *Custos Tratamento tradicional*: Custos do atendimento ambulatorial (medicamentos, exames, estrutura das unidades e exames).
- *Custos Tratamento alternativo*: Custos do atendimento ambulatorial (medicamentos, exames, estrutura das unidades e exames) + custos da cesta básica + custo DOTS para os faltosos+ custos gestão diferenciada.

Para estimar os custos das famílias e custos sociais:

Coleta de dados: os dados primários serão coletados por pesquisadores treinados, utilizando questionários padronizados junto aos pacientes (e seus familiares) na cidade de Salvador; estes dados serão combinados para estimar:

- *custo das famílias*: serão agregados os custos monetários unitários com transporte, alimentação, exames e medicamentos extras, tempo de espera nos serviços, ganhos perdidos – para o paciente (temporariamente ou permanentemente) e para o acompanhante -, etc.
- *custos sociais*: custo monetário total do pagamento de benefícios aos casos temporariamente ou permanentemente impedidos de trabalhar; e *custo monetário unitário da baixa produtividade* dos casos, definido como os dias de trabalho perdidos vezes a proporção de pacientes que perderam o emprego vezes os ganhos diários médios.

A segunda parte será composta por uma análise de **custo-efetividade** a respeito do abandono do tratamento da tuberculose em dois programas de atenção desta moléstia. O primeiro programa é o tradicional (DOTS) e organizado pela gestão pública, a outra proposta vem de uma instituição filantrópica, ligada à pesquisa e investigação que além da DOTS, adota também uma postura assistencialista, com um modelo de atenção diferenciada à prestada pelo estado

O *outcome* será representado pela taxa de abandono, ou seja, quanto menor o abandono mais custo-efetivo o programa. O efeito esperado ao final será a cura dos pacientes, representadas pela relação entre o número de pacientes que concluíram o tratamento pelo número de pessoas que iniciaram o mesmo. Para a estimação das incertezas decidiu-se por uma análise de sensibilidade, sendo a variação dos preços a variável de controle.

5. DATA DE INÍCIO DA ATIVIDADE: 01.06.2003

6. DATA PREVISTA PARA CONCLUSÃO DA ATIVIDADE: 31.05.2004

7. DURAÇÃO EM MESES:

1º Resultado: 6 meses

Resultado Final: 31.05.2004

8. CRONOGRAMA

ATIVIDADES:

- 1- Formação do grupo de trabalho e contato com os técnicos da Secretaria Estadual de Saúde e dirigentes dos hospitais.
- 2- Revisão dos estudos a respeito do abando do tratamento da tuberculose
- 3- Levantamento dos pacientes que realizaram tratamento da tuberculose, além do recrutamento e treinamento dos entrevistadores.
- 4- Texto do instrumento de coleta
- 5- Primeiro relatório parcial
- 6- Início das entrevistas domiciliares das pacientes
- 7- Montagem da planilha de custos para as instituições envolvidas, digitação e construção da base de dados.
- 8- Análise dos custos unitários
- 9- Elaboração do relatório preliminar
- 10- Elaboração do relatório definitivo

Datas Previstas:

ATIVIDADES	1º Bimestre	2º Bimestre	3º Bimestre	4º Bimestre	5º Bimestre	6º Bimestre
1	X					
2	X	X				
3	X	X				
4		X	X			
5			X	X		
6			X	X		
7			X	X		
8				X	X	
9				X	X	X
10						X

9. ORÇAMENTO

ITEM	DISCRIMINAÇÃO		DFID	ISC SESAB	TOTAL
	Valor Unitário	Quantidade Horas	Valor	Valor	
1 Pessoal					
Pesquisador Mestre - 40 horas	2.500,00	12 meses	30.000,00	-	-
Pesquisador Júnior - 30 horas	1.500,00	12 meses	15.000,00	-	-
Estagiários (02) - 20 horas	500,00	10 meses	10.000,00	-	-
Técnicos da SESAB (02) - 20 horas	1.500,00	12 meses	-	36.000,00	-
Pesquisador - Mestrando ISC - 20 horas	1.500,00	12 meses	-	18.000,00	-
Total Pessoal			55.000,00	54.000,00	109.000,00
2 Material de Consumo					
Cartuchos para Impressora	100,00	8	800,00	-	-
Reprodução	300,00	-	300,00	-	-
Papel officio	250,00	-	250,00	-	-
Canetas, lápis, fichários, disquetes.	150,00	-	150,00	-	-
Telefone, fax.	80,00	12 meses	-	960,00	-
Outros	-	-	-	500,00	-
Total Mat. de Consumo			1.500,00	1.460,00	2.960,00
3 Equipamentos					
Desktop para Banco de Dados	2.500,00	1	-	2.500,00	-
Computadores	2.000,00	2	-	4.000,00	-
Espaço Físico (Instalações, água, energia, Assit. Técnica).	2.500,00	12 meses	-	30.000,00	-
Total Equipamentos			-	36.500,00	36.500,00
4 Consultorias					
Consultoria Local	1500,00	3 meses	4.500,00	-	-
Total Consultoria			4.500,00	-	4.500,00
5 Transporte					
Vale transporte	1,50	2.000	3.000,00	-	-
Pesquisa de campo	10	300	3.000,00	-	-
Total Transporte			6.000,00	-	6.000,00
7 Treinamento de Pessoal					
Cursos, Seminários e workshop.	2.000,00	-	2.000,00	-	-
Passagens para treinamento	3000,00	1	3.000,00	-	-
Diárias	250,00	10 dias	2.500,00	-	-
Total Treinamento			7.500,00	-	9.000,00
TOTAL em Reais			74.500,00	91.960,00	166.460,00
TOTAL em Libras Esterlinas*			15.020,16	18.540,32	33.560,48

10. BIBLIOGRAFIA

1. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *La salud en las Américas*. Edición de 2002. (Publicación científica y técnica, n. 587). v.2.
2. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD *Informe de la Segunda Reunión STOP TB*, Brasilia, Brasil, mar 2001. Disponível: www.paho.org. Acesso: 10/07/2001.
3. RUFFINO A.N., Impacto da reforma do setor saúde sobre os serviços de tuberculose no Brasil. *Boletim de Pneumologia Sanitária*, vol 7, n 1 jan/jun – 1999.
4. PILHEU J.A., Tuberculoses 2000: problems and solutions. *International Union Against Tuberculosis and Lung Disease*, v.2, n.9, p. 696-703, 1998.
5. Información de prensa. Tuberculosis: “ Capitán de los ministros de la muerte” vinculado com la pobreza. Disponível: [www.http.paho.org](http://www.paho.org). Acesso 10/05/03.
6. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD *Informe de la Segunda Reunión STOP TB*, Brasilia, Brasil, mar 2001. Disponível: [www.http.paho.org](http://www.paho.org). Acesso: 10/07/2001.
7. GAZZARD B., Tuberculosis, HIV and the developing world. *Clinical Medicine* v.1, n.1, p.62-68, Jan/Feb 2001.
8. GRANGE J.M., Z.A. Paradox of the global emergency of tuberculosis. *The Lancet* v.353, mar 20, 1999.
9. LIMA, M.B., MELLO, D.A., MORAES, A.P.P., SILVA, W.C. Estudo de casos sobre o abandono do tratamento da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectiva dos clientes (Fortaleza-Ceará-Brasil). *Cad. Saúde Pública*, v.17, nº 4, Rio de Janeiro jul/ago 2001.
10. GONÇALVES, H. *A tuberculose ao longo dos tempos*. Hist. Ciência e Saúde, v.07, nº 2 Rio de Janeiro, jul/out 2000.
11. CHAIMOWICZ, Flávio. *Age transition of tuberculosis incidence and mortality in Brazil*. Rev. Saúde pública, v. 35, nº 1, São Paulo, fev.2001.
12. RUFFINO-NETTO, A., SOUZA, A. M. A. F. *Evolution of the health sector and tuberculosis sector in Brazil*. Rev. Panam. Salud Publica, v. 9, nº 5, Washington, maio/2001.

13. GONÇALVES, H., COSTA, J.S.D., MENEZES, A.M.B., KNAUTH, D., LEAL, O.F. *Adesão á terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente*. Cad. Saúde Pública, v.15, nº 4, Rio de Janeiro out/dez 1999.
14. CUERVO, J.I. *Gestión de hospitales: Nuevos instrumentos y tendencias*. Editora Vicens Vives 1º edição, Barcelona, 1994.
15. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Manual técnico para o controle da tuberculose*. Cad. De atenção Básica, nº 6, Brasília, 2002.
16. SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA. *Indicadores epidemiológicos do Estado da Bahia 2002*. Salvador, 2003.

Instituição Parceira: ISC/SESAB

Título da Proposta: Avaliação do Custo-Efetividade para o Abandono do Tratamento da Tuberculose em Salvador

Número da Proposta: 6

Pontuação da proposta na Comissão Técnica: 4

Pontuação UGP/DFID: 4

Comentários:

CT:

Sem comentários específicos.

UGP/DFID:

1. Que impacto se espera ao fim da atividade? Propor indicadores sempre que possível.

Sugere-se intercâmbio com os demais parceiros que desenvolverão projetos na mesma área.

Este projeto tem como efeito multiplicador a construção de uma tese de doutorado (para o coordenador da pesquisa), além de servir como instrumento de orientação para o Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde do Estado, no tocante à questão do abandono e dos custos decorrentes do mesmo.

Ele servirá de subsídio para o Programa de Combate à Tuberculose.

Indicadores:

1. Publicação dos resultados da pesquisa em periódico científico.
2. Uso do relatório de pesquisa para reformulação de estratégias para diminuir o abandono do Tratamento da Tuberculose na Bahia e em outros estados (n.o de citações).
3. Apresentação dos Resultados da Pesquisa em eventos na Saúde.

No processo de construção deste projeto houve uma prévia discussão deste trabalho com a Sra. Rosa Pastrana do Rio de Janeiro que também envio um trabalho sobre o tema da tuberculose, a idéia no futuro é estreitar as relações acadêmicas entre os dois grupos.

PROJETO ECONOMIA DA SAÚDE

PLANO DE TRABALHO ANO II

UM ESTUDO DAS CONTAS REGIONAIS DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA

Atividade: 1.02.24

INSTITUIÇÃO PARCEIRA: ISC/SESAB

COORDENADOR NA INSTITUIÇÃO PARCEIRA: Loureiro/Martha

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA PROPOSTA: Thereza Christina Bahia Coelho

TELEFONE: 071- 336-8896

E-MAIL: tchris@ufba.br

CLASSIFICAÇÃO DA PROPOSTA:

Resultado 1:	X
Resultado 2:	
Resultado 3:	

Fundo de Desafio	
Resultado 1:	
Resultado 2:	

Contas em Saúde no Estado da Bahia

1. JUSTIFICATIVA:

O Sistema de Saúde Brasileiro é, no presente, o resultado dinâmico e sempre cambiante de um longo movimento em defesa da democracia, dos direitos sociais e da busca por uma saúde melhor para os brasileiros. Essa proposta desenhada pelo Movimento da Reforma Sanitária, legitimada pela VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 e respaldada juridicamente pela Constituição de 1988, se encontra embasada pelo conceito de seguridade social, que reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado. E prevê, na sua organização, um sistema descentralizado, hierarquizado, pautado por um modelo assistencial integralizado, eqüitativo e participativo.

Os desafios que o cumprimento das leis coloca para o campo da saúde brasileira, estão expressos nas várias tentativas de se buscar um equacionamento que torne o SUS democrático, real, através de dispositivos jurídico-normativos que buscam orientar a operacionalização do SUS – NOBs 93 e 96, NOAS 2001 e 2002 e EC 29¹.

Esses dispositivos que regulam uma infinidade de repasses (Carvalho, 2002) se debatem na prática com a complexidade do sistema nacional tanto do ponto de vista estrutural quanto conjuntural. Assim, o processo de descentralização vai se defrontar, dentre outras coisas com uma “crise de identidade” dos estados, gerada pelos novos papéis assumidos na gestão do SUS, o que aponta para a necessidade de novos arranjos institucionais (Mendes, 1996; Freire, 2003).

Esse panorama nacional e regional evidencia o tamanho do problema em questão que faz parte das preocupações de uma área crucial que é a do financiamento das ações e serviços de saúde. O Estado brasileiro deve dividir as responsabilidades de arrecadação e distributivas entre os entes federativos, levando em conta:

- (i) *“a diversidade de situações que caracteriza a federação brasileira no tocante a capacidade técnica, administrativa e financeira”*. (Rezende, 1989), particularmente no caso dos municípios;

¹ Normas Operacionais Básicas – Foram editadas nos anos de 1991, 1992, 1993 e 1996. As duas últimas tratam dos papéis que cada nível administrativo deve assumir com a descentralização, e das formas possíveis de gestão. As Normas Operacionais de Assistência à Saúde editadas no ano 2001 e 2002 regulam as transferências de recursos financeiros para as gestões subnacionais ampliando as condições de gestão tanto dos recursos para a assistência de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (MAC), quanto para a atenção básica (pisos fixos e variáveis). As transferências para a atenção básica totalizaram no ano de 2000 cerca de R\$ 3,2 bilhões. Já a emenda constitucional 29 – EC 29, estabelece percentuais mínimos de recursos a serem aplicados em Saúde para cada nível de gestão (nacional, estadual e municipal) para correção dos desníveis atuais em até 5 anos (IPEA, 2002).

- (ii) a ausência de consenso quanto ao real significado que o legislador constituinte pretendia atribuir a diretriz constitucional específica (C. F., Art. 198, I).

(Vianna et al, 2002)

Para Vianna et al (2002), em um país “federativo, continental e heterogêneo como o Brasil, nenhuma divisão de competências entre estado e município é aplicável de maneira uniforme em todo o espaço nacional”, muito embora a articulação entre as instâncias nacionais tenha avançado nos últimos anos graças à atuação dos órgãos colegiados (Conselhos de Saúde, CONASS, CONASEMS, CIT e CIB dos estados)².

Outra questão colocada para a área do Financiamento em Saúde no Brasil diz respeito à evidência trazida por estudos em outros países e confirmada por autores nacionais dos gastos crescentes no setor, tornando a alocação mais eficiente dos recursos uma prioridade a ser observada pelas políticas públicas e seus *policy makers*.

Se, as questões da eficiência e da equidade no financiamento estão no centro do debate em Saúde em todo mundo, nos países em desenvolvimento elas tornam-se ainda mais relevantes diante da precariedade da situação econômica das suas populações e das limitações orçamentárias dos seus governos que devem, inclusive, reservar parte do seu superávit para o abatimento das dívidas externas. De acordo com o Banco Mundial (WDR, 93) parte dos US\$ 170 bilhões que os países em desenvolvimento gastam anualmente em saúde podem ser mais bem empregados caso os governantes reformulem suas estratégias para o setor. Para tornar mais criteriosos os gastos públicos em saúde devem, esses governos, concentrar recursos na compensação das deficiências do mercado, promovendo através de mecanismos re-distributivos a Equidade Vertical.³

Entretanto, a avaliação das desigualdades em saúde no país tem sido insuficiente, de acordo com alguns estudos pioneiros conduzidos pelo IPEA/OPAS/OMS (2001). Além da grande desigualdade de renda e de acesso aos serviços de saúde, os autores chamam à atenção para a iniquidade na distribuição geográfica dos recursos que tem historicamente se concentrado nos estados do Sul e Sudoeste em detrimento do Norte/Nordeste. A disparidade entre estados e regiões e a crescente concentração de renda reclama por políticas que ajudem na redução desses desníveis sócio-econômicos observados, o que vai requerer um esforço de re-alocação e maior transparência no fluxo dos recursos.

No caso do Brasil, a existência de um sistema público de gestão financeira bem desenvolvido e centralizado não é suficiente para alcançar uma boa priorização e uma eficiência operacional dos recursos. As instituições centrais responsáveis

² CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde), CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde), CIT (Comissão Intergestores Tripartite) e CIB (Comissão Intergestores Bipartite).

³ A discriminação positiva prevê tratamento desigual para desiguais, ou tratamento diferente para necessidades diferentes (West, apud Vianna et al, 2001).

pelo planejamento e elaboração do orçamento federal – Ministério do Planejamento e Orçamento (MPOG) e pela execução orçamentária – Ministério da Fazenda (MF) devem articular-se com as secretarias de cada ministério operando através dos sistemas de dados centralizados SIDOR e SIAFI.⁴ Esses sistemas dão respaldo à estrutura legal estabelecida para a administração financeira através do Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), a Lei Orçamentária Anual (LOA) e a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) (Brasil, 2002).

Para o Ministério da Saúde, gestor nacional do SUS, as dificuldades do financiamento aumentam devido à diversidade e a ausência de estabilidade das fontes levando-o a investir em sistemas próprios de informação como o SIOPS⁵ que deve possibilitar uma desagregação dos dados a nível municipal compatível com a descentralização a ser alcançada. Através desses investimentos torna-se possível a partir de agora o desenvolvimento de estudos das contas em saúde que tornem mais claros os fluxos de recursos através dos vários níveis administrativos (nacional, estadual, regional e municipal).

A aplicação de uma metodologia que permita captar as especificidades da realidade do financiamento da saúde no país poderá revelar o caminho dos recursos desde as fontes, seus processos de transferência, até as agências administradoras e destas para os provedores de serviços propiciando um melhor entendimento do sistema e novos ângulos de análise para os planejadores das políticas públicas em saúde, além de viabilizar as novas funções de regulação assumidas pelo Estado brasileiro.

2. OBJETIVO GERAL:

Identificar, descrever e analisar o sistema de financiamento público em saúde no estado da Bahia.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar a origem, o fluxo e o destino dos recursos financeiros no setor público estadual de Saúde.
- Selecionar as formas e mecanismos de repasse, assim como a legislação que as orientam.
- Organizar a informação referente aos gastos públicos estaduais em saúde utilizando um esquema de classificação padronizado que permita comparações internacionais e acompanhamento sistemático por parte dos gestores.

⁴ Sistema Integrado de Dados Orçamentários (SIDOR) e Sistema Integrado de Administração Financeira – SIAFI.

⁵ Sistema de Informação Orçamentária para a Saúde (SIOPS).

- Adaptar a metodologia de Contas Nacionais em Saúde – NHA para o nível estadual.
- Propor um caminho para a estimativa de “partidas” do gasto privado em Saúde.

4. METODOLOGIA:

O modelo desenvolvido nos EUA de Contas Nacionais de Saúde (National Health Accounts) tem sido utilizado com sucesso por países com sistemas pluralísticos de saúde, como o brasileiro, que envolvem diversas fontes, agentes e provedores (Schneider et alii, 2000). Trata-se de uma ferramenta para a síntese, descrição e análise das informações financeiras para melhorar a performance do sistema de saúde. O NHA tem sido conduzido em mais de 50 países de pequenos e médios recursos como as Filipinas e África do Sul, onde revelou, nesse último, um gasto per capita 3.6 vezes maior nos distritos mais ricos do que nos pobres (Mcintyre apud PHR plus, 2003).

Enquanto metodologia de mensuração do “pulso financeiro”, o NHA procura responder questões como:

- Quem paga pelo cuidado em saúde?
- Quanto se gasta e com tipos de serviços?
- Como os recursos são distribuídos entre os diferentes provedores (fluxo)?
- Quem se beneficia com os gastos em saúde?

O modelo de NHA utiliza uma matriz com quatro categorias básicas da atenção à saúde: fontes, agentes financeiros, provedores e funções (atividades). Dessa forma a identificação detalhada de cada fonte e o fluxo dos recursos até a atividades específica permite identificar como cada serviço é financiado. Ou, dito de outra maneira, torna-se possível saber quem gasta em saúde, como e quanto.

Essa metodologia adota os princípios básicos do System of Health Accounts (SHA) da OECD (Organization for Economic Cooperation and Development) contidos no manual de classificação da SHA, o International Classification for Health Accounts (ICHA). Como a SHA é mais útil para sistemas de saúde com uma única fonte de recursos, o NHA desagrega as categorias tornando-as mais flexíveis e adequadas à complexidade de países como o nosso. Ele permite com esse detalhamento uma melhor distinção entre as formas de prestação superando a dicotomia público-privado.

O NHA também recomenda o uso de definições mais precisas para noções como “gastos” e “orçamentos”, essenciais para as estimativas financeiras utilizadas.

Assim, Gastos em Saúde, é definido pela NHA como “todos os gastos envolvidos na atividade econômica, feitos com a intenção de promover saúde, mudar comportamentos relacionados à saúde ou modificar o desempenho do sistema ou do seu financiamento durante um período de tempo definido, que em regra é de um (01) ano. Isso inclui o tipo de instituição provedora e pagadora para cada atividade. Essa preocupação com a padronização das terminologias e conceitos utilizados vai permitir a comparação entre países e regiões facilitando novos estudos e ampliando a utilidade das informações.

A aplicação do modelo de Contas Nacionais em Saúde – NHA possibilitará uma visão mais precisa da estrutura de financiamento do setor já que oferece um novo instrumental fundamental para a avaliação das desigualdades existentes. Entretanto, alguns limites precisam ser melhor investigados principalmente no que se refere aos vários níveis de agentes presentes com a descentralização dos recursos e com a dificuldade de obter informações com o setor privado Não-SUS, responsável por cerca de 25 a 30% da atenção à Saúde.

Nesse sentido, um estudo mais aprofundado da experiência internacional com este modelo poderá ajudar na adaptação e aplicação à nossa realidade. As dificuldades de implementação do SHA manual têm levado organizações de cooperação à produção de textos explicativos, estudos de casos, e à consideração de “níveis” de implantação nos vários países onde tem se processado essa experiência (DEELSA/ELSA/WP1/HS,2002). No caso do projeto aqui proposto, trata-se de uma experiência piloto onde o produto final será a matriz, não sua aplicação. Assim, poderemos utilizar o ano de 2002 como base de simulação, mas não é possível, dentro do prazo do estudo, se comprometer com a produção da informação completa, mas apenas com o instrumento que levará a ela. Da mesma forma, mesmo não sendo provável, no momento, o rastreamento dos recursos privados em saúde, o desenho da matriz servirá como aporte para a entrada futura desses dados, e das formas possíveis de captação dessa informação⁶.

Examinando a matriz básica de quatro categorias observamos que em algumas aplicações deste modelo, são classificadas como fontes os agentes que provem fundos⁷ para o setor transferindo-os aos agentes financiadores que apresentam características mais de administração desses recursos, pagando aos provedores que podem ser eles mesmos ou outros agentes. O nível final dos recursos se encontra então na categoria usos ou atividades. Uma possível forma de classificação das entidades se encontra abaixo:

⁶ A Agência Nacional de Saúde Suplementar tem desenvolvido estudos no sentido de mapear as atividades deste sub-setor ainda com muito baixa regulação dentro do Sistema.

⁷ Existem duas perspectivas de classificação das fontes de financiamento da atenção. Uma na qual os agentes financiadores são organizações ou indivíduos que diretamente pagam pelo cuidado. A outra classifica de acordo com as fontes primárias dos fundos, como as taxas e impostos. Para decidir sobre essas e outras alternativas, será necessário conhecer as vantagens e desvantagens de cada opção, principalmente na classificação das atividades – (functional classification), cujo leque de possibilidades se amplia consideravelmente devido ao número de categorias que estão incluídas dentro daquilo que podemos considerar como “cuidado”, ou atividade final (DEELSA/ELSA/WP1/HS,2002).

Fontes	Ministério da Fazenda Famílias Doações estrangeiras Instituições Privadas
Agentes	Instituições governamentais (nacional, estadual, regional e municipal) Instituições privadas e ONGS
Provedores	Instituições (hospitais, clínicas, ambulatórios) públicas próprias Instituições privadas conveniadas Instituições privadas
Atividades	Ações de atenção básica e hospitalares da média e alta complexidade Atividades desenvolvidas por programas específicos. (grupos e indivíduos)

Caminho metodológico

1. Revisão documental

Objetivo: Conhecer experiências de aplicação do NHA em outros países buscando uma padronização compatível com a classificação internacional das contas em saúde. Identificar as fontes de recursos da Saúde no âmbito estadual, os fluxos e a legislação existente sobre os repasses. Nesse sentido, o exame de documentos como a PPI – Programação Pactuada Integrada, a LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias, dentre outros, podem servir de parâmetro no processo de rastreamento dos recursos ainda que se situem no “dever ser”, ou seja, para onde os recursos deveriam ir e não necessariamente para onde vão. De qualquer forma eles produzem um ordenamento do financiamento que orienta o fluxo e a informação existente que a equipe pesquisadora deverá inicialmente dominar para seguir no desenho da matriz.

❖ Identificação das fontes de dados

Para o mapeamento dos fluxos será necessário inicialmente estabelecer as possibilidades de geração de dados de cada sistema de informação e suas compatibilidades. De antemão já sabemos que nenhum sistema é completo e que a informação vai ficando mais incompleta, ou até inexistente a depender do nível de desagregação proposto. Ou seja, existem muitos problemas de coleta e

registro principalmente a nível municipal e na categoria “atividades”. Não sabemos exatamente o que isso pode implicar em termos de esforços de coleta, mas é possível que se necessite de viagens inter-municipais para obter ou clarear informações que sejam de fato relevantes. Ainda que o objetivo não seja a aplicação imediata do modelo, para sua adaptação será necessário conhecer na construção das tabelas quais são as categorias existentes dentro dos vários sistemas e o tipo de informação relacionado a ela.

- Dados dos Sistemas de Informações (ICF, SIOPS, DATASUS, SIPLAN,).
- Desenho de protocolo para os fluxos de informação estatística.
- Análise Documental (LDO, LOA, PPI, STN)

2. Definição de Categorias e Referencial Analítico

- Identificação das Fontes (*sources*), Agentes Financiadores (*agents*), Provedores (*providers*) e Atividades (*functions*).
- Adaptação do ICHA
- Desdobramento de categorias a depender da realidade encontrada e tabulação. Um exemplo básico de cruzamento possível seria:

- Fontes X Agentes Financiadores
- Agentes Financiadores X provedores
- Agentes Financiadores X Atividades
- Provedores X Atividades

3. Análise e interpretação dos dados

A tabelas devem ir sendo construídas leitura das tabelas do NHA se dá após a produção de *links* entre os fundos das fontes, agentes, provedores e atividades, que uma vez codificados pelo ICHA, são trabalhados e sintetizados em forma de *origens* (originations) e *usos* (recipients/users). Tabelas adicionais podem ir sendo criadas a depender da necessidade de classificação adicional de forma a organizar a informação sobre os gastos em saúde no plano estadual para a qual esse trabalho de adaptação metodológica pretende contribuir.

A constituição de equipes mistas com pesquisadores da academia e técnicos dos serviços garantirá a apropriação da tecnologia por parte dos últimos, permitindo dessa forma a institucionalização do método no órgão gestor estadual, no caso a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

5. DATA DE INÍCIO DA ATIVIDADE: 01.06.2003
6. DATA PREVISTA PARA CONCLUSÃO DA ATIVIDADE: 31.05.2004
7. DURAÇÃO EM MESES: 12 meses
8. CRONOGRAMA:

Tempo em meses/ Atividades	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai
1. Revisão Documental	xxxx	xxxx										
2. Definição categorias / referencial analítico		xxx	xxxx									
3. Adaptação da ICHA			xxxx	xxxx	xxxx							
4. Construção de tabelas					xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx			
5. Relatório Parcial						X						
5. Análise resultados								xxxx	xxxx	xxxx	xx	
6. Redação/ Relatório Final											xxxx	xxxx

Obs: Cada X representa uma semana no tempo.

9. ORÇAMENTO:

ITEM			DFID	ISC - SESAB	TOTAL
	Valor Unit.	Quant/Horas	Valor Total	Valor Total	
1 Pessoal					
1 Coordenador	3.000,00	12 meses	36.000,00	-	-
1 Pesquisador júnior	1.500,00	12 meses	18.000,00	-	-
1 Estagiários (acadêmico) 20 horas	500,00	12 meses	6.000,00	-	-
1 contador	1.200,00	10 meses	12.000,00	-	-
1 Pesquisador especialista em Excel	1.500,00	12 meses	18.000,00		
2 Técnicos da SESAB	1.500,00	12 meses	-	36.000,00	-
Total Pessoal			90.000,00	36.000,00	126.000,00
2 Material de Consumo					
Cartuchos para Impressora	100,00	6	600,00	-	-
Reprodução	0,10	5.000 cópias	500,00	-	-
Papel ofício	300,00	-	300,00	-	-
Canetas, lápis, fichários, disquetes	150,00	-	100,00	-	-
Reforma espaço ISC/ES				9.000,00	-
Telefone, fax	80,00	12 meses	-	960,00	-
Outros	-	-	-	500,00	-
Total Mat. de Consumo			1.500,00	10.460,00	11.960,00
3 Equipamentos					
Desktop para Banco de Dados	2.500,00	1	-	2.500,00	-
Computadores	2.000,00	2	-	4.000,00	-
Espaço Físico (Instalações, água, energia, Assit. Técnica)	2.500,00	12 meses	-	30.000,00	-
Total Equipamentos			-	36.500,00	36.500,00
4 Consultorias					
Consultoria Internacional	Salvador	10 dias	DFID *	-	-
Total Consultoria			-	-	-
5 Transporte e Pesquisa de campo					
Viagens inter-municipais	100	15 passagens	1.500,00		
Combustível	500	-	500,00		
Vale transporte	1,50	1.000	1.500,00	-	-
Total Transporte			3.500,00	-	3.500,00
TOTAL em Reais			95.000,00	82.960,00	177.960,00
TOTAL em Libras Esterlinas			19.153,23		

R\$ 1,00 = 4,96 câmbio de 26/05

DFID * = a ser estabelecido

10. CONTRAPARTIDA DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE: Ver Orçamento

11. EQUIPE:

- 01 Coordenador
- 02 Técnicos (SESAB)
- 01 Pesquisador especialista em Excel
- 01 Pesquisador júnior
- 01 Estagiário
- 01 Contador
- 01 Consultor Internacional (DFID/HLSP)

12. Bibliografia

BRASIL (2002) *Relatório sobre a Avaliação do Sistema de Administração e Controle Financeiros do Brasil*. Brasília, Junho.

CARVALHO, G. (2002) *O Financiamento Público Federal do Sistema Único de Saúde: 1988-2001*. Tese de Doutorado, Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

DEELSA/ELSAWP1/HS(2002)3 *The State of implementation of the OECD Manual a System of Health Accounts (SHA)*. Paris, Meeting of Experts in National Health Accounts, 27-Set - 2002.

FREIRE, M. (2003) *Processo de implantação do "Projeto de Fortalecimento e Apoio ao Desenvolvimento Institucional da Gestão Estadual do Sistema Único de Saúde" no estado do Pará*. Dissertação de Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva: área de concentração em Gestão de Sistemas. Instituto de Saúde Coletiva/ Universidade Federal da Bahia.

IPEA (2002) *Políticas Sociais: acompanhamento e análise*. Vol 4. Ano 3: 44-57.

MENDES, E. (1996) *Uma agenda para a saúde*. HUCITEC, São Paulo, 1996, 300 p.

PHR plus: Partners for Health Reform *plus* (2003) *Understanding National Health Accounts: The Methodology and Implementation Process; Primer for Policymakers*, January.

SCHNEIDER, P. (2000) *Rwanda National Health Accounts 1998*. Technical Report no. 53; Partnerships for health Reform Project, Abt associates Inc.

VIANNA, S. et al (2001) *Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento*. Brasília: OPAS/IPEA, 2001.

WORLD BANK (1993) *World Development Report: Investing in Health*. Washington, DC.

Instituição Parceira: ISC/SESAB

Título da Proposta: Um Estudo das Contas Regionais de Saúde do Estado da Bahia

Número da Proposta: 7

Pontuação da proposta na Comissão Técnica: 3

Pontuação UGP/DFID: 4

Comentários:

CT: Orçamento e tempo de execução parecem superdimensionados.

Resposta: O tempo de execução inicialmente previsto era de 6 meses, tendo sido ampliado por orientação dos dois consultores que examinaram a proposta – Roy Carr-Hill e Carles Murillo. O orçamento acompanha o volume previsto de trabalho que é grande. Inclusive foi por orientação do consultor que nos comprometemos com o produto final MATRIZ, e não com a implementação do Modelo NHA, que envolve inclusive iniciativas governamentais, decisões da esfera federal. Entretanto, para a elaboração dessa Matriz, simulações trabalhosas deverão ser feitas com coleta de dados primários. A montagem da Matriz permitirá de imediato avaliar o grau de dificuldade/viabilidade do uso desse instrumento para mapeamento dos fluxos. Esse mapeamento subsidiará estudos e ações no âmbito da regulação, em especial do trabalho de Auditoria, e a elaboração de um modelo de Relatório de Gestão com informações pertinentes, além de permitir a identificação dos recursos que podem ser melhor realocados e contribuir com a melhoria do funcionamento de sistemas de informação orçamentária como o SIOPS, dentre outras coisas.

UGP/DFID:

1. Que impacto se espera ao fim da atividade? Propor indicadores sempre que possível.

Impacto:

- Desenvolvimento de tecnologia de Contas na área da Saúde no Brasil.
- Sensibilização dos setores da Secretaria envolvidos na administração financeira, principalmente o Fundo Estadual da Saúde, para a necessidade de dar transparência aos processos alocativos e tornar a distribuição dos recursos financeiros em Saúde mais eficiente e equitativa.
- A elaboração da Matriz será o primeiro passo para a implantação da metodologia NHA, ou de outra proposta equivalente que tem se dado em diversos países do mundo em etapas evolutivas diversas.
- Ela vai representar também um salto tecnológico no tratamento com as informações sobre Financiamento na saúde no estado da Bahia.
- Treinamento de técnicos da SESAB em metodologia de pesquisa voltada para problemas práticos da gestão.
- Contribuição para a criação de uma cultura de uso de instrumentos de ES incorporado às rotinas administrativas da SESAB.

Indicadores:

- Publicações dos resultados em revista científica.
- Aplicação da metodologia na SESAB ou em outros estados (replicação da experiência).
- Número de Técnicos da SESAB envolvidos no processo.
- Apresentações dos resultados em eventos na área.

OBS: mais a longo prazo a adoção da Metodologia de Contas no Estado representará um avanço significativo para a gestão estadual pois o Financiamento é área estratégica da gestão SUS e tem se constituído em tema de grandes debates, incrementados ainda mais com a EC 29. Abrir a “caixa preta” dos recursos na área se constitui por isso um grande desafio. E construir os instrumentos que permitirão essa façanha é nosso compromisso particular.

PROJETO ECONOMIA DA SAÚDE

PLANO DE TRABALHO ANO II

METODOLOGIA DE ALOCAÇÃO EQÜITATIVA DE RECURSOS PÚBLICOS PARA A SAÚDE NA BAHIA

Atividade: 1.02.25

INSTITUIÇÕES PARCEIRAS:

Instituto de Saúde Coletiva/UFBA - Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

COORDENADORES NAS INSTITUIÇÕES PARCEIRAS:

Sebastião Loureiro – Martha Teixeira

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA PROPOSTA:

Edson Correia Araújo

TELEFONE: 071 – 336-8896

E-mail: edaraujo@ufba.br

CLASSIFICAÇÃO DA PROPOSTA:

Resultado 1:	X
Resultado 2:	
Resultado 3:	

Fundo de Desafio	
Resultado 1:	
Resultado 2:	

1. JUSTIFICATIVA

A criação do SUS (Sistema Único de Saúde) a partir da Constituição de 1988 estabeleceu que o sistema de saúde Brasileiro deveria obedecer aos princípios da universalidade, equidade e integralidade. Segundo o Artigo 196 do texto Constitucional a saúde é direito de todos e um dever do Estado, devendo ser garantida por intermédio de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos.

O financiamento do setor de saúde brasileiro tem sido, ao longo dos anos, um dos principais entraves para se alcançar os princípios estabelecidos na Constituição de 1988. Tanto em relação ao estabelecimento de fontes seguras e estáveis de recursos para o setor, como na distribuição desses recursos entre a população, persistem problemas que precisam ser sanados para se construir um sistema mais equitativo e eficiente. Muitos estudos apontam as deficiências na captação, na distribuição e no gerenciamento dos recursos públicos destinados ao setor: “As políticas de Saúde no Brasil, continuam se caracterizando pela insuficiência de recursos, pela fragmentação organizacional, pela falta de equidade na alocação dos recursos, desigualdade no acesso aos serviços de saúde, ineficiência na gestão e baixa eficácia das ações de saúde” (VIACAVA, PORTO, & MARTINS, 1999).

O problema da equidade na distribuição dos recursos dentro do território nacional é, indiscutivelmente, um tema essencial e tem ocupado especialistas e governo nos últimos anos, pois representa uma condição necessária, ainda que não suficiente, para a construção de um sistema mais justo. Apesar da implementação de algumas medidas de caráter igualitário, como o PAB, prevalece o comportamento histórico da cultura alocativa baseada na produção, mantendo-se distribuições inequitativas dos recursos (PORTO et al., 2002).

A discussão sobre a alocação dos recursos públicos no setor de saúde brasileiro é de extrema importância, uma vez que os recursos disponíveis para o setor são escassos e há uma pobreza crônica que leva à dependência em relação aos serviços prestados pelo Estado, fazendo com que os resultados da alocação tenham impactos significativos na vida da população. Além disso, as desigualdades existentes entre regiões, estados e municípios, tornam ainda mais urgente a necessidade de se estabelecer critérios de distribuição dos recursos que possam propiciar maior equidade no sistema, de acordo com o princípio de *igualdade de recursos para necessidades iguais*.

Este é, indubitavelmente, um ponto importante para se identificar as possibilidades de concretização dos princípios que regem o Sistema de Saúde Brasileiro pós Constituição de 1988.

São conhecidas as desigualdades existentes na alocação dos recursos para a saúde entre Regiões e Estados, entretanto pouco se sabe a respeito da distribuição desses recursos dentro dos Estados. Estudos realizados apontam que o grau de iniquidade existente no interior de alguns Estados é ainda maior que o encontrado entre os Estados (VIACAVA et al.; 1999). Assim, além da importância de se estabelecer critérios mais equitativos na alocação dos recursos entre as Unidades da Federação, é fundamental implementar políticas redistributivas que garantam a redução das desigualdades no interior dos estados.

Essas políticas são ainda mais necessárias nos estados da Região Nordeste, onde grande parte de suas populações vive em áreas de extrema pobreza, em precárias condições de vida e com

difícil acesso aos serviços de saúde. Nesse sentido, propor metodologias de alocação de recursos no âmbito dos estados, que levem em conta as necessidades da população, é um importante instrumento para minorar as desigualdades existentes e um passo significativo para se alcançar o objetivo de equidade em saúde para toda a população.

No caso específico do estado da Bahia a proposta da criação de uma metodologia equitativa de alocação de recursos possibilitará alcançar inúmeros resultados que, mesmo sem estarem entre os objetivos principais do projeto, o justificam na medida que possibilitarão inúmeros ganhos a curto e longo prazo. Desses resultados esperados podemos destacar:

- Contribuir com o esforço da Secretaria Estadual de Saúde na regionalização da assistência (prevista no Plano Diretor de Regionalização);
- Contribuir para o monitoramento do cumprimento da Emenda Constitucional 29 pelos governos municipais e estadual (apesar de esse não ser um objetivo específico deste trabalho);
- Aprofundar a integração entre a Secretária Estadual de Saúde e o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia na análise das questões voltadas para o financiamento da saúde no Estado, possibilitando o contato sistemático e a troca de informações entre Técnicos e Gestores da Secretaria com Professores e Pesquisadores do Instituto de Saúde Coletiva;
- Disseminar para outros Estados Brasileiros, notadamente os da região Nordeste dadas às semelhanças nas condições sociais e econômicas, a discussão sobre equidade na distribuição geográfica dos recursos financeiros para saúde no âmbito estadual.

Atualmente a própria Secretaria Estadual de Saúde não possui um mecanismo objetivo de distribuição dos recursos para os municípios que considere fatores epidemiológicos ou sócio-econômicos. A construção de um modelo para alocação dos recursos para saúde no Estado permitirá criar um mecanismo objetivo, transparente e justo, na distribuição destes recursos, diminuindo a margem de interferência política e ineficiência no setor.

2. OBJETIVO GERAL

Diante da necessidade de se estabelecer políticas que possibilitem um melhor desempenho do setor público de saúde brasileiro, na busca de se alcançar os princípios estabelecidos no texto constitucional, este projeto propõe contribuir na redução das iniquidades existentes na alocação dos recursos públicos para a saúde no âmbito do Estado da Bahia. Dessa forma o objetivo principal deste projeto será:

- Desenvolver e propor uma metodologia para alocação equitativa de recursos financeiros destinados ao **custeio** dos serviços públicos de saúde no Estado da Bahia.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Construir um quadro preciso do financiamento público da saúde no Estado (Identificar as fontes de recursos, a contribuição de cada nível de governo e o montante das transferências entre os níveis de governo);
- A seguir será possível identificar os atuais critérios de alocação dos recursos no Estado que são pouco conhecidos;
- Aprofundar a análise das experiências nacionais e internacionais na construção de metodologias equitativas de alocação de recursos em saúde;

- Construir indicadores que possam refletir as “necessidades” em saúde da população do estado nas diferentes regiões;
- Realizar simulações que possam indicar os possíveis impactos da adoção da metodologia proposta comparando-a com a sistemática de alocação vigente no estado;
- Apontar estratégias para implementar a metodologia proposta.

Para se alcançar esses objetivos serão necessários alguns passos intermediários que estão expostos detalhadamente na próxima seção.

4. METODOLOGIA

As metodologias de alocação de recursos para custeio são realizadas, em geral, levando-se em conta o perfil epidemiológico, as atuais despesas ao nível local, as desigualdades entre os custos dos tratamentos requeridos por cada segmento da populacional e as desigualdades existentes entre as necessidades de saúde (PORTO et al., 2002).

Nesta proposta propõe-se, inicialmente, aplicar a metodologia Carr-Hill et al. (1994) adaptada para o caso brasileiro por Porto et al. (2002). A metodologia Carr-Hill diferencia-se das demais por basear-se no pressuposto de que o uso dos serviços de saúde não é só função das necessidades de saúde, mas também da oferta de serviços de saúde. Assim, estimam-se as necessidades ajustadas pelas variações na oferta dos serviços, havendo, dessa forma, uma determinação simultânea (endogeneidade) entre a oferta e o uso dos serviços de saúde. Esquemáticamente, temos:

$$U_i = f(N_i, O_i); \quad (1)$$

$$O_i = f(N_i, U_i, X_i). \quad (2)$$

O uso na localidade i (U_i) é função das necessidades (N_i) e da oferta (O_i) esta por sua vez é função das necessidades, do uso e de variáveis socioeconômicas não diretamente relacionadas com as necessidades em saúde (X_i). Para estimar-se os parâmetros destas regressões é recomendado o método de regressão de dois-estágios (two stage least square), assim pode-se estimar inicialmente a oferta (2) a partir de um conjunto de variáveis de saúde e socioeconômicas e, depois, aplica-se os valores estimados como variável explicativa na equação de utilização dos serviços de saúde (1) - Nessa etapa final é possível estabelecer a relação entre utilização e variáveis de necessidade.

Na simulação efetuada por Porto et al. (2002) os resultados para o caso brasileiro apresentaram resultados contraditórios em relação à suposição teórica, encontrou-se uma correlação negativa (inversa) entre utilização dos serviços de saúde e variáveis de necessidade (áreas com piores condições de vida, maior coeficiente de mortalidade infantil ou maior porcentagem de analfabetos, tiveram no modelo estimativas menores de utilização dos serviços de saúde do que em áreas com condições melhores). Esses resultados indicam que além das desigualdades na oferta existem outras barreiras ao acesso de serviços de saúde no país, sendo necessário, assim, ajustes para se aplicar à metodologia Carr-Hill ao caso brasileiro.

Neste projeto se propõe utilizar a adaptação da metodologia Carr-Hill efetuada por Porto et al. (2002), para tanto serão seguidos os mesmos passos metodológicos seguidos neste estudo até a criação dos indicadores, seleção das variáveis e primeiras simulações, a partir daí com os primeiros resultados obtidos poder-se-á analisar a robustez das estimativas e efetuar as eventuais correções metodológicas que forem necessárias.

4.1 *Unidade geográfica a ser considerada na distribuição dos recursos:* O Plano Diretor de Regionalização (PDR) elaborado pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado dividiu o Estado em 6 (seis) macrorregiões, 31 microrregiões e 122 módulos assistenciais (ver tabela 1). Esse é um importante insumo para o trabalho aqui proposto na medida em que trabalhar com os 417 municípios existentes no Estado da Bahia dificultaria o alcance dos objetivos propostos. Ressalte-se que para a confecção do PDR foram levados em conta variáveis importantes para a presente proposta, como uma estimativa do fluxo intermunicipal da demanda por serviços de saúde (medido através do fluxo das AIH's entre municípios).

Tabela 1: Distribuição dos Módulos Assistenciais, por Macro e Microrregião: Bahia, 2001.

Macrorregião	Nº Micro	Nº Módulos Assistenciais	Nº de Municípios	População
Nordeste	10	42	111	5.515.943
Sul	6	23	79	1.933.269
Extremo Sul	2	7	21	680.239
Sudoeste	3	13	64	1.516.994
Oeste	3	10	36	776.124
Norte	7	27	106	2.791.545
TOTAL	31	122	417	13.214.114

FONTE: Plano Diretor de Regionalização da Assistência/[SESAB]

Adotar como unidades geográficas os 122 módulos assistenciais apresenta-se como uma opção mais viável, pois possibilitará coletar dados mais precisos sobre a realidade das regiões consideradas. Na definição dos módulos assistenciais foram levados em conta os seguintes critérios:

- Ter população maior ou igual a 30 mil habitantes ou estar habilitado em Gestão Plena do Sistema de Municipal de Saúde;
- Ou possuir hospital que realize, no mínimo, internações nas três especialidades básicas (pediatria, clínica médica e obstetrícia com parto normal).

4.2 *Dados a serem utilizados:* Para cada módulo assistencial serão coletados um conjunto de variáveis de utilização e oferta dos serviços, epidemiológicas e socioeconômicas.

- Variáveis de utilização: taxas de consultas e internações por habitante, número de AIH's, frequência e valor (custos dos serviços), fluxos de demanda por serviços de saúde entre os módulos, índice de cobertura vacinal nas regiões;
- Variáveis de oferta de serviços de saúde: número de leitos hospitalares, número de médicos, enfermeiros e outros profissionais no atendimento ambulatorial e hospitalar;
- Variáveis epidemiológicas: Coeficiente de mortalidade infantil, SMR, expectativa de vida na região ou estado, incapacidade e doença crônica;
- Variáveis socioeconômicas: renda *per capita*, taxa de analfabetismo, concentração de pessoas por domicílio, número de domicílios com renda inferior a 1 salário mínimo, número de pessoas com seguro de saúde privado, recursos próprios destinados à saúde, etc.

A esses dados poderão ser incorporados outros de acordo com a disponibilidade e confiabilidade das informações existentes. Todas as informações terão que ser ajustadas pelo perfil demográfico de cada unidade geográfica adotada.

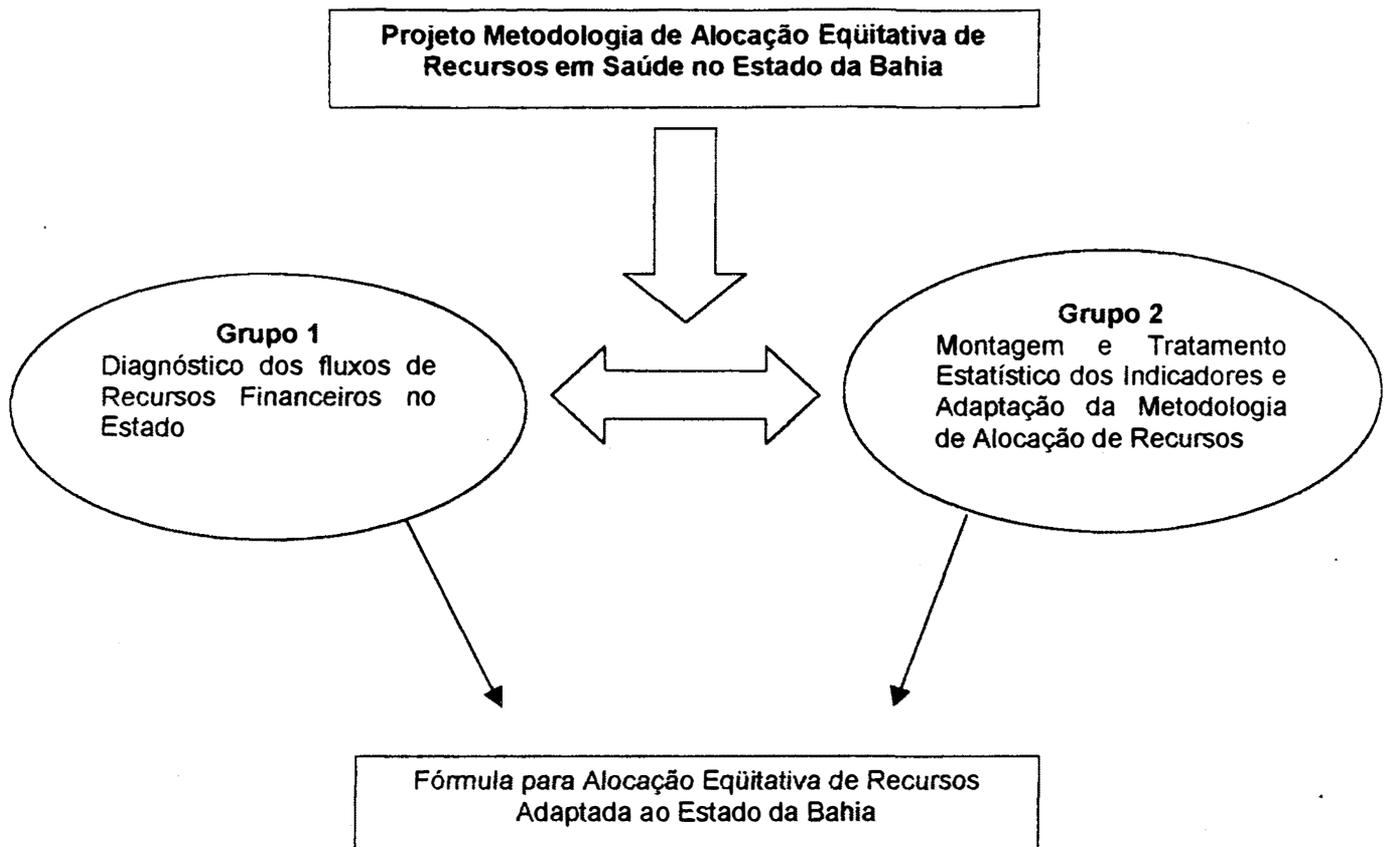
Procurar-se-á trabalhar com os recursos financeiros alocados para o custeio de serviços ambulatoriais e hospitalares, podendo este último ser diferenciado por tipo (Internações de curta permanência, internações de longa permanência, internações obstétricas e internações psiquiátricas, por exemplo). Outras informações sobre todos os fluxos, fontes e destinação dos recursos no setor no Estado serão também coletadas para se construir um quadro preciso do atual cenário de financiamento público da saúde no estado (objetivo específico número 1).

4.3 Coleta de dados: Os dados acima descritos serão em sua maior parte buscados em fontes secundárias, poderão ser coletados junto aos governos e institutos de pesquisas. Outros indicadores necessitarão de uma coleta de dados, entretanto estes terão que ser definidos quando for possível ter um diagnóstico mais preciso da disponibilidade e confiabilidade dos dados já existentes. As principais fontes de informações serão: Ministério da Saúde (através dos sistemas de informações DATASUS, SIOPS), Secretaria Estadual de Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia (SEI), Tribunais de Contas do Estado e dos Municípios, Secretaria do Tesouro Nacional (com informações sobre as transferências de recursos entre esferas de governo) e Secretarias Municipais de Saúde.

4.4 Montagem dos Indicadores e Simulação para o Estado: A montagem dos indicadores terá que passar por um processo de validação estatística das variáveis selecionadas para testar seu grau de confiabilidade e significância dentro da regressão a ser estimada. Para tanto espera-se compor a equipe de trabalho com pelo menos um estatístico, além de um economista e um consultor especializado que estarão responsabilizados na tarefa de dar o tratamento estatístico adequado aos dados e disseminar os procedimentos realizados dentro de todo o grupo de pesquisa.

Com a definição das variáveis a serem incluídas no modelo, poder-se-á executar as primeiras simulações da metodologia desenvolvida. A partir dessas primeiras simulações espera-se obter estimativas que apontem a adequação do modelo ao caso do Estado da Bahia e, caso seja necessário, serão feitas as adaptações necessárias.

4.5 Composição da Equipe de Trabalho: Para atender as exigências de calendário estabelecidas dentro do PES e alcançar os objetivos previamente estabelecidos, foi estruturada uma equipe de trabalho que se dividirá em dois grupos que trabalharão simultaneamente, porém em frentes distintas, como está representado no esquema a seguir:



A divisão em dois grupos com objetos distintos de trabalho, porém não isolados, leva em conta a necessidade de por um lado coletar dados e construir indicadores de “necessidades” que possam ser utilizados como parâmetros para medir equidade e, de outro lado, a necessidade de se obter um panorama preciso do financiamento público da saúde no Estado o que permitirá tanto comparar a atual sistemática de alocação dos recursos com a que será proposta como também na definição das possíveis estratégias de transição.

A composição de cada grupo prevista inicialmente é a seguinte:

Grupo 1:

- 01 Pesquisador Júnior
- 01 Técnico da SESAB
- 01 Estagiário
- 01 Mestrando em Saúde Coletiva - ISC

Grupo 2:

- 01 Economista (Mestre)
- 01 Técnico da SESAB
- 01 Estagiário
- 01 Digitador/Técnico software estatístico
- 01 Estatístico (consultoria)

Além desses componentes participarão os consultores disponibilizados pelo PES e a consultoria de um epidemiologista, para dar suporte ao andamento do projeto. A disponibilidade dos técnicos da Secretaria Estadual de Saúde dependerá dos acertos efetivados entre a SES e o ISC/UFBA dentro do PES.

5. CRONOGRAMA

5.1 DATA DE INÍCIO DA ATIVIDADE: JUNHO DE 2003

5.2. DATA PREVISTA PARA CONCLUSÃO DA ATIVIDADE: 31.05.2004

5.3 DURAÇÃO EM MESES: 12 MESES

1º Resultado (Item 8.1): 6 meses

Resultado Final (Item 8.5): 31.05.2004

5.4 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES:

- 1 – Formação do Grupo de Trabalho;
- 2 – Revisão da bibliografia sobre Metodologia de Alocação Equitativa de Recursos em saúde e discussão em todo o grupo de trabalho;
- 3 – Seminário com especialista no tema a ser oferecido ao grupo de trabalho e outros profissionais (gestores) da SES e pesquisadores do ISC;
- 4 – Coleta de dados para compor o quadro geral do financiamento do setor de saúde pública no Estado (grupo 1);
- 5 – Definição dos indicadores (socioeconômicos, epidemiológicos de oferta e utilização dos serviços de saúde) a serem utilizados para compor os indicadores de “necessidade” em saúde (grupo 2);
- 6 – Análise do fluxo de demanda por serviços de saúde entre os Módulos Assistenciais (unidades geográficas a serem trabalhadas);
- 7 - Coleta de dados para compor os indicadores de “necessidades” de saúde da população no Estado (grupo 2);

8 – Resultados:

- 8.1 Diagnóstico completo do financiamento no Estado da Bahia – Objetivo Especifico 1
- 8.2 Indicadores a serem utilizados na Metodologia de Alocação (epidemiológicos, socioeconômicos, de oferta e utilização dos serviços de saúde);
- 8.3 Fórmula de Alocação dos recursos para os 122 Módulos Assistenciais do Estado da Bahia;
- 8.4 Simulações e comparação com a atual alocação dos recursos;
- 8.5 Relatório Final

Datas Previstas:

ATIVIDADES	1º Bimestre	2º Bimestre	3º Bimestre	4º Bimestre	5º Bimestre	6º Bimestre
1	X					
2	X					
3	X					
4	X	X				
5		X	X			
6		X	X			
7		X	X	X		
8 Resultados						
8.1			X			
8.2				X		
8.3				X	X	
8.4					X	X
8.5						X

6 ORÇAMENTO

ITEM	DISCRIMINAÇÃO		DFID	ISC	TOTAL
	Valor Unitário	Quantidade Horas		SESAB	
			Valor	Valor	
1 Pessoal					
Pesquisador Mestre - 40 horas	2.500,00	12 meses	30.000,00	-	-
Pesquisador Júnior - 30 horas	1.500,00	12 meses	18.000,00	-	-
Estagiários (02) - 20 horas	500,00	10 meses	10.000,00	-	-
Digitador/Técnico Software Estatístico - 20 horas	1.000,00	6 meses	6.000,00	-	-
Técnicos da SESAB (02) - 20 horas	1.500,00	12 meses	-	36.000,00	-
Pesquisador - Mestrando ISC - 20 horas	1.500,00	12 meses	-	18.000,00	-
Total Pessoal			64.000,00	54.000,00	118.000,00
2 Material de Consumo					
Cartuchos para Impressora	100,00	10	1.000,00	-	-
Reprodução	300,00	-	300,00	-	-
Papel officio	400,00	-	400,00	-	-
Canetas, lápis, fichários, disquetes.	350,00	-	350,00	-	-
Telefone, fax.	80,00	12 meses	-	960,00	-
Outros	-	-	-	500,00	-
Total Mat. de Consumo			2.050,00	1.460,00	3.510,00
3 Equipamentos					
Desktop para Banco de Dados	2.500,00	1	-	2.500,00	-
Computadores	2.000,00	2	-	4.000,00	-
Espaço Físico (Instalações, água, energia, Assit. Técnica).	2.500,00	12 meses	-	30.000,00	-
Total Equipamentos			-	36.500,00	36.500,00
4 Consultorias					
Consultoria Nacional	150,00	48 horas	7.200,00	-	-
Passagens para Consultor	800,00	3	2.400,00	-	-
Estatístico	100,00	60 horas	6.000,00	-	-
Epidemiologista	100,00	30 horas	3.000,00	-	-
Total Consultoria			18.600,00	-	18.600,00
5 Transporte					
Vale transporte	1,50	1.040	1.560,00	-	-
Passagens Intermunicipais	-	-	2.000,00	-	-
Total Transporte			3.560,00	-	3.560,00
7 Treinamento de Pessoal					
Cursos, Seminários e workshop.	5.000,00	-	5.000,00	-	-
Passagens para treinamento	600,00	4	2.400,00	-	-
Livros e outras Publicações	1.600,00	-	1.600,00	-	-
Total Treinamento			9.000,00	-	9.000,00
TOTAL em Reais			97.210,00	91.960,00	189.170,00
TOTAL em Libras Esterlinas*			19.638,39	18.577,77	38.216,15

* R\$1 = 4,95 Libras em 26/05

7 REFERENCIAS

- ARAÚJO, E.C (2002). *Public Expenditure Review of Funding in one Brazilian State*. University of York, CHE/International Health Economics Programme.
- CARR-HILL, R. et al. (1994). *A Formula for Distributing NHS Revenues based on Small Area Use of Hospital Beds*. University of York, Center for Health Economics.
- HURLEY, J. at al. (2000) *Making Resource Allocation Decisions in the Health Care Sector: A Review of Some Recent Proposals*. Regionalization Research Center, Occasional Paper 4.
- MEDEIROS, M. (1999) *Princípios de Justiça na Alocação de Recursos em Saúde*. IPEA, Brasília. Texto para Discussão 687.
- PEARSON, M. (2001). *How can the allocation of public resources for health be made pro-poor?*. DFID: Health Systems Resource Center.
- PORTO, S.M. (1997). *Equidade ba Distribuição geográfica de recursos em saúde: Uma contribuição para o caso brasileiro*. Tese de doutorado – Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ.
- PORTO, S.M. et al. (2002). *Metodologia de Alocação Equitativa de Recursos*. MS/REFORSUS.
- SANTOS, G. F. (2003) *Financiamento e Investimento na Saúde Pública do Brasil no Período 1995/2002*. Dissertação de Mestrado – Instituto de Saúde Coletiva – UFBA.
- SESAB (2001). *Fundo Municipal de Saúde: Manual do Gestor*. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Governo do Estado da Bahia.
- SESAB (2002). *Plano Diretor de Regionalização da Assistência à Saúde*. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Governo do Estado da Bahia.
- SESAB (2003). *Programação Pactuada Integrada (PPI)*. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Governo do Estado da Bahia.
- SES/RS (2000). *Municipalização Solidária: Secretaria Estadual de Saúde*, Governo do Estado do Rio Grande Sul.
- SMITH, P. & PEACOCK, S. *The Resource Allocation Consequences of the New NHS Needs Formula*. University of York, Center for Health Economics. Discussion Paper 134.
- VIACAVA, F., PORTO, S.M. & MARTINS, M. (1999) *Equidade em Saúde: Dinâmica Intermunicipal de Oferta e Demanda de Serviços Hospitalares no Estado do Rio de Janeiro*. Anais do V Congresso Nacional de Economia da Saúde pp 11 – 18, Salvador-Bahia.

Instituição Parceira: ISC/SESAB

Título da Proposta: Metodologia de Alocação Equitativa de Recursos Públicos para a Saúde na Bahia

Número da Proposta: 8

Pontuação da proposta na Comissão Técnica: 4

Pontuação UGP/DFID: 4

Comentários:

CT:

Sem comentários específicos.

UGP/DFID:

1. Que impacto se espera ao fim da atividade? Propor indicadores sempre que possível.

Dentre os impactos esperados dessa Proposta estão:

- **Construir um quadro preciso do financiamento público da saúde no Estado (Identificar as fontes de recursos, a contribuição de cada nível de governo e o montante das transferências entre os níveis de governo);**
- **Contribuir com o esforço da Secretaria Estadual de Saúde na regionalização da assistência (prevista no Plano Diretor de Regionalização) com a construção de Índices de Necessidades para a população do Estado;**
- **Aprofundar a integração entre a Secretária Estadual de Saúde e o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia na análise das questões voltadas para o financiamento da saúde no Estado, possibilitando o contato sistemático e a troca de informações entre Técnicos e Gestores da Secretaria com Professores e Pesquisadores do Instituto de Saúde Coletiva;**
- **Disseminar para outros Estados Brasileiros, notadamente os da região Nordeste dadas às semelhanças nas condições sociais e econômicas, a discussão sobre equidade na distribuição geográfica dos recursos financeiros para saúde no âmbito estadual;**

Indicadores:

- **Mapear as Necessidades em Saúde da população do Estado através dos indicadores a serem construídos (indicadores que possam refletir as “necessidades” em saúde da população do estado nas diferentes regiões);**
- **Publicações dos resultados em revistas científicas;**
- **Número de Técnicos da SESAB envolvidos no processo;**
- **Apresentações dos resultados em eventos na área;**
- **Elaboração de monografias, tese de mestrado e doutorado com os resultados obtidos;**
- **Propor estratégias para utilização da Metodologia Proposta.**

PROJETO ECONOMIA DA SAÚDE

PLANO DE TRABALHO ANO II

FUNDO MUNICIPAL PARA ECONOMIA DA SAÚDE

Atividade: 1.02.26

INSTITUIÇÃO PARCEIRA: ISC/SESAB

COORDENADOR NA INSTITUIÇÃO PARCEIRA: Sebastião Loureiro & Martha Teixeira

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA PROPOSTA: Thereza Christina Bahia Coelho

TELEFONE: 071- 336-8896

E-MAIL: tchris@ufba.br

CLASSIFICAÇÃO DA PROPOSTA:

Resultado 1:	X
Resultado 2:	
Resultado 3:	

Fundo de Desafio	
Resultado 1:	
Resultado 2:	

Fundo Municipal para Economia da Saúde

1. JUSTIFICATIVA:

A implementação do Projeto Economia da Saúde no ANO I ampliou a demanda por insumos nessa área nos estados parceiros de acordo com as várias evidências relatadas no Encontro de Avaliação Anual do PES em março de 2003. Nessa ocasião, a missão do DFID constatou a necessidade de oferecer um suporte diferenciado aos municípios, independentemente dos cursos de capacitação propostos nos Planos de Trabalho:

“O projeto também precisa considerar a melhor forma de trabalhar com os municípios. Está claro que os cursos de ES oferecidos para os municípios são, em geral, cursos de conscientização (Bahia). Um meio possível de se trabalhar com os municípios é o estabelecimento de um *Fundo de Consultoria*. Durante um curso de introdução à ES para gestores municipais, podem ser identificados problemas de saúde chaves para serem avaliados. O fundo de consultoria irá apoiar consultores nacionais para que trabalhem com os gestores municipais na realização de avaliações econômicas que apoiem a tomada de decisões naquelas áreas. Recomenda-se que o projeto trabalhe com parceiros no nível estadual para identificar 6 municípios piloto” (DFID, 2003).

Esse Fundo deverá subsidiar consultorias a serem demandadas por municípios que já tenham sido sensibilizados pelo PES para o uso de ferramentas da ES e desejem realizar algum estudo ou evento nessa área. Essa necessidade municipal deverá ser captada pela SESAB durante o ANO II e apresentada à UGP para a concretização do processo.

2. OBJETIVO GERAL:

Oferecer consultorias nacionais a municípios baianos

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar demandas municipais em ES.
- Transformar essas demandas em Termos de Referência com orçamentos compatíveis com as orientações produzidas nacionalmente.
- Ajudar na indicação de consultores.
- Contribuir na organização da vinda do consultor para seu concreto aproveitamento.

4. **METODOLOGIA:** a ser desenvolvida

3. Bibliografia

DFID (2003). *Relatório da primeira revisão Anual*. Brasília, março.

5. **DATA DE INÍCIO DA ATIVIDADE:** Primeiro semestre de 2003

6. **DATA PREVISTA PARA CONCLUSÃO DA ATIVIDADE:** Primeiro semestre de 2004.

7. **DURAÇÃO EM MESES:** 12 meses

8. **CRONOGRAMA:** Em aberto

9. **ORÇAMENTO:** A ser definido pelo DFID

10. **CONTRAPARTIDA DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE:** A ser definido

11. **EQUIPE:** A ser definido

Instituição Parceira: ISC/SESAB
Título da Proposta: Fundo Municipal de Saúde
Número da Proposta: 11
Pontuação da proposta na Comissão Técnica: 0
Pontuação UGP/DFID: 4
Comentários: CT: Apesar do nome indicar afinidade com o tema, o escopo do projeto é vago, não necessariamente vinculado a ES. A proposta número 11 atende a indicação do DFID para criação de um <i>Fundo de Consultoria</i> para atender demandas de municípios mais pobres. Foram selecionados pela equipe da SESAB os municípios de Catolândia (Macro-região Oeste, Micro-região de Barreiras), Contendas do Sincorá (Macro-região Sudoeste, Micro-região de Brumado) e Ibiquera (Macro-região Norte, micro-região de Itaberaba). Estes municípios além de constarem da lista dos 100 municípios menores e mais pobres da Bahia, nunca alimentaram o SIOPS e possuem uma estrutura de gestão muito precária. UGP/DFID: 1. Aprovação condicionada ao termo de referência para cada vez que houver proposta de consultoria a município do Estado, com os objetivos, produtos e impacto esperado explicitados. OBS: A identificação da demanda com o termo de referência e orçamento era um dos objetivos da proposta. Ou seja, a resposta solicitada é já o cumprimento de dois dos objetivos da proposta. Ver na página em anexo. 2. Detalhar orçamento para cada termo de referência e informar contrapartida estimada. Ver na página em anexo.

Termos de Referência
Fundo Municipal
Catolândia
Macro-região Oeste, Micro-região de Barreiras

1. Introdução

A implementação do Projeto Economia da Saúde - “Fortalecendo Sistemas de Saúde para Reduzir Desigualdades”, no ANO I ampliou a demanda por insumos nessa área nos estados parceiros de acordo com as várias evidências relatadas no Encontro de Avaliação Anual do PES em março de 2003. Nessa ocasião, a missão do DFID constatou a necessidade de oferecer um suporte diferenciado aos municípios, independentemente dos cursos de capacitação propostos nos Planos de Trabalho.

O município de Catolândia, com área de 621 km² e população de 3.092 habitantes em 2.000, possui 692 domicílios. Destes, apenas 5 possuem esgotamento sanitário, e 448 são abastecidos por água da rede geral. O lixo é coletado em 176 residências. Não há hospitais nem leitos hospitalares (IBGE, 2000). Conta com apenas duas unidades ambulatoriais (IBGE, 1999), duas enfermeiras, dois médicos, nenhum odontólogo, 6 agentes comunitários de saúde e nenhuma equipe de PSF.

2. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS

O SIOPS tem como principal objetivo a coleta e a sistematização de informações sobre as receitas totais e despesas com ações e serviços públicos de saúde das três esferas de governo. A implantação do SIOPS teve origem no Conselho Nacional de Saúde em 1993, tendo sido considerado relevante pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão - PFDC - quando da instalação dos Inquéritos Cíveis Públicos nº 001/94 e 002/94 sobre o Funcionamento e Financiamento do SUS. Em 1998 a Procuradoria e o Ministério da Saúde viabilizaram a formalização do SIOPS, que passou a coletar dados através de planilhas eletrônicas, dadas as dificuldades das primeiras tentativas de coleta através de ofício e de formulários contidos em disquetes, principalmente devido à falta de padronização das respostas.

Em 30 de abril de 1999, foi assinada a Portaria Interministerial nº 529 pelo Ministro da Saúde e pelo Procurador Geral da República, designando uma equipe para desenvolver o projeto de implantação do SIOPS, que passou a coletar dados através de um sistema informatizado desenvolvido pelo Datasus, possibilitando a transmissão dos dados pela Internet.

A partir do ano-base 1998, os dados transmitidos estão disponibilizados na Internet, tanto no formato das planilhas informadas, quanto na forma de

indicadores, permitindo comparações e agregações de dados das mais diversas formas, por municípios, por UF, por porte populacional ou qualquer outro a ser escolhido pelo usuário, de forma a fortalecer o controle social sobre o financiamento do SUS.

Aos Conselhos de Saúde é facilitada a transparência sobre a aplicação dos recursos públicos do setor. A consolidação das informações sobre gastos em saúde no país é uma iniciativa que vem proporcionar a toda a população, em especial àquela parcela que de alguma forma têm vínculo com o SUS, o conhecimento sobre quanto cada unidade político-administrativa do país tem aplicado na área (SIOPS,2003).

3. Objetivos da proposta

1. Oferecer apoio técnico à Gestão Financeira em Saúde no município de Catolândia através de consultoria.

4. Objetivos específicos:

- Levantamento das reais dificuldades financeiras e orçamentárias do município, da infra-estrutura de gestão e registro de dados.
- Orientação estratégica para a gestão financeira no âmbito da saúde
- Relatório sobre a situação financeiro-orçamentária com sugestões para a SESAB/SIOPS e Instituição Acadêmica.

5. Produtos

- ❖ Levantamento de dados relevantes sobre o município para orientação da equipe de consultoria.
- ❖ Visita com consultor nacional e técnicos da SESAB (núcleo do SIOPS) para diagnóstico da situação.
- ❖ Oficina de Trabalho com gestores, técnicos municipais e representantes do CMS.
- ❖ Relatório da Consultoria

6. Metodologia

- A SESAB com o apoio do ISC deverá fazer um levantamento mais minucioso sobre os municípios escolhidos contendo um diagnóstico inicial com os problemas mais relevantes e possíveis soluções para serem discutidos com a gestão local. O consultor poderá ser indicado pelo Ministério da Saúde, e deverá ter experiência em gestão financeira, orçamentária e com uso do SIOPS.
- Uma programação das visitas a cada município será acordada entre o gestor municipal, a SESAB e o consultor, ficando a SESAB com a responsabilidade de elaborar e fechar cada programação.

- Ficará a cargo do município a convocação e transporte dos participantes da Oficina de Trabalho.
- O período estimado para a visita de consultoria será de 5 dias, a partir da saída de Salvador. É possível que não haja hospedagem no município de destino, assim, um mínimo de 03 dias de trabalho e 03 de deslocamento (inter-municipal), são esperados.
- Material didático, manuais e outros instrumentos/equipamentos necessários serão fornecidos pela SESAB com Financiamento do PES.
- A Oficina de Trabalho – OT, deverá ocorrer em dois turnos, totalizando oito horas.
- O Relatório Final deverá apresentar um diagnóstico final da situação financeiro-orçamentária do município com sugestões de encaminhamentos para resolução dos problemas levantados.

7. Impacto

- As tentativas da SESAB com apoio do MS para o preenchimento das informações do SIOPS devem refletir o grau de precariedade estrutural e gerencial dos municípios escolhidos, expresso também pelos dados demográficos e de saúde apresentados inicialmente.
- A presença física de um consultor e de técnicos nesses municípios, usualmente isolados e sem voz, em meio a 417, por si só já pode significar um estímulo e sinal de prestígio para a gestão municipal.
- O tempo mais prolongado de estadia permitirá uma aproximação maior com a realidade local, estreitamento dos vínculos institucionais e repasse de tecnologias de processo com fortalecimento da modalidade “parceria”.
- Caso se consiga um grau de comprometimento satisfatório com a gestão municipal isso deverá implicar na alimentação sistemática do SIOPS e até de outros sistemas de informação do SUS igualmente importantes para a construção de indicadores.

8. Indicadores

- Número de participantes da OT.
- Alimentação do SIOPS.
- Reprodução da experiência em outros municípios da Bahia ou de outros estados.
- Melhoria na elaboração e execução do Orçamento Municipal (Plano Municipal de Saúde e Relatório de Gestão).
- Citação do Relatório Final em publicações da área (governamentais ou científicas).

9. Orçamento

A consultoria será prestada em duas etapas. A primeira com presença do consultor nacional terá duração de cinco dias e a segunda, de três dias, quando os técnicos da SESAB retornarão ao município para tirar dúvidas e concluir o trabalho. Como os municípios escolhidos são distantes e de acesso mais difícil, o cálculo do transporte da equipe de consultoria (consultor nacional + 02 técnicos SESAB) tenta levar em conta, independentemente do deslocamento interestadual, os deslocamentos Salvador-Município maior-município de origem. No caso de Catolândia será mais viável o transporte aéreo de Salvador até o município de Barreiras e de lá para Catolândia, de carro. Nos outros dois municípios esse trecho equivalente poderá ser transposto por van alugada.

ORÇAMENTO Ibiquera					
ITEM			DFID	SESAB-Catalão	TOTA
	Valor Unitário	Quant./Horas	Valor Total	Valor Total	
1 Pessoal					
Diárias p/ técnicos SESAB	R\$150,00	08 dias	R\$1.200,00		R\$1.200,00
Consultoria nacional	R\$80,00	08 horas x 5 dias	R\$3.200,00		R\$3.200,00
Diária consultoria	R\$150,00	05 dias	R\$750,00		R\$750,00
Rem. Técnicos SESAB	R\$50,00	08 dias x 8 h		R\$3.200,00	R\$3.200,00
Rem. Técnicos Municipais	R\$40,00	08 dias x 8 h		R\$2.560,00	R\$2.560,00
Consultoria ISC	R\$80,00	20 h		R\$1.600,00	R\$1.600,00
Valor Pessoal			R\$5.150,00	R\$7.360,00	R\$12.510,00
2 Material de Consumo					
Papel, Canetas, lápis, fichários, disquetes, etc			R\$700,00		R\$700,00
Reprodução, xerox e encadernação	R\$0,12	5.000 cópias	R\$600,00		R\$600,00
Total Mat. Consumo			R\$1.300,00		R\$1.300,00
Transporte					
Passagem aérea inter-municipal (ida e volta)	R\$300,00	05 passagens	R\$3.000,00		R\$3.000,00
Passagem aérea inter-estadual (ida e volta)	R\$1.100,00	01 passagem	R\$1.100,00		R\$1.100,00
Carro com motorista	R\$200,00	08 (ida/volta)		R\$1.600,00	R\$1.600,00
Transporte para Oficina				R\$150,00	R\$150,00
Total Transporte			R\$4.100,00	R\$1.750,00	R\$5.850,00
7 Oficina de Trabalho					
Oficina (almoço, lanche, coffee-break, datashow, apoio adm)	R\$100,00	Dia (30 pessoas)	R\$3.000,00		R\$3.000,00
Local, telefonia e divulgação		1 Dia (30 pessoas)		R\$500,00	R\$500,00
Total Treinamento			R\$3.000,00	R\$500,00	R\$3.500,00
TOTAL em Reais			R\$13.550,00	R\$9.610,00	R\$23.160,00
TOTAL em Libras Esterlinas *			LS2.731,85	LS1.937,50	LS4.669,35

*Libra cotada em 30.06.2003 a R\$4,96

Termos de Referência
Fundo Municipal
Contendas do Sincorá
Macro-região Sudoeste, Micro-região de Brumado

1. Introdução

A implementação do Projeto Economia da Saúde - "Fortalecendo Sistemas de Saúde para Reduzir Desigualdades", no ANO I ampliou a demanda por insumos nessa área nos estados parceiros de acordo com as várias evidências relatadas no Encontro de Avaliação Anual do PES em março de 2003. Nessa ocasião, a missão do DFID constatou a necessidade de oferecer um suporte diferenciado aos municípios, independentemente dos cursos de capacitação propostos nos Planos de Trabalho.

O município de Contendas de Sincorá, com área de 862 km² e população de 4.264 habitantes no ano de 2.000, possui 1.084 domicílios, sendo 682 abastecidos por água encanada. Apenas 5 (cinco) domicílios tem esgotamento sanitário. O lixo é coletado em 342 residências. Não há hospitais nem leitos hospitalares (IBGE, 2000). Conta com apenas três unidades ambulatoriais (IBGE, 1999), duas enfermeiras, três médicos, um odontólogo, 8 agentes comunitários de saúde e nenhuma equipe de PSF.

2. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS

O SIOPS tem como principal objetivo a coleta e a sistematização de informações sobre as receitas totais e despesas com ações e serviços públicos de saúde das três esferas de governo. A implantação do SIOPS teve origem no Conselho Nacional de Saúde em 1993, tendo sido considerado relevante pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão - PFDC - quando da instalação dos Inquéritos Cíveis Públicos nº 001/94 e 002/94 sobre o Funcionamento e Financiamento do SUS. Em 1998 a Procuradoria e o Ministério da Saúde viabilizaram a formalização do SIOPS, que passou a coletar dados através de planilhas eletrônicas, dadas as dificuldades das primeiras tentativas de coleta através de ofício e de formulários contidos em disquetes, principalmente devido à falta de padronização das respostas.

Em 30 de abril de 1999, foi assinada a Portaria Interministerial nº 529 pelo Ministro da Saúde e pelo Procurador Geral da República, designando uma equipe para desenvolver o projeto de implantação do SIOPS, que passou a coletar dados através de um sistema informatizado desenvolvido pelo Datasus, possibilitando a transmissão dos dados pela Internet.

A partir do ano-base 1998, os dados transmitidos estão disponibilizados na Internet, tanto no formato das planilhas informadas, quanto na forma de indicadores, permitindo comparações e agregações de dados das mais diversas formas, por municípios, por UF, por porte populacional ou qualquer outro a ser escolhido pelo usuário, de forma a fortalecer o controle social sobre o financiamento do SUS.

Aos Conselhos de Saúde é facilitada a transparência sobre a aplicação dos recursos públicos do setor. A consolidação das informações sobre gastos em saúde no país é uma iniciativa que vem proporcionar a toda a população, em especial àquela parcela que de alguma forma têm vínculo com o SUS, o conhecimento sobre quanto cada unidade político-administrativa do país tem aplicado na área (SIOPS,2003).

3. Objetivos da proposta

2. Oferecer apoio técnico à gestão em Saúde no município de Catolândia através de consultoria.

4. Objetivos específicos:

- Levantamento das reais dificuldades financeiras e orçamentárias do município, da infra-estrutura de gestão e registro de dados.
- Orientação estratégica para a gestão financeira no âmbito da saúde
- Relatório sobre a situação financeiro-orçamentária com sugestões para a SESAB/SIOPS e Instituição Acadêmica.

5. Produtos

- ❖ Levantamento de dados relevantes sobre o município para orientação da equipe de consultoria.
- ❖ Visita com consultor nacional e técnicos da SESAB (núcleo do SIOPS) para diagnóstico da situação.
- ❖ Oficina de Trabalho com gestores, técnicos municipais e representantes do CMS.
- ❖ Relatório da Consultoria

6. Metodologia

- A SESAB com o apoio do ISC deverá fazer um levantamento mais minucioso sobre os municípios escolhidos contendo um diagnóstico inicial com os problemas mais relevantes e possíveis soluções para serem discutidos com a gestão local. O consultor poderá ser indicado pelo Ministério da Saúde, e deverá ter experiência em gestão financeira, orçamentária e com uso do SIOPS.

- Uma programação das visitas a cada município será acordada entre o gestor municipal, a SESAB e o consultor, ficando a SESAB com a responsabilidade de elaborar e fechar cada programação.
- Ficarà a cargo do município a convocação e transporte dos participantes da Oficina de Trabalho.
- O período estimado para a visita de consultoria será de 5 dias, a partir da saída de Salvador. É possível que não haja hospedagem no município de destino, assim, um mínimo de 03 dias de trabalho e 03 de deslocamento (inter-municipal), são esperados.
- Material didático, manuais e outros instrumentos/equipamentos necessários serão fornecidos pela SESAB com Financiamento do PES.
- A Oficina de Trabalho – OT, deverá ocorrer em dois turnos, totalizando oito horas.
- O Relatório Final deverá apresentar um diagnóstico final da situação financeiro-orçamentária do município com sugestões de encaminhamentos para resolução dos problemas levantados.

7. Impacto

- As tentativas da SESAB com apoio do MS para o preenchimento das informações do SIOPS devem refletir o grau de precariedade estrutural e gerencial dos municípios escolhidos, expresso também pelos dados demográficos e de saúde apresentados inicialmente.
- A presença física de um consultor e de técnicos nesses municípios, usualmente isolados e sem voz, em meio a 417, por si só já pode significar um estímulo e sinal de prestígio para a gestão municipal.
- O tempo mais prolongado de estadia permitirá uma aproximação maior com a realidade local, estreitamento dos vínculos institucionais e repasse de tecnologias de processo com fortalecimento da modalidade “parceria”.
- Caso se consiga um grau de comprometimento satisfatório com a gestão municipal isso deverá implicar na alimentação sistemática do SIOPS e até de outros sistemas de informação do SUS igualmente importantes para a construção de indicadores.

8. Indicadores

- Número de participantes da OT.
- Alimentação do SIOPS.
- Reprodução da experiência em outros municípios da Bahia ou de outros estados.
- Melhoria na elaboração e execução do Orçamento Municipal (Plano Municipal de Saúde e Relatório de Gestão).
- Citação do Relatório Final em publicações da área (governamentais ou científicas).

9. Orçamento

A consultoria será prestada em duas etapas. A primeira com presença do consultor nacional terá duração de cinco dias e a segunda, de três dias, quando os técnicos da SESAB retornarão ao município para tirar dúvidas e concluir o trabalho. Como os municípios escolhidos são distantes e de acesso mais difícil, o cálculo do transporte da equipe de consultoria (consultor nacional + 02 técnicos SESAB) tenta levar em conta, independentemente do deslocamento interestadual, os deslocamentos Salvador-Município maior-município de origem. No caso de Catolândia será mais viável o transporte aéreo de Salvador até o município de Barreiras e de lá para Catolândia, de carro. Nos outros dois municípios esse trecho equivalente poderá ser transposto por van alugada.

ORÇAMENTO Contendas do Sincorá					
ITEM			DFID	SESAB- Catolân	TOTAL
1 Pessoal	Valor Unitário	Quant/Hora	Valor Total	Valor Total	
Diárias p/ técnicos SESAB	R\$150,00	08 dias	R\$1.200,00		R\$1.200,00
Consultoria nacional	R\$80,00	08 horas x 5 dias	R\$3.200,00		R\$3.200,00
Diária consultoria	R\$150,00	05 dias	R\$750,00		R\$750,00
Rem. Técnicos SESAB	R\$50,00	08 dias x 8 h		R\$3.200,00	R\$3.200,00
Rem. Técnicos Municipais	R\$40,00	08 dias x 8 h		R\$2.560,00	R\$2.560,00
Consultoria ISC	R\$80,00	20 h		R\$1.600,00	R\$1.600,00
Valor Pessoal			R\$ 5.150,00	R\$7.360,00	R\$ 12.510,00
2 Material de Consumo					
Papel, Canetas, lápis, fichários, disquetes, etc			R\$700,00	-	R\$700,00
Reprodução, xerox e encadernação	R\$0,12	5.000 cópias	R\$600,00	-	R\$600,00
Total Mat. de Consumo			R\$ 1.300,00		R\$ 1.300,00
Transporte					
Passagem inter-municipal (Van)	R\$300,00	4 viagens	R\$1.200,00		R\$1.200,00
Passagem aérea inter-estadual (ida e volta)	R\$1.100,00	01 passagem	R\$1.100,00		R\$1.100,00
Carro com motorista	R\$200,00	08 (ida/volta)		R\$1.600,00	R\$1.600,00
Transporte para Oficina				R\$150,00	R\$150,00
Total Transporte			R\$ 2.300,00	R\$ 1.150,00	R\$ 4.050,00
7 Oficina de Trabalho					
Oficina (almoço, lanche, coffee-break, datashow, apoio adm)	R\$100,00	1 Dia (30 pessoas)	R\$3.000,00		R\$3.000,00
Local, telefonia e divulgação		1 Dia (30 pessoas)			R\$500,00
Total Treinamento			R\$3.000,00	R\$500,00	R\$ 3.500,00
TOTAL em Reais			R\$11.750,00	R\$9.610,00	R\$21.360,00
TOTAL em Libras Esterlinas *			LS2.731,85	LS1.937,50	LS4.306,45

*Libra cotada em 30.06.2003 a R\$4,96

Termos de Referência
Fundo Municipal
Ibiquera
Macro-região Norte, micro-região de Itaberaba

1. Introdução

A implementação do Projeto Economia da Saúde - "Fortalecendo Sistemas de Saúde para Reduzir Desigualdades", no ANO I ampliou a demanda por insumos nessa área nos estados parceiros de acordo com as várias evidências relatadas no Encontro de Avaliação Anual do PES em março de 2003. Nessa ocasião, a missão do DFID constatou a necessidade de oferecer um suporte diferenciado aos municípios, independentemente dos cursos de capacitação propostos nos Planos de Trabalho.

O município de Ibiquera, com área de 1.011 km² e população de 4.495 habitantes, possui 1.093 domicílios. Destes, apenas 4 possuem esgotamento sanitário, e 431 são abastecidos por água da rede geral. O lixo é coletado em 343 residências. Não há hospitais nem leitos hospitalares (IBGE, 2000). Conta com apenas uma unidade ambulatorial (IBGE, 1999), duas enfermeiras, dois médicos, um odontólogo, 8 agentes comunitários de saúde e nenhuma equipe de PSF.

2. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS

O SIOPS tem como principal objetivo a coleta e a sistematização de informações sobre as receitas totais e despesas com ações e serviços públicos de saúde das três esferas de governo. A implantação do SIOPS teve origem no Conselho Nacional de Saúde em 1993, tendo sido considerado relevante pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão - PFDC - quando da instalação dos Inquéritos Cíveis Públicos nº 001/94 e 002/94 sobre o Funcionamento e Financiamento do SUS. Em 1998 a Procuradoria e o Ministério da Saúde viabilizaram a formalização do SIOPS, que passou a coletar dados através de planilhas eletrônicas, dadas as dificuldades das primeiras tentativas de coleta através de ofício e de formulários contidos em disquetes, principalmente devido à falta de padronização das respostas.

Em 30 de abril de 1999, foi assinada a Portaria Interministerial nº 529 pelo Ministro da Saúde e pelo Procurador Geral da República, designando uma equipe para desenvolver o projeto de implantação do SIOPS, que passou a coletar dados através de um sistema informatizado desenvolvido pelo Datasus, possibilitando a transmissão dos dados pela Internet.

A partir do ano-base 1998, os dados transmitidos estão disponibilizados na internet, tanto no formato das planilhas informadas, quanto na forma de indicadores, permitindo comparações e agregações de dados das mais diversas formas, por municípios, por UF, por porte populacional ou qualquer outro a ser escolhido pelo usuário, de forma a fortalecer o controle social sobre o financiamento do SUS.

Aos Conselhos de Saúde é facilitada a transparência sobre a aplicação dos recursos públicos do setor. A consolidação das informações sobre gastos em saúde no país é uma iniciativa que vem proporcionar a toda a população, em especial àquela parcela que de alguma forma têm vínculo com o SUS, o conhecimento sobre quanto cada unidade político-administrativa do país tem aplicado na área (SIOPS,2003).

3. Objetivos da proposta

3. Oferecer apoio técnico à gestão em Saúde no município de Catolândia através de consultoria.

4. Objetivos específicos:

- Levantamento das reais dificuldades financeiras e orçamentárias do município, da infra-estrutura de gestão e registro de dados.
- Orientação estratégica para a gestão financeira no âmbito da saúde
- Relatório sobre a situação financeiro-orçamentária com sugestões para a SESAB/SIOPS e Instituição Acadêmica.

5. Produtos

- ❖ Levantamento de dados relevantes sobre o município para orientação da equipe de consultoria.
- ❖ Visita com consultor nacional e técnicos da SESAB (núcleo do SIOPS) para diagnóstico da situação.
- ❖ Oficina de Trabalho com gestores, técnicos municipais e representantes do CMS.
- ❖ Relatório da Consultoria

6. Metodologia

- A SESAB com o apoio do ISC deverá fazer um levantamento mais minucioso sobre os municípios escolhidos contendo um diagnóstico inicial com os problemas mais relevantes e possíveis soluções para serem discutidos com a gestão local. O consultor poderá ser indicado pelo Ministério da Saúde, e deverá ter experiência em gestão financeira, orçamentária e com uso do SIOPS.

- Uma programação das visitas a cada município será acordada entre o gestor municipal, a SESAB e o consultor, ficando a SESAB com a responsabilidade de elaborar e fechar cada programação.
- Ficará a cargo do município a convocação e transporte dos participantes da Oficina de Trabalho.
- O período estimado para a visita de consultoria será de 5 dias, a partir da saída de Salvador. É possível que não haja hospedagem no município de destino, assim, um mínimo de 03 dias de trabalho e 03 de deslocamento (inter-municipal), são esperados.
- Material didático, manuais e outros instrumentos/equipamentos necessários serão fornecidos pela SESAB com Financiamento do PES.
- A Oficina de Trabalho – OT, deverá ocorrer em dois turnos, totalizando oito horas.
- O Relatório Final deverá apresentar um diagnóstico final da situação financeiro-orçamentária do município com sugestões de encaminhamentos para resolução dos problemas levantados.

7. Impacto

- As tentativas da SESAB com apoio do MS para o preenchimento das informações do SIOPS devem refletir o grau de precariedade estrutural e gerencial dos municípios escolhidos, expresso também pelos dados demográficos e de saúde apresentados inicialmente.
- A presença física de um consultor e de técnicos nesses municípios, usualmente isolados e sem voz, em meio a 417, por si só já pode significar um estímulo e sinal de prestígio para a gestão municipal.
- O tempo mais prolongado de estadia permitirá uma aproximação maior com a realidade local, estreitamento dos vínculos institucionais e repasse de tecnologias de processo com fortalecimento da modalidade “parceria”.
- Caso se consiga um grau de comprometimento satisfatório com a gestão municipal isso deverá implicar na alimentação sistemática do SIOPS e até de outros sistemas de informação do SUS igualmente importantes para a construção de indicadores.

8. Indicadores

- Número de participantes da OT.
- Alimentação do SIOPS.
- Reprodução da experiência em outros municípios da Bahia ou de outros estados.
- Melhoria na elaboração e execução do Orçamento Municipal (Plano Municipal de Saúde e Relatório de Gestão).
- Citação do Relatório Final em publicações da área (governamentais ou científicas).

9. Orçamento

A consultoria será prestada em duas etapas. A primeira com presença do consultor nacional terá duração de cinco dias e a segunda, de três dias, quando os técnicos da SESAB retornarão ao município para tirar dúvidas e concluir o trabalho. Como os municípios escolhidos são distantes e de acesso mais difícil, o cálculo do transporte da equipe de consultoria (consultor nacional + 02 técnicos SESAB) tenta levar em conta, independentemente do deslocamento interestadual, os deslocamentos Salvador-Município maior-município de origem. No caso de Catolândia será mais viável o transporte aéreo de Salvador até o município de Barreiras e de lá para Catolândia, de carro. Nos outros dois municípios esse trecho equivalente poderá ser transposto por van alugada.

ORÇAMENTO: Mulheres					
ITEM	Valor Unitário	Quant/Horas	DFID	SESAB-Catolândia	TOTAL
			Valor Total	Valor Total	
1 Pessoal					
Diárias p/ técnicos SESAB	R\$150,00	08 dias	R\$1.200,00		R\$1.200,00
Consultoria nacional	R\$80,00	08 horas x 5 dias	R\$3.200,00		R\$3.200,00
Diária consultoria	R\$150,00	05 dias	R\$750,00		R\$750,00
Rem.Técnicos SESAB	R\$50,00	08 dias x 8 h		R\$3.200,00	R\$3.200,00
Rem.Técnicos Municipais	R\$40,00	08 dias x 8 h		R\$2.560,00	R\$2.560,00
Consultoria ISC	R\$80,00	20 h		R\$1.600,00	R\$1.600,00
Total Pessoal			R\$1.500,00	R\$7.360,00	R\$12.510,00
2 Material de Consumo					
Papel, Canetas, lápis, fichários, disquetes, etc			R\$700,00	-	R\$700,00
Reprodução, xerox e encadernação	R\$0,12	5.000 cópias	R\$600,00	-	R\$600,00
Total Mat. de Consumo			R\$1.300,00		R\$1.300,00
Transporte					
Passagem inter-municipal (Van)	R\$300,00	4 viagens	R\$1.200,00		R\$1.200,00
Passagem aérea inter-estadual (ida e volta)	R\$1.100,00	01 passagem	R\$1.100,00		R\$1.100,00
Carro com motorista	R\$200,00	08 (ida/volta)		R\$1.600,00	R\$1.600,00
Transporte para Oficina				R\$150,00	R\$150,00
Total Transporte		R\$2.300,00		R\$1.750,00	R\$4.050,00
7 Oficina de Trabalho					
Oficina (almoço, lanche, coffee-break, datashow, apoio adm)	R\$100,00	Dia (30 pessoas)	R\$3.000,00		R\$3.000,00
Local, telefonia e divulgação		1 Dia (30 pessoas)		R\$500,00	R\$500,00
Total Treinamento			R\$3.000,00	R\$500,00	R\$3.500,00
TOTAL em Reais			R\$11.750,00	R\$9.610,00	R\$21.360,00
TOTAL em Libras Esterlinas *			LS2.731,85	LS1.937,50	LS4.306,45

*Libra cotada em 30.06.2003 a R\$4,96

PROJETO ECONOMIA DA SAÚDE

PLANO DE TRABALHO ANO II

INSTITUCIONALIZAÇÃO DA ECONOMIA DA SAÚDE NA SESAB

Atividade: 1.02.27

INSTITUIÇÃO PARCEIRA: ISC/SESAB

COORDENADOR NA INSTITUIÇÃO PARCEIRA: Sebastião Loureiro & Martha Teixeira

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA PROPOSTA: Thereza Christina Bahia Coelho

TELEFONE: 071- 336-8896

E-MAIL: tchris@ufba.br

CLASSIFICAÇÃO DA PROPOSTA:

Resultado 1:	X
Resultado 2:	
Resultado 3:	

Fundo de Desafio	
Resultado 1:	
Resultado 2:	

Institucionalização da Economia da Saúde na SESAB

1. JUSTIFICATIVA:

Os gastos com saúde vêm crescendo fortemente desde o pós-guerra, especialmente em países desenvolvidos.

A universalização da proteção à saúde trouxe uma ampliação dos gastos para o conjunto das economias desenvolvidas, que passaram de 2% a 3% do PIB dos anos 40, para entre 6% e 10% do PIB ao final dos anos 70.

Em 1990 o gasto mundial com saúde atingiu 1,7 trilhão de dólares, ou cerca de 8% da renda mundial. O gasto governamental com saúde ultrapassou 900 bilhões de dólares, tornando fundamental o entendimento das políticas públicas sobre a saúde das populações.

Como área de conhecimento, a Economia da Saúde está fortemente consolidada na maioria dos países desenvolvidos, e, dada a sua importância para o setor saúde, a Organização Mundial da Saúde tem promovido o seu uso e estimulado a sua adoção para orientar as políticas de saúde nos países em desenvolvimento, e naqueles ainda subdesenvolvidos (World Bank, 1993).

A inserção e penetração da Economia da Saúde funcionam como estímulo de renovação e ampliação das fronteiras científicas, relacionados, em particular, aos problemas ligados às técnicas de avaliação econômica, à farmacoeconomia, à avaliação de tecnologias biomédicas, áreas que tem recebido um forte impulso nos últimos anos.

No Brasil, o Projeto Economia da Saúde – PES, “Fortalecendo Sistemas de Saúde para Reduzir Desigualdades” tem por objetivo aumentar e desenvolver a capacitação em economia da saúde, e a utilização de seu instrumental na tomada de decisões sobre políticas de saúde, visando à efetividade, eficácia e equidade do Sistema de Saúde.

A Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, parceira do PES participou das atividades nacionais e estaduais, tendo formulado suas demandas ao Instituto de Saúde Coletiva que ficou encarregado de elaborar e executar o Plano de Trabalho do ANO 1. Para o segundo ano do Projeto, a SESAB prevê uma ampliação da sua participação no conjunto das atividades, inclusive as de pesquisa, como forma de apropriação das tecnologias da Economia da Saúde.

Entretanto, a criação de novas funções dentro do arranjo burocrático de uma instituição pública como a SESAB vai requerer um esforço adicional de natureza política e gerencial na construção de uma infra-estrutura e preparação de pessoal que permitam o desenvolvimento de um trabalho sistemático, consolidando o uso das ferramentas da economia no nível operacional

Toda atividade nova requer um maior investimento até o estabelecimento de rotinas. A racionalidade econômica é pouco utilizada nesse âmbito de gestão, ou fica restrita a espaços determinados, como Diretorias Administrativas. As decisões terminam orientadas por motivações macro ou micropolíticas, mantendo-se a questão da desigualdade pouco, ou de forma nenhuma, tematizada (Coelho, 2002).

Dessa maneira, a “institucionalização” da Economia da Saúde na SESAB e nos municípios, se apresenta como estratégia fundamental para a geração de atividades planejadas, que ofereçam suporte técnico para as decisões relacionadas às políticas de saúde estaduais e municipais, de maneira contínua, e independente, no futuro, de insumos externos.

2. OBJETIVO GERAL: Institucionalizar a Economia da Saúde na SES/BA e em 03 municípios.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

3.1 Criação da Diretoria de Economia da Saúde na SES/BA.

3.2 Qualificação técnica do pessoal responsável pela condução da diretoria

3.3 Criação dos 03 núcleos municipais e qualificação do pessoal responsável pela condução dos mesmos.

3.4 Normatização dos processos de trabalho.

4. METODOLOGIA:

O processo de institucionalização deve se assentar em três pilares: de natureza política, infra-estrutura física e de pessoal. A base de articulação política tem sido construída através de articulações ao longo do ANO 1 com base no consenso que representa o ganho estadual que o uso das ferramentas da ES pode proporcionar. No ANO 2, diante das novas gestões de governo, tanto no nível nacional, quanto no nível estadual, as instituições gestoras do projeto deverão projetar novos esforços no sentido de consolidar as parcerias e incrementar os insumos do PES. Para tanto, a composição da agenda do projeto deve contemplar eventos de sensibilização junto aos novos dirigentes, criando oportunidades de entendimento.

A segunda base interna de sustentação do PES deve ser promovida através da criação de um espaço de trabalho que sirva de referência dentro da instituição e possa agregar reunir, orientar. Esse espaço, uma vez institucionalizado, deverá constar no novo organograma da SESAB, com funções específicas para o desenvolvimento das atividades de ES e dentre elas, as que se relacionam com o PES. É importante frisar que no ANO 2 vários técnicos da SESAB estarão sendo incorporados a projetos de pesquisa junto com o Instituto de Saúde Coletiva, tomando-se essa iniciativa de vital importância para a efetivação concreta dessa parceria. Pois as atividades encontrarão, a partir daí, um *locus* operacional, saindo da unipolaridade. Dessa forma, a secretaria poderá sair da condição

de só demandante, para a de participante na implementação de ações. O que implica capacitação técnica para elaboração de projetos de intervenção e normatização de funções.

Esse processo deve ser conduzido através das seguintes etapas:

- ❖ Oficina de Sensibilização de Dirigentes com a Presença dos Gestores Nacionais do PES e de Consultor Internacional.
- ❖ Qualificação Técnica de Pessoal (Contemplado em outras atividades do PES)
- ❖ Apoio institucional com aquisição de equipamentos de informática.
- ❖ Treinamento para a criação de novas rotinas e gerenciamento de projetos com consultor nacional do DFID.

5. DATA DE INÍCIO DA ATIVIDADE: 01.06.2003

6. DATA PREVISTA PARA CONCLUSÃO DA ATIVIDADE: 30.05.2003

7. DURAÇÃO EM MESES: 12 meses

8. CRONOGRAMA:

Tempo em meses/Atividades	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai
Oficina de Sensibilização	X											
Criação de Diretoria		X										
Escolha de equipe		X										
Aquisição de equipamentos	X											
Criação de núcleos municipais				XX								
Treinamento					XX							
Capacitação			XX			XX		XX			XX	

Obs: Cada X representa uma semana no tempo.

9. ORÇAMENTO:

ORÇAMENTO					
ITEM			DFID	ISC - SESAB	TOTAL
	Valor Unitário	Quant/Horas	Valor Total	Valor Total	
1 Pessoal					
Consultor para Oficina	0	0	A cargo DFID e HLSP		A cargo DFID e F
Consultoria nacional	0	0	A cargo DFID e HLSP		A cargo DFID e F
Serviços para oficina	200	2		400	
Total Pessoal			-	400,00	400,00
2 Material de Consumo					
Cartuchos para Impressora	100,00	3	300,00	-	300,00
Papel, Canetas, lápis, fichários, disquetes, etc	700,00	1,00	700,00	-	700,00
Reprodução, xerox e encadernação	0,10	5.000,00	500,00	-	500,00
Telefone, fax	80,00		-	80,00	80,00
Outros	-	-	-	500,00	500,00
Total Mat. de Consumo			1.500,00	580,00	2.080,00
3 Equipamentos					
Computadores, datashow, etc	10.000,00	1	10.000,00		10.000,00
Impresora	3.000,00	1	3.000,00		
Espaço Físico (Instalações, água, energia, Assit. Técnica)	300,00	2	-	600,00	600,00
Total Equipamentos			13.000,00	600,00	13.600,00
7 Treinamento de Pessoal					
Oficina de Sensibilização	7.500,00	2 Dias	15.000,00		15.000,00
Total Treinamento			15.000,00	-	15.000,00
TOTAL em Reais			29.500,00	980,00	30.480,00
TOTAL em Libras Esterlinas			5.947,58		

10. CONTRAPARTIDA DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE: ver orçamento

11. EQUIPE: 01 Diretor de Economia da Saúde da SESAB
 02 Coordenadores
 02 Técnicos
 03 Coordenadores de Núcleos Municipais

12. Bibliografia

COELHO, T. (2001) *Processo de Gestão em Instituição Hipercomplexa do Sistema Único de Saúde. Tese do Doutorado em saúde Pública*. Instituto de Saúde Coletiva/UFBA

WORD BANK (1993) *Word Development Report: Inventing in Health*. Washington DC

Instituição Parceira: ISC/SESAB

Título da Proposta: Institucionalização da Economia da Saúde na SESAB

Número da Proposta: 13

Pontuação da proposta na Comissão Técnica: 3

Pontuação UGP/DFID: 4

Comentários:

CT:

Melhorar metodologia, explicitando as atividades do projeto referentes ao desenvolvimento de rotinas e procedimentos.

Metodologia**Pilar 1 - Político**

A costura política para a criação de uma diretoria de Economia da Saúde na SESAB, possivelmente na Superintendência de Planejamento e Monitorização da Gestão Descentralização de Saúde – SUDESC (Organograma em anexo) vem ocorrendo já há algum tempo através de contatos informais entre os coordenadores do ISC, da SESAB, do MS e da UGP (visita de Armando à Bahia). A visita do dia 12.08 da representante do DFID à Bahia deverá fazer avançar o processo de negociação nesse sentido. Consideramos que seria muito proveitosa a vinda do diretor da Economia da Saúde do MS. Nessa ocasião poderão ser estabelecidas datas da oficina e talvez obtida uma definição por parte do secretário. Os municípios que demonstram interesse e compromisso em criar um núcleo de ES são: Jequié, Dias D'Ávila e Lauro de Freitas. O município de Jequié, especialmente, sediou uma das turmas do Curso de Especialização em Saúde Coletiva com módulo de Economia da Saúde (atividade 1.02.01). Ou seja, seus dirigentes já foram sensibilizados pelo PES.

- ❖ Oficina de Sensibilização de Dirigentes com a Presença dos Gestores Nacionais do PES e de Consultor Internacional.

Pilar 2 - Infra-estrutura física

- ❖ Apoio institucional com aquisição de equipamentos de informática.

Pilar 3 - Pessoal

- ❖ Qualificação Técnica de Pessoal (Contemplado em outras atividades do PES)
- ❖ Treinamento para a criação de novas rotinas e gerenciamento de projetos com consultor nacional do DFID.

Ver na outra folha

UGP/DFID

1. Que impacto se espera ao fim da atividade? Propor indicadores sempre que possível.

Ver na outra folha

- ❖ Treinamento para a criação de novas rotinas e gerenciamento de projetos com consultor nacional do DFID.

A qualificação dos técnicos e dirigentes estaduais e municipais será feita através dos cursos propostos para o Ano 2 e aprovados pelo PES para os quais eles serão estimulados através da SESAB e de reserva de vaga. Por esse motivo essa parte não irá requerer recurso específico. Entretanto, as rotinas institucionais costumam ser avessas às mudanças (Coelho, 2002). Normalmente é necessário um investimento maior de tempo, energia, atenção para atividades novas ainda não integradas ao elenco de funções já institucionalizadas. Para criar uma nova diretoria será preciso construir um desenho, espécie de Plano de Implantação, a ser discutido com a equipe potencial ou já designada, com especificação de papéis, funções, atividades, objetivos, metas. Esse primeiro momento pode ser determinante no funcionamento posterior dos grupos, pois pode ajudar na criação de ambiente e processo de trabalho produtivos e criativos, com características que sejam interessantes para uma área meio que deve assessorar todas as outras (meios e fins) envolvidas na formulação/implementação de políticas tanto do nível central como municipal. Um consultor especialista nesse tipo de treinamento (Gestão e Planejamento) poderá desenvolver, em atividade conjunta SESAB/municípios escolhidos, um trabalho catalizador, que acelere e incremente o processo de institucionalização da ES. A depender do consultor escolhido essa atividade poderá ser desenvolvida de forma intensiva em forma de workshop ou de maneira mais esparçada. Esse formato deverá ser discutido posteriormente com as equipes envolvidas.

- ❖ Que impacto se espera ao fim da atividade?

Obtendo-se os produtos objetivados: uma diretoria de ES estadual e três núcleos municipais, espera-se um aumento significativo na utilização das ferramentas de ES nas atividades rotineiras e planejadas das instituições envolvidas com aumento da demanda por cursos e pesquisas na área. Espera-se também uma participação mais ativa da SESAB nas atividades do PES em geral. Tanto do nível local como nacional e uma maior disponibilização dos RH de outras áreas, dos hospitais e unidades municipais para esse mesmo fim. Em consequência dessa institucionalização se espera ainda a implantação de sistema de custos hospitalares em grande número no ano II e uma adesão mais consciente dos dirigentes no sentido para o uso de tecnologias para implantação de um sistema de Contas Estaduais (a ser desenvolvida em outro estudo) e Realocação mais equitativa dos recursos

- ❖ Propor indicadores sempre que possível

- Número de técnicos/dirigentes do nível estadual nos cursos de ES do ano II
- Número de técnicos/dirigentes municipais nos cursos do Ano II
- Número de técnicos/dirigentes envolvidos em pesquisas em ES
- Atividades de ES promovidas por SES e SMS fora do PES
- Atividades de ES incluídas no PES

PROJETO ECONOMIA DA SAÚDE

PLANO DE TRABALHO ANO II

**DISCIPLINA DE PÓS-GRADUAÇÃO/CURSO DE EXTENSÃO: ISC-612
ECONOMIA DA SAÚDE**

Atividade: 2.02.20

INSTITUIÇÃO PARCEIRA: ISC/SESAB

COORDENADOR NA INSTITUIÇÃO PARCEIRA: Loureiro/Martha

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA PROPOSTA: Thereza Christina Bahia Coelho

TELEFONE: 071- 336-8896

E-MAIL: tchris@ufba.br

CLASSIFICAÇÃO DA PROPOSTA:

Resultado 1:	
Resultado 2:	X
Resultado 3:	

Fundo de Desafio	
Resultado 1:	
Resultado 2:	

1. JUSTIFICATIVA:

No Ano I do Projeto Economia da Saúde do ISC/SESAB, a disciplina ISC 612 foi oferecida para os Cursos de Mestrado em Saúde Coletiva, e Doutorado em Saúde Pública, e também como curso de extensão, no período de 16.08 a 14 de 09.2002, com duração de 30 horas. Aulas teóricas foram ministradas pelos professores Jean-Louis Arcand – Universidade d’Auvergne, expert em Econometria, e Beatrice d’Hombres (exercícios informáticos). Um total de 22 alunos foram capacitados, em sua maioria economistas.

O conteúdo de ISC 612 foi desenhado no sentido de possibilitar o entendimento básico do pensamento e das teorias econômicas por parte dos alunos que estão tendo contato com essa área pela primeira vez. Nessa disciplina é oferecida uma visão geral dos principais tópicos da Economia da Saúde, dando-se um enfoque específico a cada semestre. No semestre de 2003.1 a ênfase foi para as desigualdades em Saúde.

Todo o conteúdo é tratado visando a aplicação dos modelos analíticos às peculiaridades dos sistemas de saúde (público e privado) existentes no Brasil.

No primeiro semestre letivo deste ano, ela voltou a ser oferecida em formato regular (programa atual em anexo), para um público predominante de profissionais e alunos da área de Saúde, tendo contado com grande número de candidatos ditos “especiais”, além dos alunos do mestrado e doutorado, do ISC e da Faculdade de Ciência Econômicas. Foram selecionados 23, de 36 destes candidatos, que pretendem aproveitar os créditos da disciplina no futuro. As aulas foram expositivas ou em forma de seminários e dadas pelos professores locais que têm participado do Projeto Economia da Saúde como coordenadores e pesquisadores em um esforço de “formação de formadores”.

Dessa forma, a disciplina, antes de oferecimento esporádico, passou a ser ministrada regularmente, com aumento significativo da demanda, tornando-se estratégia importante de capacitação e disseminação dos instrumentos da Economia da Saúde no âmbito acadêmico e dos serviços (muitos alunos são técnicos de serviços e dirigentes). Entretanto, para melhorar sua performance pedagógica, e aumentar a potência e alcance dos seus objetivos, avaliamos como necessário um investimento maior na capacitação dos docentes envolvidos nas atividades e a vinda de professores visitantes para “reforçar” essa prática de ensino.

2. **OBJETIVO GERAL:** Capacitar docentes, técnicos e pesquisadores em Economia da Saúde
3. **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Desenvolver e fortalecer a Disciplina ISC 612 da Pós-graduação do Instituto de Saúde Coletiva
4. **METODOLOGIA:** A disciplina ISC 612 tem como objetivo criar um ambiente interativo e de diálogo entre economistas e pessoal da área da saúde estimulando o interesse e a curiosidade pelos métodos e técnicas de investigação e aplicação de conhecimentos em Economia da Saúde. A idéia é que o PES possa promover, através desta atividade um processo de revisão dos seus conteúdos e formatos pedagógicos nos próximos dois semestres, que aproveite inclusive a experiência local e nacional em

pesquisa, tomando a apresentação da Economia da Saúde mais atraente e próxima da realidade dos alunos a quem ela se destina.

4.1 Nome da Disciplina: ISC 612 Economia, Saúde e Desigualdade

4.2. Local: Instituto de Saúde Coletiva/Canela

4.3 Horário: Sexta-feira de 14:00 às 16:30 horas

4.4. Carga Horária: 30 horas

4.5. Coordenadores: Prof. Sebastião Loureiro

Prof. Thereza Christina Coelho

Professor visitante a confirmar

4.6. Ementa: Disciplina aborda os principais conceitos na área de Economia da Saúde, discutindo as questões de eficiência e equidade, necessidade e demanda. Aprofunda a análise dos indicadores de equidade no financiamento e provisão de recursos e das principais medidas de desigualdade, as categorias de análise, a seleção de indicadores e de intervenções, assim como o uso das fontes de dados disponíveis.

4.7 Estratégia Pedagógica:

- Leitura do material distribuído antecipadamente
- Exposição
- Síntese do Assunto por um dos Alunos do Curso
- Discussão em Grupo
- Síntese da discussão em relação ao contexto de saúde nacional ou local por Professor convidado.
- Ao final do curso haverá 1 grande seminário, com a participação de Professores especialistas nos temas abaixo discriminados, convidados para discussão com os alunos sobre o "estado da arte" nestes temas.

4.6 Avaliação: Os alunos serão avaliados pela frequência, participação nas aulas, apresentação de um resumo do tema, sob a sua responsabilidade, e participação nos Seminários.

4.7 Conteúdo Programático

Dia	Tema	Texto	Responsável
1	Apresentação da disciplina	Conteúdo Programático Economia da Saúde: primeira abordagem Relatório da Oficina de Trabalho "Conceitos e Instrumentos da Economia da Saúde e da Epidemiologia nos Estudos de Desigualdade" Con resso ABRASCO Curitiba, 2002.	S. Loureiro Thereza Coelho
2	Conceitos Básicos	NERO, Carlos Del. O que é Economia da saúde. In PIOLA, SÉRGIO F e VIANNA, Solon M <i>Economia da Saúde Conceito e contribuições para a Gestão de Saúde.</i> IPEA, Brasília – 2002. Capítulo I (pp5 – 20). ANDRADE, Mônica V. e LISBOA, Marcos B. Economia da Saúde no Brasil. In LISBOA, Marcos B MENEZES Naercio A. (Orgs) <i>Microeconomia e Sociedade no Brasil.</i> Ed. Contracapa, Rio de Janeiro – 2001 (285-332)	S. Loureiro

3	Financiamento	<p>MEDICI, André C. Aspectos Teóricos e Conceituais do Financiamento das Políticas de Saúde. In: PIOLA, Sérgio F. e VIANNA, Solon M. <i>Economia da Saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde</i>. Brasília: 2002. Capítulo I (pp23 – 67).</p> <p>PEREIRA, José. M. Finanças Públicas. São Paulo, Ed. Atlas, 1999. Cap 1: 19-44.</p> <p>FAVERET, Ara. C. et al. Estimativas do Impacto da Vinculação Constitucional de Recursos para a Saúde: emenda constitucional 29/2000. In: <i>BRASIL/Ministério da Saúde Gestão Municipal de Saúde: Textos Básicos</i>. Rio de Janeiro, 2001, (pp.111 - 142).</p> <p>MENDES, Áquila e MARQUES, Rosa M. Financiamento: A Doença Crônica da Saúde Brasileira. Anais da Associação Brasileira de Economia da Saúde – 1999, (pp. 213 - 238).</p> <p>GERSCHMAN, Silvia. A Descentralização das Políticas de Saúde no final dos anos 90. Anais da Associação Brasileira de Economia da Saúde, Salvador – 1999 (pp131 – 146).</p>	Thereza Christina
4	Custos: concepção em ES	<p>BEULKE, R. e BERTO, D.A. Gestão de Custos e Resultado na Saúde – Hospitais, Clínicas, Laboratórios e Congêneres. 1ª edição, Ed. Saraiva –SP, 1997. Capítulo IV (32-44).</p> <p>CHING, H.Y. Manual de Custos de Instituições de Saúde. 1ª edição, Ed. Atlas – SP, 2001. Capítulo I (13-38) e Capítulo 4 (105-118).</p>	Paulo Henrique
5	Avaliação Econômica	<p>UGÁ, Maria Alicia D. Instrumentos de Avaliação Econômica dos Serviços de Saúde: Alcances e Limitações. In: PIOLA, Sérgio F. e VIANNA, Solon M. <i>Economia da Saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde</i>. Brasília: 2002. Capítulo IX (pp209 – 224).</p> <p>TAMAKI, Edson M. O Obstáculo da Informação nos Estudos Econômicos em Saúde. Anais da Associação Brasileira de Economia da Saúde, Salvador – 1999 (pp239 – 248).</p>	Edyara Santana
6	Seminário 1	<p>Material Living Conditions and Health in the United States, Canadá and Western Europe: review of recent literature and Bibliography Steven Wing & David Richardson Pan American Health Organization, Division of health and Human Development Research Coordination program, April 1999. ELAC project 9. 25p.</p> <p>Closing the gap: setting targets to reduce health inequalities Bull, J. & Hamer L. HDA. NHS Health Development Agency. 2001</p>	Seminários apresentados por grupos e orientado por professor
7	Seminário 2	Medindo as Desigualdades em Saúde no Brasil: Uma	Seminários

		<p>proposta de Monitoramento. Nunes A.; Santos R.; Barata R. Vianna S. IPEA/OPAS/OMS. Brasília 2001.</p> <p>Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. Viacava, F. Ciência e Saúde Coletiva, 7(4):607-621, 2002</p>	<p>apresentados por grupos e orientado por professor</p>
8	Seminário 3	<p>Determinantes das Desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise da PNAD/1998 Dachs, J. Noberto. Ciência e Saúde Coletiva, 7(4):641-657, 2002</p> <p>Os gastos das famílias com saúde Silveira, F.; Osório, R. Piola, S. Ciência e Saúde Coletiva, 7(4):719-731, 2002.</p>	<p>Seminários apresentados por grupos e orientado por professor</p>
9	Seminário 4	<p>Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil Sawyer, D.; Leite I.; Alexandrino R. Ciência e Saúde Coletiva, 7(4):757-776, 2002</p> <p>Desigualdade de Renda e Expectativa de Vida Wood, C. & Carvalho, J. RJ, PNPE/IPEA, 1994</p>	<p>Seminários apresentados por grupos e orientado por professor</p>
10	Seminário Final Sete horas e meia		<p>Professor Visitante</p>

5. **DATA DE INÍCIO DA ATIVIDADE:** 08.2003 e 03.2004
6. **DATA PREVISTA PARA CONCLUSÃO DA ATIVIDADE:** 11.2004 e 06.2004
7. **DURAÇÃO EM MESES:** 12 meses (0 2 semestres letivos)
8. **CRONOGRAMA:** Ver metodologia

9. ORÇAMENTO:

ORÇAMENTO					
ITEM			DFID	ISC - SESAB	TOTAL
	Valor Unitário	Quant/Horas	Valor Total	Valor Total	
1 Pessoal					
Coordenação de Curso	100	30		3000	3.000,00
Equipe docente	100	30	3000		3.000,00
Preparação material de ensino	100	60	6000		6.000,00
Palestras	150	8	1200		1.200,00
Total Pessoal:			10.2.000,00	3.000,00	13.200,00
2 Material de Consumo					
Cartuchos para impressora	100,00	10	1.000,00	-	1.000,00
Papel, Canetas, lápis, fichários, disquetes, etc	2.000,00	-	2.000,00	-	2.000,00
Reprodução, xerox e encadernação	0,10	12.000,00	1.200,00	-	1.200,00
Telefone, fax	80,00	6 meses	-	480,00	480,00
Outros	-	-	-	500,00	500,00
Total Mat. de Consumo:			4.200,00	980,00	5.180,00
3 Equipamentos					
Computadores, datashow, etc	20,00	38	-	760,00	760,00
Espaço Físico (Instalações, água, energia, Assit. Técnica)	100,00	30	-	3.000,00	3.000,00
Total Equipamentos:				3.760,00	3.760,00
5 Transporte e pesquisa de campo					
Passagens aéreas palestrante	1.000,00	1	1.000,00		1.000,00
Diárias palestrante	120,00	3	360,00		360,00
Total Transporte:					1.360,00
7 Treinamento de Pessoal					
Livros e Artigos	2.800,00		2.800,00		2.800,00
Total Treinamento:			2.800,00		2.800,00
TOTAL em Reais			18.560,00	7.740,00	26.300,00
TOTAL em Libras Esterlinas			3.741,94		

10. CONTRAPARTIDA DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE: Ver orçamento

11. EQUIPE: Ver programa.

PLANO DE TRABALHO – ANO II
Maio de 2003 a Abril de 2004

Propostas de Capacitação em Economia da Saúde/Resultado 2

BAHIA: ISC/UFBA – SESAB

No prop

Proposta 1

Assunto	<i>Orçamento R\$</i>	Observação/Respostas
Disciplina de Pós-graduação/Curso de Extensão Economia da Saúde	18560,00	<i>Aprovar</i>

PROJETO ECONOMIA DA SAÚDE

PLANO DE TRABALHO ANO II

**DISCIPLINA DE PÓS-GRADUAÇÃO: ISC – TÓPICOS ESPECIAIS EM SAÚDE
COLETIVA – ASPECTOS MACROECONÔMICOS DO FINANCIAMENTO EM
SAÚDE**

Atividade: 2.02.21

INSTITUIÇÃO PARCEIRA: ISC/SESAB

COORDENADOR NA INSTITUIÇÃO PARCEIRA: Sebastião Loureiro & Martha Teixeira

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA PROPOSTA: Thereza Christina Bahia Coelho

TELEFONE: 071- 336-8896

E-MAIL: tchris@ufba.br

CLASSIFICAÇÃO DA PROPOSTA:

Resultado 1:	
Resultado 2:	X
Resultado 3:	

Fundo de Desafio	
Resultado 1:	
Resultado 2:	

1. JUSTIFICATIVA:

O Projeto Economia da Saúde tem estimulado o desenvolvimento de estudos e cursos na área de Financiamento como estratégia para a re-alocação de recursos na Saúde e consequente redução das iniquidades no setor. Em estudo realizado pela FIOCRUZ/ENSP procurou-se desenvolver uma metodologia que pudesse orientar essa distribuição dos recursos do gasto federal com saúde. Nesse estudo, além do levantamento da distribuição do gasto federal por estado e conjunto de seus municípios, foram feitas simulações utilizando-se critérios demográficos, epidemiológicos e sócio-econômicos.

Os resultados desse trabalho que envolveram a adaptação da Fórmula Rawp adaptada segundo o modelo construído por Roy Carr-Hill foram divulgados em várias eventos patrocinados pelo DFID/MS/IPEA criando interesse e motivação na área da Saúde.

Entretanto não houve uma oportunidade de se conhecer e discutir de forma mais aprofundada essa metodologia, seus limites e vantagens. Por outro lado, é do interesse da SESAB e do ISC propor critérios de alocação mais justos e redistributivos no estado da Bahia conforme está evidenciado na proposta de número 8, do Plano de Trabalho do ANO 2, de pesquisa de Alocação de recursos no Estado da Bahia.

Sendo assim, trazer essa discussão para dentro do espaço da academia se mostra de grande importância e interesse na disseminação dessa proposta nos diversos espaços da Saúde e da Economia.

2. **OBJETIVO GERAL:** Capacitar docentes, técnicos e pesquisadores em Financiamento da Saúde com ênfase na Alocação de Recursos.
3. **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Ampliar a oferta de disciplinas de Economia da Saúde no ISC.
4. **METODOLOGIA:**
 - 4.1 Desenho da disciplina (ementa, conteúdo programático, bibliografia) de 30 horas, contemplando os tópicos a seguir:
 - ❖ Revisão da Experiência Internacional
 - ❖ A Fórmula RAWP
 - ❖ A adaptação ao Brasil: simulações
 - ❖ Aplicação nos estados: possibilidades e limites
 - ❖ O caso da Bahia
 - 4.2 Composição da equipe docente
 - 4.3 Preparação da TR para professor visitante da ENSP/FIOCRUZ
 - 4.4 Execução da Disciplina no primeiro semestre de 2004

5. DATA DE INÍCIO DA ATIVIDADE: 08.2003 e 03.2004
6. DATA PREVISTA PARA CONCLUSÃO DA ATIVIDADE: 11.2004 e 06.2004
7. DURAÇÃO EM MESES: 12 meses (0 2 semestres letivos)
8. CRONOGRAMA: Ver metodologia
9. ORÇAMENTO:

ORÇAMENTO					
ITEM			DFID	ISC - SESAB	TOTAL
	Valor Unitário	Quant/Horas	Valor Total	Valor Total	
1 Pessoal					
Coordenação de Curso	100	30		3000	3.000,00
Equipe docente	100	30	3000		3.000,00
Preparação material de ensino	100	60	6000		6.000,00
Palestras	150	8	1200		1.200,00
Total Pessoal			10.200,00	3.000,00	13.200,00
2 Material de Consumo					
Cartuchos para Impressora	100,00	10	1.000,00	-	1.000,00
Papel, Canetas, lápis, fichários, disquetes, etc	2.000,00	-	2.000,00	-	2.000,00
Reprodução, xerox e encadernação	0,10	12.000,00	1.200,00	-	1.200,00
Telefone, fax	80,00	6 meses	-	480,00	480,00
Outros	-	-	-	500,00	500,00
Total Mat. de Consumo			4.200,00	980,00	5.180,00
3 Equipamentos					
Computadores, datashow, etc	20,00	38	-	760,00	760,00
Espaço Físico (Instalações, água, energia, Assit. Técnica)	100,00	30	-	3.000,00	3.000,00
Total Equipamentos			-	3.760,00	3.760,00
5 Transporte e pesquisa de campo					
Passagens aéreas palestrante	1.000,00	1	1.000,00		1.000,00
Díarias palestrante	120,00	3	360,00		360,00
Total Transporte			1.360,00	-	1.360,00
Treinamento de Pessoal					
Livros e Artigos	2.800,00		2.800,00		2.800,00
Total Treinamento			2.800,00	-	2.800,00
TOTAL em Reais			18.560,00	7.740,00	26.300,00
TOTAL em Libras Esterlinas			3.741,94		

10. CONTRAPARTIDA DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE: Ver orçamento
11. EQUIPE: a definir

Proposta 2	Nova disciplina Tópicos Especiais em Saúde Coletiva – Aspectos Macroeconômicos do Financiamento em Saúde	18560,00	<p>Aprovar.</p> <p>Observações:</p> <p>Considerando a hipótese de complementaridade em relação à proposta temática de “Alocação de Recursos”, favor esclarecer a articulação entre as duas atividades.</p> <p>Resposta:</p> <p>O curso poderá oferecer a oportunidade de ampliar a capacitação na área de Financiamento, além de possibilitar o acesso aos novos aportes desenvolvidos por grupos de excelência na área de Alocação de Recursos (ENSP/YORK) criando um espaço de discussão do andamento e resultados da pesquisa desenvolvida pelo ISC/SESAB.</p>
------------	--	----------	---

PROJETO ECONOMIA DA SAÚDE

PLANO DE TRABALHO ANO II

CURSOS DE CURTA-DURAÇÃO NA UNIVERSIDADE POMPEU FABRA

Atividade: 2.02.22

INSTITUIÇÃO PARCEIRA: Instituto de Saúde Coletiva – UFBA e Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

COORDENADOR NA INSTITUIÇÃO PARCEIRA: Sebastião Loureiro – Martha Teixeira

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA PROPOSTA: Alex Santos Fernandez

TELEFONE: (071) 336 – 8896

E-mail: alex.fernandez@upf.es

CLASSIFICAÇÃO DA PROPOSTA:

Resultado 1:	
Resultado 2:	X
Resultado 3:	

Fundo de Desafio	
Resultado 1:	
Resultado 2:	

1. JUSTIFICATIVA:

O grupo ES – Economia da Saúde do Instituto de saúde Coletiva(UFBA) em parceria com a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia tem empregado esforços na tentativa de desenvolver os estudos a respeito dos temas econômicos em saúde. Isso acaba criando uma série de medidas que visa a capacitação de seu pessoal investigador na medida que estes serão os difusores destas informações.

Desta forma, o grupo ES para o ANO II tem como proposta o investimento em cursos, congressos e palestras para o seu quadro, objetivando um melhoramento da qualificação, além de uma maior inserção nos principais debates internacionais sobre as questões ligadas à economia da saúde.

2. OBJETIVO GERAL:

O principal objetivo é a qualificação e aperfeiçoamento dos pesquisadores que participam diretamente nos projetos de pesquisas, e dos técnicos da Secretaria de Saúde do Estado.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1) Criar intercâmbio acadêmico com instituições internacionais que possuem tradição em estudos voltados para a economia da saúde.
- 2) Motivar a vinda de professores, investigadores e estudantes destas instituições a participarem de atividades conjuntas como consultorias, publicações, participação em bancas de mestrado e doutorado, etc.

4. METODOLOGIA:

Local: O curso seria realizado na Universidade Pompeu Fabra –Barcelona – Espanha que é uma instituição pública, que possui cursos ao nível de graduação, especialização, MBA, mestrado e doutorado.

Módulos: O aluno seria matriculado em um módulo do curso de mestrado em saúde pública da Pompeu Fabra, com as seguintes matérias:

Matérias	Créditos	Data	Professor
Economia da Saúde	4	13/01 a 28/01	Carles Murillo
Tópicos em Economia da Saúde	3	30/01 a 20/02	G Lopez Casanovas
Epidemiologia Avançada	3	23/02 a 04/03	Jordi Sunyer
Análise Multivanante	3	11/03 a 24/03	Fernan Sanz
Investigação Sanitária	3	25/03 a 15/04	Jordi Alonso

Destacamos que a matéria “tópicos em economia da saúde” é oferecida pelo doutorado em economia desta mesma instituição, sendo as aulas ministradas das 14:00 às 18:00 ou das 16:00 às 20:00.

Ao final o estudante terá noções básicas sobre economia da saúde na matéria oferecida pelo professor Carles Murillo, sendo posteriormente aprofundada a discussão com a disciplina do professor Casanovas que introduzirá conceitos de avaliação econômica e modelos econométricos para saúde. Estes conceitos de avaliação econômica também terão espaço nas aulas de serviço sanitário que tem no âmbito hospitalar seu enfoque primordial. Finalmente os conceitos de epidemiologia, acompanhado pela ferramenta estatístico econométrico oferecido pela matéria análise multivariante.

5. **DATA DE INÍCIO DA ATIVIDADE: 10.01.2004**

6. **DATA PREVISTA PARA CONCLUSÃO DA ATIVIDADE: 20.04.2004 .**

7. **DURAÇÃO EM MESES: 4 meses**

8. **CRONOGRAMA:**

Atividades	Data
Saída de Salvador	10.01.2004
Período do curso	13.01 a 15.04
Retorno a Salvador	<u>22.04.04</u>

9. **ORÇAMENTO: (a ser definido pelo DFID)**

10. **CONTRAPARTIDA DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE:**

11. **EQUIPE:(a ser definido pelo coordenadores do grupo)**

<i>Proposta 2</i>	Curso de Curta duração na Universidade Pompeu Fabra, Barcelona/Espanha	??	<p>Aprovar: Observações:</p> <p>Considerar como Atividade Nacional. Abrir competição nacional para bolsas de mestrado e/ou disciplinas de pós-graduação "latu sensu" em Economia da Saúde. Sugere-se oferecer um curso de curta-duração na Bahia.</p> <p>Respostas:</p> <p>Idem a Proposta 9. Acrescentamos que para essa proposta consideramos viável oferecer um curso de curta duração no Estado com a presença de um Profissional da Pompeu Fabra, como está previsto para o Estado do Ceará. Essa é uma alternativa que pode ampliar o alcance da atividade entre técnicos e pesquisadores do ISC e da SESAB.</p>
-------------------	--	----	---

PROJETO ECONOMIA DA SAÚDE

PLANO DE TRABALHO ANO II

Curso de Especialização em Economia da Saúde

Atividade: 2.02.23

INSTITUIÇÃO PARCEIRA: ISC/SESAB

COORDENADOR NA INSTITUIÇÃO PARCEIRA: Sebastião Loureiro & Martha Teixeira

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA PROPOSTA: Thereza Christina Bahia Coelho

TELEFONE: 071- 336-8896

E-MAIL: tchris@ufba.br

CLASSIFICAÇÃO DA PROPOSTA:

Resultado 1:	
Resultado 2:	X
Resultado 3:	

Fundo de Desafio	
Resultado 1:	
Resultado 2:	

Curso de Especialização em Economia da Saúde

1. JUSTIFICATIVA:

Ao longo dos 8 anos de existência o Instituto de Saúde Coletiva – ISC, originário do Departamento de Medicina Preventiva do Curso de Medicina da UFBA, tem oferecido disciplinas formais para graduação e pós-graduação e de extensão nas áreas de Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde (P&G), Ciências Sociais e Epidemiologia. Aspectos de economia da saúde têm sido abordados em vários desses cursos.

Propriamente no campo da Economia da Saúde, o ISC ofereceu um curso de extensão (Economia da Saúde ministrado pelo Professor Daniel Reinhartz da Universidade de Montreal) em 1996. Atualmente o ISC oferece a disciplina formal Economia da Saúde (ISC 612) para a pós-graduação, ao nível de mestrado e doutorado. Esta disciplina é também oferecida para mestrandos em economia.

Dadas as dificuldades relacionadas com a carência de profissionais com experiência em Economia da Saúde, o ISC vem desenvolvendo esforços no sentido de trazer professores visitantes de outros países, bem como incentivar estudantes e docentes no sentido de que desenvolvam trabalhos na área. Dentre os professores que trabalharam conosco nesse período podemos citar: Gilles le Beau da Universidade de Quebec, Daniel Reinharz (PhD em Economia da Saúde) da Universidade de Montreal e André Pierre Contandriopoulos professor titular do departamento de Administração de Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade de Montreal.

A disciplina Economia da Saúde foi organizada e ministrada pelos professores visitantes Jean-Louis Arcand (economista, PhD pelo MIT) e João Gutemberg (economista, doutorado em Economia da Saúde pela London School of Hygiene and Tropical Medicine) A tese de doutoramento do professor João Gutemberg versou sobre o mercado de assistência hospitalar privada em Salvador e foi realizada no âmbito do Instituto com apoio material para o trabalho de campo e co-supervisão por professores do quadro do ISC.

O enfoque multidisciplinar se impõe pela natureza mesma das questões de saúde bem como pela diversidade de origens dos estudantes que atendem as disciplinas no ISC

Por outro lado, a experiência do ISC com cursos de especialização abriu uma nova perspectiva para a formação em Economia da Saúde com a introdução de um módulo temático de 32 horas no Curso ... dado para seis turmas (171 alunos)

em parceria com mais 4 universidades estaduais. O grupo de Economia da Saúde, composto de professores e pesquisadores bolsistas do PES, financiado pelo MS/IPEA/DFID, ficou encarregado de montar o programa do módulo e ministrar as aulas aos gestores municipais, principal clientela deste curso de especialização, criando as bases para o curso aqui proposto. O curso tomou-se um exemplo da construção de uma ampla parceria envolvendo o MS, do PES, e instituições acadêmicas da Bahia e fonte de experiência organizativa para cursos dessa natureza uma vez que a equipe do PES ficou responsável por todas as etapas de planejamento e execução do módulo nos cinco municípios envolvidos.

Entretanto, para uma proposta de maior envergadura, que vai refletir o amadurecimento da institucional e consolidar a área dentro do Instituto de Saúde Coletiva, torna-se necessário um investimento de maior amplitude e complexidade que vai envolver inclusive a capacitação mais aprofundada, ao nível de docência, em temas específicos como Alocação de Recursos, Equidade, Custos e Avaliação Econômica, que pode ser tanto pelo deslocamento de professores para algum centro de excelência, ou da vinda de *expert* para curso intensivo. Necessidade esta percebida na Avaliação Geral do PES (Relatório, 2003).

2. OBJETIVO GERAL:

Esta atividade tem como objetivo estruturar um elenco de disciplinas de pós-graduação que poderão ser oferecidas como módulos isolados em cursos de extensão, aperfeiçoamento e especialização, assim como consolidar a prática de ensino de pós-graduação da Economia da Saúde no ISC de modo a institucionalizar uma área de concentração em Economia da Saúde no Programa de Pós-graduação (Mestrado e Doutorado em Saúde Coletiva) no ISC/UFBA

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

3.1 Estruturar curso de Especialização em Economia da Saúde de 360 horas para ser oferecido pelo Instituto de Saúde Coletiva a partir do primeiro semestre de 2004.

3.2 Construir a proposta pedagógica incluindo o conteúdo programático e cronograma que facilite a participação de gestores em saúde.

3.3 Calcular os custos e elaborar programação financeira para execução do curso para turma de 25 alunos.

3.3 Aprovar o projeto nas instâncias acadêmicas necessárias

3.4 Selecionar bibliografia e reproduzir textos e outros materiais educativos para alunos e professores

3.5 Divulgar o curso entre a clientela preferencial: gestores municipais e técnicos das Secretarias Estaduais de Saúde do Norte e Nordeste.

3.6 Divulgar edital para seleção de alunos para o curso

4. METODOLOGIA:

1. Revisão de cursos similares

Composição da equipe para a estruturação do curso. Investigação de formatos de cursos de Especialização no Brasil e em outros países.

2. Visita a centros de excelência

Visita de dois membros da equipe a dois programas de pós-graduação selecionados para conhecer a experiência de centros de excelência. Um dos programas poderá ser a Estado parceiro que já tenha curso.

- Seleção de professores.
- Elaboração de proposta e discussão em Oficina Pedagógica com professores do ISC e convidados.
- Encaminhamento do projeto para aprovação
- Divulgação do Curso
- Seleção de alunos
- Oficina pedagógica com professores selecionados
- Cálculo dos custos para a execução do Curso.

5. DATA DE INÍCIO DA ATIVIDADE: 07.2003

6. DATA PREVISTA PARA CONCLUSÃO DA ATIVIDADE: 03.2004

7. DURAÇÃO EM MESES: 18 meses

8. CRONOGRAMA:

❖ Primeira Etapa: construção do curso

Atividades	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro
1. Revisão de cursos similares	XXXX					
2. Visita a centros de excelência		XX				
4. Seleção de professores		XX				
5. Elaboração de proposta		XX	XXXX	XXXX		
6. Oficina com consultor				X		
7. Encaminhamento para aprovação				X		
8. Divulgação					XXXX	
9. Seleção de alunos						XX
10. Oficina pedagógica						X

9. ORÇAMENTO:

ORÇAMENTO					
ITEM			DFID	ISC - SESAB	TOTAL
	Valor Unit	Quant/Horas	Valor Total	Valor Total	
1 Pessoal					
Coordenação da Atividade	100	30		3000	3.000,00
Consultores para Oficinas Pedagógicas	100	160	16000		16.000,00
Técnicos para preparação de Material	100	60	6000		6.000,00
Consultoria para discussão e elaboração do Co	150	24	3600		3.600,00
Total Pessoal			25.600,00	3.000,00	28.600,00
2 Material de Consumo					
Cartuchos para Impressora	100,00	25	2.500,00	-	2.500,00
Papel, Canetas, lápis, fichários, disquetes, etc	1.200,00	-	1.200,00	-	1.200,00
Reprodução, xerox e encadernação	0,10	12.000,00	1.200,00	-	1.200,00
Telefone, fax, divulgação	300,00	6 meses	-	1.800,00	1.800,00
Outros	-	-	-	500,00	500,00
Total Mat. de Consumo			4.900,00	2.300,00	7.200,00
3 Equipamentos					
Computadores, datashow, etc	20,00	38	-	760,00	760,00
Espaço Físico (Instalações, água, energia, Assit. Técnica)	100,00	30	-	3.000,00	3.000,00
Total Equipamentos			-	3.760,00	3.760,00
5 Transporte e Per Diem					
Passagens aéreas consultor Nacional	2.000,00	4	8.000,00		8.000,00
Passagem aérea visita Centros Internacional	5.000,00	1	5.000,00		5.000,00
Per Diem Visita Centro Internacional	1.000,00	10	10.000,00		10.000,00
Per Diem Consultor Nacional	220,00	8	1.760,00		1.760,00
Total Transporte			24.760,00	-	24.760,00
7 Treinamento de Pessoal					
Livros e Artigos	2.800,00		2.800,00		2.800,00
Oficinas pedagógicas	2.762,00		2.762,00		2.762,00
Total Treinamento			5.562,00	-	5.562,00
TOTAL em Reais			60.822,00	9.060,00	69.882,00
TOTAL em Libras Esterlinas			12.262,50		

10. CONTRAPARTIDA DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE: Ver orçamento

11. EQUIPE: A ser definida

Proposta 12	Curso de Especialização em Economia da Saúde (início 1º semestre de 2004)	59182,00	<p>Aprovar. Condicionado a começar até março de 2004.</p> <p>Resposta: Na elaboração da Proposta não ficaram suficientemente claros os objetivos e o orçamento. Em função disso, a proposta foi re-elaborada e vai em anexo.</p>
-------------	---	----------	--

PROJETO ECONOMIA DA SAÚDE

PLANO DE TRABALHO ANO II

AS DIFERENTES FACES DA DESIGUALDADE EM SAÚDE: INIQUIDADE, DISCRIMINAÇÃO E EXCLUSÃO

Atividade: 2.02.24F

INSTITUIÇÃO PARCEIRA: ISC/SESAB

COORDENADOR NA INSTITUIÇÃO PARCEIRA: Loureiro/Martha

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA PROPOSTA:

TELEFONE: 071- 336-8896

E-MAIL:

CLASSIFICAÇÃO DA PROPOSTA:

Resultado 1:	
Resultado 2:	
Resultado 3:	

Fundo de Desafio	X
Resultado 1:	
Resultado 2:	

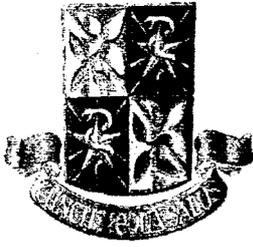
ORÇAMENTO

	DISCRIMINAÇÃO		DFID	ISC SESAB	TOTAL
	Valor Unitário	Quantidade Horas	Valor	Valor	
1 Pessoal					
Coordenador Pesquisador Doutor - 30 horas	2.500,00	12 meses	30.000,00	-	30.000,00
Pesquisador Doutor – 15 horas M.N.	3.000,00	12 meses	18.000,00	18.000,00	36.000,00
Pesquisador Doutor 10 horas CVN	1.000,00	12 meses	10.000,00	24.000,00	34.000,00
Economista – Mestre 40 horas L	2.000,00	12 meses	24.000,00		24.000,00
Economista - Doutor – 10 horasPH	1.000,00	12 meses	12.000,00	-	12.000,00
Técnico em Implantação de Estrutura e Manutenção de Banco de Dados – 40 horas	1.200,00	12 meses	14.400,00		14.400,00
Pesquisador - Mestrando ISC - 20 horas	1.500,00	12 meses	-	18.000,00	18.000,00
Estagiários (02)	500,00	12 meses	12.000,00	--	12.000,00
Total Pessoal			120.400,00	60.000,00	180.400,00
2 Material de Consumo					
Cartuchos para Impressora	100,00	60	3.000,00	3.000,00	6.000,00
Reprodução e Encadernação de Questionários	3,50	1.000	3.500,00		3.500,00
Papel ofício e outros matérias de escritório	1.100,00		1.100,00		1.100,00
Canetas, lápis, fichários, disquetes.	350,00		350,00	-	350,00
Software Estatístico e Novos softwares	10.000,00			10.000,00	10.000,00
Elaboração de Pôsteres para apresentação em Congresso	310,00	6	1.860,00		1.860,00
Telefone Celular em viagem para Brasília,	80,00	12 meses	960,00		960,00
Telefone Fixo e Fax	150,00	12 meses	-	1.800,00	1.800,00
Total Mat. de Consumo			10.770,00	14.800,00	25.570,00
3 Equipamentos					

Desktop para Banco de Dados	3.500,00	3	3.500,00	7.000,00	10.500,00
Câmara Digital para Vídeo Conferência	1.350,00	2	2.700,00	---	2.700,00
Vídeo Câmara	3.200,00	1	---	3.200,00	3.200,00
Câmara Fotográfica Digital	1.250,00	1	---	1.250,00	1.250,00
Total Equipamento			6.200,00	11.450,00	17.650,00
4 Instalações					
Adaptação de Espaço Físico nas novas Instalações do ISC.	9.250,00	---	9.250,00	---	9.250,00
Utilidades (Água/Luz/Segurança)	2.500,00	12	---	3.000,00	3.000,00
Espaço Físico (Estimativa de aluguel)	15.00/m ² Mês	12X120 M ²	---	21.600,00	21.600,00
Divisórias/Mesas/Cadeiras/Armários	---	---	---	30.000,00	30.000,00
Total Instalações			9.250,00	54.600,00	63.850,00
5 Consultorias					
Consultoria Nacional	150,00	48 horas	7.200,00	---	7.200,00
Passagens para Consultor	1.400,00	3	4.200,00	---	4.200,00
Consultoria Internacional PerDiem	150,00	30 dias	4.500,00	---	4.500,00
Passagem Internacional	4.500,00	01	4.500,00	---	4.500,00
Estatístico	100,00	60 horas	6.000,00	---	6.000,00
Total Consultoria			26.400,00	---	26.400,00
7 Pesquisa de Campo					
Vale transporte	1,50	1.040	1.560,00	---	1.560,00
Passagens Intermunicipais	---	---	4.000,00	---	4.000,00
Diárias para trabalho de campo	80,00	5 pessoas X 60 dias	24.000,00	---	24.000,00
Téc. Pesquisa Antropologica (03)	1.000,00	06 meses	18.000,00	---	18.000,00
Entrevistas	15,00	1.000,00	15.000,00	---	15.000,00
Total Pesquisa de Campo			62.560,00	---	62.560,00
8 Treinamento de Pessoal					

Seminários e workshop.	15.000,00	---	15.000,00	---	15.000,00-
Passagens para treinamento/Congresso	900,00	4	3.600,00	---	3.600,00
Livros e outras Publicações	21.500,00	---	21.500,00	---	21.500,00
Total Treinamento			40.100,00	-	40.100,00
TOTAL em Reais			275.680,00	140.850,00	416.530,00
TOTAL em Libras Esterlinas*			58.655,31	29.968,08	88.623,40

* R\$1 = 4,70 Libras em 01/07



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Departamento Saúde Coletiva I

Rua Pe. Feijó nº29, Canela, Salvador - Bahia, Brasil 40-110-170

(071)245-0544/Ramal:247/FAX (071) 237-5856 E-mail:

LIS@UFBA.BR

Ilmo. Sr.
Dr. Armando Raggio
Gerente de Projeto
Unidade de Gestão de Projeto
PES/ Acordo Cooperação Técnica MS/IPEA/DFID
Brasília – DF

Senhor Gerente:

Em nome de todos os integrantes Projeto de Economia da Saúde na Bahia, quero agradecer a atenção dada a nossa proposta ao Fundo de Desafio e dizer-lhe que estamos muito contente com o resultado dos nossos esforços para apresentar um projeto relevante socialmente e metodologicamente apurado.

Quanto aos comentários da comissão técnica após a nossa análise enviamos abaixo as nossas justificativas e sugestões para solucionar-las.

I – Material de Consumo

Neste item estão incluídos recursos para aquisição e atualização de software para análise de dados o valor de R\$ 12.600,00. Assim sugerimos que este item possa ser retirado deste projeto e considerado como “Atividade Nacional” de apoio a todos os Projetos do Fundos de Desafio. Caso isto não seja possível, retira-lo do orçamento e buscaríamos obter os software de outros parceiros.

II – Adaptação de Instalações.

O Instituto de Saúde Coletiva está construindo com recursos da UFBA um pavilhão anexo onde deverá ser transferida a área destinada ao Projeto Economia da Saúde. Neste anexo a UFBA está investindo cerca de R\$ 450.000,00. Durante este primeiro ano conseguimos melhorar significativamente as nossas instalações e condições de trabalho com recursos de outros convênios. Mas agora, nem a UFBA nem o ISC dispões de recursos adicionais para fazer as adaptações necessárias para uma rápida instalação do projeto na área a nós destinada. Estes recursos, de pequena monta destinam-se à instalação da rede elétrica, rede de computadores, rede telefônica, colocação das divisórias, instalação de ar condicionado e luminárias (as divisórias e os aparelhos de ar condicionado já foram adquiridas com recursos de outro convênio).

A nossa sugestão seria reduzir este item em 50% para fazer a instalação apenas dos sistemas indispensáveis, deixando o restante para quando o ISC conseguisse um novo convênio.

III – Item Pessoal.

O item pessoal constitui a parte mais sensível do Projeto e de difícil redução sem prejudicar a execução do Projeto. Peço a atenção da Comissão Técnica para os seguintes pontos:

- a) Este projeto envolve praticamente três metodologias distintas, embora complementares;
- b) Tanto o método de “Incidência de Benefício” e o do estudo intergeracional exigem trabalho de campo sendo que o primeiro necessitará de um inquérito populacional, incluindo aí gastos com entrevistadores, coordenação de trabalho de campo, etc..
- c) Para todos os dois projetos iremos obter dados em dois Municípios do Estado da Bahia, sendo que um deles deverá estar em Gestão Plena de Sistema Municipal o que significa trabalhar em áreas mais afastadas de Salvador.
- d) Resolvemos apresentar apenas um Projeto ao Fundo para permitir maior integração entre pesquisadores e áreas disciplinares. Mas em escopo e diversidade metodológica este projeto poderia equivaler a dois ou três projetos isolados.
- d) Os custos com pagamento de pessoal inclui em alguns casos dedução de impostos que aumenta o custo deste item..

A única possibilidade que eu vejo factível seria reduzir o pagamento do economista Mestre 40 horas para R\$ 2.000,00 e paga-lo como **Bolsista**.

Caso seja este o entendimento da Comissão, o Orçamento revisado do Projeto pode ser este em anexo.

Espero que estes esclarecimentos as sugestões para atender as observações da Comissão sejam consideradas pertinentes e ajudem a uma decisão.

Atenciosamente,

Sebastião Loureiro
Coordenador do Projeto



Universidade Federal da Bahia

Instituto de Saúde Coletiva

Rua Basílio da Gama, s/n – Canela

Prédio da Faculdade de Comunicação

40 110-040 Salvador, Bahia, Brasil

Fone/fax 055 (071) 337-33297

E-mail: loureiro@ufba.br

As diferentes faces da Desigualdade em saúde: Iniquidade, Discriminação e Exclusão

Projeto de Investigação apresentado ao Programa de Economia da Saúde (Convênio de Cooperação Técnica MS/IPEA/DFID) para o “Challenge Fund”

Instituições Parceiras:

Universidade Federal da Bahia – Instituto de Saúde Coletiva.

Secretaria Estadual da Bahia.

Coordenador: Dr. Sebastião Loureiro

Salvador, 29 de junho de 2003

APRESENTAÇÃO.....	3
SUMÁRIO.....	4
1 INTRODUÇÃO.....	5
2 POBREZA, DESIGUALDADE E SAÚDE.....	7
2.1 AS MÚLTIPLAS DIMENSÕES DA SAÚDE	9
2.2 ACESSO A SAÚDE	9
2.3 EXCLUSÃO SOCIAL E SAÚDE.....	11
2.4 DESIGUALDADE E SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL E NA BAHIA	13
2.5 DESIGUALDADE, SAÚDE E GÊNERO: A VULNERABILIDADE AO ADOECIMENTO	15
2.6 ESTUDOS INTERGERACIONAIS E A GÊNESE DA DESIGUALDADE DE GÊNERO E RAÇA EM SAÚDE	16
3 JUSTIFICATIVA.....	20
4. OBJETIVOS GERAIS.....	21
5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
6. ESTRATÉGIA METODOLÓGICA.....	21
7 CONCEITOS BÁSICOS UTILIZADOS NESTE ESTUDO	24
8. DESIGUALDADE EM SAÚDE: ANÁLISE DOS DADOS DA PNAD-98	25
8.1 METODOLOGIA.....	25
9 INEQUIDADE EM SAÚDE: MÉTODO DE ANÁLISE DE “INCIDÊNCIA DE BENEFÍCIOS” A NÍVEL MUNICIPAL.....	29
9.1 METODOLOGIA.....	29
10. A FACE DA EXCLUSÃO SOCIAL EM SAÚDE: UMA ABORDAGEM MULTIGERACIONAL	33
11. EQUIPE DE TRABALHO	36
12. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES:	36
13 – RESULTADOS ESPERADOS:.....	36
14 – INDICADORES.....	37
BIBLIOGRAFIA.....	37
ORÇAMENTO.....	41
ANEXOS	43

APRESENTAÇÃO

O projeto “Desigualdade ou discriminação no acesso aos cuidados de saúde?: Inter-relações entre Renda, Gênero e Raça“, representa um esforço de uma equipe multidisciplinar na elaboração de uma proposta de investigação que tomando como eixo condutor a desigualdade no acesso, utilização e qualidade da atenção à saúde, propõe delimitar este processo nos espaços econômico, político e cultural, associando-os a condições de renda, gênero e raça.

O projeto utiliza distintas abordagens metodológicas de diferentes campos disciplinares, no sentido de apreender a complexidade dos processos envolvidos na produção da desigualdade. Entretanto, mantém-se no mesmo campo teórico explicativo da saúde e de sua estrutura organizativa como um produto social. A riqueza metodológica irá permitir uma integração interdisciplinar e será uma oportunidade para o treinamento de jovens pesquisadores, ao tempo em que se constitui em uma poderosa estratégia de incorporação dos conceitos e métodos da economia da saúde na prática de investigação dos professores do Instituto de Saúde Coletiva.

A proposta tem também, como objetivo alicerçar relações institucionais entre o ISC e centros de pesquisas conceituados na área de Economia da Saúde, de modo a fortalecer o Programa de Economia da Saúde na Bahia, ainda incipiente, no ISC e assegurar a sustentabilidade e permanência desta área de aplicação científica, além do escopo temporal de apoio financeiro do convênio com o DFID.

SUMÁRIO

Este projeto busca explorar as diversas faces da desigualdade focalizando os principais determinantes econômicos e culturais que criam as desigualdades no acesso, na utilização e na qualidade dos serviços prestados aos cidadãos e cidadãs. O projeto procura explicitar as relações entre a condição econômica, de gênero e caracterização racial na produção dos processos de desigualdade tanto na condição de saúde como nas trajetórias de busca e desencontros nas tentativas de sua recuperação.

Para dar conta da complexidade do objeto em foco o projeto propõe três níveis de análise: O primeiro nível irá utilizar os dados da PNAD – 98 para a Bahia, em análises estratificada, e multivariada com o objetivo de evidenciar o efeito isolado ou em conjunto das variáveis em foco.

O Segundo nível explora o método de “*benefit incidence*” para demonstrar iniquidade na alocação de recursos públicos para a saúde onde recursos para saúde destinados à população de menor renda podem estar subsidiando àquela situada nos segmentos mais elevados da distribuição de renda.

O terceiro nível utiliza um modelo de antropologia econômica em um corte intergeracional de modo a revelar as mudanças no perfil da demanda, oferta e utilização, e concomitante, nas formas de financiamento de serviços de saúde, em três gerações de mulheres de uma comunidade do Recôncavo Baiano.

Os resultados obtidos serão analisados em função de possível utilização na mudança de políticas e estratégias de alocação de recursos mais que aumentem a eficiência e equidade do sistema, e venham a reduzir a desigualdade na saúde da população mais carente em nosso Estado.

1 INTRODUÇÃO

Nas décadas de 50 e 60 vários modelos de desenvolvimento previam um rápido aumento do PIB que deveria se traduzir em ganhos de bem-estar para os pobres, atingidos por políticas democráticas, como efeito da própria modernização organizacional, em um processo a ser difundido das sociedades desenvolvidas para as sub-desenvolvidas.

A persistência de um quadro de pobreza mundial quase inalterado em termos, principalmente da distribuição de bens básicos: renda, educação, saúde, têm demonstrado a falácia das terapias desenvolvimentistas detonando nos anos 80 e 90 novos estudos.

A avaliação da pobreza pode se dar de forma absoluta ou relativa, através da distribuição da riqueza entre os grupos/estratos¹, que é resultante de processos mais estruturais. Também pode ser medida através de indicadores de causa ou de efeito, o que no caso da saúde se traduziria em morbi-mortalidade. Uma medida usual dessa riqueza é dada pela renda, que no Brasil apresenta evidências irrefutáveis de alta concentração, em vários níveis. As causas das Desigualdades de Renda têm sido explicadas de forma mais global através de teorias relacionando força de trabalho e perfil da demanda, onde a qualificação da mão de obra geraria diferenças salariais concentradoras de renda², assim como as políticas de controle salarial e de desenvolvimento empresarial com uso de tecnologias intensivas de capital.

A relação entre nível de renda e saúde tem sido um dos temas mais estudados no tanto por economistas como pesquisadores da área da Saúde Coletiva. As inúmeras pesquisas sobre este tema abordam a relação entre nível de renda e os vários aspectos da desigualdade em saúde, incluindo: renda e condição ou nível de saúde (Silva, 1999; Paim, 1997) renda e perfil de morbi-mortalidade, condição socioeconômica e padrão de mortalidade, nível de renda e demanda, acesso e utilização de serviços de saúde.

Outros pesquisadores têm explorado a construção de indicadores de desigualdade em saúde em relação à distribuição de renda nas populações. (Wagstaff, 2001), Dachs (2001). Uma revisão crítica da produção acadêmica latino-americana sobre desigualdade e saúde, classificando as abordagens teóricas e os distintos conceitos presentes na literatura sobre desigualdade e saúde, pode ser encontrado em Almeida Filho (1999). Esta mesma abordagem é apresentada por Wing & Richardson (1999) para a literatura norte americana.

¹ Quando examinamos os tipos de causalidade das desigualdades observadas podemos identificar ações que promovem estímulo ou limitação, transformação ou manutenção da realidade dos padrões de riqueza referidos, distribuídos entre Estratos Sociais (concepção weberiana) e Classes Sociais (teoria marxista), através das relações de troca ou modo de produção, a depender do nível de análise. Entretanto, os estudos na área mais frequentes na área econômica têm se concentrado mais no resultado dessas ações em detrimento do processo.

² Para as áreas rurais, a renda seria uma medida menos apurada do que a posse da terra, que manteria ainda o acesso aos meios de produção do sustento, do poder e do prestígio social, político e econômico expressos nos créditos e incentivos fiscais dentre outros privilégios (Wood & Carvalho, 1994). Como as informações sobre renda se apresentam muitas vezes sub-dimensionadas alguns autores preferem utilizar a variável consumo enquanto valor dos gastos familiares, ou padrão habitacional, que se aproximam mais do real nível de qualidade de vida.

Outra área de recente desenvolvimento são os estudos de desigualdade na alocação de recursos públicos para os serviços de saúde. Uma boa fonte de informação sobre o tema é dado por Nunes et al (2001) que apresenta uma proposta de indicadores para monitoramento das desigualdades em saúde. Para uma revisão sobre equidade e saúde, pode-se acessar e participar da ListService da PAHO sobre equidade e Saúde.

Estas várias abordagens são importantes fontes de evidência da relação entre saúde e condição socioeconômica, mas na maioria das vezes apresentam uma visão parcial da estrutura complexa de relações econômicas, políticas e culturais que estão na gênese e na manutenção das condições simbióticas e sinérgicas de desigualdade, pobreza e saúde. Ou seja, a desigualdade em saúde é apenas um foco que revela a produção histórica da desigualdade social pela exclusão dos indivíduos do exercício dos direitos fundamentais da cidadania.

Nesse sentido, ressaltando a perspectiva dos estudos de *processo*, Salama (2002) critica a restrição dos estudos de desigualdade no Brasil à utilização de índices, salientando a necessidade de se compreender o efeito das “turbulências macroeconômicas” na geração de situações de *vulnerabilidade* social observada principalmente em países em desenvolvimento como o nosso. As questões relacionadas com o desemprego e a precarização do trabalho no atual regime de acumulação mundial também são trabalhadas por Castel (1998).

A importância de precisar conceitos e afinar metodologias para a área da Economia da Saúde foi discutida no Relatório da Oficina “Conceitos e Instrumentos da Economia da saúde e da Epidemiologia nos Estudos de Desigualdades” (2002). As dificuldades de se encontrar um indicador de bem-estar se esbarram em teorias que têm como base a ação individual que não dão conta das inter-relações entre indivíduos e grupos, ou seja do conjunto. Como medir e valorar no nível empírico tamanho grau de complexidade?

O Suplemento Saúde da PNAD/1998 gerou uma série de estudos sobre diferentes assuntos, dentre os quais a questão da desigualdade. Inúmeras pesquisas sobre este tema abordam a relação entre nível de renda e os vários aspectos da desigualdade. No trabalho de Dachs (2002) o autor apresenta os fatores que explicam a desigualdade na auto-avaliação do estado de saúde, mostrando que existem níveis de classificação do estado de saúde de acordo com a escolaridade, a renda, a raça e cor da pele. Através de um modelo de regressão logística, o autor chega a resultados importantes dessa autoclassificação, percebendo que a educação e os rendimentos têm efeitos que se somam e que existem diferenças entre os homens e mulheres.

Outro trabalho importante, com base nos dados da PNAD/SS-98 que merece comentários, foi o de Sawyer (2002) sobre os perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil, no qual o autor tenta identificar o padrão de consumo de serviços de saúde. Através da técnica do *Grade of Membership* (GOM) que permite estimativas das demandas por serviços de saúde segundo níveis auto e baixos de capacitação o autor identificou quatro perfis de consumo de saúde. Com destaque para o grupo de alta necessidade e pré-disposição, e baixa capacitação, formado por pessoas idosas e que moram sozinhas.

Existem também estudos que comparam a situação da saúde no Brasil com a de outros países. A comparação é feita tomando por base o grupo etário, sexo e raça ou cor da pele e as taxas de prevalência de morbidades selecionadas. Os principais resultados obtidos são que as mulheres se declaram em pior estado de saúde, em ambos os países, e os homens brasileiros se declaram em pior situação do que os homens norte-americanos (Beltrão, 2002).

2 POBREZA, DESIGUALDADE E SAÚDE

Metade da população mundial vive com menos de R\$180,00 por mês segundo dados da OIT (Organização Internacional do Trabalho). Aproximadamente de 3 bilhões de pessoas (metade da população mundial) vivem na pobreza com uma renda de menos de US\$2,00 por dia, cerca de R\$180,00 por mês (OIT, 2003).

Trata-se do nível mais alto de pobreza registrado até hoje, e continua crescendo, dentro desse universo quase todas essas pessoas moram em países em desenvolvimento. Um bilhão de pessoas, um quarto dos habitantes dos países em desenvolvimento, sobrevivem com U\$1 por dia segundo relatório da ONU (Organização das Nações Unidas). O número de desemprego está em nível mais alto e ainda cresce de acordo com o relatório que será apresentado na Conferência Anual da OIT em Genebra.

São 180 milhões de desempregados ao redor do mundo, mais de um bilhão das pessoas que trabalham estão em subempregos ou apenas em período semi-integral. Trabalham, mas não podem utilizar ao máximo sua criatividade ou seu potencial de produção. A pobreza não está restrita ao mundo em desenvolvimento. Mais de 10% da população dos vinte países mais industrializados vive com menos da metade do salário médio (ONU, 2001).

Pontos principais do relatório da OIT:

- A diferença entre os mais pobres e os mais ricos continua aumentando; em 1960 era de 30 para 1, em 1999 já havia chegado a 74 para 1;
- As mulheres e as meninas são as mais vulneráveis à pobreza que os homens. Dois terços das mulheres que trabalham em todo o mundo dentro da economia informal, recebem salários mais baixos;
- Durante os próximos dez anos um bilhão de jovens com idade entre 5 e 15 anos devem dar entrada ao grupo de pessoas com idade de trabalhar. Entretanto a economia mundial não está organizada para aproveitar esse potencial;
- A pobreza é um fenômeno mundial que afeta todas as sociedades, inclusive os 20 países mais industrializados do mundo, nos quais 10% da população vive no mais baixo índice de pobreza;
- O limitado crescimento registrado em alguns países da África na década de 90, elevou o número de pessoas que vivem na pobreza em 25%, chegando a cifra de 500 milhões de pessoas;

- Na América Latina e no Caribe esse número aumentou de 121 milhões, sendo que um quarto dessa população ainda recebe US\$ 2 por dia para sobreviver;
- No Oriente Médio e no Norte da África, o número de pobres passou de 50 milhões, enquanto que no Leste Europeu e na Ásia Central o número de pessoas que vivem em condições de pobreza triplicou, chegando a 97 milhões.

Kawachi & Wilkinson & Kennedy (1999) sugerem que desigualdade econômica tem um custo real para a sociedade e que a acumulação e concentração da riqueza afeta o bem estar da comunidade. Paradoxalmente, o desenvolvimento econômico dos países centrais e em desenvolvimento só tem agravado as desigualdades sociais, mostrando assim, a importância da desigualdade relativa.

Os processos que poderiam explicar a desigualdade em saúde estão relacionados com o acesso às oportunidades da vida, coesão social, capital social, fatores psico sociais e discriminação em relação à raça ou etnia e gênero.

Lundberg & Startz (2000) Reforça a relação entre raça e etnia e desigualdade apresentando modelos econômicos para explicar a discriminação e o preconceito racial. Identificação racial atua conjuntamente o processo social de acumulação de capital e a valorização do capital humano pelos empregadores, de modo a gerar externalidades. Loury (1977) discute a transmissão de desigualdade através de gerações como um processo no qual o investimento em capital social (média do estoque de capital humano de uma comunidade) é incluído na função de produção do capital humano da próxima geração concluindo que a desigualdade presente pode ser um legado histórico de discriminação do passado e a exclusão social perpetua a discriminação mesmo sem a sua presença na sociedade atual.

O Brasil nas últimas décadas confirma, infelizmente, uma tendência de crescente desigualdade na distribuição de renda e elevados níveis de pobreza. Um país desigual, exposto ao desafio histórico de enfrentar uma herança de injustiça social que exclui parte significativa de sua população do acesso a condições mínimas de dignidade e cidadania (Barros, R.P. et al., 2000).

Na magnitude dos quase 32 milhões de famélicos, estimados no Mapa da Fome do Brasil, segundo estudo do IBGE de 1990 (apud Soares 1998). Em valores precisos, foram 31.697.095 pessoas indigentes, onde a Bahia ocupou o 1º lugar com 4.331.264 indivíduos, sendo 2,1 milhões de menores de 18 anos. Em termos percentuais, com 13,67%, a Bahia tem mais “indigentes” que toda a região sul, com 12,89%. Em relação a outro indicador, o percentual da população em estado de pobreza (renda inferior a ½ salário mínimo), em meados da década de 90, o Nordeste ostentava percentual em torno de 50%, sendo que os estados com valores acima deste percentual eram Piauí (57,16%), Maranhão (56,45%), Alagoas (52,17%), Ceará (51,73%) e Bahia (50,50%). As regiões metropolitanas destes estados apresentam percentuais mais baixos. Por exemplo, a região metropolitana de Salvador apresentou 28,69%. Os dados demonstram que além da desigualdade regional (o Sudeste apresentou 15,25%), também existe uma grande desigualdade entre capital e interior.

Na “desigualdade extrema da distribuição de renda, considerada uma das mais desiguais do mundo”, onde, segundo dados oficiais de 1994, os 10% mais ricos se apropriam de quase 50% (49,7%) da riqueza nacional e os 20% mais pobres, em torno de 2% (OEA, 1997).

Em Salvador, a cidade com a maior população negra fora da África, somente 46,2% dos afro-brasileiros estão no mercado formal, enquanto este índice atinge 60,3% no caso dos brancos (Bahia, 1998).

Essa desigualdade social no Brasil, portanto, é estrutural, de longo prazo e vem se ampliando. A crise econômica que vem atravessando o país desde meados da década de 70, tem contribuído para agravar a já excessiva concentração de renda, um das mais desiguais do mundo, pois os mais ricos são sempre protegidos pelas políticas regressivas adotadas, especialmente num cenário inflacionário³.

2.1 As múltiplas dimensões da saúde

Múltiplas são as abordagens que buscam compreender as relações estabelecidas entre cultura e saúde, desde as diferentes correntes teóricas até as múltiplas dinâmicas de interferência da cultura nos distintos níveis de produção do processo saúde-doença. Dessa forma, compreendem-se as doenças como realidades culturalmente construídas e socialmente determinadas, acreditando-se que os processos de adoecimento, bem como aqueles que restabelecem a saúde são produtos de determinantes sociais, econômicas e políticas e ganham diferentes significações de acordo com os contextos culturais no qual estes fenômenos estão inseridos. Na antropologia médica norte-americana, alguns conceitos têm sido desenvolvidos de modo a distinguir diferentes aspectos do mesmo fenômeno do adoecimento. Assim, o primeiro grupo de distinções diz respeito aos conceitos de patologia (disease), enfermidade (illness) e doença (sickness).

Patologia refere-se às alterações fisiopatológicas do organismo ou desequilíbrios psíquicos e diz respeito ao aspecto biológico do adoecimento, sendo a seara biomédica por excelência. Já o conceito de enfermidade traduz a experiência do adoecer vivida pelo doente ou pelas pessoas e grupos que o circundam. Guarda uma dimensão portanto experiencial, constituída por sentimentos e significações produzidas a partir do episódio do adoecimento (Kleinman,1995). A relação entre esses dois primeiros conceitos já faz evidenciar que nem tudo o que é apreendido como distúrbio, disfunção, malformação, desequilíbrio, etc., na perspectiva biomédica, é traduzido uniformemente a nível individual e cultural. Da mesma forma, nem tudo o que é vivido enquanto doença pela experiência daqueles que assim se percebem ou são socialmente reconhecidos, é identificado enquanto tal pelos profissionais de saúde. Isso tem implicações importantes tanto na busca por assistência médica quanto no desenvolvimento e resultados da assistência prestada.

2.2 Acesso a Saúde

³ Se em 1980 a faixa dos 10% mais ricos se apropriou de 44,9% da renda nacional em 1991 esta apropriação passou para 48, 1%. Os 50% mais pobres tiveram sal participação na renda nacional reduzida de 14,5 em 1980 para 12,1 em 1991 (apud Soares, 1998)

O acesso a serviços de saúde tem sido estudado a partir de inúmeros enfoques. Estudos existentes sobre obstáculos ao acesso identifica um grande número de fatores em jogo. Eles sugerem que serviços oferecidos de baixa qualidade desincentivam a procura de serviços. Alguns aspectos que definem a baixa qualidade são a ausência de oferta de medicamentos após a prescrição e a falta de disponibilidade de médicos. Uma consequência dessas limitações no nível primário de assistência é o desvio das pessoas no sentido de buscarem desnecessariamente níveis mais complexos do sistema pelo fato de não terem obtido a resposta necessária no nível da atenção básica. Uma segunda barreira é produzida pelos custos indiretos de transporte e de tempo necessários para se alcançar o serviço de atenção. Uma terceira barreira é o tempo de espera na fila. Para obter uma ficha de atendimento é necessário chegar à Unidade de atendimento muito cedo (muitas vezes, de madrugada). Além do custo associado, o contexto de violência e de insegurança vivido em muitos centros urbanos torna não apenas inconveniente, mas insegura a ida muito cedo aos Centros de Saúde. Alguns estudos mostram também que o acesso é facilitado pelo recurso à amizade e a redes de contato⁴. Uma quarta barreira é a dificuldade física para os idosos ou pessoas com deficiência física, ou outros impedimentos físicos provocados pela própria doença. Um quinto elemento que pode funcionar como barreira ao acesso a Centros de Saúde Formal é a própria cultura. Vários estudos mostram que a escolha de um ou mais tratamentos para um dado problema de saúde realiza-se no interior de “redes de decisão” no interior das quais se processam análises a vários níveis como: etiologia da doença (física, psicológica, espiritual, etc.); prognóstico; identidade atribuída à pessoa doente (maior, menor ou nenhum grau de estigmatização social); satisfação com o tratamento recebido (linguagem médica acessível, relação afetiva, competência profissional, acesso a todas as etapas necessárias para a conclusão do tratamento: consulta diagnóstica, exames laboratoriais, medicamentos, outras terapêuticas); etc.

Esses estudos sugerem uma série de hipóteses a nível micro que devem ser exploradas a fim de ultrapassar as dificuldades de acesso:

- Grupos economicamente desfavorecidos referem mais freqüentemente a falta de medicamentos e de médicos quando eles os buscam nos serviços de saúde;
- Os custos de transporte e os custos de tempo são maiores para os grupos desfavorecidos em relação à sua capacidade em pagar para obtê-los;
- Os grupos economicamente desfavorecidos experimentam maiores tempos de espera, dispõem mais dificilmente de redes de amizade que favoreçam o acesso privilegiado aos serviços de saúde e estão mais sujeitos a barreiras adicionais no acesso precoce ao atendimento médico;
- Os grupos economicamente desfavorecidos estão mais sujeitos a incapacidades físicas produzidas por doenças ou pela velhice e portanto se deparam com um maior número de barreiras físicas.

⁴ Essa é uma das razões culturais pelas quais a presença dos Agentes Comunitários de Saúde, introduzidas no Programa de Agentes Comunitários de Saúde e no Programa de Saúde da Família, tem se revelado uma grande opção por tornar legalizado um procedimento que era apenas um hábito cultural. Nesses programas, os ACS, que são também moradores do bairro das pessoas assistidas, algumas vezes são aqueles que marcam as consultas, em casos onde as pessoas se acham impedidas de fazê-lo.

É evidente que essas hipóteses se inter-relacionam. Por exemplo, problemas de acesso físico são mais facilmente sentidos por aqueles que enfrentam grandes dificuldades em pagar transportes convenientes para o seu deslocamento. Do mesmo modo, o tempo de espera é uma barreira mais importante para aqueles cujo custo do tempo tem relativamente a maior importância. Esse estudo buscará testar essas hipóteses não apenas isoladamente, mas analisar a interação entre essas múltiplas barreiras e as desigualdades experimentadas por grupos desfavorecidos em particular.

Do ponto de vista da busca de ajuda, três outros conceitos ajudam a clarear essa distinção: problemas de saúde, necessidades de saúde e demanda de saúde. Os problemas de saúde podem ser identificados por aqueles que vivem esses problemas e se transformar em demandas, ou podem ser identificados por estudos epidemiológicos que delineiam o perfil epidemiológico de uma certa população sem que todos aqueles indivíduos identificados reconheçam em si um problema de saúde. Nesse caso, os estudos epidemiológicos definem necessidades de saúde, devendo-se em seguida criar meios para se chegar até essas pessoas. É o que se tenta atingir quando o sistema de saúde avança no sentido de não apenas atender a uma demanda espontânea, mas dispor de uma oferta organizada que permita assistir a população segundo seu perfil epidemiológico (Paim, 1998).

Por outro lado, na maioria das vezes, os serviços médicos não estão preparados para cuidar das pessoas de forma integral, sendo culturalmente insensíveis e socialmente não comprometidos. Isso significa dizer que esses serviços não estão preparados para levar em conta o que Good & Good (1995) chama de “redes semânticas de doenças”, para falar de conexões significativas complexas que se desenvolvem entre o adoecer e vários aspectos da vida (afetivo, simbólico, relacional, etc), para atender às necessidades de humanização do atendimento médico e, especialmente, para compreender que diferenças culturais estão muitas vezes sobrepostas a diferenças de classe e de posição na escala social, e que, portanto, traduzem relações de poder. Nesse caso, relações estabelecidas por profissionais de saúde e doentes que os procuram podem tanto servir como instrumentos de empoderamento daqueles que já se encontram em situações sociais desfavoráveis, como pode ser mais um instrumento de dominação e de enfraquecimento.

Esse último aspecto da inscrição do social no processo da saúde-doença-cuidado é retomado por Young (1985) quando propõe o termo doença (sickness), chamando atenção para o aspecto de determinação social das doenças, para o fato de que grupos sociais diferentes estão expostos a diferentes riscos de adoecer, a diferentes tipos de patologia, com gravidades muitas vezes diversas, além de terem também acesso diferenciado aos meios de se tratar (incluindo aqui serviços de saúde, mas também todo tipo de recurso que favoreça o restabelecimento de saúde). Esse terceiro conceito busca evidenciar particularmente a relação entre saúde e condições de vida e, conseqüentemente à relação entre desigualdades sociais e saúde.

2.3 Exclusão social e saúde

Falar de desigualdade social implica entender as novas configurações que esta assume na sociedade contemporânea. Isso implica, por um lado, pensar categorias como “novos

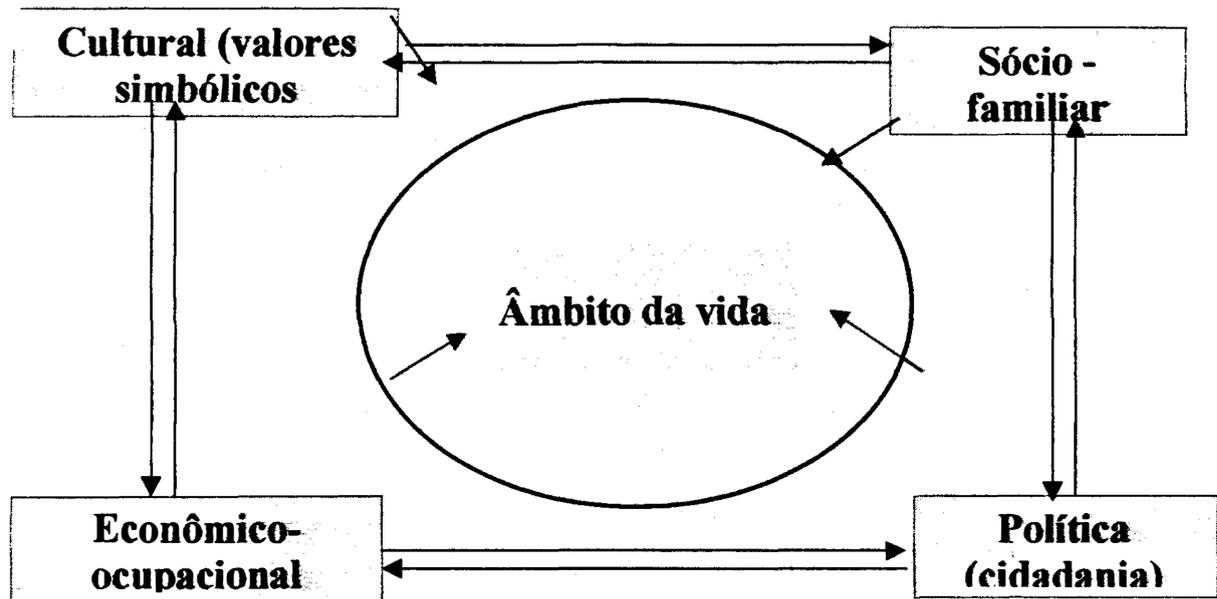
pobres” e o conceito mais recentemente desenvolvido de “exclusão social”. Por outro lado, tendo em conta a situação dos indivíduos na escala social, situados em um continuum que vai dos incluídos sociais, passando por aqueles que estão na zona de vulnerabilidade até chegar aos excluídos sociais, é preciso aprofundar as formas de compreender que mecanismos, processos, instrumentos os vulnerabilizam e quais dentre esses os protegem dentro desse continuum.

Como diz Bursztyn (2000: 28), “para que se caracterize de fato uma situação de exclusão social, é preciso também que se estabeleça uma *desnecessidade* daquele que está em condições de inferioridade na hierarquia social”. A cadeia que se segue à “desnecessidade” desses indivíduos inclui processos igualmente excludentes a diversos níveis da existência humana. Dessa forma, Godinot (1999) apud Bursztyn (p.39) aponta para três etapas dessa exclusão e que revelam a violência social embutida nesse processo: a desqualificação (“onde é construída uma imagem demonizada do “outro” associada a problemas de desordem, insegurança, epidemias e criminalidade, servindo de legitimação a uma ruptura de contrato social.”), a desvinculação daqueles que são rejeitados pela sociedade, se separam das próprias famílias, vivem processos de isolamento social, refletindo-se na auto-estima e em sofrimento psíquico, e a eliminação que “pode se dar tanto pelo extermínio, quanto pela esterilização, pelo genocídio cultural ou mesmo pela deportação”. Buarque (2000) chama a atenção para o processo que gera no “outro” a “dessemelhança”, produzindo-lhes uma identidade que se afasta progressivamente da humana. Bauman (1998) insiste sobre um outro aspecto que é o que define nesses indivíduos, incapazes de consumir em uma sociedade de consumo, como a “sujeira da pós-modernidade”.

Tentando tornar mais evidentes as dimensões que interagem entre si na produção da exclusão social, Escorel (2000) empresta de Castel (1991) os eixos socio-familiar e econômico-ocupacional e acrescenta os eixos da política (cidadania), cultural (valores simbólicos) e o âmbito da vida. O eixo socio-familiar refere-se a vínculos familiares, relações de amizade, de vizinhança, níveis de interação estabelecidos em vários grupos; o eixo econômico-ocupacional refere-se sobretudo ao mundo do trabalho, e “se desenvolve entre uma inserção estável e regular que conjuga o binômio assalariamento (rendimentos) e proteção social, típica das sociedades de trabalho dos países centrais, e uma condição de ruptura dos vínculos (desemprego crônico ou jovens que nunca conseguiram estabelecer sequer um vínculo precário). Exclusão nesse âmbito é mais do que ocupar uma posição marginalizada no processo de produção e acumulação capitalista – e é a condição contemporânea de ser supérfluo e desnecessário” (ibid, p.142). O eixo político/cidadania analisa “a formalização e a experiência de direitos”, regras de reciprocidade, recursos de poder, participação social, etc. O eixo cultural inclui processos de subjetivação, construção de identidades, relação com o outro, troca de valores simbólicos, representações sociais. Finalmente, o âmbito da vida é o que a autora (p.145) caracteriza como “pano de fundo de todos esses processos” e “no qual podem ser analisadas trajetórias de inserção/vinculação por meio dos fenômenos relacionados à saúde/doença e à violência. Entre o pólo positivo de uma vida saudável e longa e o pólo negativo da morte, encontramos diversos episódios de morbidade, mortalidade, diferenças de esperança de vida, gravidade de patologias, incidência preferencial de causas de doenças e mortes em determinados grupos sociais (...), além das iniquidades existentes em relação ao acesso e à utilização dos serviços de saúde de qualidade. Todos esses fenômenos revelam tanto a distinção que há entre viver

e sobreviver quanto o grau de dificuldades encontradas por uns e por outros para permanecerem vivos”.

Exclusão



Seguindo esses autores, pode-se perceber que as medidas de desigualdade social, culminando com aquelas que definem a situação de exclusão social, não podem ser tomadas separadamente, porque elas interagem quer no senso de potencializar-se mutuamente ou de produzirem um efeito de compensação que reduz o impacto de cada uma isoladamente. Como diz Harvey (1973, apud Bursztyn, 2000, p. 48-49): "(...) um conjunto de facilidades e serviços (como educação, saúde, saneamento básico e segurança pública), além de amenidades não objetivamente quantificáveis (como beleza cênica e lazer), pode contribuir para elevar a qualidade de vida efetiva da população. Residindo nas proximidades das áreas urbanas mais bem dotadas de infra-estrutura, as populações mais pobres também usufruem – mesmo que marginalmente – de certas vantagens, que podem ser contabilizadas como “renda” adicional. Nesse sentido, cada indivíduo dispõe de uma “renda real”, que pode ser superior ou inferior à sua “renda monetária”, dependendo do acesso que tenha aos serviços, às amenidades e à infra-estrutura urbana”.

2.4 Desigualdade e Serviços de Saúde no Brasil e na Bahia

O Brasil, maior país da América Latina, distribui sua população de quase 200 milhões de habitantes entre os 25.549 municípios espalhados de forma desigual, pelos 8,5 milhões de Km² de extensão continental. Sua estrutura federativa comporta 26 estados, 1 Distrito Federal e 01 União que competem entre si pelos recursos financeiros, no que chegou a ser conhecido como "guerra fiscal". Destes recursos públicos, alocados para o setor Saúde,

53% recursos executados diretamente por estados e municípios fundo a fundo e 47% mais crédito financeiro no FNS (com capacidade de ordenação de despesa descentralizada).

Historicamente, temos uma Previdência Social que executou por décadas uma política de compra de serviços de terceiros gerando problemas de ineficiência e iniquidade do sistema, com aumento do gasto na provisão de serviços próprios estatais. A manutenção da maior parcela do financiamento dos serviços pelo nível federal ocorre na proporção de 2/3, ou seja, em torno de 4 % do PIB, oscilando bastante entre estados (Norte e Nordeste contribuem mais) e com média entre os municípios de aproximadamente 12%.

Outras características do financiamento no Brasil apontam para uma grande diferença entre regiões, com o Sudoeste mais terceirizado, e a existência de competição entre serviços próprios e privados, além de uma baixa regularidade de instrumentos jurídicos contratuais 70% das internações hospitalares - rede privada (1/2 filantrópico e 1/2 não-filantrópico).

Dono de um sistema de financiamento pluralístico, e de um setor de saúde complexo, sofisticado, o Brasil deve responder às demandas do nível básico, médio e alto através de um sistema universal, unificado e descentralizado, segundo os princípios e diretrizes estabelecidos pela Constituição de 1988 e leis complementares emitidas durante os anos noventa com a sigla de NOBs - Normas Operacionais Básicas, e a partir de 2000, como NOAS - Normas Operacionais de Assistência à Saúde.

"A crise fiscal em 1993 deu o impulso para a introdução de um sistema explícito de controles de custo, que consistiu em dividir o orçamento Federal para a saúde em orçamentos estaduais. Os governos dos estados teriam assim, a autoridade para alocar estes orçamentos. Este poder dado aos governos de estados foi concebido como uma fase transitória, visto que a constituição dá esta responsabilidade aos governos municipais. Governos estaduais mantiveram - e às vezes aumentou - a concentração de despesas de saúde originária do nível federal, em algumas localizações geográficas dentro do estado e dentro destas localizações os recursos alocados aos provedores individuais sem o benefício de regras de distribuição transparentes. Desde 1996, há um movimento tentativo de mudança de poder sobre a gestão dos recursos federais dos governos estaduais para os municipais. Desde 2001 há uma tentativa adicional para criar microrregiões de saúde que administraria parte destes recursos. Em 2000 O Congresso aprovou Emenda Constitucional 29, definindo designação de 12% e 15% dos orçamentos de estados e municípios para a área da Saúde" (BM, 2002).

As NOBs introduziram duas reformas de impacto no acesso à Atenção Básica: um pacote básico de serviços a serem providos pelos municípios à população e financiados pelo governo federal por um pagamento fixo per capita - PAB (Piso Assistencial Básico); e a responsabilização pela atenção de maior complexidade pelos municípios habilitados na "Gestão Plena do Sistema Municipal". Assim, para os municípios capazes de gerir sua rede básica, os recursos para a média e alta complexidade são retidos distribuídos pelo nível estadual através de uma programação pactuada - PPI. Enquanto aqueles municipalização da Atenção Básica se universaliza na prática enquanto a assistência mais complexa "atinge uma pequena fração de municípios com resultados controversos em termos de eficiência" (BM, 2002).

A Bahia apresentou na última década, resultados significativas no estado de saúde da população, como demonstram alguns indicadores como a mortalidade infantil e mortalidade materna, entretanto, a morbidade permanece alta, atingindo principalmente a população mais pobre. O quadro dos recursos públicos pode ser acompanhado em Relatório feito pelo Banco Mundial:

"Em 2000, a Bahia gastou o equivalente de 6.7% do GDP estadual em cuidado de saúde. O setor público financia 45% desta despesa⁵. O Governo Federal era o contribuinte maior, com 57% do total, suas transferências foram alocadas para Atenção Básica (27%), média complexidade (63%) e atenção de alta complexidade (10%). As transferências Federais para Atenção Básica vão diretamente para municípios como recursos do PAB. Dezenove das 417 municípios do Estado foram qualificadas para Gestão Plena do Sistema Municipal, e recebem 9% das transferências federais para a Bahia para atenção de Média Complexidade. O Governo de Estado na Bahia, continua gerindo dois terços das transferências federais para saúde. O governo do estado financia um quarto das despesas públicas em saúde, quase 80% destas são gastos em procedimentos de média complexidade realizados pela rede própria do governo do Estado. O Governo de Estado aloca só uma proporção pequena de seu orçamento para a Atenção Básica. Os Municípios financiam aproximadamente 20% do setor público de saúde do total gasto na Bahia, com seus próprios recursos. Aproximadamente quarenta por cento destes são gastos em Atenção Básica, o restante alocado a procedimentos de média complexidade. Há variações significativas do gasto *per-capita* em saúde entre os Municípios, isto não é surpreendente visto que há uma grande variação em população (de 2,987 a 2.25 milhões) e em condição de gestão (19 certificados em gestão plena)".

O relatório conclui ainda que existe grande desigualdades na distribuição geográfica de recursos públicos *per capita* em saúde, sendo que em algumas micro-regiões se consomem seis a dez vezes mais cuidados de Média e Alta Complexidade que em outras. A concentração dos recursos estaduais na folha de pagamento dos seus próprios funcionários mantém a iniquidade na distribuição geográfica, uma vez que os hospitais beneficiários tendem a se localizar nos grandes centros urbanos, como Salvador. "Estimativas dos benefícios recebidas pela população local sugerem que com mais ou menos 18% da população do Estado, a Região Metropolitana consome 30% das transferências federais para atenção complexa e 57% de despesas de saúde provenientes do tesouro do Estado - isto é equivalente a aproximadamente 40% dos recursos federal e estadual⁶ (BM, 2002).

2.5 Desigualdade, Saúde e Gênero: a vulnerabilidade ao adoecimento

Várias doenças ou problemas de saúde produzem consequências negativas na vida das mulheres, o que, muitas vezes, atingem diretamente aqueles membros da família que

⁵ Apesar de constitucionalmente Ter-se um direito universal e gratuito, o usuário paga 55% do custo dos cuidados. Cerca de 7% de suas despesas do usuário é gasto com saúde.

⁶ Esta estimativa é referente ao consumo de serviços pela população, e não `produção de serviços pelos provedores. Importante considerar a diferença entre estes dois conceitos. Internacionalmente, gastos com saúde, são sempre concentrados em poucos lugares, onde estão concentrados os serviços e a população de pequenas localidades são encaminhadas para as grandes cidades para obtenção de serviços de maior complexidade

dependem das mesmas. Alguns estudos têm enfatizado o importante deslocamento de experiências de violência sofridas por mulheres para o corpo (Low, 1994; Huber, 2002; Pandolfi, 1993). O corpo não só é o receptáculo de agressões de várias ordens, mas ele também serve para exprimir experiências dificilmente traduzíveis por palavras (Nunes, 1999; Blankenburg, 1991). Assim é que muitas experiências de dor e de sofrimento são condensadas em metáforas corporais (Low, 1994), ou mesmo são transformadas em reais patologias (Kirmayer, 1993). De um lado, para os terapeutas da palavra, a possibilidade de elaborar essas experiências a partir da construção de narrativas é um recurso poderoso e liberador, que envolve muitas vezes processos culturais desenvolvidos de forma intergeracional de modo a fortalecer mulheres mais vulneráveis ligadas por laços sanguíneos ou sociais. Para partidários de outras vertentes, essa elaboração pode se fazer por meio de técnicas corporais diversas desenvolvidas por abordagens variadas.

No presente projeto, queremos avaliar de que modo as mulheres vivenciam episódios de doença, que itinerários terapêuticos (formais ou informais) percorrem, como solucionam (ou não) esses problemas e de que forma essas experiências de adoecimento revelam situações de desigualdade social reveladas por diferenças de renda, de raça, de acesso a serviços de saúde. Tem-se como intenção observar esse fenômeno de forma diacrônica, tomando para isso a experiência de mulheres situadas em uma cadeia intergeracional.

2.6 Estudos intergeracionais e a gênese da desigualdade de gênero e raça em saúde

Como já foi abordado anteriormente, vários estudos buscam associar renda familiar com mortalidade na população, ocorrência de doenças e expectativa de vida. A renda familiar apesar de representar um nível de desagregação importante para muitas associações pode mascarar a renda individual em famílias numerosas, podendo dessa forma se recorrer à renda familiar per capita como medida mais apurada do nível de pobreza entre os vários extratos de renda.

Muitos estudos macroeconômicos sobre desigualdades procuram investigar os efeitos da distribuição de renda, correlacionando às variáveis gênero e raça, que trazem evidências importantes de iniquidade. Através de revisão bibliográfica, Kawachi et al (1999) encontrou inúmeros estudos documentando a ocorrência de conseqüências deletérias para a saúde dos afro-americanos, ocasionadas por discriminação racial. Inclusive estudos que demonstram aumento dos níveis pressóricos nesta população em função do comportamento discriminatório. Em estudo ecológico em 39 estados americanos, os autores encontraram uma associação significativa entre visões culturais racistas que percebem os negros como biologicamente inferiores, e aumento de mortalidade nos negros. Nesses estados as decisões políticas seriam influenciadas por estereótipos perversos que afetariam, dentre outras coisas as relações de trabalho do grupo oprimido. Esse tipo de estudo transversal não permite, segundo os autores aprofundar nas causas das dos comportamentos desiguais, denominados no estudo de desrespeitosos, nem da variabilidade regional encontrada. Os autores chamam ainda à atenção para a vulnerabilidade de minorias urbanas para promover mudanças estruturais sócio-econômicas refletindo-se em um processo de "vitim-blaming".

Herança do modo escravista de produção, as desigualdades raciais em relação aos negros não declinaram com o crescimento econômico como a maioria dos autores, quer liberais, quer marxistas, previam. Mais recentemente, Hasenbalg (apud Wood & Carvalho, 1994) analisando as práticas raciais nos grupos dominantes brasileiros, considerou-as como um comportamento relacionado principalmente à obtenção de benefícios materiais e simbólicos pelos brancos através da desqualificação sistemática dos não-brancos como competidores. Assim, nascer não-branco no Brasil significa estar exposto a um ciclo de desvantagens cumulativas na mobilidade intergeracional. Usando dados da PNAD de 1976 ele encontrou que a probabilidade de melhoria da condição social de uma geração para outra era bem menor nos não-brancos. Por outro lado “as diferenças inter-raciais das oportunidades de mobilidade ascensional aumentavam quanto mais alta fosse a condição social originária”, demonstrando a perpetuação das desigualdades raciais por meio de “práticas discriminatórias e estereótipos culturais feitos pelos brancos sobre o papel adequado para negros e mulatos” (apud Wood & Carvalho, 1994:157). As práticas discriminatórias de trabalho aparecem nas remunerações desiguais para cada raça por nível de educação

Segundo estudo de Cochrane (1980) em áreas metropolitanas brasileiras, crianças não-brancas mostram maior probabilidade de morrer se comparadas às nascidas de mulheres brancas, mesmo após o controle por região, renda familiar e educação paterna, indicando que as diferenças sociais usualmente estudadas não explicam as diferenças de qualidade de vida entre esses dois grupos. Wood & Carvalho (1994) analisando os dados censitários de 1980 encontram resultados indicando que as diferenças raciais no número médio de anos de expectativa de vida persistem mesmo após a introdução de controles como renda familiar e nível educacional, mantendo-se a diferença de mortalidade superior nos grupos de renda média e alta, "isto é, os filhos de mulheres brancas sem escolaridade sobrevivem aos filhos de mulheres não brancas sem escolaridade em uma média de 4,5 anos" (:164). Esse padrão encontrado demonstra para os autores a persistência da condição negra como *estigma* responsável por formas mais complexas e sutis de desigualdades dentro do sistema de estratificação social afetando as relações interpessoais e em última instância a vida e a saúde dessa população.

As desigualdades entre sexo também têm sido exaustivamente investigadas através de estudos ecológicos transversais. O argumento de que a redução da iniquidade sexual reduziria a violência contra mulheres levou Yllo (1999) a estudar a violência contra esposas utilizando um índice do *status* da mulher composto pelas dimensões: econômica, educacional, política e legal através de vários indicadores. Ainda que a violência decline conforme o *status* da mulher aumenta, nos estados americanos onde o *status* feminino é alto o nível de violência permanece alto, sugerindo que no quintil mais baixo ela está associada com um esforço de "manter a mulher no seu lugar", enquanto nos quintis de maior *status* ela reflete os conflitos conjugais que a ascensão da mulher provoca, aumentando inclusive a reciprocidade da violência nesse nível. Assim, o aumento da violência contra mulheres de maior *status* poderia estar refletindo um período de transição (reação masculina e contra-reação feminina) para uma cultura de maior equidade em prazo mais longo.

Comparando 50 estados americanos, Kawachi et al (1999) encontrou que o status feminino é fortemente preditivo em relação às taxas de mortalidade dos homens, o que deve estar relacionado com a iniquidade e mortalidade tanto para homens quanto para mulheres e que

isto implica em custos sociais relevantes. Os autores também comentam a limitação desse tipo de estudo e a importância de se investigar resultados em saúde, violência doméstica, saúde mental, *status* funcional e comportamentos saudáveis que possam capturar as experiências de saúde das mulheres ao longo de suas vidas.

No Brasil os estudos macros sobre desigualdade envolvendo gênero são raros e estão mais concentrados na área educacional (escolaridade materna) ou envolvendo o papel reprodutivo da mulher.

Pandolfi (1993), antropóloga italiana e psicanalista, tem se dedicado a um interessante estudo que acompanha a sociedade italiana, desde períodos históricos onde prevaleciam terapêuticas tradicionais de cuidado à saúde até o momento contemporâneo, onde um contexto urbano e moderno, ou pós-moderno, tem definido novas formas de lidar com o corpo e com a atenção à saúde. A antropóloga debruça-se preferencialmente sobre o universo feminino e sobre os laços que se tecem entre mulheres de uma mesma família, pertencentes a diferentes gerações, em torno de situações de aflição à saúde. Pandolfi examina esses laços, perpetuados inclusive em situações de migração, onde ela observa a centralidade e crucial importância dos mesmos no manejo de situações de vulnerabilidade produzidas pelo adoecimento de pessoas que, pelo próprio contexto migratório, situam-se em uma condição de desamparo e de fragilidade de redes de apoio.

A autora, interessada sobre o uso do corpo como metáfora da realidade social, observa que, na verdade, o discurso estabelecido pelas mulheres acerca do seu adoecimento e dirigido para as suas mães expressa não apenas a situação do adoecimento físico, mas uma vivência historicamente construída da sua condição de mulheres que experimenta um contexto social específico. Pandolfi constrói o conceito de “corpo memorial” para referir-se a essa condição histórica e social incorporada e traduzida “entre mulheres”. Essa tradução, segundo a autora, é veiculada por diferentes meios conforme o período histórico e o contexto social de inserção. Desse modo, enquanto as avós e as mães podiam-se utilizar de meios tradicionais como a possessão para exprimir uma situação de aflição, as filhas recorrem prioritariamente à narrativa sobre doenças. Logo, enquanto no primeiro contexto tem-se o corpo em ação, no segundo, recorre-se ao corpo falado.

Esse estudo revela-se muito importante pelo fato dele evidenciar que situações de doença são situações privilegiadas para se compreender de que modo as pessoas interagem entre si e, nessas interações, ao mesmo tempo em que exprimem o sofrimento físico e psíquico produzido pelo adoecer, elas estão também a reportar-se, direta ou indiretamente, ao sofrimento social. Nessas situações, as redes intergeracionais revelam-se redes privilegiadas de escuta e de fala e redes privilegiadas de produção de significados acerca da experiência do sofrimento e de seus determinantes.

Em estudo etnográfico desenvolvido na cidade de Cachoeira, interior da Bahia, foi observado de que modo situações de desordem familiar e social repercutem em situações de doença que acometem gerações posteriores (Nunes, 1999). Essas situações são na sua maioria interpretadas a partir do idioma religioso quando as pessoas referem que o adoecimento de um membro da família deveu-se ao fato de um dos seus antepassados não ter cumprido suas obrigações religiosas. Evidentemente que uma leitura antropológica de

segundo nível vai interpretar o que está simbolizado nessa referência religiosa e, nesse caso, uma riqueza de outros elementos aparece como: conflitos nas relações sociais, adversidades de várias naturezas, situações de precariedade econômica, dentre outras.

Essa mesma situação foi descrita por Zemleni (1977) em contexto africano, ao que o autor denominou recessividade social da doença. Ou seja, as doenças, em algumas sociedades mais tradicionais, tendem a estender-se para além do corpo individual, acometendo o corpo familiar, e exigindo para a sua “cura” que todo o grupo se implique. Nesse sentido, reforçam-se laços intergeracionais na busca de soluções para problemas que acometem seus membros, sejam eles problemas de doença física, ou sofrimentos outros que se expressam através de sintomas corporais. Nesse sentido, mudanças culturais importantes vividas pelas novas gerações afetam esse mecanismo social, efetuando uma ruptura desses laços, que podemos muitas vezes interpretar como laços de solidariedade. Pode-se então questionar o que, em sociedades individualistas modernas, tem ficado no lugar desses outros mecanismos sociais para lidar com situações de aflição, nas quais as doenças se inserem.

Um outro tipo de estudo aborda a questão intergeracional de um ponto de vista biográfico. É o caso do estudo de Bozzoli (1991) conduzido com mulheres sul-africanas. Nesse caso, o estudo explora a trajetória de vida e suas mudanças a partir do relato dessas próprias mulheres. A autora está particularmente interessada em “examinar os processos e eventos mais vastos que moldaram as experiências de negras sul-africanas; explorar as formas específicas pelos quais o gênero afetou suas vidas; e, mais importante, estudar as formas de consciência que elas expressam nas suas próprias interpretações das suas histórias” (p.1, minha tradução). Embora nesse estudo, a saúde não seja um tema particularmente em foco, ele guarda uma importância muito grande para a presente pesquisa, porque elabora teórica e metodologicamente o tema de como grupos e pessoas constroem consciências (muitas das vezes ocultas) acerca da sua vida no mundo. Esse sujeito situa-se na base do entendimento, buscado pela atual pesquisa, acerca da forma pela qual mulheres negras das classes populares compreendem os determinantes sociais de doenças e o processo de exclusão do sistema formal de saúde vivido pelas mesmas e por seus familiares.

Em resumo, a perspectiva intergeracional pode ser apreendida a partir de três ângulos diferentes: 1) a partir do encontro entre pessoas de distintas gerações e das suas produções intersubjetivas; 2) a partir de histórias de vida de pessoas idosas, com a reconstituição dessas diversas experiências geracionais vividas por elas mesmas e resgatadas através da sua memória, e 3) a partir de histórias de pessoas idosas, contadas por seus filhos ou netos.

No presente estudo, um aspecto importante é observar como as mudanças intergeracionais são negociadas no encontro entre as mesmas quando se trata das suas visões e práticas acerca do processo de iniquidade, discriminação e exclusão em relação ao processo saúde-doença-cuidado. O atual estudo ressalta a importância de compreender as mudanças econômicas e culturais numa perspectiva histórica e de como essas mudanças intervieram sobre a relação entre desigualdades e saúde. Por exemplo, fazendo-se a hipótese de que o acesso a serviços de saúde tem-se ampliado no Brasil desde a década de 80, com a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), pode-se imaginar que isso tenha tido um impacto favorável sobre a saúde das pessoas, sobretudo pertencentes a grupos economicamente mais desfavorecidos. Por outro lado, pode-se questionar se mudanças

culturais, como a redução ou fragilidade de redes de apoio em sociedades mais individualistas, como a que encontramos contemporaneamente, sobretudo em grandes centros urbanos, não produzem o efeito inverso, agindo negativamente quando de episódios de doença.

Todos esses fatores podem dar uma dimensão da complexidade envolvida na compreensão da relação estabelecida entre desigualdades sociais e saúde que precisa ser compreendida à luz de múltiplos determinantes que atuam não apenas em confluência, mas estabelecendo entre si uma ação por vezes sinérgica, por vezes antagônica, o que, para ser melhor entendido, necessita de um estudo que persiga essa complexidade nos seus múltiplos níveis: macro e micro; quantitativo (por uma análise de multi-variáveis) e qualitativo (por uma abordagem em profundidade, experiencial e pragmática).

3 JUSTIFICATIVA

A "Carta compromisso: pela consolidação do sistema de saúde. Por uma política da cidadania" (2002) propõe como prioridades da Organização do Sistema Nacional de Saúde: equidade, financiamento, recursos humanos e "controle social":

"... É necessário compromisso com o correto cumprimento da Ementa Constitucional no. 29, elevando o atual patamar de gastos no setor, particularmente dos investimentos públicos, evitando a dicotomia entre o SUS para pobres, idosos, doentes crônicos e portadores de deficiências e o segmento de planos e seguros de saúde para os ricos e remediados".

No documento "Desenvolvimento do SUS: avanços, desafios e reafirmações de princípios e diretrizes, o compromisso número um é com a equidade. O dois com a "Adequação da oferta de serviços de saúde às necessidades e prioridades da população". Em consonância com as aspirações do setor Saúde brasileiro e da população brasileira, o "Projeto Economia da Saúde: Fortalecendo Sistemas de Saúde para Reduzir Desigualdades" financiado pelo MS/IPEA/DFID em parceria com as secretarias estaduais e instituições acadêmicas dos estados da Bahia, Rio de Janeiro, Ceará e São Paulo elegeu como meta maior a melhoria da saúde e como objetivos principais:

"... aumentar o uso de ferramentas de Economia da Saúde nas políticas bem como na prática em nível federal e estadual através da estimulação da demanda através de trabalhos práticos, tais como contabilidade de recursos de saúde, análise de custos, alocação de recursos, financiamento da saúde e estudos de avaliação econômica e outras atividades, que serão identificadas como sendo úteis pelos elaboradores de políticas, e melhoria do abastecimento, trabalhando com instituições acadêmicas relevantes para desenvolver capacidades de treinamento e pesquisa que aumentem a disponibilidade de economistas da saúde e profissionais de saúde com habilidades básicas em economia da saúde" (HLSP, 2001).

A compreensão de que a concentração de renda no Brasil é crescente tornando-o um país desigual. Que essa desigualdade tem mantido os estados do norte e nordeste em desvantagem histórica. Que os conhecimentos sobre os desníveis econômicos enquanto geradores de desigualdades podem ser úteis para a definição de políticas equitativas, mas que é necessário conhecer melhor esta realidade no nível empírico assim como definir com mais propriedade os conceitos associados à desigualdade em estudos desta natureza tornando-os operacionalizáveis e próximos da realidade observada. E de que para capacitar em estudos econômicos abordando a desigualdade há que se fazer um grande esforço nos vários níveis de determinação das políticas tecnológicas no campo da Saúde que incluem o fortalecimento das instituições acadêmicas que dão suporte aos estados mais pobres. Esse entendimento e as inúmeras questões geradas pelas iniquidades no acesso, na demanda e utilização dos serviços associadas a renda, gênero e raça que a revisão bibliográfica e documental desse projeto sugere, orientam os objetivos deste estudo descritos a seguir:

4. OBJETIVOS GERAIS

- 4.1 Analisar as diversas dimensões das Desigualdades em Saúde, expressas nos conceitos de Iniquidade, Discriminação e Exclusão, na demanda, acesso e utilização de serviços de saúde.
- 4.2 Testar diferentes modelos analíticos para estudos de desigualdade em saúde

5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 5.1 Analisar o efeito da distribuição de renda, gênero e caracterização racial na demanda acesso e utilização de serviços de saúde usando dados da PNAD/SS-98.
- 5.2 Analisar a iniquidade na alocação de recursos públicos para a saúde, usando o método de "*benefit incidence*".
- 5.3. Estudar a exclusão social como um processo intergeracional de discriminação e desacumulação de capital social.

6. ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

O presente trabalho tem uma abordagem metodológica bastante sofisticada no sentido de dar conta da complexidade do processo estrutural que define as várias dimensões da desigualdade em saúde seja na busca da sua recuperação, seja na percepção do adoecer.

A experiência de trabalho multidisciplinar foi essencial na definição da metodologia principalmente na busca dos elementos integrativos dos diferentes níveis, em síntese os conceitos operacionais de renda, discriminação e exclusão relacionados ao acesso e utilização dos serviços.

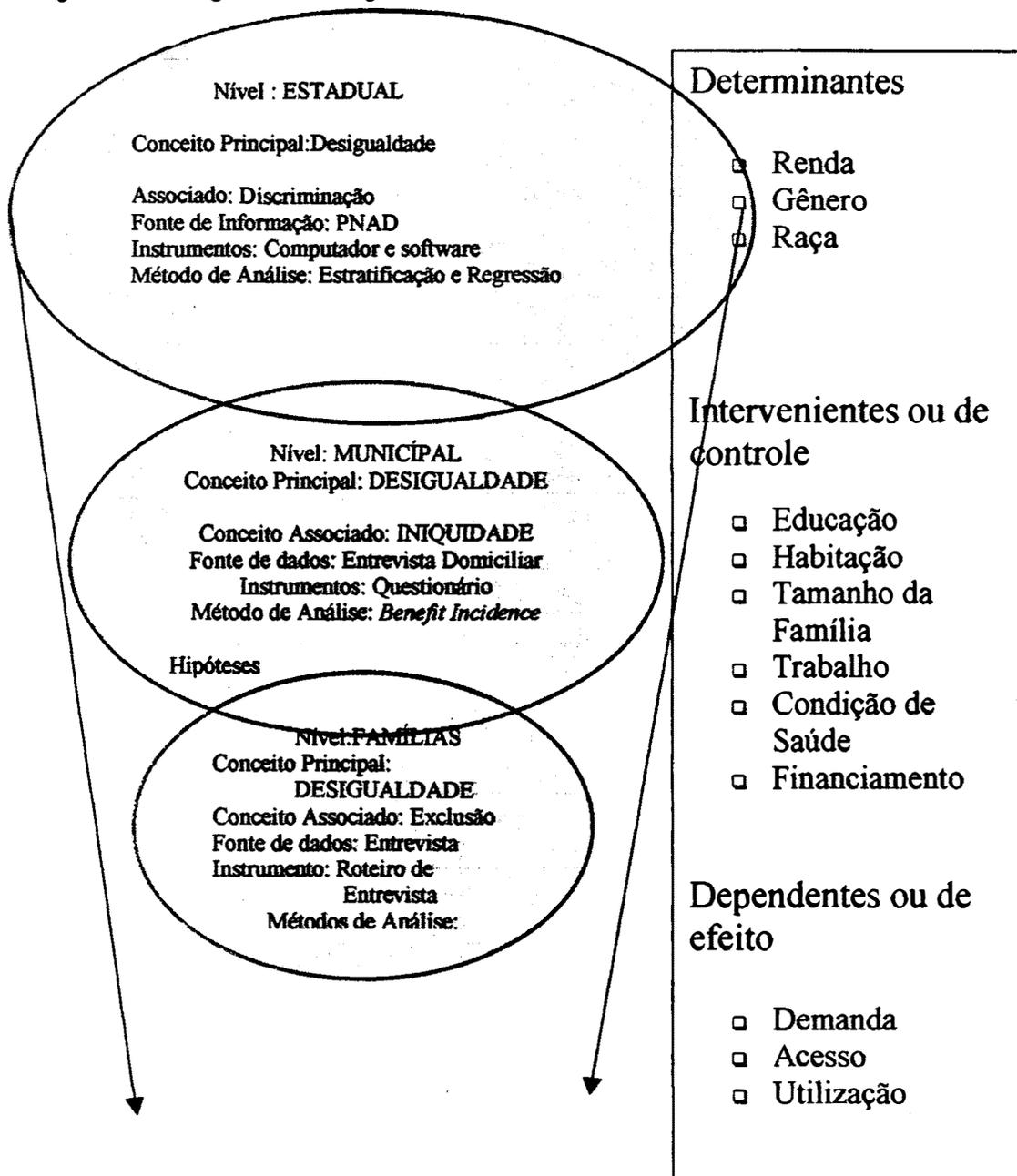
Para facilitar a compreensão do projeto a metodologia para cada nível do estudo será apresentada em separado. Entretanto, os dados são inter relacionados e complementares nos diversos níveis. Isto irá representar uma economia na coleta dos dados e estimular a integração da equipe pela apropriação de metodologia de coleta e análise de dados prevalentes em subdisciplinas. O caráter inovador da metodologia deste projeto é superar as barreiras dos rótulos disciplinares e buscar uma teoria comum subjacente aos diversos enfoques e níveis de análise.

A figura 1 apresenta de forma esquemática a estratégia metodológica da investigação, em alusão a um olhar telescópico de aproximações sucessivas sobre um mesmo objeto. Cada um dos níveis de observação busca os mesmos elementos essenciais que irão procurar responder as indagações centrais da investigação, claro que com diferentes níveis de aproximação do objeto. Para cada um dos níveis são especificados os conceitos, fontes de informação, instrumentos de coleta e técnicas analíticas mais apropriadas .

O primeiro nível tem como referência espacial o Estado da Bahia e utilizará os dados da PNAD-98 como input para as análises estatísticas. O segundo nível tem como referência espacial o Município e obterá dados sobre financiamento provenientes do estudo sobre Contas Regionais de Saúde, já aprovado pelo Projeto Economia da Saúde. Os dados sobre utilização de serviços serão obtidos utilizando-se um inquérito domiciliar que poderá servir de informação adicional ao projeto de Alocação também aprovado pelo PES. O método de análise dos dados será o de incidência de benefícios.

Os dados deste inquérito serão importantes para a seleção das famílias objeto do terceiro nível de observação. Neste nível serão obtidos os dados para um estudo de antropologia econômica buscando-se estabelecer a inter relação entre processos econômicos e sociais em um estudo intergeracional, entendendo que as necessidades e demandas por saúde em uma determinada formação social, é relacionada com a oferta destes serviços. Mas, que este processo não pode ser interpretado sem a definição cultural de necessidade e/ou demanda e sem a compreensão das convenções que determinam quando e como estas necessidades serão satisfeitas.

Fig. 1 – Estratégia Metodológica



7 CONCEITOS BÁSICOS UTILIZADOS NESTE ESTUDO

Nos estudos sobre desigualdade a primeira distinção que se faz necessária para um uso claro e inequívoco dos conceitos se refere à *equidade* e *igualdade*. Para Vieira & Almeida (2002), o uso indiscriminado dos dois conceitos pode comprometer a função analítica da categoria *equidade* (*equity*), correspondendo a *desigualdade* (*inequity*) às evidências observadas empiricamente. Para esses autores, as injustiças sociais, a nível, portanto, de determinação, é que transformariam as diferenças em *desigualdade*. Castellanos considera como desigualdades em saúde aquelas vinculadas às condições de vida, sendo portanto redutíveis ou desnecessárias (Nunes et al, 2001)

Enquanto o conceito de *diversidade* se refere à variação de características na população em relação ao gênero, etnia, cultura, nacionalidade, geração, a *diferença* expressaria os efeitos da diversidade ou da desigualdade na esfera individual podendo ser medidos através de indicadores de risco (Relatório, 2002).

Enquanto a igualdade pode ser considerada como o “princípio pelo qual todos os cidadãos podem invocar os mesmos direitos”, a equidade ao incorporar a idéia de justiça se diferencia da igualdade, sendo a desigualdade assumida como sinônimo de injustiça, ou iniquidade, traduzindo relações onde os direitos fundamentais são desrespeitados e a dignidade ferida. Igualitário dessa maneira é o “sistema que preconiza a igualdade de condições par todos os membros da sociedade” (Nunes, 2001).

Os diferentes critérios relacionados com a justiça distributiva dificultam a definição desse conceito que pode ser interpretado através de vários enfoques. Rawls (1997), criticando a noção utilitarista, considera justo o tratamento desigual que beneficia o indivíduo com maior necessidade. Esse pressuposto está expresso no axioma de *maxim* que propõe nas decisões a substituição do critério da soma das utilidades dos indivíduos, pela alocação que tenha capacidade de aumentar a utilidade dos indivíduos em piores situações.

Para Sen (2000), o critério proposto por Rawls com base na distribuição de bens primários não seria suficiente para assegurar a equidade, pois se basearia nas liberdades (*liberties*) formais ou processuais asseguradas pelos direitos civis e políticos sem considerar as privações dos menos favorecidos e nem a natureza dos processos que geram oportunidades e liberdade de escolha. As liberdades substantivas (*freedoms*) assim se referem às capacidades elementares como ser alfabetizado, estar sem fome, ter participação política, liberdade de expressão e livre da morbidade evitável e da morte prematura. Dessa maneira, *equidade* para Sen seria fundamentalmente a capacidade dos indivíduos de usufruir uma vida plena e satisfatória e o desenvolvimento como um processo de expansão do gozo real das liberdades humanas.

A constituição brasileira adota o conceito de igualdade: “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza”, bem como “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (C.F., art. 3º, III e IV). A separação entre os princípios de igualdade e equidade não se dá na distinção de direitos entre os indivíduos, uma vez que todos tem igualdade de direitos. A separação

ocorre na forma como esse direito é atendido, o que resulta em perspectivas diferentes em relação a regras distributivas.

Diminuir desigualdades diante da impossibilidade de eliminá-las, deve ser o objetivo central de toda política pública. Buscar essa redução é, também requisito par que uma política pública possa ser considerada como social, já que nem toda ação governamental tem essa virtude apenas porque se situa em setores sociais como saúde, educação, previdência, habitação (Nunes et al., 2001).

8. DESIGUALDADE EM SAÚDE: ANÁLISE DOS DADOS DA PNAD-98

8.1 Metodologia

No nível macro este trabalho baseia-se nos micro dados da Pesquisa Nacional da Amostragem de Domicílios (PNAD), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A PNAD é uma pesquisa anual realizada, desde 1967, em todo o território brasileiro com exceção da área rural da região Norte. Abrange a população formada pelas pessoas residentes em domicílios na área de alcance da pesquisa.

A PNAD possui uma estrutura amostral complexa, estratificada (em três estágios). A estratificação é feita em duas partes. Primeiro há uma estratificação geográfica que divide o país em trinta e seis estratos, sendo dezoito formados por unidades da federação independentes para fins de amostragem e os outros dezoitos formados por todos os municípios das regiões metropolitanas (RMs) e os outros demais municípios das federações (PA, CE, PE, BA, MG, RJ, SP, PR, RS). As RMs são representativas e os demais municípios não situados nas RMs são chamados não representativos. (Silva,2002, p.661).

A PNAD é, portanto, representativa apenas para a RMS e para o estado da Bahia, cobrindo um total de 68 municípios, com 31.151 pessoas moradoras de 10.095 domicílios (IBGE, 1998). Para garantir a representatividade da amostra, a análise se baseou nos pesos proporcionais às diferentes probabilidades de seleção. Foram utilizados os pesos relativos, obtidos dividindo-se os pesos de expansão pela média dos pesos (Lee, et al., 1989).

O desenho amostral estabelecido a partir do censo populacional de 1991 e a contagem da população realizada em 1996 permitem a expansão dos resultados para todas as áreas do país, garantindo a representatividade dos dados para a população do estado da Bahia.

Este estudo será realizado com base nos dados da PNAD do ano de 1998, pois, neste ano, foi realizado um suplemento especial sobre saúde, além dos módulos tradicionais, que atualmente corresponde numa fonte riquíssima de informações que englobam características individuais como sexo, escolaridade, raça, condição na unidade domiciliar, migração, fecundidade e rendimentos salariais e não-salariais.

O Suplemento Saúde da PNAD realizado em 98 é a primeira fonte de informações sobre saúde individual mais abrangente realizada no Brasil, podendo ser dividido em quatro

módulos de perguntas. O primeiro módulo contém basicamente informações sobre o **estado de morbidade dos indivíduos** incluindo os três indicadores mais utilizados para avaliar o estado de saúde dos indivíduos, uma medida da percepção do estado de saúde, uma medida baseada na presença de dificuldade para a realização de tarefas habituais e a terceira medida baseada na presença de algum tipo de doença crônica. O segundo diz respeito à **cobertura privada de serviços de saúde**. Este conjunto de informações é bastante relevante dada à tendência recente de maior participação do segmento privado no provimento e financiamento dos serviços de saúde. A terceira parte do questionário diz respeito às informações de **acesso aos serviços de saúde** sendo possível inclusive discriminar os tipos de serviços de saúde realizados. A quarta parte concerne às informações sobre **gastos pessoais com saúde** (IBGE, 1998a).

Variáveis

As variáveis selecionadas para este estudo, representando os fatores de cada dimensão do marco conceitual, são:

Características socioeconômicas: cor da pele ou raça, sexo para capturar diferenças de gênero e rendimento total per capita (renda total do domicílio pelo número de pessoas do domicílio)⁷. A renda per capita será tratada por quintis de renda.

Necessidade de serviços de saúde: auto-avaliação do estado de saúde (muito bom, bom, regular, ruim, muito ruim), condição de restrição das atividades habituais, frequência de doenças crônicas, motivo da doença que causou a restrição (diarréia, problemas respiratórios, problemas cardíacos e etc) e escala em dias de limitações de atividades habituais.

Acesso e utilização dos serviços de saúde: hábito de procurar o mesmo serviço de saúde; Tipo de serviços procurado: (posto de saúde, consultório particular, ambulatorial, emergência, agentes comunitários), realização de consulta médica (nº de consultas, tempo entre a última consulta, etc); procura do atendimento de saúde nas últimas duas semanas, motivo da procura, número de vezes da procura, tipo de atendimento recebido, se foi atendimento na primeira vez que procurou, o motivo do não-atendimento, rede que prestou o atendimento (pública ou privada), avaliação do atendimento recebido, motivo de não ter procurado o atendimento (falta de recursos financeiros, dificuldade de transporte, falta de informação, etc.) e ocorrência de internação (número, duração, rede pública ou privada, avaliação do atendimento)

Seguro de saúde: cobertura do plano de saúde, avaliação do plano, número de dependentes, valor da mensalidade, responsável pelo pagamento (empregador ou segurado particular) e plano odontológico;

⁷ Segundo Dachs, 2002 existe na literatura uma discussão sobre se em estudos de desigualdade deve-se utilizar a renda per capita ou renda domiciliar. Neste estudo, assim como no de Dachs, optou-se pela renda per capita, porque a rendas domiciliares elevadas tendem a constituir-se por um número menor de indivíduos. Isso significa atribuir melhores condições econômicas relativas aos domicílios em piores níveis de renda per capita simplesmente porque tem mais indivíduos.

9 INIQUIDADE EM SAÚDE: MÉTODO DE ANÁLISE DE “INCIDÊNCIA DE BENEFÍCIOS” A NÍVEL MUNICIPAL

A oferta dos bens públicos por parte do governo geralmente é associada à incapacidade do mercado em ofertá-los eficientemente. Além da questão de eficiência alocativa outro importante ponto em relação a oferta desses bens é a distribuição dos benefícios dos gastos públicos para a população, na medida que muitas das políticas públicas tem como por objetivo garantir que grupos menos favorecidos tenham acesso aos bens e serviços básicos indispensáveis. Assim, monitorar a distribuição dos bens públicos é de extrema importância na condução de políticas que visem minorar as desigualdades existentes.

A análise de Incidência de Benefícios situa-se no contexto da intervenção do Estado na provisão de bens públicos onde o custo marginal de consumo adicional é zero, bens cujo benefício individual conta menos que o da coletividade. Vários procedimentos pertinentes ao setor saúde podem ser considerados bens públicos pois geram externalidades e são bens “não rivais”. Nestes casos existem poucos incentivos para atuação do mercado e é necessário instituir algum tipo de subsídio no sentido de melhorar a eficiência e garantir o acesso ao maior número de indivíduos. Dessa forma, uma importante justificativa para subsidiar serviços de saúde é a busca de maior equidade na distribuição desses bens, ampliando as oportunidades de acesso para os grupos de menor renda e, em geral, com maiores necessidades.

Os gastos públicos afetam a vidas dos indivíduos de diferentes formas, seja indiretamente através de políticas macroeconômicas que afetam o bem-estar geral da sociedade, como políticas fiscais ou antiinflacionárias, ou diretamente através de políticas de transferência de recursos. A oferta dos bens públicos pode ser caracterizada como transferência de recursos para a população, quando o governo subsidia serviços como saúde, por exemplo, transfere renda não monetária. Assim, torna-se imprescindível monitorar a distribuição desses bens dentro da sociedade, identificando os beneficiários desses dispêndios governamentais e, desta forma, verificar o grau de equidade na oferta e utilização desses bens públicos.

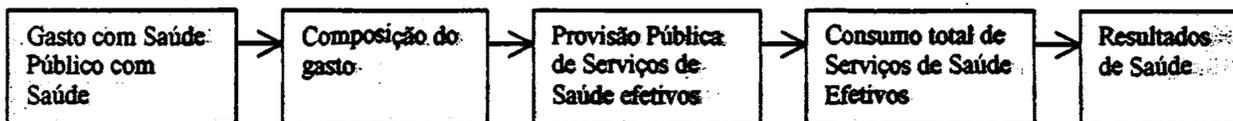
9.1 Metodologia

O método de análise proposto permite identificar quais os grupos da sociedade que se beneficiam das transferências governamentais. Diferentemente dos bens de mercado em que o preço reflete o valor dado pelos indivíduos (e que combinando com as quantidades demandadas podem indicar o benefício gerado pelo seu consumo), os bens públicos, ou os bens subsidiados pelo governo, necessitam de um aparato metodológico específico para medir a incidência dos seus benefícios.

O método ‘Benefit Incidence’, ou Incidência de Benefício, permite identificar quais os grupos sociais que se beneficiam dos subsídios governamentais, a população pode ser dividida por critérios diversos como renda, gênero, raça ou local de residência e, assim, é possível identificar-se quais os grupos que mais se beneficiam dos gastos governamentais na oferta dos bens públicos. No setor de saúde essa metodologia mostra-se extremamente

valiosa, na medida que permite identificar o grau acesso dos grupos mais vulneráveis aos serviços de saúde.

Para a aplicação no campo da saúde alguns passos metodológicos são necessários, Filmer, Hammer e Prichett (1998) propões uma estrutura de análise que relaciona os gastos governamentais com saúde e os resultados de saúde medidos entre a população.



Neste estudo observaremos em primeiro lugar a relação entre gasto público com saúde e a composição deste gasto para avaliar a prioridade política dada a um determinado modelo assistencial, assim como a oferta efetiva dos serviços. Em segundo lugar analisaremos a relação entre a utilização dos serviços e os resultados avaliados em termo da qualidade do serviço recebido.

A questão principal da análise de incidência de benefícios é a seguinte: Até que ponto os gastos governamentais estão direcionados para os serviços que podem melhorar a vida dos grupos mais vulneráveis da sociedade?

Para efetuar a análise de incidência de benefícios o primeiro passo é obter informações sobre a utilização de diferentes tipos de serviços públicos (próprios ou conveniados) de saúde, no caso desta proposta, por unidade domiciliar e associar estas informações com dados dos gastos públicos para prover estes serviços.

A incidência de benefícios dos gastos públicos com saúde pode ser estimada para grupos específicos (renda, gênero, raça) seguindo-se os seguintes passos da metodologia proposta por Demery (2000).

1. Obter estimativas da unidade de subsídio para prover um serviço específico. Este dado pode ser obtido de fontes oficiais (SIOPS, DATASUS, Balanços Governamentais);
2. Identificar os usuários dos serviços subsidiados e que, portanto, receberam um subsídio em "utilidade";
3. Agregar os indivíduos (ou domicílios) em subgrupos da população para comparação da distribuição dos subsídios entre os diversos grupos (renda, gênero, no presente caso).

O modelo apropriado para o cálculo é dado pela seguinte fórmula:

$$IB = \sum_{i=1}^I e_{ij} \cdot S_i$$

e = Parcela do grupo j no total de visitas para o serviço de saúde i

10. A FACE DA EXCLUSÃO SOCIAL EM SAÚDE: UMA ABORDAGEM MULTIGERACIONAL

O nível familiar e intergeracional do presente estudo visam deter-se em uma análise em profundidade da forma pela qual mulheres negras das classes populares compreendem os determinantes econômicos de doenças e o processo de exclusão do sistema formal de saúde vivido pelas mesmas e por seus familiares. Busca-se ainda entender qual o impacto da melhoria de acesso a serviços de saúde formal sobre a auto-percepção de doença produzida por essas mulheres, sobre suas representações acerca dos determinantes dessas doenças, sobre as mudanças produzidas no estado de saúde das mesmas, bem como sobre as condições de vida dessas famílias.

Desse modo, na presente pesquisa, partimos da hipótese de que um melhor acesso aos serviços de saúde de qualidade funciona como um fator positivo para a melhoria da qualidade de vida e conseqüentemente mediador do impacto negativo do processo de exclusão social e, em certos casos mesmo, ele funciona como um fator protetor com referência a alguns riscos de ser socialmente excluído. Pretendemos entender como o acesso aos serviços de saúde interage com outras variáveis e de que modo eles têm um impacto sobre a situação de desigualdade de diferentes mulheres, situadas em diferentes famílias pertencentes às classes populares.

Acesso a serviços de saúde

Esses estudos sugerem uma série de hipóteses a nível micro que devem ser exploradas a fim de ultrapassar as dificuldades de acesso:

- (1) Grupos economicamente desfavorecidos referem mais freqüentemente a falta de medicamentos e de médicos quando eles os buscam nos serviços de saúde,
- (2) Os custos de transporte e os custos de tempo são maiores para os grupos desfavorecidos em relação à sua capacidade em pagar para obtê-los,
- (3) Os grupos economicamente desfavorecidos experimentam maiores tempos de espera, dispõem mais dificilmente de redes de amizade que favoreçam o acesso privilegiado aos serviços de saúde e estão mais sujeitos a barreiras adicionais no acesso precoce ao atendimento médico,
- (4) Os grupos economicamente desfavorecidos estão mais sujeitos a incapacidades físicas produzidas por doenças ou pela velhice e portanto se deparam com um maior número de barreiras físicas.

É evidente que essas hipóteses se inter-relacionam. Por exemplo, problemas de acesso físico são mais facilmente sentidos por aqueles que enfrentam grandes dificuldades em pagar transportes convenientes para o seu deslocamento. Do mesmo modo, o tempo de espera é uma barreira mais importante para aqueles cujo custo do tempo tem relativamente a maior importância. Esse estudo buscará testar essas hipóteses não apenas isoladamente, mas analisar a interação entre essas múltiplas barreiras e as desigualdades experimentadas por grupos desfavorecidos em particular.

Essas hipóteses e uma maior compreensão das inter-relações entre as mesmas, além de outras hipóteses, serão produzidas por dados qualitativos referentes à própria compreensão das famílias acerca dos processos de exclusão do sistema de saúde.

A pesquisa irá priorizar a perspectiva de mulheres residindo em áreas selecionadas e que integrem múltiplas gerações. Mulheres têm normalmente maior contato com serviços de saúde e apresentam também maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de diversos problemas de saúde, uma grande parte destes ligados à saúde reprodutiva, a conseqüências de violência doméstica, sofrida por parte de seus maridos e companheiros, cânceres e doenças crônico-degenerativas. Ao focalizar múltiplas gerações, a pesquisa irá buscar entender processos e fatores de longa duração através dos quais as desigualdades foram produzidas. Dessa perspectiva, esperamos entender o impacto da Reforma Sanitária e da construção do SUS a partir de 1988, bem como de processos sócio-econômicos de mais longo termo, incluindo a tendência observada de concentração de renda (

O primeiro grupo de variáveis que será testada através dessas entrevistas são aquelas relevantes para a produção de capital social: participação, organização comunitária e consciência de direitos e de cidadania. Esperamos encontrar um processo de individualização com relação a essas variáveis também no que tange à saúde – ao longo do tempo, as estratégias das pessoas para terem acesso aos serviços tem se tornado progressivamente mais dependente de recursos individuais e menos de recursos da comunidade mais vasta. Também esperamos encontrar algum contraste entre residências localizadas em bairros e locais de estabelecimento mais recente em relação àqueles estabelecimentos mais antigos. Isso porque os bairros e municípios mais recentes, sobretudo aqueles de povoamento desordenado - resultado de invasões ou de rearranjos decorrentes da expulsão de moradores de zonas de especulação imobiliária, guardam uma menor identidade cultural, laços sociais mais frouxos e rede de suporte menos organizada, além de, em geral, uma maior precariedade de infra-estrutura e de serviços, o que produz maiores atitudes de hostilidade entre vizinhos e de luta pela sobrevivência individual. Além do mais, esses locais em geral são mais destituídos de associações comunitárias ou outros grupos organizados.

O segundo grupo de variáveis que serão testadas concernem a produção de capital humano e as dimensões econômicas do comportamento de busca de ajuda. Buscaremos compreender a racionalidade aplicada na priorização de saúde e de outras necessidades nas famílias. Isso deve guiar-se pela lógica baseada nos “direitos” ou necessidades pelos quais todos membros de uma família devem ser considerados como portadores de igual prioridade face uma mesma necessidade de saúde; ou deve guiar-se por uma lógica de investimento (capital humano) pela qual membros de uma família são considerados como tendo prioridades desiguais na dependência da sua capacidade de contribuir para a saúde ou para o bem estar futuro da sua família. Esperamos também estar aptos a comparar famílias a esse respeito. Famílias mais ricas estariam mais aptas a aplicar uma lógica baseada em direitos com implicações sobre a produção de desigualdades.

As entrevistas permitirão traçar as experiências de itinerários terapêuticos dos respondentes em um passado mais distante e mais recente identificando os passos seguidos desde a percepção da necessidade de um cuidado de saúde até a expressão dessa necessidade sob a

forma de uma demanda quer a uma agência formal e informal de saúde, chegando ao acesso e atendimento até a etapa onde o episódio for considerado como concluído (restabelecimento da saúde, melhora, ou cura). Fatores limitantes (ou dificultadores) e fatores de proteção (ou facilitadores), bem como a lógica subjacente às decisões tomadas, serão também exploradas.

No presente projeto, queremos avaliar de que modo as mulheres vivenciam episódios de doença, que itinerários terapêuticos (formais ou informais) percorrem, como solucionam (ou não) esses problemas e de que forma essas experiências de adoecimento revelam situações de desigualdade social reveladas por diferenças de renda, de raça, de acesso a serviços de saúde. Tem-se como intenção observar esse fenômeno de forma diacrônica, tomando para isso a experiência de mulheres situadas em uma cadeia intergeracional.

O presente estudo busca ser um estudo de caso de famílias, privilegiando-se a narrativa de mulheres situadas em uma relação intergeracional (avós, mães, filhas). As famílias serão escolhidas em quatro comunidades, duas rurais e duas urbanas, situadas no estado da Bahia. Todas essas comunidades devem guardar semelhanças no nível de desigualdade econômica dos seus moradores, sendo que duas delas (uma rural e uma urbana) devem ser contempladas pelas ações do PSF, enquanto as outras duas não. Esse diferencial servirá como parâmetro de comparação para analisar a influência da ampliação do acesso aos serviços de saúde, representados pela reorganização da atenção básica como estratégia mais ampla de mudança do modelo assistencial, sobre a situação de desigualdade (exclusão) social das pessoas.

Será realizada uma etnografia de cada uma dessas comunidades focalizando-se em aspectos ligados a saúde, etnia, relação de gênero e pobreza.

Técnicas metodológicas

1- Observação participante: serão observados episódios de doença que acometam mulheres das famílias estudadas no período de estudo e seus desdobramentos, observando particularmente o itinerário terapêutico seguido por cada uma dessas mulheres situadas no interior de uma mesma família, comparadas com mulheres de outras famílias.

Entrevistas semi-estruturadas e não estruturadas

Serão realizadas 30 entrevistas em profundidade em cada uma dessas quatro comunidades.

Árvore genealógica da saúde (ligada a situações de doença e/ou morte)

(essa técnica exige um maior nível de proximidade com a pessoa entrevistada)

- 1- Iniciar pedindo à pessoa que construa com você uma árvore genealógica com o maior número possível de membros nas escalas de ascendentes e descendentes
- 2- Uma vez a árvore elaborada, identificar, entre todos esses membros, aqueles que foram acometidos por algum tipo de doença, ou morte.
- 3- Explorar as doenças mais graves ou que levaram à morte

11. EQUIPE DE TRABALHO

Para a realização deste trabalho contaremos com uma equipe multidisciplinar qualificada nas áreas de economia, sociologia, antropologia e epidemiologia, no sentido de desenvolver todos os passos necessários a execução do Projeto. Para facilitar a coordenação do Projeto cada uma das sub áreas da investigação terá um pesquisador responsável pela supervisão do trabalho de coleta de dados, organização dos bancos de dados, verificação da confiabilidade dos dados, elaboração de relatórios parciais e apoio aos outros grupos.

O coordenador do Projeto será o responsável em orientar metodologicamente toda as etapas do Projeto, cuidar da parte operacional de modo a assegurar as condições para a execução das tarefas em tempo oportuno e identificar as necessidades de apoio de consultoria.

12. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES:

12.1 DATA DE INÍCIO DA ATIVIDADE: JULHO DE 2003

13.2 DATA PREVISTA PARA CONCLUSÃO DA ATIVIDADE: 31.07.2004

13.3 DURAÇÃO EM MESES: 12 MESES

- 1 – Formação e treinamento da Equipe do projeto e definição de responsabilidades;
- 2 – Revisão da bibliografia sobre Métodos de análise em Desigualdade, sobre análise “*Incidência de Benefícios*”; e Estudos de Antropologia Econômica.
- 3 – Preparação e execução de Seminário com especialistas nos temas da pesquisa para a equipe, e aberto para pesquisadores do ISC e outras unidades da UFBA;
- 4 – Preparação de banco de dados para análise de dados da PNAD;
- 5 – Definição das áreas de estudo para na análise de Incidência de Benefícios;
- 6 - Início da Coleta de dados para os estudos de Incidência de Benefícios e Intergeracional.
- 7 – Análise dos dados de utilização por nível de renda, de complexidade do cuidado à saúde e dos fluxos de financiamento público;
- 8 – Análise dos dados do estudo intergeracional de demanda utilização e qualidade da atenção à saúde;
- 9 – Preparação e execução de oficina de trabalho com especialistas para discussão dos resultados
- 10 – Redação do relatório do projeto e preparação de artigos para publicação;

13 – RESULTADOS ESPERADOS:

- 12.1 Fortalecimento da área de estudos econômicos em Desigualdade e Saúde.
- 12.2 Integração interdisciplinar e inster institucional;
- 12.3 Aportar novas metodologias para estudos de Desigualdade econômica e Saúde;

12.4 Ampliação do número de alunos de graduação e pós-graduação em economia e saúde coletiva integrados ao projeto economia da saúde;

12.5 Relatório Final

14 – INDICADORES

13.1 Número de Professores do ISC envolvidos em atividades promovidas pelo Programa de Economia da Saúde;

13.2 Número de Instituições Nacionais e Estrangeiras envolvidas em atividades promovidas pelo Programa de Economia da Saúde;

13.3 Outros trabalhos propostos com a mesma metodologia

13.4 Número de projetos de monografia e projetos de pesquisa para dissertações de Mestrado utilizando os instrumentos de economia da saúde;

13.5 Relatório apresentado

Datas Previstas:

ATIVIDADES	1º Bimestre	2º Bimestre	3º Bimestre	4º Bimestre	5º Bimestre	6º Bimestre
1	X					
2	X					
3	X	X				
4	X	X				
5	X	X				
6		X	X	X		
7		X	X	X	X	
8						X
9					X	
10					X	X

BIBLIOGRAFIA

Abramovay, M. Waiselfisz, J.J.; Andrade, C.C. e Rua, M. G. O espaço social urbano, a exclusão social e a violência. In: M. Abramovay e cols. *Gangues, Galeras, Chegados e Rappers. Juventude, Violência e Cidadania nas Cidades da Periferia de Brasília*. Rio de Janeiro: Garamond, 1999, p. 35-68.

Barros, Ricardo Paes de, *A estabilidade inaceitável: desigualdade e pobreza no Brasil*. IPEA, RJ,2000.

Bauman, Z. *O mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

Bibeau, Gilles et Corin, Ellen Introduction. In G. Bibeau et E. Corin (Ed.) *Beyond Textuality*. New York: Mouton de Gruyter, pp. 2-69. 1995

- Bozzoli, Belinda. *Women of Phokeng. Consciousness, Life Strategy, and Migrancy in South Africa, 1900-1983*. Portsmouth: Heinemann, London: James Currey, 1991.
- Bozzoli, Belinda. *Women of Phokeng. Consciousness, Life Strategy, and Migrancy in South Africa, 1900-1983*. Portsmouth: Heinemann, London: James Currey, 1991.
- Bozzoli, Belinda. *Women of Phokeng. Consciousness, Life Strategy, and Migrancy in South Africa, 1900-1983*. Portsmouth: Heinemann, London: James Currey, 1991.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso à assistência à saúde no Brasil 1998 – 2002*. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, 2002. 211p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso à assistência à saúde no Brasil 1998 – 2002*. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, 2002. 211p.
- Corin, E. The cultural Frame: Context and Meaning in the Construction of Health. In: B.C. Amick III, S. Levine, A. R. Tarlov and D. Chapman Walsh (Eds.), *Society and Health*. Oxford, NY: Oxford University Press, pp. 272-304.
- Csordas, Thomas. *Embodiment and Experience. The Existential Ground of Culture and Self*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
- De Certeau, Michel. *L'invention du quotidien. I. arts de faire*. Paris : Folio, 1990.
- Frankenberg, R. Risk: Anthropological and Epidemiological Narratives of Prevention. In: S. Lindembaum & M. Lock. *Knowledge, Power & Practice. The Anthropology of Medicine and Everyday Life*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press. 1993, p. 219-242.
- Geertz, Clifford *The Interpretation of cultures*. New York: Basic Books, 1977.
- GIFFIN, Karen. Pobreza, Desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18
- Good, B.; Good, M.D. The meaning of symptoms: a cultural hermeneutical model for clinical practice. In: Leon Einseberg and Arthur Kleinman, *The relevance of social science for medicine*, pp. 165-196.
- Haesbaert, R. Fim dos territórios ou novas territorialidades? In: L.P.M. Lopes e L.C. Bastos (org.) *Identidades. Recortes multi e interdisciplinares*. Campinas: Mercado de Letras (CNPq), 2002, p.29-51.
- Heilborn, ML. Gênero e condição feminina: uma abordagem antropológica. IN: *Mulher e Políticas Públicas*, IBAM/UNICEF, Rio de Janeiro, 292p, 1994
- Huber, L. *Do poder sobre o corpo ao corpo de poder*. Dissertação de mestrado, Instituto de Saúde Coletiva, UFBA, 2002
- IBGE, Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE -Cd-Rom 1998.**
- IBGE, Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios, PNAD 1998.** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE - Manual de Entrevista, 1998a.
- Kleinman, A. Suffering and its professional transformation. In: *Writing at the Margin: discourses between Anthropology and Medicine*. Berkeley: University of California Press, 1995, pp. 95-119.
- LEE ES, et al. *Analyzing complex survey data*. Londres: SAGE Publications Inc; USA, 1989.

- Low, S. Embodied metaphors: nerves as lived experience. In : Thomas Csordas (ed.) *Embodiment and Experience. The Existential Ground of Culture and Self*. Cambridge: Cambridge University Press, pp.139-162. 1994
- Maffesoli, M. *O tempo das tribos. O declínio do individualismo nas sociedades de massa*. Capítulo VI: Da proximidade Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000 (3a. edição brasileira), p.169-208.
- Marcus, G.E. & Fischer, M.M.J. The repatriation of anthropology as cultural critique. In: *Anthropology as Cultural Critique. An experimental moment in the human sciences*. Chicago and London: The University of Chicago Press, 1986, p.11-136.
- Massé, Raymond. *Culture et santé publique : les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Montréal: Gaëtan Morin éditeur, 1995
- NERI, Marcelo, SOARES, Wagner L. **Pobreza, Ativos e Saúde no Brasil**. Universidade Federal Fluminense (UFF). Capturado em 22/06/2033. Disponível na Internet.: <http://www.fgv.br/epge/home/PisDownload/1079.pdf>
- NUNES, A.; SANTOS, J.; BARATA, R; VIANNA, S. *Medindo Desigualdades em Saúde no Brasil*. OPAS/IPEA, Brasília, 2001
- NUNES, André, et. al. **Medindo as Desigualdades em Saúde no Brasil**. Uma proposta de monitoramento. IPEA, Brasília, 2001.
- Nunes, M.O. À temps e à contre-temps. Les voix des tambours du candomblé dans la psychose. Tese de doutorado. Université de Montréal, 1999.
- Organização das Nações Unidas, Relatório, 2001
- Organização Internacional do Trabalho, Relatório,2003
- Paim, Jairnilson S. e Almeida Filho, Naomar. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*, 32 (4): 299-316, 1998
- Pandolfi, M. Le self, le corps, la crise de la présence. *Anthropologie et Sociétés*, 17 (1-2): 57 - 78, 1993
- ROMERO, Dália E. Diferenciais **de gênero no impacto do arranjo familiar no status de saúde dos idosos brasileiros**. In: Acesso e uso de serviços de saúde no Brasil: uma análise da PNAD/98. ABRASCO, Vol.7, n.º 4, 2002.
- SAWYER, Diana O., LEITE, Iúri da C., ALEXANDRINO, Ricardo. **Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil**. In: Acesso e uso de serviços de saúde no Brasil: uma análise da PNAD/98. ABRASCO, Vol.7, n.º 4, 2002.
- Scott, James. *Domination and the Arts of Resistance. Hidden Transcripts*. New Haven: Yale University Press, 1990.
- SILVA, P. L. N., PESSOA, Djalma G, LILA, Mauricio F. **Análise estatística de dados da PNAD incorporando a estrutura do plano amostral**. In: Acesso e uso de serviços de saúde no Brasil: uma análise da PNAD/98. ABRASCO, Vol.7, n.º 4, 2002.
- Souza, H.M. *Análise das práticas assistenciais na área da saúde da mulher nas equipes do Programa Saúde da Família: um estudo de caso em um estado selecionado*. Dissertação Mestrado Profissional em Administração em Saúde. Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2002.
- Souza, H.M. *Análise das práticas assistenciais na área da saúde da mulher nas equipes do Programa Saúde da Família: um estudo de caso em um estado selecionado*.

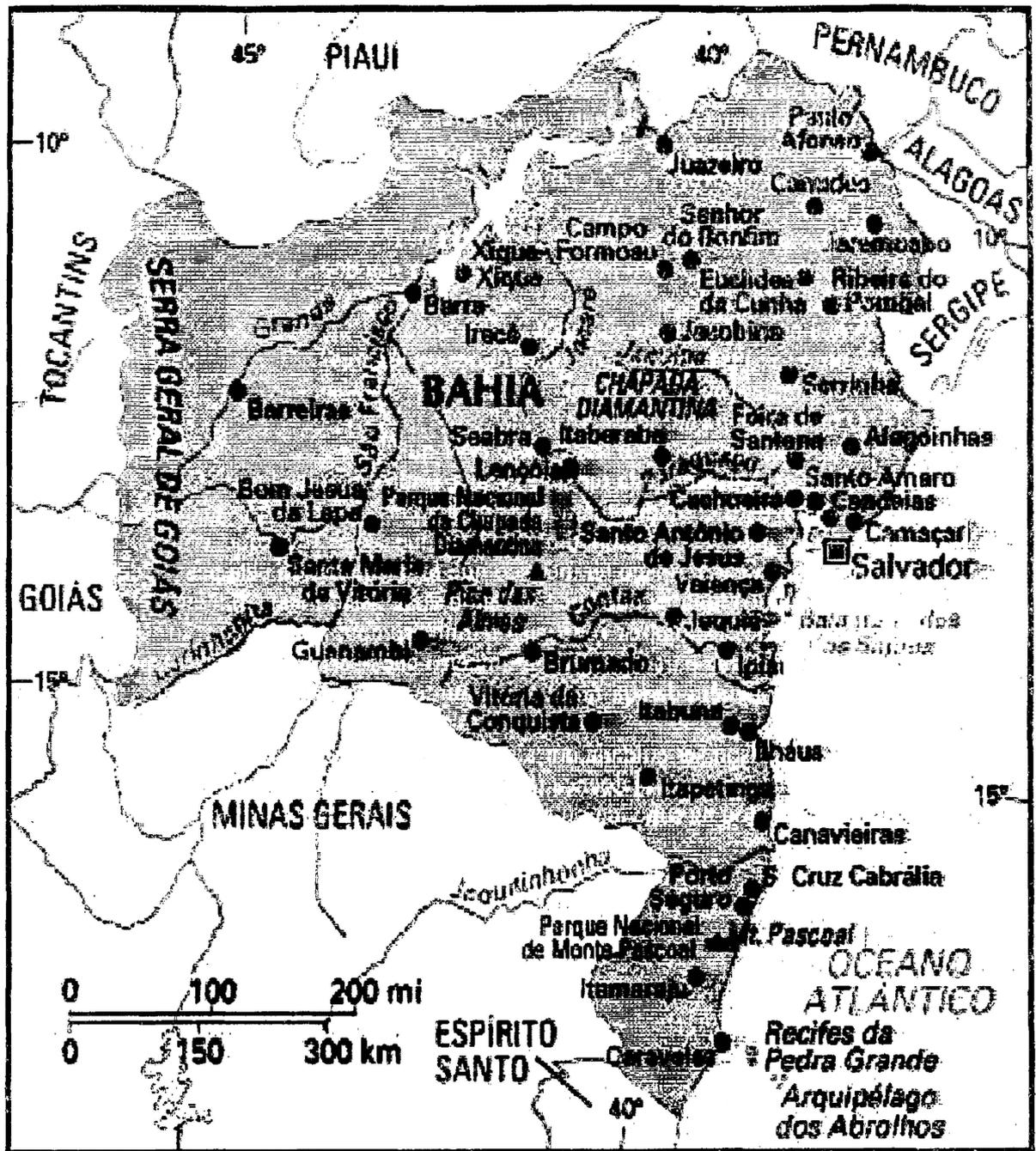
- Dissertação de Mestrado Profissional em Administração em Saúde. Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2002.
- Vasconcelos, E.M. A terapêutica médica e as práticas populares de saúde. *Saúde em Debate*, n. 49,50: 101-106, dez/95, mar/96
- VIEGAS, Mônica. A saúde na PNAD. Texto para Discussão N.º170. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, Abril de 2002.
- WAGSTAFF, A. *Pobreza y Desigualdades en el sector de la salud*, Ver. Panam Salud Publica v11 n.5-6 Washington maio/jun 2002
- Zempléni, Andras. From Symptom to sacrifice: The Story of Khadi Fall. In Crapanzano, V. et Garrison (Eds.) *Case Studies in Spirit Possession*. New York: John Wiley & Sons, 1977, pp. 87-139.

ANEXOS

Anexo 1: Roteiro de entrevista

- 1- Há quanto tempo você mora nesse lugar (bairro/cidade)?
- 2- O que você acha de morar aqui?
- 3- Quais são os principais problemas desse bairro/cidade?
- 4- Aonde vai uma pessoa daqui quando fica (cai) doente?
- 5- Qual foi a última vez que você (ou alguém da sua família) ficou doente?
- 6- O que foi que você teve? Como foi que você ficou?
- 7- Como você soube que estava doente?
- 8- O que você acha que provocou a sua doença?
- 9- A quem você primeiro procurou para tratar sua doença?
- 10- O que foi feito?
- 11- Você procurou outros cuidados, além desse?
- 12- Como foi o tratamento em cada um desses lugares?
- 13- Você melhorou? Você ficou curada?
- 14- O que te fez melhorar/ficar curada?
- 15- O que não deu certo no tratamento? Por quê?
- 16- Você acha que poderia ter sido tratada ainda em outro lugar? Qual? Por que não foi?
- 17- Você teve dificuldades financeiras para arcar com as despesas da sua doença?
- 18- Com o que você gastou dinheiro? O que você teve que comprar? (relacionar essa pergunta a cada espaço terapêutico que foi frequentado pela pessoa doente)
- 19- Em qual dos lugares que você se tratou você gastou mais dinheiro?
- 20- Em qual desses lugares você gastou dinheiro com mais satisfação? Por quê?
- 21- Como você fez para conseguir o dinheiro necessário para essas despesas?
- 22- Você ou alguém da sua família deixou de ganhar dinheiro quando você estava doente? Como assim?
- 23- Você precisou ser cuidada por alguém? Quem cuidava de você?
- 24- Que dificuldades essa doença trouxe para você ou para a sua família?
- 25- O que mudou na sua vida ou na vida de seus familiares desde que você adoeceu?

Anexo 2: Mapa.



Anexo 3: Currículos

Síntese Curricular Alex Santos Fernandez

Formação Acadêmica:

Economista, formado pela Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal da Bahia - UFBA

Capacitação de Pós-Graduação

Programa de Doutorado “Economia da Saúde e Gestão Sanitária”. Universidade Pompeu Fabra Biênio – Espanha (atualmente em curso).

Especialização em Administração de Serviços pela Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia-UFBA

Atuação Profissional:

Economista

Área de Atuação:

Pesquisador do grupo “Economia da Saúde – Avaliação Econômica” ligada ao Ministério da Saúde brasileiro, através da parceria entre o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e o DFID – Department for International Development.

Outras Informações:

Professor do Curso de especialização para gestores públicos de saúde

Investigador do projeto sobre micro e pequenas empresas de Salvador. Faculdade de Ciências Econômicas - UFBA

Pesquisador Científico do Governo Federal – Faculdade de Ciências Econômicas -UFBA

Síntese Curricular
Ceci Vilar Noronha

Formação Acadêmica:

Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia - UFBA
Mestrado em Saúde Coletiva - Universidade Federal da Bahia - UFBA
Graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal da Bahia - UFBA

Atuação Profissional:

Professor Adjunto da Universidade Federal da Bahia em regime de dedicação exclusiva.

Linhas de Pesquisas:

Violência Pública e Saúde

Indicadores de Produção:

Trabalhos completos em eventos: 01
Trabalhos resumidos em eventos: 11
Artigos completos em periódicos: 10
Capítulos de livros: 02

Síntese Curricular
Claudia de Oliveira D'Arede

Formação Acadêmica:

licenciatura em Ciências Sociais - Bacharelado em Antropologia pela Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Federal da Bahia.

Especialização em Saúde Coletiva em gestão de Serviços e Sistema de Saúde Universidade Federal da Bahia - UFBA

Atuação Profissional:

Professor Substituto do Departamento de Medicina Preventiva Disciplina introdução à Medicina Social - Faculdade de Medicina e Pesquisadora do Projeto de Economia da Saúde - ISC./UFBA

Linhas de Pesquisa

Estudo das Contas Regionais de Saúde do Estado da Bahia. - DFID - Department for International Development/Ministério da Saúde/IPEA/ISC/UFBA

Reabilitação em Saúde Mental no Município de Salvador. Estudos de Custos de PSF na Bahia

Indicadores de Produção:

Publicações: 06

Síntese Curricular
Jolene Sordis
Nacionalidade: Sul-Africana

Formação Acadêmica:

Programa de Pós-graduação em Economia da Saúde, Escola de Higiene e Medicina Tropical de Joanesburgo (Expectativa de duração 2002/2003 - 2005/2006).
Mestrado em Economia Demográfica pela Universidade de Cape Town – 2002
Bacharel em Comércio, na área de Economia Industrial - Psicóloga. Universidade da África do Sul - 1999.

Atuação Profissional:

Colégio Universitário de Joanesburgo: Desenvolvendo co-tutoria para um curso internacional em saúde Pública.

Universidade de Cape Town: Professora assistente de macroeconomia e microeconomia.

Área de Atuação:

Economia da Saúde

Prêmios e Títulos:

Primeira na África do Sul em Pesquisas de Marketing

Top 5% na África do Sul entre os Economistas

Bolsa de estudo da Universidade de Michigan para Escola de Atendimento

Top Graduada em 1994

Indicadores de Produção:

Comparing Alternative Measures of household Income: Evidence from the household Income Expenditure Survey (HIES) in South Africa.

An exploration of the cost of a limited public sector antiretroviral treatment programme in South Africa.

The need for a new system of rationing health Services in the emerging global political economy.

The Affordability of Reducing Mother to Child Transmission of HIV in South Africa.

Síntese Curricular Luciano Damasceno Santos

Formação Acadêmica:

Economista cursando Mestrado em Economia, Universidade Federal da Bahia

Atuação Profissional:

Economista

Área de Atuação:

Economia regional e urbana, Economia Regional

Economia dos Recursos Humanos, Capital Humano

Economia dos Recursos Humanos, Mercado de Trabalho, Política do Governo

Economia dos Recursos Humanos, Treinamento e Alocação de Mão de Obra, oferta de mão de obra e Força de Trabalho

Prêmios e Títulos:

Prêmio Rômulo Almeida, Instituto Miguel Calmon, 2002.

Indicadores de Produção:

Artigos completos publicados em periódicos: 01

Demais tipos de produção bibliográfica: 02

Outras Informações:

Bolsista do grupo de Economia da Saúde - projeto de Violência e Saúde desenvolvido pelo Ministério da Saúde/Instituto de Saúde Coletiva/UFBA/DFID.

Pesquisador Jr. no projeto de Diagnostica Sócio-econômico do Município de Itabuna Prefeitura Municipal de Itabuna/BA

Pesquisador Sênior – Agência de Avaliação do Ensino do Estado da Bahia – AGAEB

Consultor Economista para o projeto

Auxiliar de pesquisa

Síntese Curricular
Mônica de Oliveira Nunes

Formação Acadêmica:

Doutorado em Antropologia pela Universidade de Montreal, U.M., Canadá
Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia.
Especialização em Residência em Psiquiatria.
Graduação em Medicina, Universidade Federal da Bahia - UFBA .

Atuação Profissional:

Professor Adjunto da Universidade Federal da Bahia em regime de dedicação exclusiva

Linhas de Pesquisas:

Construção social na estratégia de saúde da família: condições, sujeitas e contextos.
Coordenadora de pesquisas “Violência e Saúde”. Monitoramento Epidemiológico, memória, Experiência e Resistência. Etno-epidemiologia da Violência Urbana. Programa de Saúde da família. Psychose et Culture. Tuming Point.

Áreas de Atuação:

Saúde Pública, Saúde Mental. Ciências Sociais da Saúde, Violência Urbana. Antropologia das Populações Afro-Brasileira, Antropologia Médica. Psiquiatria, Psicose e Antropologia. Antropologia das Populações Afro-Brasileiras, Candomblé.

Prêmios e Títulos:

Prêmio de Melhor Tese de Antropologia do Departamento D'Antropologia de Montreal em 1999.

Indicadores de Produção:

Bibliográficas: 10
Artigos publicados em periódicos: Completos: 06 – Resumo: 01
Trabalhos em eventos completos: 03
Trabalhos Técnicos: 20
Artística/Cultural: 01
Dissertação de Mestrado: 01
Orientador principal: 01

Síntese Curricular

Mônica Viegas Andrade

Formação Acadêmica:

Doutorado em Economia pela Fundação Getúlio Vargas, EPGE/FGV – Rio de Janeiro.
Mestrado em Economia, Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional - UFMG, CEDEP AR/UFMG.
Graduação em Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Atuação Profissional:

Professor Adjunto I da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, em regime de dedicação exclusiva

Área de Atuação:

Economia, economia do Bem-Estar Social
Economia, Economia do Trabalho. Ciências Sociais Aplicadas, Economia.
Crescimento, Flutuação e Planejamento Econômico, Crescimento e Desenvolvimento Econômico.

Prêmio e Títulos:

Prêmio Haralambos Simeonidis – Categoria Livros e Teses com o trabalho “ Ensaio em Economia da Saúde ”. Tese de Doutorado – 2000.

Indicadores de Produção:

Produção Bibliográfica: 21
Artigos completos publicados em periódicos: 04
Trabalhos completos em eventos: 12
Capítulos de livros: 02
Magazines: 02

Outras Informações:

Consultora do Ministério da Saúde no Projeto Cartão Nacional SUS – 2001 – 2001
Mestrado em Administração da Escola do Governo da Fundação João Pinheiro – EG - FJP 2000 -2001
Professor Assistente da PUC/MG 1993 – 1995

Síntese Curricular
Paulo Henrique de Almeida

Formação Acadêmica:

Economista

Doutorado em Economia, Université de Paris - Nanterre, Nanterre, França.

Mestrado em Economia, Universidade Estadual de Campinas, Unicamp.

Graduação em Economia, Universidade Federal da Bahia – UFBA

Atuação Profissional:

Professor de Economia da Universidade Federal da Bahia – UFBA em regime de dedicação exclusiva. Professor do Mestrado Profissional em Economia e Administração

Áreas de Atuação:

Economia Regional e Urbana

História do pensamento Econômico

Economia da Saúde

Organização Industrial e Estudos Industriais

Mercadologia

Turismo

Indicadores de Produção:

Publicações Bibliográficas: 12

Artigos completos publicados em periódicos: 20

Publicações em eventos: 03

Capítulos de livros: 05

Produção Técnica: 53

Prêmios e Títulos:

BANEB - Banco do Estado da Bahia. Categoria Professor Catedrático

Outras Informações:

Membro do Conselho de Pesquisa da Câmara Regional de Turismo, Salvador, Costa do Coqueiro

Assessor Econômico da Federação da Agricultura do Estado da Bahia – FAEB

Conselheiro da Fundação Instituto Miguel Calmon.

Síntese Curricular
Sebastião A. Loureiro de Souza e Silva

Formação Acadêmica:

Professor visitante – Departamento de Administração da Saúde – Universidade de Montreal – Canadá

Pós-Doutorado em Métodos Epidemiológicos aplicados a Avaliação de Saúde pela Universidade do Texas

Doutorado em Epidemiologia pelo Centro de Ciências da Saúde de Houston, Universidade do Texas

Especialização em Estatística e Epidemiologia, Escola de Saúde Pública da Universidade de Londres

Mestrado em Saúde Pública pela Escola de Higiene e Saúde Pública de Londres
Universidade de Londres

Residência em Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP

Atuação Profissional:

Professor Adjunto da Universidade Federal da Bahia – UFBA

Chefe de Departamento de Medicina Preventiva da FAMED/UFBA

Área de Atuação:

Epidemiologia

Política de Saúde

Economia da Saúde

Indicadores de Produção:

Tem publicado mais de 40 artigos em Revistas Científicas, principalmente sobre Doenças Tropicais, Pesquisas em Serviços de Saúde e Política de Saúde

Trabalhos em Congressos Científicos no Brasil e na América Latina: 30

Outras Informações:

Consultor da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para o Plano de Produção “Organização e Disseminação de Informação Epidemiológica” no período de 2002 a 2003

Diretor de Saúde e Segurança da Organização Odebrecht

Professor Visitante no Departamento de Administração da Saúde da Universidade de Montreal – Canadá

Consultor da Fundação Cellogg

Consultor de curta duração do Ministério da Saúde

ORÇAMENTO (ver orçamento revisado)

	DISCRIMINAÇÃO		DFID	ISC SESAB	TOTAL
	Valor Unitário	Quantidade Horas	Valor	Valor	
1 Pessoal					
Coordenador Pesquisador Doutor - 30 horas	2.500,00	12 meses	30.000,00		30.000,00
Pesquisador Doutor – 15 horas M.N.	3.000,00	12 meses	18.000,00	18.000,00	36.000,00
Pesquisador Doutor 10 horas CVN	1.000,00	12 meses	10.000,00	24.000,00	34.000,00
Economista – Mestre 40 horas L	2.500,00	12 meses	30.000,00		30.000,00
Economista - Doutor – 10 horasPH	1.000,00	12 meses	12.000,00		12.000,00
Técnico em Implantação de Estrutura e Manutenção de Banco de Dados – 40 horas	1.200,00	12 meses	14.400,00		14.400,00
Pesquisador - Mestrando ISC - 20 horas	1.500,00	12 meses		18.000,00	18.000,00
Estagiários (02)	500,00	12 meses	12.000,00		12.000,00
Total Pessoal			126.400,00	60.000,00	186.400,00
2 Material de Consumo					
Cartuchos para Impressora	100,00	60	3.000,00	3.000,00	6.000,00
Reprodução e Encadernação de Questionários	3,50	1.000	3.500,00		3.500,00
Papel officio e outros matérias de escritório	1.100,00		1.100,00		1.100,00
Canetas, lápis, fichários, disquetes.	350,00		350,00		350,00
Software Estatístico e Novos softwares	22.600,00		12.600,00	10.000,00	22.600,00
Elaboração de Pôsteres para apresentação em Congresso	310,00	6	1.860,00		1.860,00
Telefone Celular em viagem para Brasília,	80,00	12 meses	960,00		960,00
Telefone Fixo e Fax	150,00	12 meses		1.800,00	1.800,00
Total Mat. de Consumo			23.370,00	14.800,00	38.170,00
3 Equipamentos					
Desktop para Banco de Dados	3.500,00	3	3.500,00	7.000,00	10.500,00
Câmara Digital para Vídeo Conferência	1.350,00	2	2.700,00		2.700,00
Vídeo Câmara	3.200,00	1		3.200,00	3.200,00
Câmara Fotográfica Digital	1.250,00	1		1.250,00	1.250,00
Total Equipamento			6.200,00	11.450,00	17.650,00
4 Instalações					
Adaptação de Espaço Físico nas novas Instalações do ISC.	18.500,00		18.500,00		18.500,00
Utilidades (Água/Luz/Segurança)	2.500,00	12		3.000,00	3.000,00
Espaço Físico (Estimativa de aluguel)	15,00/m ² Mês	12X120 M ²		21.600,00	21.600,00
Divisórias/Mesas/Cadeiras/Armários				30.000,00	30.000,00
Total Instalações			18.500,00	54.600,00	73.100,00
5 Consultorias					
Consultoria Nacional	150,00	48 horas	7.200,00		7.200,00
Passagens para Consultor	1.400,00	3	4.200,00		4.200,00
Consultoria Internacional PerDiem	150,00	30dias	4.500,00		4.500,00
Passagem Internacional	4.500,00	01	4.500,00		4.500,00

Estatístico	100,00	60 horas	6.000,00	---	6.000,00
Total Consultoria			26.400,00	---	26.400,00
7 Pesquisa de Campo					
Vale transporte	1,50	1.040	1.560,00	---	1.560,00
Passagens Intermunicipais	---	---	4.000,00	---	4.000,00
Diárias para trabalho de campo	80,00	5 pessoas X 60 dias	24.000,00	---	24.000,00
Téc. Pesquisa Antropológica (03)	1.000,00	06 meses	18.000,00	---	18.000,00
Entrevistas	15,00	1.000,00	15.000,00	---	15.000,00
Total Pesquisa de Campo			62.560,00	---	62.560,00
8 Treinamento de Pessoal					
Seminários e workshop.	15.000,00	---	15.000,00	---	15.000,00
Passagens para treinamento/Congresso	900,00	4	3.600,00	---	3.600,00
Livros e outras Publicações	21.500,00	---	21.500,00	---	21.500,00
Total Treinamento			40.100,00	---	40.100,00
TOTAL em Reais			303.530,00	140.850,00	444.380,00
TOTAL em Libras Esterlinas*			64.580,85	29.968,08	94.548,93

* RS1 = 4,70 Libras em 01/07

$\Delta_i = \text{Subsídios Governamentais para o serviço } i$

A seguir estão detalhados os principais procedimentos metodológicos para calcular a Incidência de Benefícios dos gastos públicos em saúde:

I Estimar a unidade de subsídio:

Inicialmente será necessário identificar todos os gastos públicos no setor e como ele é realizado. Para tanto serão coletadas informações junto a fontes oficiais como SIOFS, DATASUS, Balanços Governamentais e outras fontes de dados.

Alguns pontos precisam ser considerados ao estabelecer a viabilidade de um programa de incidência de benefício. Primeiro, as fontes de dados sobre os custos do sistema de saúde, capaz de alocar custos por instituições provedoras específicas ou por nível de complexidade das instituições provedoras a serem identificadas. Isto poderá ser disponibilizado através dos órgãos competentes ou através das próprias instituições. Outro é a possibilidade de selecionar municípios na Bahia em que: (a) Recentemente foram implantadas auditorias de gastos públicos; ou (b) Que possuam dados confiáveis.

Não obstante, enquanto procuraremos buscar melhores fontes destes dados, vale ressaltar que, estimativas preliminares do nível de gastos em níveis diferentes de complexidade (hospitais, clínicas, centros de saúde, etc.) estão disponíveis com relativamente poucos recursos.

II Identificar os Usuários dos Serviços Básicos

Para identificar os usuários de serviços de saúde serão aplicados questionários junto a uma amostra selecionada, através deste inquérito populacional será possível estabelecer padrões de acesso e utilização dos serviços de saúde. Posteriormente estas informações serão cruzadas com dados sobre os subsídios governamentais para os serviços de saúde.

Realizar uma coleta de dados primários possibilitará contornar problemas em relação a confiabilidade dos dados existentes, que na maioria das vezes não permitem uma análise em âmbito municipal (como no caso da PNAD) e, principalmente, permitirá focalizar a atenção aos aspectos exigidos pela metodologia de Incidência de Benefícios.

III Agregar os indivíduos em grupos

Com a disponibilidade dos dados das duas etapas anteriores, ou seja, com dados relativos aos gastos governamentais para os serviços e dados sobre acesso e utilização desses serviços para a amostra populacional selecionada, será necessário agregar os indivíduos em grupos que se pretende estudar. Assim, para se medir o grau de equidade na distribuição dos benefícios dos gastos públicos no setor de saúde será necessário definir quais os grupos que se pretende estudar. Neste trabalho serão abordados as iniquidade associadas a renda, gênero e raça.

Recentes aplicações da metodologia aqui proposta demonstram o quanto esta pode ser uma boa ferramenta para se identificar as desigualdades no acesso e na utilização dos serviços de saúde⁹. Numa aplicação em Gana (Demery et al. 1995) demonstrou que a maior fonte de iniquidade na distribuição dos benefícios dos gastos públicos em saúde é dimensão de gênero, o estudo apontou que as mulheres recebem maiores parcelas dos benefícios dos subsídios (56% dos gastos totais) que os homens. Na Bulgária foi identificado que a taxa de utilização dos serviços de atenção básica pelos pobres é significativamente maior, enquanto os ricos utilizam os serviços mais complexos (Demery, L. et al., 1995). Esses e outros pontos podem ser inferidos à realidade brasileira, pode-se ainda cruzar informações sobre gênero (ou raça) e os quintais de renda, verificando os padrões de acesso para segmentos específicos da população (mulheres negras e de baixa renda, por exemplo).

A análise da incidência do benefício possibilita, assim, a discriminação das iniquidades na utilização dos serviços de saúde associadas com: (a) Subutilização, generalizada, dos serviços; (b) Utilização desproporcional, por grupos carentes.

Desta forma, um melhor entendimento da incidência de benefício possibilitaria entender a importância de um possível determinante da desigualdade em um nível macro: padrões de alocação de recursos em uma dimensão geográfica e de níveis de serviço.

As hipóteses a serem testadas serão:

- (1) Grupos carentes (definidos por gênero, etnia e renda), utilizam menos os serviços de saúde de modo geral;
- (2) Grupos carentes (definidos por gênero, etnia e renda), utilizam os serviços de saúde que possuem um orçamento maior, de modo desproporcional;

IV Medir os Gastos Individuais

Além de identificar o grau de apropriação dos gastos públicos em saúde por parte dos indivíduos, será necessário também identificar os gastos incorridos pelos indivíduos para se ter acesso aos bens e serviços de saúde. Com essas informações pode-se criar um quadro preciso dos gastos incorridos na trajetória de acesso e utilização dos serviços de saúde e, dessa forma, identificar os principais determinantes das iniquidades em saúde. Essas informações serão coletadas no inquérito populacional proposta e poderão ser validadas através da comparação com outros inquéritos populacionais realizados frequentemente (POF – Pesquisa de Orçamento Familiar – do IBGE e, mesmo, a PNAD).

⁹Demery et al. 1995, Demery et al. 1996, World Bank 1995

Gastos com serviços e bens de saúde: gastos com seguro saúde, gastos com consultas médicas; gastos com exames; gastos com medicamentos.

A análise das distribuições de renda, por raça e gênero, segundo as categorias de medidas de saúde possibilitará traçar um perfil da desigualdade das necessidades de saúde, no acesso e utilização, na cobertura por planos de saúde privados e dos gastos com saúde. Verificando se os indivíduos mais pobres, de sexo feminino e de raça negra têm piores acesso a ativos de saúde, adoecem mais e consomem menos serviços de saúde, o que irá demonstrar o aprofundar o quadro de desigualdade na saúde no estado da Bahia.

Modelo de regressão logística

Após a análise descritiva estratificada dos dados, propõe-se utilizar um modelo de regressão logística multivariada para obter estimativas de razões de chance (odds ratio) entre grupos de pessoas com determinadas características estarem ou não em situação de desigualdade. Tais modelos permitem o controle de co-variáveis que podem estar funcionando como fatores de confundimento. (SCHLESSELAMN, 1982)

A regressão logística⁸ consiste em uma modelagem utilizada para descrever a relação entre variáveis explicativas (X's) e uma variável resposta que é dicotômica ou binária.

A função logística, na qual o modelo de regressão logística é baseado, apresenta-se da seguinte forma:

$$f(z) = 1 / (1 + e^{-z})$$

Os valores de $f(z)$ encontram-se compreendidos no intervalo [0, 1], qualquer que seja o valor de z .

A variável aleatória binária a ser considerada é definida da seguinte maneira: 1= caso aconteça o evento e 0= caso contrário.

Temos que $P(D|X_1, X_2, \dots, X_k) = \frac{e^{\alpha + \sum_{k=1}^k \beta_k X_k}}{1 + e^{\alpha + \sum_{k=1}^k \beta_k X_k}}$, onde D é a evento de interesse na variável resposta, X_k são as variáveis explicativas envolvidas no estudo, α coeficiente associado ao modelo geral, β_k coeficiente associado a cada uma das $k = 1, \dots, k$ variáveis explicativas envolvidas no modelo.

No presente estudo, interessa conhecer os grupos que são mais vítimas da desigualdade no auto-avaliação do estado de saúde, no acesso e utilização e nos gastos com saúde.

Os cálculos efetuados para análise serão efetuados no pacote SPSS. As variáveis apresentadas a seguir foram consideradas como variáveis explicativas e de resposta. Para cada variável de resposta será rodado um modelo de regressão logística.

VARIÁVEIS EXPLICATIVAS

⁸ O modelo de regressão logística é adequado para descrever probabilidades, já que estas estão também compreendidas num intervalo entre 0 e 1.

Sexo

0 = masculino

1 = feminino

Raça ou Cor

1 = negro

2 = branco

Renda per capita (continua)**VARIÁVEIS DE RESPOSTA*****Necessidade de serviços de saúde:*****Auto-avaliação do estado de saúde**

1 = muito ruim

0 = muito bom

Doenças crônicas

1 = tem doença crônica

0 = não tem

Acesso e utilização dos serviços de saúde**Procura por atendimento de saúde nas últimas duas semanas**

1 = procurou

0 = não procurou

Avaliação do atendimento recebido

1 = muito ruim

0 = muito bom

Seguro de saúde**Cobertura do plano de saúde**

1 = não possui plano de saúde

0 = possui plano de saúde

CEARÁ

1. 03.20	Curso de Avaliação Econômica de Tecnologias em Saúde
1. 03.21	Alocação Equitativa de Recursos para Atenção Secundária do Setor Saúde no Ceará
1. 03.22	Avaliação Econômica da Dialise em Pacientes Agudos no Ceará
1. 03.23	Implantação de Sistema de Custos em hospitais e unidade da Rede SUS
1. 03.24 F	Impacto da Mortalidade Prematura
1. 03.20	Segundo curso de Especialização em ES
1. 03.21 F	Formação e Economia e Gestão em Saúde

PROJETO ECONOMIA DA SAÚDE

PLANO DE TRABALHO ANO II

***CURSO: AVALIAÇÃO ECONÔMICA DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE
(AETS)***

Atividade: 1.03.20

INSTITUIÇÃO PARCEIRA: Estado do Ceará

COORDENADOR NA INSTITUIÇÃO PARCEIRA:

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA PROPOSTA:

TELEFONE:

E-MAIL:

CLASSIFICAÇÃO DA PROPOSTA:

Resultado 1:	X
Resultado 2:	
Resultado 3:	

Fundo de Desafio	
Resultado 1:	
Resultado 2:	

Curso: Avaliação Econômica de Tecnologia em Saúde (AETS)

I.JUSTIFICATIVAS

A Secretaria Estadual de Saúde do Ceará (SESA), na busca de um novo perfil para a gestão do sistema estadual de saúde, instituiu, há mais de três anos uma estrutura organizacional orientada para uma maior integração da gestão. A fundamentação científica para a tomada de decisão tem sido progressivamente incorporada no cotidiano do seu corpo técnico.

Embora não exista formalmente constituído um Núcleo de Ciência e Tecnologia em Saúde, há um esforço para a incorporação e conhecimentos nessa área, esperando-se, conseqüentemente, uma mudança de atitude transversalmente disposta no corpo técnico da instituição. Dessa forma, foi constituído há aproximadamente 2 anos, um processo de desenvolvimento de um Grupo de Avaliação Tecnológica em Saúde, para dar suporte à tomada de decisão da SESA. Com o apoio do Department for International Development – DFID, foi contratada uma consultoria que juntamente com técnicos da SESA, conceberam alguns objetivos que são:

1. Melhorar a adequação à incorporação e ao uso de tecnologia em saúde no SUS/CE
2. Capacitar a SESA/CE na regulação e incorporação, acesso, acreditação e financiamento de tecnologias em saúde, em especial aquelas de que impliquem em alto custo.
3. Desenvolver metodologias e capacitação de pessoal de áreas-chaves para as Tecnologias Sanitárias do nível central da SESA, hospitais e profissionais de saúde para avaliar projetos de inversão de tecnologias em saúde, realizar uso mais racional de tecnologias e estabelecer critérios de indicação e auditoria da mesma.

Algumas atividades têm sido realizadas para consolidação desse grupo interdisciplinar:

1. Realização, pelo Grupo de Avaliação Tecnológica, de um estudo básico de situação de disponibilidade, acessibilidade, uso e custo da tecnologia estratégica em saúde, financiada pelo SUS-Ce.
2. Habilitação de um guia para capacitar a SESA como reguladora da introdução e acesso à tecnologias em saúde, tanto por parte do setor público quanto privado, incluindo:
 - Critérios de planejamento de tecnologias em saúde;
 - Processo e métodos de avaliação para a introdução de novas tecnologias – CIB;
 - Procedimentos de autorização e acreditação de tecnologias em saúde para garantir a segurança, qualidade e idoneidade da indicação.
3. Análise dos atuais mecanismos de autorização para o pagamento de procedimentos diagnósticos terapêuticos de alta tecnologia por parte do SUS e proposta de medidas para melhorar seu funcionamento e o alcance dos objetivos de qualidade e sustentabilidade financeira.
4. Realização de um curso sobre Medicina Baseada em Evidência para os componentes do Grupo e outros técnicos da SESA com interesse na área.
5. Realização de um curso sobre Avaliação Tecnológica em Saúde para os Componentes do Grupo.

6. Viagem de estudo à Espanha (3 membros do Grupo e Sub-Secretário) para visitar agências de tecnologias em saúde.
7. Participação de Oficina da OPAS em São Paulo, para discussão das Experiências de Avaliação Tecnológicas em Saúde, dentre outras.

Além dessas atividades, foi criado um seminário pesquisas permanente de divulgação de estudo/pesquisas na área de saúde pública. Esse seminário acontece mensalmente no auditoria da SESA.

II. OBJETIVOS

- Descrever as técnicas de AE utilizadas no âmbito da Saúde Pública;
- Justificar a necessidade de um estudo/pesquisa TAE.
- Elencar as vantagens e limitações das principais TAEs.
- Individualizar a Técnica AE mais apropriada para a realização de um estudo/pesquisa.
- Interpretar os resultados de um estudo/pesquisa TAE.
- Elaborar conclusões em base aos resultados de um estudo/pesquisa TAE.

III. PÚBLICO ALVO

1. Profissionais de saúde (médicos, farmacêuticos, enfermeiros, etc) que compõem o Grupo de Avaliação Tecnológica.
 2. Economistas da SESA que se propõe a trabalhar com Avaliação Tecnológica.
- O número máximo dos participantes ao Curso serão 15.

IV. METODOLOGIA DE TRABALHO

As Aulas consistem em uma introdução teórica ao argumento tratado seguida de uma parte prática. O componente prático de cada argumento consistirá na discussão de um estudo de caso (leituras dirigidas de artigos e publicações científicas), apresentado pelo docente. O Curso terá duração de 40 horas/aulas, que serão ministradas em uma semana e em dois turnos (manhã ou tarde).

V. CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

Durante o Curso serão desenvolvidos os seguintes conteúdos:

- Necessidade de uma avaliação econômica.
- Custo Oportunidade.
- Eficiência e Equidade
- Tipos de Avaliação Econômica
- Chec -list – necessidade e viabilidade
- Classificação dos custos.
- Noções de custo por absorção
- Noções de custo da doença (ou do procedimento)
- Medidas de efetividade
- QALYs
- Vontade de pagar (Willingness to Pay).
- Fonte de Dados
- Árvore de decisão.
- Desconto
- Análise de Sensibilidade.

VI. PROGRAMA DO CURSO

	11/08/03 2ª Feira	12/08/03 3ª Feira	13/08/03 4ª Feira	14/08/03 5ª Feira	15/08/03 6ª Feira
Manhã	Introdução ao curso. Justificativas Econômicas das Teorias de Avaliação	Análise da Minimização dos Custos	Análise do Custo-Efetividade	Análise do Custo-Utilidade	Análise dos Benefícios
Tarde	Principais Teorias de Avaliação Econômica – Passo duma Avaliação Econômica	Análise da Minimização dos Custos	Análise do Custo-Efetividade	Análise do Custo-Utilidade	Análise dos Benefícios

PROGRAMA

2ª Feira 11 Agosto

9.00 – 10.00	Introdução ao curso
10.00 – 10.45	Justificativas Econômicas das Teorias de Avaliação
10.45 – 11.15	Principais Teorias de Avaliação Econômica
11.15 – 11.30	Pausa
11.45 – 13.00	Passos de uma Avaliação Econômica Apresentação de estudos de caso
13.00 – 14.30	Pausa
14.30 – 16.30	Trabalhos do grupo sobre estudo de Caso
16.30 – 17.30	Plenária

3ª Feira 12 Agosto

9.00 – 11.00	Análise da Minimização dos Custos
11.00 – 11.15	Pausa
11.45 – 13.00	Apresentação de estudos de caso
13.00 – 14.30	Pausa
14.30 – 16.30	Trabalhos do grupo sobre estudo de Caso
16.30 – 17.30	Plenária

4ª Feira 13 Agosto

9.00 – 11.00	Análise do Custo- Efetividade
11.00 – 11.15	Pausa
11.45 – 13.00	Apresentação de estudos de caso

13.00 – 14.30	Pausa
14.30 – 16.30	Trabalhos do grupo sobre estudo de Caso
16.30 – 17.30	Plenária

5ª Feira 14 Agosto

9.00 – 11.00	Análise do Custo-Utilidade
11.00 – 11.15	Pausa
11.45 – 13.00	<u>League Tables</u>
13.00 – 14.30	Pausa
14.30 – 16.30	Trabalhos do grupo sobre estudo de Caso
16.30 – 17.30	Plenária

6ª Feira 15 Agosto

9.00 – 11.00	Análise dos Benefícios
11.00 – 11.15	Pausa
11.45 – 13.00	Apresentação de estudos de caso
13.00 – 14.30	Pausa
14.30 – 16.30	Trabalhos do grupo sobre estudo de Caso
16.30 – 17.30	Plenária

Docentes

- 1) Alexandre José Montalverne Silva
Médico, Mestre em Saúde Pública. SESA
- 2) Maria Helena ima Sousa
Economista da Saúde. Mestre em Saúde Pública. SESA
- 3) Jaume Puig Junoy
Catedrático d' Escola Universitària Pompeu Fabra

VII. Data de início da atividade: 11/Agosto/2003

VIII. Data de término da atividade: 15/Agosto/2003.

IX. ORÇAMENTO (VALORES EM REAIS)

Itens	Descrição das despesas	Formação/Instituição	Atividade desenvolvida	Un.	Qt	Vr Mês	Vr Total
Docente							
01	Jaume Puig Junoy	Catedrático d'Escola Universitària Pompeu Fabra	Docencia	Missão	1	US\$ 10.000	US\$ 10.000

Monitores							
02	Alexandre José Mont'Alverne Silva	Médico-Mestre em Saúde Pública/ SESA	• Monitoria nas atividades práticas do curso	Hora / aula	3:15	R\$ 70	R\$ 227,50
	Maria Helena Lima Sousa	Economista/Mestre Em Saúde Pública / SESA		4:00	70	310,00	
Hotel <u>Melliá</u>	Contratação de Hotel + almoço + Água e café	Hospedagem	Diária	6	110,30	661,80	
		Evento	Dias	5	157,00	785,00	
			SUB-TOTAL				
			Reserva técnica (10%)				
			TOTAL R\$				1.984,30
			TOTAL U\$				10.000

0. CONTRAPARTIDA DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE

- a) Instalações físicas.
- b) Serviços de Manutenção de veículos, equipamentos e instalações
- c) Diárias para deslocamento de pesquisadores para os municípios
- d) 50% dos vencimentos do pessoal da SESA.
- e) Despesas com material de consumo (Papel, Caneta, Disquetes, Cd, etc.
- f) Despesas com telefone, comunicações
- g) Disponibilizar local adequado para reunião com consultores externo cm material áudio-visual necessário
- h) Equipamentos de informática

Coordenação Geral do Projeto no Ceará (responsável pelas atividades administrativas junto às diversas instâncias do projeto).

TERMO DE REFERÊNCIA PARA CONTRATAÇÃO DE CONSULTOR

INSTITUIÇÃO: Secretaria Estadual da Saúde / Célula Economia da Saúde

ATIVIDADE/PROJETO: Curso de Avaliação Econômica de Tecnologias em Saúde (AETS).

1. OBJETIVO DA CONSULTORIA

Participar como docente, segundo o Programa especificado abaixo:

Manhã	Introdução ao curso. Justificativas Econômicas das Teorias de Avaliação	Análise da Minimização dos Custos	Análise do Custo-Efetividade	Análise do Custo-Utilidade	Análise dos Benefícios
Tarde	Principais Teorias de Avaliação Econômica – Passo duma Avaliação Econômica	Análise da Minimização dos Custos	Análise do Custo-Efetividade	Análise do Custo-Utilidade	Análise dos Benefícios

2. PRODUTO ESPERADO

- Aulas teóricas seguida de prática.
- Divisão de trabalho com técnicos especializados em economia da saúde da SESA para servirem posteriormente de multiplicadores da disciplina.

3. CONSULTOR

Jaume Puig Junoy

4. DURAÇÃO DA CONSULTORIA

- Uma semana.

5. PERÍODO PREVISTO PARA A CONSULTORIA

- 11 a 15 de Agosto de 2003.

6. ORÇAMENTO: Pagamento do Consultor - US\$ 10,000.

OBSERVAÇÃO: O orçamento para recebimento de um Grupo maior para discussão dos resultados deverão ser previstas como atividade nacional.

PROJETO DE ECONOMIA DA SAÚDE

PLANO DE TRABALHO ANO II

ALOCAÇÃO EQÜITATIVA DE RECURSOS PARA A ATENÇÃO SECUNDÁRIA NO SETOR SAÚDE NO ESTADO DO CEARÁ

Atividade: 1.03.21

INSTITUIÇÃO PARCEIRA: ESTADO DO CEARÁ – SESA

COORDENADOR NA INSTITUIÇÃO PARCEIRA:

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA PROPOSTA:

TELEFONE:

E-MAIL

CLASSIFICAÇÃO DA PROPOSTA:

Resultado 1:	X
Resultado 2:	
Resultado 3:	

Fundo de Desafio	
Resultado 1:	
Resultado 2:	

Pesquisa: Alocação Equitativa de Recursos para a Atenção Secundária no Setor Saúde no Estado do Ceará

1. JUSTIFICATIVA

Um dos principais problemas enfrentados pela administração pública estadual no Ceará é o limitado recurso orçamentário, notadamente aqueles destinados às ações e serviços de saúde. Associado à este, temos também como limitante, a fragilidade de critérios para alocar esses recursos, apesar de todo o esforço do setor de planejamento estratégico em tentar estabelecer critérios mais equitativos, entendendo aqui equidade como oferecer mais a quem necessita mais. Este é considerado um critério por demais importante para julgar o sucesso das políticas de Saúde (Ensor, Jowett, Thompson, 2000: 9). Para Le Grand (1988) a maioria dos tipos de equidade existentes na literatura, pode ser sintetizados em três: a) tratamento igual para necessidades iguais; b) igualdade de acesso; e c) igualdade de saúde.

O orçamento da Secretaria Estadual de Saúde é composto de diferentes fontes de recursos. Existem recursos provenientes do Ministério da Saúde que são destinados: 1) às ações básicas de saúde e, de acordo com o nível de gestão do município, os recursos são recebidos fundo a fundo ou não; 2) as ações e serviços de saúde de média e alta complexidade, que obedece critérios de alocação de acordo com a pactuação entre os interessados. Este critério, embora democrático, guarda limitações que passam pela correlação de forças dentro da Comissão Intergestora - bipartite. 3) Uma segunda forma é o recebimento através de Convênios, destinados a programas pré-estabelecidos (também chamados verticais), como é o caso do Dengue, AIDS, Tuberculose, etc. 4) Existem também os recursos provenientes de receita do próprio do Estado que são alocados para os três níveis de atenção à saúde, sem obedecer a critérios claros de distribuição de recursos. No último ano, se buscou priorizar parte destes recursos para a organização da atenção secundária através do repasse para custeio e investimentos dos hospitais polo microrregionais, entretanto, sem uma obedecer critérios equitativos de distribuição.

Por outro lado, constatou-se a existência de profundas desigualdades socioeconômicas entre os 184 municípios que integram o Estado, situação esta que afeta diretamente o estado de saúde da sociedade, notadamente aqueles que estão nas classes mais desfavorecidas.

Diante deste cenário e tomando como base as experiências internacionais, o Estado está buscando uma maneira de melhor alocar os recursos disponíveis, numa tentativa de alcançar uma distribuição de recursos entre a população de forma mais equitativa e que possa mais efetivamente intervir na qualidade de vida do cidadão cearense.

No que se refere aos recursos para investimento e custeio, temos observado que os países analisados utilizam critérios distintos para cada um deles. Os recursos para investimentos são geralmente objeto de planejamento estratégico. Já os recursos destinados ao custeio utilizam como ponto de partida a base populacional mas levando em consideração, também, as necessidades de saúde da população segundo sua composição demográfica. Segundo Porto (2001), um ponto consensual entre as propostas internacionais é a necessidade de

Considerar desigualdades, entre os cursos médios dos tratamentos demandados pelos diferentes faixas populacionais. Um exemplo dando são crianças e idosos que, além de demandarem mais serviços de saúde, também requerer atendimento, em média, de custo mais elevado do que se observa em outros grupos populacionais. A autora sintetiza estas considerações ressaltando que "a alocação de recursos para custeio deve ser realizada a partir de sucessivos ajustes da base populacional evento em conta o perfil demográfico, as desigualdades entre os custos entre os custos dos tratamentos requeridos por cada segmento populacional e as desigualdades entre as necessidades de saúde".

A utilização de um único indicador epidemiológico para dimensionar as necessidades foi utilizada na Inglaterra de 1976 a 1994, através da fórmula RAWP (*Resource Allocation Working Part*), elaborada por Carr-Hill et ali (1994). O que caracteriza esta metodologia é que os recursos alocados para o setor saúde são distribuídos geograficamente, com base nas necessidades de atenção à saúde da população.

Acredita-se que esta seja uma maneira adequada para alocar recursos no Ceará pela facilidade de obtenção dos dados, tendo em vista que recentemente foi desenvolvido um estudo que permite dimensionar as desigualdades em saúde entre os municípios cearenses, levando em conta a situação socioeconômica e sua relação com a mortalidade e morbidade por faixa etária e sexo, utilizando-se dados do censo 2000 e de indicadores de saúde na média dos anos 2000 e 2001.

Estabelecer critérios de alocação de recursos federais e estaduais na Atenção Secundária no Sistema de Saúde do Ceará, de forma equitativa, é essencial para a estruturação eficiente entre estado e municípios cearenses.

2. OBJETIVO GERAL

Estabelecer critérios de alocação dos recursos federais e estaduais na Atenção Secundária no Sistema de Saúde do Ceará, de forma equitativa.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conhecer a estrutura de financiamento e gastos da Atenção Secundária no Estado e Municípios Cearenses.
- Identificar os critérios para alocação de recurso par a Atenção Secundaria no Estado do Ceara
- Desenvolver critérios equitativos para distribuição dos recurso para a atenção Secundária no Ceará, levando em consideração as necessidades em saúde, nos municípios cearense.

4. IMPACTO DO PROJETO NA POLÍTICA DE SAÚDE NO CEARÁ

O resultado deste estudo servirá de base para a alocação dos recursos orçamentários na Atenção Secundária da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, a partir de 2004, de forma mais equitativa, levando-se em consideração as necessidades dos municípios cearenses, seu perfil epidemiológico e socioeconômico e a capacidade instalada.

5. METODOLOGIA

Com a intenção de se construir um indicador de necessidades para a distribuição dos recursos para a Atenção Secundária no Estado do Ceará, será aplicada a fórmula RAWP, assim descrita:

$$\text{Orçamento} = \text{per capita} * \text{pop} (1 + a) * (1 + n) * (1 + c)$$

- per capita: corresponde ao que está definido para o Estado do Ceará;
- pop: é o tamanho da população;
- "a": é o fator idade;
- "n": representa o fator necessidades (Índice de York);
- "c": é o fator de custo relativo.

Necessidades Informativas:

Os dados requeridos para o estudo serão desagregados ao nível de município, de acordo com especificação abaixo:

- Financiamento dos recursos federais (PAB, AC e SIH), através do Sistema SIA/SUS.
- Gastos com Atenção Secundária por fonte de recursos, através do Balanço do Estado referente ao exercício financeiro de 2001. As possíveis dúvidas serão esclarecidas no Sistema SIC (Sistema Integrado de Contabilidade) e, se persistir a dúvida em documentos de empenho e pagamento ou na fatura.
- Levantamento documental para identificação dos critérios de alocação de recursos, por fonte. Esses dados serão coletados em portarias ministeriais, resoluções da CIB, leis orçamentárias, relatórios de gestão, etc.
- Levantamento da estrutura de distribuição de recursos por fonte. Esses dados serão coletados em portarias ministeriais, resoluções da CIB e relatórios SIA e SIH.
- Aprofundamento de experiências internacionais sobre alocação de recursos equitativa através da literatura especializada.
- Informações epidemiológicas (por sexo e idade) serão coletadas dos Sistemas SIM e SINAN, referentes à média dos anos de 2000 e 2001, devendo ser utilizada a mesma base de dados utilizada no estudo das desigualdades em saúde no Ceará (2002).
- Situação socioeconômica. Esses dados serão provenientes do Índice Socioeconômico - ISE Municípios, construído em 2002/3 para a saúde e que divide os municípios em 5 classes.
- Dados populacionais serão migrados do censo 2000, o mesmo utilizado no estudo sobre desigualdades em saúde no Ceará.
- Cobertura hospitalar (no de leitos, no de postos de saúde, no de médicos, etc.) será coletada no DATA-SUS do Ministério da Saúde.

Fonte de Dados:

Os dados de financiamento e cobertura serão coletados na Coordenadoria de Contabilidade e Avaliação da SESA, tomando como ano base o Exercício de 2002.

- Os dados de gastos federais e estaduais serão coletados no Balanço do Estado ou documentos da COAFI, quando necessário esclarecimento.

- Os dados de gastos municipais serão coletados através do SIOPS e, se necessário, no próprio município para esclarecimentos.
- Os dados epidemiológicos e populacionais serão processados com base na média dos anos de 2000 e 2001.
- A identificação dos critérios de alocação de recursos serão coletadas em Portarias Ministeriais; Resoluções da CIB; Leis Orçamentárias; Relatórios de Gestão; Balanço Estadual; e documentos da COAFI, quando necessário esclarecimento.

Análise dos Dados

Será realizado após o cálculo do índice de York, que será processado em programa de Excel. O resultado será discutido com o Conselho Gestor da SESA para apreciação da viabilidade de sua aplicabilidade e posteriormente no Conselho Estadual de Saúde e BIPARTITE.

6. DATA DE INÍCIO DA ATIVIDADE: 01/JULHO/2003

7. DATA PREVISTA PARA CONCLUSÃO DA ATIVIDADE: 27/FEVEREIRO/2004

8. DURAÇÃO EM MESES: 8 MESES 9. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Atividade	Responsável	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev
1. Selecionar material da pesquisa	Alex/Helena								
2. Levantamento de cobertura	Alexandre								
2. Levantamento de dados sobre financiamento dos recursos federais	Alexandre								
3. Levantamento dos gastos estaduais para Atenção Secundária.	Paulo Egidio								
4. Levantamento dos Gastos Federais	Alrenice								
5. Levantamento dos gastos municipais	Alrenice								
6. Levantamento documental.	Lúcia								
7. Levantamento da estrutura de distribuição de recursos Federais	Alex/ Alexandre								
8. Levantamento da estrutura de distribuição de recursos Estaduais	Helena/ Alrenice								
9. Conhecer outras experiências	Alex/Helena								
10. Levantamento de informações epidemiológicas	Cícera ou Romério								
11. Levantamento de informações sócio-econômicas e populacional	Paulo Egidio								
12. Escolha do modelo que melhor se adapte ao objeto da pesquisa	Equipe+consultor								
13. Teste do Modelo	Equipe+consultor								
14. Análise preliminar dos Resultados	Equipe+consultor								
15. Ajuste de recomendação do consultor	Equipe								
16. Análise dos resultados e discussão com grupo maior (Rio de Janeiro, Bahia e UGP)	Coordenador est+ grupo maior								

10. ORÇAMENTO/ EQUIPE

Itens	Descrição das despesas	Un.	Qt	Vr Mês	Vr Total
01	Consultor internacional		2		72.000
02	2 Coordenadores	Mês	8		24.000
03	5 Pesquisadores	Mês	8	500	20.000
04	Geoprocessador	Hora	30	50	1.500
05	Estatístico	Hora	30		1.500
06	1 estagiário de Economia ou Contabilidade	Mês	5	250	1.250
07	1 Operador de sistema	Mês	2	250	500
08	1 Digitador	Mês	8	350	2.800
	Sub-total				123.550
	Reserva Técnica				6.177
	Total Geral				129.727

Observações:

- Cada pessoa da equipe dedicará 20 horas semanais ao projeto, sendo vinte pagas pela SESA e o restante pagas pelo Projeto Nacional Economia da Saúde. As horas pagas pelo PÉS deve ser trabalhada fora do horário de serviço na SESA.
- pagamento da equipe poderá ser efetuado mensalmente ou de acordo com a política do Projeto.

10. CONTRAPARTIDA DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE

- a) Instalações físicas.
- b) Serviços de manutenção de veículos, equipamentos e instalações.
- c) Diárias para deslocamento de pesquisadores para os municípios.
- d) 50% dos vencimentos do pessoal da SESA.
- e) Despesas com material de consumo (papel, canetas, disquetes, CD, etc).
- f) Despesas com telefone, comunicações.
- g) Disponibilizar local adequado para reunião com consultores externos com material audio-visual necessário.
- h) Equipamentos de informática.
- i) Coordenação Geral do Projeto no Ceará (responsável pelas atividades administrativas junto às diversas instâncias do projeto).

TERMO DE REFERÊNCIA PARA CONTRATAÇÃO DE CONSULTOR

ESTADO: CEARÁ

INSTITUIÇÃO: Secretaria Estadual da Saúde / Célula Economia da Saúde

ATIVIDADE/PROJETO: Alocação Equitativa de Recursos na Atenção Secundária do Setor Saúde no Estado do Ceará.

1. OBJETIVO

Assessorar a equipe do Projeto acima citado em fases chaves do estudo como: 1) escolha do modelo a ser adotado; teste do modelo e análise preliminar dos resultados; e 2) análise dos resultados e discussão com grupo maior.

2. PRODUTO ESPERADO

- Oficina de trabalho seguida de relatório.

3. CONSULTOR

Roy Carr-Hill, curriculum anexo.

4. DURAÇÃO DA CONSULTORIA

- Uma semana em cada etapa.

5. PERÍODO PREVISTO PARA A CONSULTORIA

- 1ª fase: 3 a 7 de novembro de 2003.
- 2ª fase: 9 a 13 de fevereiro de 2004.

6. ORÇAMENTO: Pagamento do Consultor - US\$ 20,000.

OBSERVAÇÃO: O orçamento para recebimento de um Grupo maior para discussão dos resultados deverão ser previstas como atividade nacional.

PROJETO ECONOMIA DA SAÚDE

PLANO DE TRABALHO ANO II

AVALIAÇÃO ECONÔMICA DA DIÁLISE EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA NO ESTADO DO CEARÁ

Atividade: 1.03.22

INSTITUIÇÃO PARCEIRA: SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ

COORDENADOR NA INSTITUIÇÃO PARCEIRA: Vera Maria Câmara Coelho

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA PROPOSTA: Alexandre J Mont'Alverne Silva

TELEFONE: 85 488 2153

E-mail: Alexandre@saude.ce.gov.br

CLASSIFICAÇÃO DA PROPOSTA:

Resultado 1:	X
Resultado 2:	
Resultado 3:	

Fundo de Desafio	
Resultado 1:	
Resultado 2:	

1. JUSTIFICATIVA:

Os procedimentos classificados como de alto custo/alta complexidade são responsáveis por parcela significativa do gasto federal público de saúde. Em 2002 foram consumidos R\$2,5 bilhões somente com procedimentos ambulatoriais e R\$ 800 milhões em procedimentos hospitalares de alta complexidade. Isto representou 46% das despesas com atenção ambulatorial de média e alta complexidade e 15 % do gasto hospitalar, ou 30,7 % do gasto total de assistência de média e alta complexidade do Ministério da Saúde. Além do grande volume de recursos, R\$3,36 bilhões em 2002, é nesta área onde ocorre uma maior pressão dos prestadores para atualização dos preços de tabela.

As características do mercado de serviços de saúde com suas especificidades: muito especializado, com freqüentes atualizações, causando desequilíbrio entre provedor e comprador, oferta relativamente concentrada e predominantemente privada, favorecendo a formação de cartéis, o setor público como principal comprador... A isto se acrescenta o fato que os que necessitam de tratamento, estão muitas vezes na iminência da morte e apresentam o tratamento indicado como única alternativa para sobreviver, gerando forte pressão na sociedade sobre a necessidade de acesso aos serviços. Tudo isto dificulta uma melhor regulação por parte do SUS.

A área de Terapia Renal Substitutiva (TRS) é bem representativa do alto custo / complexidade. Representa sozinha 14,5 % do gasto ambulatorial de média e alta complexidade. O conhecimento é concentrado, a oferta ídem. Há quase exclusividade de prestadores privados. Há um forte envolvimento de entidades profissionais, sobretudo sociedades médicas congregando interesses de provedores. Há também um fenômeno recente de entrada de grandes grupos internacionais dominando o mercado, favorecendo ainda mais sua cartelização. Além das características citadas, a TRS se apresenta como terapia de longo prazo. Dela os pacientes só saem por transplante renal ou por morte.

No Ceará, a situação não é diferente. Em 2002, somente com terapia renal substitutiva de pacientes crônicos foram gastos R\$ 27,1 milhões. Foi o item de maior despesa ambulatorial. Este valor representou no ano passado 30% do gasto de alta complexidade e 13,7 % da despesa assistencial de média e alta complexidade ambulatorial com recursos federais no Estado do Ceará.

No SUS, a TRS no paciente agudo tem conotações bem diferentes do paciente crônico. Em primeiro lugar, ela é sempre feita em ambiente hospitalar, e, portanto, paga através de um outro sistema que é o Sistema de Internações Hospitalares. Segundo, TRS, hemodiálise ou diálise peritoneal não são nunca o motivo da internação, portanto não aparecem como procedimento principal no SIH. Por este motivo, a informação não está facilmente disponível. Terceiro, a assistência ao paciente agudo não tem o mesmo nível de normatização que existe para o tratamento dialítico ao paciente crônico. E por fim, o custo é completamente diferente.

Enquanto no paciente crônico, a mesma estrutura de apoio é usada para um grupo de pacientes, no agudo, toda a estrutura pode necessitar ser instalada para uma só pessoa: Uma máquina pode ser usada para até seis pacientes crônicos se a clínica trabalha com capacidade plena. Se há um único paciente

agudo em um hospital, pode haver uma máquina para um só paciente agudo. Também em relação a recursos humanos há uma grande diferença: para pacientes agudos, há um auxiliar de enfermagem exclusivo, com supervisão de um enfermeiro e um nefrologista, que podem estar à disposição de um único paciente em um hospital. Para pacientes crônicos, um médico e um enfermeiro podem supervisionar até 16 pacientes por turno e há um auxiliar para cada 3 pacientes. Há, portanto para os pacientes crônicos uma economia de escala tanto em relação ao capital (máquina), quanto a recursos humanos.

Há também grandes diferenças no aspecto médico. Normalmente, um paciente crônico quando em hemodiálise, é submetido a três sessões semanais, de cerca de três horas. Um paciente agudo pode precisar dialisar diariamente e por um número maior de horas. O paciente crônico normalmente é atendido em hora previamente agendada, enquanto o paciente agudo pode necessitar ser atendido pela madrugada e em finais de semana.

Por todas as razões supracitadas, há para o paciente crônico, uma oferta de serviços suficiente a preços de tabela e tabela do SUS, entretanto, é cada vez mais difícil encontrar assistência para o paciente agudo. Somente alguns hospitais públicos o fazem. Entretanto, como estes hospitais não têm serviços próprios de diálise, ele tem que contratar serviços de terceiros para este fim. E esta é justamente a razão desta pesquisa: o preço cobrado por sessão é cerca de quatro vezes o valor da tabela.

É justo este valor? Ele representa de fato os custos maiores conforme descrição acima? Ou ele reflete apenas a baixa oferta de serviços nesta área? Estas são perguntas que este estudo pretende responder. Esta será a primeira etapa do estudo, devendo numa segunda etapa, prosseguir na análise econômica, seja através de uma análise de custo consequência ou através de custo utilidade, a ser discutido com o consultor e coordenação do projeto.

2. OBJETIVO GERAL:

Contribuir para aumentar a eficiência do tratamento dialítico realizado em pacientes agudos em hospitais da rede pública no Ceará através de análise econômica do tratamento ministrado.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conhecer os principais itens de gastos do tratamento dialítico a que foram submetidos os pacientes portadores de Insuficiência renal aguda atendidos nos hospitais públicos em Fortaleza;
- Calcular os custos de cada modalidade de tratamento dialítico a que são submetidos estes pacientes,
- Analisar as variações nos custos apurados e os determinantes destas variações;
- Verificar e analisar as principais consequências dos tratamentos e relacioná-las aos custos obtidos.

4. METODOLOGIA:

O estudo será realizado através de uma técnica de custo-conseqüência.

Em primeiro lugar serão levantados os dados preliminares de quantidade de pacientes, e tipos de tratamento a que foram submetidos através de relatórios obtidos do banco de dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.

Em discussão com especialistas na área, serão igualmente analisadas quais as principais conseqüências do tratamento dialítico. A partir daí será calculada a amostra necessária para o estudo.

Será então elaborado um questionário para ser aplicado aos prestadores com os principais itens de gastos do tratamento dialítico. Será elaborado outro questionário com dados clínicos dos pacientes antes, durante e após o tratamento dialítico com o objetivo de estratificá-los previamente ao tratamento e avaliar os resultados durante e depois.

Alguns dos dados importantes dos pacientes são: a presença de comorbidades como diabetes, hipertensão, alterações de função cardíaca e/ou pulmonar, vasculopatias periféricas e cerebrais.

Em relação aos custos, serão apurados os custos diretamente relacionados à assistência, tantos os que são cobertos pelo SUS, como aqueles que não são cobertos. Serão apurados tanto os custos diretos como os indiretos.

Amostra

Atualmente em Fortaleza, apenas os hospitais da rede pública estadual, Hospital Geral de Fortaleza (HGF), Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC), Hospital de Messejana (HM), e Hospital São José (HSJ) e o Instituto Dr. José Frota (IJF), hospital municipal de trauma, realizam hemodiálise em pacientes agudos. Todos, exceto HGF terceirizam serviços. Há apenas três prestadores privados que prestam estes serviços nos hospitais públicos. Portanto como o número de unidades/prestadores é pequeno, todas serão estudadas conforme explicitado a seguir no item fonte de dados.

Como o número de pacientes é pequeno, e pode haver grande variabilidade no custo devido à instabilidade dos pacientes, está prevista a definição do cálculo da amostra de pacientes a serem estudados no primeiro mês do estudo.

Fonte de Dados

- Os dados de pacientes em TRS serão coletados na COVAC/SESA-CE
- Os pesquisadores avaliarão a disponibilidade de dados de custos nos provedores. Caso existam, serão coletados em todos os serviços que oferecem tratamento dialítico ao paciente renal agudo, seja de execução direta ou terceirizada. Caso estes dados não estejam disponíveis, será montada a planilha para apuração dos dados.

Análise dos Dados

Os dados serão analisados utilizando-se o epiinfo.

Resultados

Será elaborado um relatório preliminar para avaliação pelo consultor. As sugestões serão incorporadas após discussão entre o consultor e os pesquisadores

Publicação e divulgação

Após a revisão pelo consultor, e elaboração do relatório final, o relatório e os dados ficarão à disposição de todos os parceiros para utilização e divulgação.

- 5. DATA DE INÍCIO DA ATIVIDADE:** Julho de 2003
- 6. DATA PREVISTA PARA CONCLUSÃO DA ATIVIDADE:** junho de 2003
- 7. DURAÇÃO EM MESES:** 12 meses

9. ORÇAMENTO:

Itens	Descrição das despesas	Unidade.	Qt	Valor Unitário	Valor Total
01	Consultor internacional	Horas	68	£ 150	£ 10.200
02	1 Coordenador	Mês	11	R\$ 1.500	R\$ 16.500
03	3 Pesquisadores	Mês	11	500	R\$ 16.500
04	Estatístico	Hora	40	50	R\$ 2.000
05	3 estagiários de medicina/economia	Mês	5	250	R\$ 3.750
06	1 Digitador	Mês	8	350	R\$ 2.800
07	Instalações curso e seminário				R\$ 10.000
08	Passagens e diárias consultor				R\$ 11.000
	Sub-total				R\$ 62.550
	Reserva Técnica				R\$ 6.255
	Total Geral				R\$ 68.805 + £ 10.200 aprox. R\$ 130.005

9. CONTRAPARTIDA DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE:

- Material de escritório
- Apoio logístico (telefone, fax, acesso à internet)
- Transporte local
- Equipamento para projeção no curso e seminário

12. EQUIPE:

- 01 Coordenador
- 03 Pesquisadores
- 03 Bolsistas
- 01 Estatístico
- 01 Digitador
- 01 Consultor externo

ANEXOS

Termo de Referência: Consultoria	
Estado:	
Instituição:	
Atividade/Projeto:	
Subprojeto:	
Objetivo da Consultoria:	<p>Informar o tipo de apoio esperado do consultor:</p> <ul style="list-style-type: none">• participar como docente em curso (especificar disciplina/conteúdo);• colaborar no desenho da programação de curso• assessorar desenho metodológico de projeto de pesquisa• assessorar análise de dados de pesquisa (indicar tipo de apoio)• discutir resultados de pesquisa• participar como expositor em workshop• outro (especificar)
Produto esperado:	Especificar (aulas, relatórios, palestras, papers etc.)
Perfil do Consultor:	<p>Informar a área de especialização, indicando áreas temáticas específicas e habilidades desejadas.</p> <p>Se já houver um nome de consultor identificado, informar, e encaminhar CV, e-mail ou telefone para contato.</p>
Duração da consultoria:	Informar o número de dias/semanas desejado
Período previsto para a Consultoria:	Indicar a data de início e término
Orcamento:	

PROJETO DE ECONOMIA DA SAÚDE

PLANO DE TRABALHO ANO II

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

Atividade: 1.03.23

INSTITUIÇÃO PARCEIRA: Estado do Ceará

COORDENADOR NA INSTITUIÇÃO PARCEIRA:

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA PROPOSTA:

TELEFONE:

E-MAIL:

CLASSIFICAÇÃO DA PROPOSTA:

Resultado 1:	X
Resultado 2:	
Resultado 3:	

Fundo de Desafio	
Resultado 1:	
Resultado 2:	

IMPLANTAÇÃO DE SISTEMA DE CUSTOS (METODOLOGIA DE INSUMO - PRODUTO) EM HOSPITAIS E UNIDADES DA REDE SUS.

1. JUSTIFICATIVA

Um dos principais problemas da administração pública, em especial num Estado pobre como o Ceará, é a limitação de recursos para atender às necessidades sempre crescentes da população.

Quando estas estão correlacionadas à saúde da população, em especial a área hospitalar, esta problemática nos reporta a um setor considerado dos mais complexos dentro da economia. Esta complexidade envolve uma série de fatores como: multiplicidade de produtos gerados, dificultando a obtenção dos custos unitários; alta influência de fatores externos (educação sanitária e ambiental; saneamento básico; índice de violência; grau de educação e segurança no trânsito; hábitos alimentares da população; nível de renda e consumo de uma população; responsabilidade social da população com a saúde); alto custo dos insumos, principalmente medicamentos que, em sua grande maioria possui componentes de importação em sua composição, elevando seu custo a parâmetros superiores a inflação oficial, dentre outros.

Uma maneira de se otimizar os recursos escassos disponíveis é organizando melhor os níveis de atenção à saúde, ou seja, a atenção primária, secundária e terciária. Na medida em que o setor primário é mais resolutivo, menos problemas serão enfrentados pelos outros setores de atenção à saúde. Uma outra maneira de maximizar os recursos é investindo na eficiência dos níveis secundário e terciário através da aplicação de metodologias de custos que permita o monitoramento de indicadores de eficiência hospitalar. A adoção de metodologias de custos tanto beneficia a eficiência alocativa quanto permite um desdobramento do impacto dos custos no efeito à saúde. Ou seja, trabalhar custos hospitalares é o ponto de partida para análises mais ousadas, podendo até se chegar num nível de amplitude que se possa comparar a eficiência de diferentes hospitais do SUS e assim poder intervir na obtenção desta otimização.

Há cerca de três anos a Secretaria Estadual da Saúde do Ceará esta reordenando o nível secundário de atenção à saúde através de 21 microrregiões. Sua importância no contexto das políticas de saúde do Estado consiste na adoção de hospitais pólo microrregionais com o objetivo de atender a demanda de média complexidade, desafogando os hospitais públicos terciários que enfrentam problemas de superlotação causada pelo excesso de demanda, muitas vezes com pacientes de perfil de atendimento básico ou secundário. Dentro desta perspectiva considera-se propício para o momento, a implementação de metodologias de sistemas de custos que dê suporte técnico para obtenção de uma maior eficiência.

A partir desta compreensão, a SESA, através da CECONS, identificou em uma das parceiras do Projeto Economia da Saúde do Ceará (Universidade Federal do Ceará / Faculdade de Ciências Econômicas, Contábeis e Atuárias), o Professor Ricardo S. Duarte que recentemente desenvolveu uma metodologia baseada na matriz de insumo x produto. Esta metodologia foi testada na Prefeitura de Fortaleza mais por falta de vontade política o projeto foi arquivado. Atualmente o professor aceitou o desafio de testá-la em uma amostra de hospitais pólo microrregionais, em unidades de médio porte como Hemocentros e a Rede de Laboratórios e em dois hospitais especializados da Rede SESA (Hospital Mental e Hospital São José de doenças infecciosas).

Para viabilizar esta proposta será necessário o desenvolvimento de um sistema informatizado para facilitar a entrada e consolidação dos dados, gerando relatórios gerenciais para monitoramento das informações produzidas e disponibilização de uma equipe de profissionais para auxiliá-lo.

2. OBJETIVO GERAL

Testar metodologia de custos hospitalares (insumo-produto) em unidades de Saúde da rede SUS no Estado do Ceará.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Implantação de Sistema de Custos nos Hospitais Estaduais São José e Mental para teste da metodologia;
- Implantação de Sistema de Custos em três Hospitais pólo microrregionais;
- Implantação de Sistema de Custos no Laboratório Central;
- Implantação de Sistema de Custos no Centro de Hemoterapia

4. METODOLOGIA

A idéia básica para definir a metodologia é de identificar no hospital, as diversas atividades que caracterizam sua forma de produzir seus serviços. Todo hospital tem como finalidade atender seus pacientes em ambulatórios, enfermarias ou em centros cirúrgicos, para tanto, é necessário a existência de toda uma estrutura física e administrativa que possibilite o perfeito funcionamento daquelas atividades finais.

Como primeiro passo, é necessário definir os Centros de Custos a partir da caracterização dos tipos de atividades exercidas no hospital. Normalmente estes centros podem ser definidos como de atividades gerais, de atividades intermediárias e atividades finais.

A presente metodologia pretende a partir da definição dos diversos tipos de atividades presentes na forma de produção do hospital, mensurar a inter-relações entre estes tipos de atividades e a partir daí estimar os custos das atividades finais.

Esta definição é a parte mais importante na montagem metodológica, pois dela se originam todas as variáveis envolvidas no modelo. Cada centro de custos deve ser associado a um tipo de atividade que permita identificar um produto por ele realizado. Por exemplo, Cirurgia tem como produto todos os procedimentos cirúrgicos realizados no período, Alimentação, o número de refeições fornecidas no período. É claro que algumas atividades são mais difíceis de definir e quantificar sua distribuição entre os demais centros. Administração é o melhor exemplo.

Na definição dos centros de custos é importante que sua produção seja reconhecida e distinguida das demais para que assim se possa definir uma variável associada a produção do centro.

A metodologia para ser posta em prática exige um grau de informações que necessariamente coloca a eficiência do funcionamento do hospital em evidência. A rede de informações necessária para alimentar o modelo, tenta quantificar a atuação de cada área do hospital (centros de custos) e a simples implantação da mesma, já é uma forma auxiliar de controle e acompanhamento. A existência desta rede de informações não exige o aumento de pessoal, mas simplesmente a adoção de uma sistemática administrativa, que desse prioridade a mensuração das atividades em cada área, bem como a sistemática troca de informações entre as mesmas. É claro que o sucesso desta iniciativa depende do envolvimento das pessoas que atuam nas direções de cada centro de custos, e sobretudo, do empenho e apoio dos dirigentes dos hospitais. O apontamento de todas as atividades ocorridas em cada área, caracterizando quem é o receptor da ação, com a quantificação adequada de todas estas atividades é a base de informação suficiente para se montar um modelo. O aperfeiçoamento desta prática de troca de informações, a partir da adoção de rotinas de trabalhos, onde estas informações fossem incorporadas, não implicaria em carga administrativa adicional, já que tais rotinas, podem ser tratadas dentro de um sistema geral informatizado.

Na primeira etapa do projeto se pretende estimar os custos médios de cada centro de custos, não se chegando ao nível do procedimento ou ao nível do paciente individualizado. A metodologia permite

calcular estes dois tipos de custos, mas, o nível de organização e o controle existente, atualmente, nos hospitais, precisa ser melhorado para se alcançar tais intentos. Numa segunda etapa, estas estimações serão feitas.

DEFINIÇÕES DOS CENTROS DE CUSTOS E AS INTER-RELAÇÕES

Na escolha dos centros de custos a preocupação maior tem que ser com a caracterização da atividade principal ali exercida e com a forma mais apropriada da sua mensuração.

Idealmente se chegaria a uma única variável representativa de atividade (produção) daquele centro. Supondo-se que para um determinado hospital de pequena dimensão foi feita a designação dos seguintes Centros de Custos.

GERAIS: Administração, Serviços Gerais, Almoarifado e Transportes.

*Serviços Gerais: Manutenção, Limpeza, Vigilância da Portaria.

INTERMEDIÁRIOS: Farmácia, Laboratório, Radiologia e Anestesiologia.

FINAIS: Ambulatório, Centro Cirúrgico, UTI e Internações.

Podemos construir uma matriz que mostre as relações existentes entre os centros. São 12 Centros de Custos. Os centros de natureza geral têm suas atividades voltadas para o funcionamento de todo o hospital. Suas atividades são desta forma distribuídas com todos os outros centros. Os Centros Intermediários recebem apoio dos centros gerais e fornecem suas atividades aos Centros Finais. Estes últimos, simplesmente atendem as demandas finais, e não oferecem seus serviços aos outros centros, recebendo obviamente, o apoio dos outros dois tipos de centros. A matriz seria quadrada com 12 linhas e 12 colunas e em cada entrada se teria, quanto o centro de linha "i" estaria fornecendo de sua atividade para o centro de coluna "j". A variável X_{ij} seria então a produção de i utilizada por j nas suas atividades normais, por um período de tempo (mês ou ano).

TABELA I
MATRIZ DAS INTER-RELAÇÕES

$C_i \setminus C_j$	C_1	C_2	C_3	C_4	C_5	C_6	C_7	C_8	C_9	C_{10}	C_{11}	C_{12}	X_j
C_1	$X_{1.1}$	$X_{1.2}$	$X_{1.3}$	$X_{1.4}$	$X_{1.5}$	$X_{1.6}$	$X_{1.7}$	$X_{1.8}$	$X_{1.9}$	$X_{1.10}$	$X_{1.11}$	$X_{1.12}$	X_1
C_2	$X_{2.1}$	$X_{2.2}$	$X_{2.3}$	$X_{2.4}$	$X_{2.5}$	$X_{2.6}$	$X_{2.7}$	$X_{2.8}$	$X_{2.9}$	$X_{2.10}$	$X_{2.11}$	$X_{2.12}$	X_2
C_3	$X_{3.1}$	$X_{3.2}$	$X_{3.3}$	$X_{3.4}$	$X_{3.5}$	$X_{3.6}$	$X_{3.7}$	$X_{3.8}$	$X_{3.9}$	$X_{3.10}$	$X_{3.11}$	$X_{3.12}$	X_3
C_4	$X_{4.1}$	$X_{4.2}$	$X_{4.3}$	$X_{4.4}$	$X_{4.5}$	$X_{4.6}$	$X_{4.7}$	$X_{4.8}$	$X_{4.9}$	$X_{4.10}$	$X_{4.11}$	$X_{4.12}$	X_4
C_5	0	0	0	0	0	0	0	0	$X_{5.9}$	$X_{5.10}$	$X_{5.11}$	$X_{5.12}$	X_5
C_6	0	0	0	0	0	0	0	0	$X_{6.9}$	$X_{6.10}$	$X_{6.11}$	$X_{6.12}$	X_6
C_7	0	0	0	0	0	0	0	0	$X_{7.9}$	$X_{7.10}$	$X_{7.11}$	$X_{7.12}$	X_7
C_8	0	0	0	0	0	0	0	0	$X_{8.9}$	$X_{8.10}$	$X_{8.11}$	$X_{8.12}$	X_8
C_9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	X_9
C_{10}	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	X_{10}
C_{11}	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	X_{11}
C_{12}	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	X_{12}

A soma de todos os elementos de uma linha dos Centros Gerais (C_1 a C_4) e dos Centros Intermediários (C_5 a C_8) será igual a produção de cada centro no período (mês, ano). Supondo que os centros intermediários não atendam clientes finais, se no entanto isto ocorrer, deve-se acrescentar este atendimento final para se obter o total produzido no período. Para os Centros Finais: as

produções ($X_9, X_{10}, X_{11}, X_{12}$) serão de atendimento ao público externo. A produção total de cada centro esta expressa na última coluna.

DEFINIÇÕES DAS VARIÁVEIS - MENSURAÇÃO

X_1 - Atividade Administrativa - Horas Trabalhadas no Período.

A divisão entre os centros será feita em função de um índice de participação com as seguintes variáveis como determinantes:

Horas trabalhadas mensais em cada centro;

Dimensão Física de cada centro;

Despesas com telefone e energia por centro.

X_2 - Serviços Gerais - limpeza, manutenção e vigilância. Total da área atendida no período (m^2). A distribuição deve ser feita proporcional à área de cada centro.

X_3 - Almojarifado - Número de remessas de material que saíram no período. O destino da remessa define a distribuição.

X_4 - Transporte - Quilometragem no período, dividida entre os centros pela origem do pedido.

X_5, X_6, X_7, X_8 são fáceis de mensurar. Número de pedidos atendidos pela farmácia. A divisão é feita a partir de quem fez o pedido. Laboratórios: número de exames, a divisão é imediata. Radiologia: também é fácil de mensurar e distribuir. Anestesiologia: número de anestesia distribuídas por quem solicitou.

$X_9, X_{10}, X_{11}, X_{12}$ são todas variáveis fáceis de medir: número cirurgias, número de atendimento ambulatoriais, número de paciente dia UTI e na Internação todas no período em análise.

As variáveis X_{ij} são todas as medidas em unidades físicas. A matriz formada por estas variáveis contém as inter-relações entre os centros. Os zeros nas últimas linhas da matriz mostram simplesmente o fato que os centros de natureza final não fornecem seus serviços a outros centros. As produções de $X_9, X_{10}, X_{11}, X_{12}$ são serviços finais fornecidos ao público externo. As linhas C_5, C_6, C_7, C_8 que correspondem aos centros intermediários, mostram que tais centros só trabalham em função dos centros finais. Não existe nada que impeça que algum centro intermediário tenha ligações com outros centros intermediários. Farmácia, por exemplo, pode fornecer medicamento a laboratório ou radiologia. A forma apresentada aqui, exclui esta possibilidade mas nada impede de se adotar a hipótese alternativa.

Se houver uma preocupação de eficiência, com os custos minimizados, as quantidades de serviços fornecidas de um centro para outro, têm de ser as menores possíveis para se produzir um determinado nível de serviço no centro receptor. A coluna da matriz C_9 contém todos os custos indiretos que o centro de Custo Ambulatório necessita para produzir no período a quantidade de atendimento X_9 . Dividindo-se cada elemento da coluna C_9 por X_9 obtém-se o coeficiente que mostra quanto de cada centro de custo que fornece ao Ambulatório, é necessário para se fazer um atendimento ambulatorial.

Isto é: $a_{ij} = \frac{X_{ij}}{X_j}$ é o coeficiente técnico de utilização que diz quanto do centro "i" é necessário para produzir uma unidade do centro "j".

Idealmente, coeficiente a_{ij} deveria ser constante no curto prazo e alterar-se com mudanças no processo produtivo dos hospitais, tanto de ordem gerencial quanto tecnológica. Bem como hospitais do mesmo nível tecnológico e de dimensões equivalentes deveriam ter coeficientes a_{ij} iguais, desde que tivessem preocupações com a eficiência no seu atendimento.

Desta forma a estimativa destes coeficientes técnicos é muito importante no trabalho de cálculo dos custos e o acompanhamento da gestão dos serviços. O conjunto de coeficientes calculados a partir da matriz de inter-relações (Tabela I), forma uma matriz quadrada chamada de matriz dos coeficiente de utilização e denominada por A.

OS CUSTOS DIRETOS

Os custos diretos têm de ser medidos para cada centro de custos. Devem incluir gastos com pessoal, material de consumo, serviços de terceiros e depreciação.

A alocação destes custos a cada centro é talvez a tarefa mais difícil de ser feita, pois muitas destas despesas não são feitas individualmente, gerando problemas de quantificar os rateios que definem quanto cada centro vai responder pelas despesas. O problema não deve ser sério com Pessoal e Depreciação e sim com Material de Consumo e Serviços de Terceiros. Os totais de gastos podem ser obtidos na contabilidade.

A alocação destas despesas devem ser o quanto possível, a mais detalhada para cada Centro de Custos. Em outras palavras deve-se sempre que possível, alocar despesas para a composição dos custos diretos. Principalmente se estes gastos referem-se a bem com grande variação de preços e que não passem por nenhum processo de modificação quando utilizado no hospital. Exemplificando: As despesas com medicamentos, devem ser alocados a nível de paciente; para desta forma compor seu custo direto. Gastos com alimentação, por outro lado, devem ser alocados no Centro de Custos Nutrição, pois a alocação será feita pela distribuição de refeições entre os demais centros.

É importante nesta metodologia tornar os custos diretos preponderantes na estimação dos custos totais, para isto é necessário um trabalho criterioso de controle na alocação das despesas entre os diversos Centros de Custos.

A depreciação média pode ser estimada a partir do histórico do acervo de equipamentos existentes. O tipo de material de consumo, também pode definir seu destino como: material de limpeza para os Serviços Gerais ou papel ofício e material de escritório para a Administração. Serviços de Terceiros ligados à manutenção de equipamentos também são fáceis de alocar. O consumo de água e luz é mais complicado pois não existe, normalmente, medidores nos diversos centros de custos. Será sempre possível através da análise do tipo de material de consumo e serviços de terceiros, alocar parte destas despesas em seus centros de custo. O que for realmente impossível de se alocar deve ser rateado com critérios definidos a partir de cada caso.

A partir destas definições, dos totais das despesas por centros de custo serão:

TABELA II
CUSTOS DIRETOS DOS CENTROS

CENTROS	X _j	PESSOAL	MATERIAL CONSUMO	SERVIÇOS TERCEIROS	DEPRECIÇÃO	TOTAIS	W _j
C1	X1	P1	M1	S1	D1	CD1	W1
C2	X2	P2	M2	S2	D2	CD2	W2
C3	X3	P3	M3	S3	D3	CD3	W3
C4	X4	P4	M4	S4	D4	CD4	W4
C5	X5	P5	M5	S5	D5	CD5	W5
C6	X6	P6	M6	S6	D6	CD6	W6
C7	X7	P7	M7	S7	D7	CD7	W7
C8	X8	P8	M8	S8	D8	CD8	W8
C9	X9	P9	M9	S9	D9	CD9	W9
C10	X10	P10	M10	S10	D10	CD10	W10
C11	X11	P11	M11	S11	D11	CD11	W11
C12	X12	P12	M12	S12	D12	CD12	W12
TOTAIS		P	M	S	D	CT	

Na tabela acima têm-se quanto cada centro de custo produz por período, os gastos as depreciações por centros de custos e os custos totais.

CT é o custo total do hospital e os custos unitário diretos de cada centro (W) são definidos como

$$W_j = \frac{CDJ}{X_j}$$

Calculo do Custo Unitário de um Centro de Custos

A matriz A que é composta pelos coeficientes técnico a_{ij} é na verdade um instrumental analítico muito rico pois ela na verdade retrata processo de produção definida pelo modelo para o Hospital. A partir dela podem ser calculados não só os custos unitários totais como também prever as necessidades do crescimento das atividades meios, para atender, crescimento planejado das atividades fins do hospital.

A equação que representa os custos unitários totais pode ser escrita na seguinte forma para um centro j qualquer:

$$C_j = a_{1j}C_1 + a_{2j}C_2 + \dots + a_{nj}C_n + W_j$$

No mesmo exemplo simplificado este conjunto de equações (12 equações em 12 variáveis) temos os C como incógnitas e os a_{ij} e W como valores conhecidos. É possível portanto resolver este sistema e encontrar os valores dos C em função dos valores dos W.

Em termos matriciais teríamos:

$$C = A'C + W$$

Onde: C, vetor de 12 elementos dos custos totais unitários

A' a transposta da Matriz A (conhecida)

W o vetor dos custos unitários diretos (conhecido)

A solução dos sistemas seria dado por:

$$C = (I - A')^{-1}W$$

No mesmo exemplo simplificado os valores que interessam são os últimos quatro valores dos custos unitários direto pois se referem aos custos finais.

A matriz $(I - A')^{-1}$ que é obtida na solução de sistemas contem informações importantes sobre os impactos de aumento dos custos diretos unitários nos custos totais. Por exemplo, o aumento do preço do oxigênio no custo da diária hospitalar ou do salário mínimo no custo da consulta médica.

EXEMPLO ILUSTRATIVO

Este modelo foi aplicado durante alguns meses para o Hospital de Assistência à Criança, Lúcia de Fátima Sá em Fortaleza.

Foram identificado 15 Centros de Custos, especificados abaixo:

	Centro de Custos	Unidades
1	Administração	Hrs. Trabalhadas Mês
2	Limpeza e Vigilância	Hrs. Trabalhadas Mês
3	Transporte	Km. Rodados
4	Almoxarifado e Patrimônio	Nº de itens distribuídos

5	Manutenção	Hrs. Trabalhadas Mês
6	Nutrição	Nº de Refeições
7	Laboratório	Nº de Exames
8	Farmácia	Nº de Itens Distribuídos
9	Reabilitação	Nº de Atendimentos
10	Lavanderia	Nº de Exames
11	Serviço Social	Nº de Atendimentos
12	Radiologia	Nº de Exames
13	Serviço Pronto Atendimento	Nº de Atendimentos
14	Ambulatório	Nº de Atendimentos
15	Internamento	Nº de Atendimentos

A Tabela III é a matriz das inter-relações, mostrando com as atividades dos centros de custos são distribuídos entre os mesmos. Pela forma da matriz temos como centro de natureza geral a Administração, Limpeza, Vigilância e Portaria, Almojarifado, Manutenção, Nutrição, Farmácia, Lavanderia e Serviço Social.

Os de natureza intermediárias foram:

Transporte, Laboratório, Reabilitação e Radiologia e como atividades finais: Pronto Atendimento, Ambulatório e Internação.

Esta matriz refere-se ao mês de Junho de 1999. A estimativa pode ser feita, mensalmente, tentando-se aperfeiçoar a cada mês a apuração dos dados necessários para sua construção.

A Tabela IV contém os custos diretos realizados no mês de Junho de 1999 distribuídos pelos Centros de Custos. Os rateios de energia e água foram feitos a partir de um relatório feito por uma comissão de técnicos, os demais foram feitos a partir de controle internos da administração.

Na última coluna têm-se os custos diretos totais de cada Centro de Custos de onde se calcula os custos diretos unitários.

A Tabela V contém a matriz $(I-A)^{-1}$ que foi obtida na solução do sistema de equações (15x15) cada coeficiente desta matriz representa o impacto do aumento de um real em um custo unitário direto qualquer, no custo unitário total.

Exemplificando o valor 4,150428 na 15ª linha e 6ª coluna significa, se a refeição subir 1 real a diária subirá em 4,150428 reais.

Esta matriz serve assim para prever os aumentos nos custos unitários proveniente de aumentos nos insumos utilizados.

A Tabela VI contém a solução de sistema de equações e apresenta um resumo de todos os resultados obtidos. Na terceira coluna são apresentados os custos diretos unitários de cada centro. Os custos unitário estão na quarta coluna. Os custos referentes aos centros finais são R\$ 16,12 atendimento emergencial R\$ 16,33 ambulatórios e R\$ 84,55 a diária. Para verificar a correção dos cálculos, basta estimar-se quanto custa as atividades finais (7ª coluna) e comparar-se com o total das despesas no mês.

5. DATA DE INÍCIO DA ATIVIDADE: Julho/2003.

6. DATA PREVISTA PARA CONCLUSÃO DA ATIVIDADE: Junho/2004.

7. DURAÇÃO EM MESES: 12 MESES.

8. CRONOGRAMA

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Desenvolvimento do Sistema												
Treinamento												
Des. dos Centros de Custos												
Levantamento dos Dados												
Estimativa da Primeira Versão dos Custos												
Avaliação e Aperfeiçoamentos da Metodologia e do Sistema												

9. ORÇAMENTO

Itens	Descrição das despesas	Formação/Instiuição	Atividade desenvolvida	Un.	Qt	Vr Mês	Vr Total
Coordenador							
01	Ricardo S. Duarte	Economista/PHD em Economia.	▪ Consultor responsável pela implantação de Sistema de Custos em unidades do SUS.	Consultoria	12	3.000	36.000
Representantes do Hospital Mental							
02	Jefferson	Economista, Especialista ES	Coleta de informações.	Mês	12	500	6.000
Representantes do Hospital São José							
03	Socorro Josué		Coleta de informações	Mês	12	500	6.000
Representantes do Hospital pólo 1							
05	A escolher		Coleta de informações		12	500	6.000
Representantes do Hospital pólo 2							
05	A escolher		Coleta de informações		12	500	6.000
Representantes do Hospital pólo 3							
05	A escolher		Coleta de informações		12	500	6.000
Representantes do HEMOCE							
05	A escolher		Coleta de informações		12	500	6.000
Representantes do LACEN							
05	A escolher		Coleta de informações		12	500	6.000
Assistente 1							
05	Fátima Lustosa	Especialista em ES	Suporte técnico e monitoramento das informações dos Hospitais Mental e São José		12	500	6.000
Assistente 2							
05	Rosângela Brasil	Especialista em ES	Suporte Técnico e monitoramento das informações dos HEMOCES e REDE DE LABORATÓRIOS		12	500	6.000
Assistente 3							
05	Joana Pereira Dutra	Especialista em ES	Suporte Técnico e monitoramento das informações dos 3 Hospitais pólo MR		12	500	6.000
Analista de Sistema							

15	A definir	-	Desenvolvimento de Sistema Informatizado	Mês	4	500	2.000
			SUB-TOTAL				98.000
			Reserva Técnica (10%)				9.800
	TOTAL		TOTAL				107.800

Observações:

- Cada pessoa da equipe dedicará 20 horas semanais ao projeto, sendo vinte pagas pela SESA e o restante pagas pelo Projeto Nacional Economia da Saúde. As horas pagas pelo PES deve ser trabalhada fora do horário de serviço na SESA.
- pagamento da equipe poderá ser efetuado mensalmente ou de acordo com a política do Projeto.

10. CONTRAPARTIDA DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE

- a) Instalações físicas.
- b) Serviços de manutenção de veículos, equipamentos e instalações.
- c) Diárias para deslocamento da equipe para os municípios.
- d) 50% dos vencimentos do pessoal da SESA.
- e) Despesas com material de consumo (papel, canetas, disquetes, CD, etc).
- f) Despesas com telefone e comunicações.
- g) Disponibilizar local adequado para reunião com pessoal envolvido disponibilizando material audio-visual necessário.
- h) Equipamentos de informática.
- i) Coordenação Geral do Projeto no Ceará (responsável pelas atividades administrativas junto às diversas instâncias do projeto).

PROJETO ECONOMIA DA SAÚDE
PLANO DE TRABALHO ANO II
Impacto da Mortalidade Prematura

Atividade: 1.03.24F

INSTITUIÇÃO PARCEIRA: ESTADO DO CEARÁ

COORDENADOR NA INSTITUIÇÃO PARCEIRA:

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA PROPOSTA:

TELEFONE:

E-MAIL:

CLASSIFICAÇÃO DA PROPOSTA:

Resultado 1:	
Resultado 2:	
Resultado 3:	

Fundo de Desafio	x
Resultado 1:	
Resultado 2:	

MARCELO GURGEL CARLOS DA SILVA

Professor titular da Universidade Estadual do Ceará (UECE)
Coordenador do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública (UECE)
Coordenador do Curso de Especialização em Economia da Saúde (UECE)
Diretor de Ensino e Pesquisa do Instituto do Câncer do Ceará
Ex-Médico da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará

INSTITUIÇÃO PROPONENTE: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ / CMASP

FORTALEZA – 2003

RESUMO

Serão emitidas considerações sobre a mortalidade por causas evitáveis e suas distintas classificações como instrumentos para o diagnóstico dos níveis de saúde da população e ainda apresentadas técnicas para medir a vida potencial perdida resultante da mortalidade evitável.

O objetivo do trabalho é o de determinar e analisar a mortalidade por causas evitáveis em capitais brasileiras selecionadas nos triênios 1979-81 a 1999-2001, identificando o seu impacto em vida útil sacrificada medido em anos potenciais de vida perdidos.

O material básico será constituído de dados das declarações de óbitos dos residentes em doze capitais brasileiras selecionadas: Manaus, Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, São Paulo, Curitiba, Porto Alegre, Goiânia e Brasília referentes aos triênios 1979-81 e 1999-2001, obtidos do CD-ROM do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) editado pelo Ministério da Saúde. Para isso, das declarações de óbitos armazenadas nesse banco de dados, mediante programa computacional específico, passarão pelos seguintes critérios de seleção: óbito não fetal, ano de falecimento, município de residência, sexo, idade e causa básica da morte, de conformidade com a CID-9, para 1979-81 e com a CID-10, para 1999-2001. Depois da apuração ao nível de categorias, os resultados serão consolidados para apresentação, conforme a Lista de Mortalidade Evitável, proposta por ORTÚN & GISPERT (1988), observando as faixas etárias restritivas de redutibilidade nas variadas causas. Considerando a elevada contribuição das mortes por causas mal definidas estas serão redistribuídas nas demais causas especificadas com base na participação relativa dessas segundo sexo e faixa etária. O confronto de agrupamentos macro-regionais: Norte e Nordeste versus Sul, Sudeste e Centro-Oeste, por consolidação de dados das correspondentes capitais, será também avaliado.

Os dados populacionais serão gerados a partir de resultados dos Censos Demográficos de 1970, 1980, 1991 e 2000, mediante projeção pelo método geométrico para a obtenção da população em 1º de julho do ano central de cada triênio (1980 e 2000). A composição da população projetada, segundo sexo e grupo etário, seguirá as mesmas percentagens do censo mais próximo do ano projetado.

Para analisar a mortalidade dos grupos de causas evitáveis serão utilizados os seguintes procedimentos: mortalidade por causas evitáveis (números, % e taxas); anos potenciais de vida perdidos (técnica de ROMEDER & McWHINNIE) (números, % e taxas).

Em suma, o estudo espera demonstrar que a tendência de mortalidade, medida pelo impacto em vida útil sacrificada, no conjunto das capitais brasileiras selecionadas, é de declínio, sobretudo da mortalidade por causas evitáveis, que aconteceria de maneira mais acentuada nos grupos etários mais jovens, levando, por conseguinte, a uma postergação da idade de morrer, e traduzindo melhoria dos níveis de saúde da população.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO

2. JUSTIFICATIVA

3. OBJETIVOS

4. METODOLOGIA

5. NATUREZA E DURAÇÃO DA PESQUISA

6. RESULTADOS E IMPACTOS ESPERADOS

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

9. ORÇAMENTO

10. CONTRAPARTIDA DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE

11. EQUIPE TÉCNICA ENVOLVIDA

12. ANEXOS

Curriculum vitae do Coordenador

1. INTRODUÇÃO

As crescentes necessidades de saúde em todo o mundo demandam por um contínuo incremento, que, na realidade, não consegue acompanhar a espiral ascendente de custos implicados na prestação de serviços de saúde (ABEL-SMITH, 1969; ORTÚN, 1992). Em países de terceiro mundo, onde convivem sérias dificuldades de recuperação da saúde ao lado da imperiosa necessidade de medidas de promoção da saúde, os recursos, além de escassos, são freqüentemente mal distribuídos e a ocorrência de desperdício é praticamente a regra (ABEL-SMITH, 1969; JAMISON, 1997; SILVA, 1998).

O diagnóstico de saúde na comunidade é peça fundamental à planificação do setor, posto que permite apresentar um quadro da realidade sanitária, apontando os problemas maiores, e com isso orientar a alocação de recursos (ALONSO CABALLERO, 1998). Evitar o desperdício de recursos é tarefa, acima de tudo, essencial, sendo que, para isso, urge que se disponha de instrumentos precisos que possibilitem avaliar com fidedignidade a situação de saúde da população (THE WORLD BANK, 1993; MURRAY & LOPEZ, 1996). Os instrumentos que cumprem tal finalidade são rotulados como indicadores de saúde, que, para a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1981), são definidos "como variáveis que servem para medir as mudanças da situação de saúde".

O presente projeto representa a continuidade de pesquisas sobre indicadores de saúde, anteriormente financiadas pelo CNPq e pela ABrES, que têm servido para estabelecer o diagnóstico e a evolução de níveis de saúde em capitais brasileiras, mensurado em anos potenciais de vida perdidos e enfocando a evolução da mortalidade por causas evitáveis nos períodos de 1993-95 e 1996-98 (SILVA, 1999, 2002).

2. JUSTIFICATIVA

A morte em si mesma não pode ser prevenida, porém pode ser postergada. A importância deste fato está há muito tempo respaldada na análise da estatística de mortalidade, tradicionalmente um dos principais instrumentos de planejadores e administradores de saúde para avaliação do nível de saúde, definição de prioridades e alocação de recursos, e vigilância de problemas específicos de saúde.

Para MURRAY (1987), em anos recentes, a utilização significativa de dados de mortalidade no estudo dos cuidados de saúde tem sido complementada pelo notável interesse nos dados de mortalidade em estudos do desenvolvimento econômico; a duração da vida, e, por conseguinte, a mortalidade, é tida por um crescente grupo de economistas como uma medida crítica do bem-estar social.

Uma relação inversa entre "*status*" econômico e taxa de mortalidade tem sido vista repetidamente. Renda ou "*status*" econômico é um fator determinante em padrões de vida, condições ambientais, tais como nutrição, habitação e vestuário, e acesso aos cuidados médicos avançados que coletivamente influenciam a esperança de vida (FRENKEL & ARONSON, 1986).

Técnicos envolvidos com a política da saúde em países em desenvolvimento sentem uma crescente necessidade de indicadores que possam avaliar o nível das mortes preveníveis e prover simples medidas de eficiência dos programas de saúde que objetivam reduzir tais mortes (D'SOUSA, 1986 – *Apud*: SILVA, 1998). Todavia, é justo

salientar que morte prevenível ou evitável é função do estado da arte médica, da disponibilidade dos recursos e da oportunidade de execução das medidas terapêuticas ou preventivas.

Com especial interesse em mensurar a qualidade de cuidados médicos foi instituído um grupo de trabalho, composto por técnicos de "NCHS - *National Center for Health Statistics*", "CDC - *Centers for Diseases Control*" e "*Veteran Administration*", todos dos EUA, e liderado por RUTSTEIN (1976), cujo resultado foi o desenvolvimento de um método que levava em conta os casos desnecessários de doenças e de invalidez e os óbitos prematuros. O grupo trabalhou com a 8ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (OMS - MANUAL CID-8, 1969), analisou cada categoria e em determinadas ocasiões também as subcategorias da CID-8, considerando a forma de intervenção adequada, prevenção e/ou tratamento, que seria efetiva nas três situações: doença, invalidez e morte prematura.

A classificação de RUTSTEIN *et al.* (1976) logrou excelente receptividade em organismos internacionais de saúde, tendo sido o artigo original republicado em uma antologia que reuniu importantes investigações sobre serviços de saúde patrocinada pela Organização Pan-Americana da Saúde (WHITE *et al.*, 1992) e foi também submetida a ajuste para a nova revisão da CID sob a coordenação desse investigador principal (RUTSTEIN *et al.* 1980).

Diversos estudos têm focado a mortalidade por causas tratáveis com nítido interesse na tendência histórica dessas causas (BAUER & CHARLTON, 1986; BUCK & BULL, 1986; CHARLTON & VELEZ, 1986; LOPES CERVANTES, 1985; McKEE & RAJARATNAM, 1986 – Apud: SILVA, 1998). A lista de RUTSTEIN *et al.* também tem sido proposta como um indicador da qualidade dos serviços de saúde por vários autores (BAUER & CHARLTON, 1986; BUCK & BULL, 1986; CHARLTON & VELEZ, 1986; D'SOUSA, 1986; DULEEP, 1984; PLAUT & ROBERTS, 1989; POIKOLAINEN & ESKOLA, 1986– Apud: SILVA, 1998) e mais recentemente GAIZAUSKIENE & GUREVICIUS, 1995; GAIZAUSKIENE & WESTERLING, 1995; LANGHOOF-ROOS *et al.*, 1996).

Com relação mais direta com a efetividade dos serviços sanitários, ALONSO (1998) destaca dois indicadores: as taxas ajustadas de mortalidade por todas as causas (que são usadas para elaboração de uma fórmula de necessidade de atenção para alocação de recursos sanitários na Inglaterra e País de Gales) e as taxas de mortalidade por causas suscetíveis de tratamento médico, que podem ser consideradas desnecessariamente prematuras, a exemplo do modelo de RUTSTEIN *et al.* (1976) já descrito e da adaptação de ORTÚN & GISPERT (1988).

O indicador MDPSE - Mortalidade Desnecessariamente Prematura e Sanitariamente Evitável¹ postula que, para determinados grupos etários, existem causas de óbito que poderiam ter sido evitadas se toda a cadeia de atenção sanitária tivesse funcionado satisfatoriamente; assim sendo, o indicador da mortalidade evitável serve sobretudo para monitorar a qualidade da atenção sanitária (ORTUN & GISPERT, 1988).

Dentre as suas diversas causas, esse indicador contempla: doenças hipertensivas, câncer de colo uterino, tuberculose, infecções bacterianas, hérnia abdominal, apendicite, anemias carenciais (entre 5 e 64 anos); pneumonia, bronquite,

¹ Em castelhano MIPSE - Mortalidad Innecesariamente Prematura e Sanitariamente Evitable

asma e infecções respiratórias (entre 5 e 49 anos) etc. (ORTUN & GISPERT, 1988). Esses autores revelaram que a taxa de MDPSE na Catalúnia de 1975 a 1985 foi reduzida em 57% enquanto que a taxa do restante das causas, excluído a das externas, caiu apenas 14%.

Esses indicadores têm suscitado a feitura de "Atlas da Mortalidade Evitável", a exemplo dos de HOLLAND *et al.* (1988 e 1991), cobrindo vários países europeus, do de GONZÁLEZ *et al.* (1989) referente à Espanha que aponta o declínio da taxa de mortalidade evitável de 271,78 em 1975 para 232,05 por 100.000 em 1983 e do de LOPEZ-ABENTE *et al.* (1986) que faz um mapa da ocorrência do câncer na Espanha.

Desde 1980, o Institut Municipal de Salut Publica do Ajuntament de Barcelona (1997) realiza e publica anualmente estudo descritivo da mortalidade em Barcelona e seus distritos, com taxa de mortalidade por idade, sexo e causa de morte, além de outros indicadores complementares, como esperança de vida e mortalidade prematura expressa em APVP de 1 a 74 anos com a técnica de Romeder & McWhinnie; nos últimos anos passou a incluir também a mortalidade evitável baseada em 17 causas da classificação de RUTSTEIN *et al.* (1976), das quais 14 são sanitariamente evitáveis por prevenção secundária e/ou tratamento médico de 3 que são fundamentalmente evitáveis por prevenção primária.

Em publicação que tratava da mortalidade chilena de 1955 a 1975, TAUCHER (1978), baseada nos resultados obtidos, julgou conveniente elaborar uma mortalidade através de alguns fatores contribuintes; no seu entender, isto permitiria, ao mesmo tempo, descrever a situação atual quanto a possíveis ações corretivas no futuro (TAUCHER, 1978).

Para a autora (TAUCHER, 1978), como primeira aproximação, pareceu conveniente dividir as causas de morte em evitáveis e não evitáveis. As causas evitáveis foram agrupadas segundo as ações que poderiam ter maior influência em sua redução ou supressão em quatro categorias: a) vacinas ou tratamento preventivo; b) diagnóstico e tratamento precoces; c) melhorias das condições de saneamento ambiental; e d) ações mistas.

PLAUT & ROBERTS (1989) salientam que, apesar de sua aplicação em vários países, os critérios de Taucher não parecem ter sido completamente explorados até o momento. De fato, se cotejar com a classificação de RUTSTEIN *et al.* (1976) a de TAUCHER (1978) obteve menor repercussão no cenário internacional, mormente nos países desenvolvidos.

A classificação em tela (TAUCHER, 1978), da forma como é mostrada, não pode ser considerada completa, porque ignora uma série de fatores de riscos, como os ocupacionais e os relativos a hábitos e estilos de vida, que estão envolvidos com a etiologia de várias importantes doenças, notadamente as crônico-degenerativas, as quais não podem ser mais compreendidas como inevitáveis, a exemplo das doenças isquêmicas do coração e de algumas neoplasias malignas.

WIGGLESWORTH (1980) sugeriu um sistema de avaliação das causas de mortes no período perinatal que comportava as seguintes características: prescindir de dados de necrópsia, que raramente estão disponíveis; utilizar informações clínicas de fácil obtenção; indicar possíveis falhas nas várias áreas específicas do atendimento à saúde materno-infantil, e, por conseguinte, indicar as estratégias prioritárias para a intervenção; e poder ser aplicado igualmente em hospitais e áreas geográficas (distrito

ou município). Essa classificação foi posteriormente modificada por KEELING *et al.* (1989), resultando em excelente instrumento para avaliação da mortalidade reduzível no período perinatal.

CARVALHO & SILVER (1995) trabalharam essa classificação revelando, após reestudo das doze causas de mortes neonatais da região metropolitana do Rio de Janeiro, que a maior parte delas seria redutível.

HARTZ *et al.* (1996), com o objetivo de conhecer a magnitude e a estrutura de causalidade da mortalidade infantil considerando-a um "evento sentinela", conduziram um estudo de base populacional em dois municípios do Nordeste brasileiro (Açu e Caicó), para identificar o "índice de mortes evitáveis" (PDI). As taxas de mortalidade infantil encontradas, de 39 e 44 por 1.000 nascidos vivos, correspondiam a um PDI de 40% - o que significa uma estrutura de causalidade compatível com taxas de mortalidade infantil de 100 por 1.000 nascidos vivos. Esses achados, segundo os autores, sugerem uma distribuição desigual dos óbitos, confirmada por uma análise comparativa entre a população de baixa renda e outras categorias de renda (razão de risco de 8,0 para o coeficiente de mortalidade infantil e de 17,6 para mortalidade infantil de doenças infecciosas). O PDI mostrou-se válido enquanto índice de evitabilidade dos óbitos infantis, com a vantagem de poder ser usado de forma simples e fácil por gerente do sistema de saúde preocupado com a qualidade dos programas direcionados a mães e filhos.

LEITE *et al.* (1997) conduziram um estudo prospectivo de incidência com base populacional, a partir da coleta de dados de nascimentos em maternidades de Fortaleza em 1995, para identificar a mortalidade perinatal evitável, segundo a classificação de Wigglesworth modificada (1989). Nasceram 40.712 crianças e ocorreram 1.337 mortes perinatais, sendo 730 no período fetal e 607 na primeira semana de vida. Apesar da baixa prevalência de baixo peso ao nascer (7,4%), foram elevados os coeficientes de mortalidade fetal (17,9 por 1.000), perinatal (32,8 por 1.000) e neonatal precoce (15,1 por 1.000).

A mortalidade por causas evitáveis foi assunto enfocado por SILVA (1990) que destacou a elevada participação das mortes passíveis de redução na capital cearense. Com efeito, entre os residentes de Fortaleza em 1981-83 foram registrados 29.288 óbitos, dos quais 16.513 no sexo masculino e 13.288 no feminino, sendo que, respectivamente, 9.501 (57,54%) e 6.573 (50,53%) ficaram classificados entre os grupos de causas evitáveis. O risco de morrer por causas evitáveis foi de 483,77 por 100.000 homens e de 295,30 por 100.000 mulheres, superando os coeficientes atribuídos às causas não evitáveis (357,03 por 100.000 homens e 289,06 por 100.000 mulheres).

Nos países desenvolvidos têm-se constituídos outros indicadores que refletem a mortalidade prematura e têm também um maior grau de sensibilidade: a mortalidade infantil e, sobretudo, os anos potenciais de vida perdidos (APVPs). Os APVPs têm sido operacionalizados por duas técnicas bastante distintas: a de CHIANG (1968), que envolve riscos competitivos por meio de tábuas de vida de múltiplo decremento, a de ROMEDER & McWHINNIE (1978), baseada em anos de vida restantes para cada morte prematura, que foi aplicada neste estudo. O interesse nesses indicadores de saúde tem sido enfocado por muitos autores, como TSAI & LEE (1978), SILVA (1984), HERTZ *et al.* (1994), The WORLD BANK (1993), Van de WATER *et al.* (1995), BOCCO (1996), ARRIAGA (1996), MURRAY & LOPEZ (1996) e MINGUIT *et al.* (1997).

O indicador MIPSE foi ainda criteriosamente focado por GISPERT MAGAROLAS (1992a), que analisou a mortalidade evitável como indicador de qualidade assistencial, e tratou do assunto em sua tese de doutoramento usando esse indicador para a Espanha e a Catalúnia em particular (GISPERT MAGAROLAS, 1992b). A mesma autora prestou importante contribuição com outros estudos relativos a mortalidade evitável e à esperança de vida saudável (GISPERT MAGAROLAS & GUTIÉRREZ-FISAC, 1997; GISPERT MAGAROLAS *et al.*, 1998), bem como a sua aplicação na efetividade hospitalar (BONFILL COSP & GISPERT MAGAROLAS, 1995).

A redução dos APVPs tem figurado entre os objetivos especificados nos planos de saúde nacionais e internacionais (CDC, 1991a, 1991b; HOLLAND *et al.*, 1988 e 1991), sendo os APVPs comumente usados juntamente com a mortalidade por certas causas específicas e a mortalidade infantil e às vezes também em estudos enfocando as desigualdades em saúde em países desenvolvidos (PAPAS *et al.*, 1993).

O presente estudo representa a continuidade de pesquisas sobre indicadores de saúde, anteriormente financiadas pelo CNPq e pela ABrES, que têm servido para estabelecer o diagnóstico e a evolução de níveis de saúde de capitais e macro-regiões brasileiras, aplicando o indicador MIPSE e recorrendo-se a combinação com APVPs.

3. OBJETIVOS

3.1. GERAL

Determinar e analisar a mortalidade por causas evitáveis em capitais brasileiras selecionadas nos triênios 1979-81 e 1999-2001, identificando o seu impacto em vida útil sacrificada medido em anos potenciais de vida perdidos.

3.2. ESPECÍFICOS

- 3.2.1. apresentar a distribuição dos óbitos por causas evitáveis, segundo sexo e idade;
- 3.2.2. determinar e analisar a mortalidade proporcional e as taxas de mortalidade por causas evitáveis, segundo sexo e idade; e
- 3.2.3. determinar e analisar os anos potenciais de vida perdidos por causas evitáveis, segundo sexo e idade.

4. METODOLOGIA

4.1. População

Os dados populacionais serão gerados a partir de resultados dos Censos Demográficos de 1970, 1980, 1991 e 2000, mediante projeção pelo método geométrico para a obtenção da população de cada capital em 1º de julho, para os anos centrais dos triênios 1979-81 e 1999-2001. A composição da população projetada, segundo sexo e grupo etário, seguirá as mesmas percentagens do censo realizado em ano mais próximo ao da população estimada. As capitais escolhidas serão: Manaus, Belém,

Fortaleza, Recife, Salvador, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, São Paulo, Curitiba, Porto Alegre, Goiânia e Brasília. A escolha contemplará três capitais de regiões mais populosas (Sudeste e Nordeste) e duas das outras macro-regiões oficiais do país (Norte, Sul e Centro-Oeste).

4.2. Mortalidade

O material desta pesquisa, oriundo de declarações de óbito (D.O.) pertinentes aos residentes em capitais brasileiras selecionadas que tiveram morte registrada nos triênios 1979-81 a 1999-2001, será extraído do CD-ROM do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) editado pelo Ministério da Saúde. Para isso, das declarações de óbitos armazenadas nesse banco de dados, mediante programa computacional específico, passarão pelos seguintes crivos de seleção: óbito não fetal, ano de falecimento, município de residência, sexo, idade e causa básica da morte, de conformidade com a IX Classificação Internacional de Doenças - Revisão 1975 (OMS - Manual da CID - 9, 1978), para os dados de 1979-81, e Classificação Internacional de Doenças - 10^o Revisão, para os de 1999-2001, consoante as normas internacionais específicas.

A apuração dos dados será computadorizada. Para cada ano, as D.O. serão contabilizadas, por capital, segundo causa de morte, sexo e grupo etário; declarações classificadas como de sexo ignorada foram descartadas. Serão adotadas as seguintes especificações etárias: de ano a ano para a faixa etária de 0 a 4 anos e grupos de amplitude de cinco anos entre 5 e 80 anos, encerrando-se pelo grupo de 80 anos e mais, e mantendo também uma classe residual para os casos de idade ignorada. Para os fins específicos desta pesquisa, os dados foram reunidos nos triênios mais distanciados possíveis da série disponível, considerando a intenção de privilegiar a comparação histórica. Os últimos dados da mortalidade brasileira (1996, 1997 e 1998), foram recentemente disponíveis em CD-ROM presentemente, e já são apresentados com os códigos da CID-10, facilitando a formação de triênio mais homogêneo.

Depois dessa apuração ao nível de categorias, os resultados serão consolidados para apresentação, conforme a Lista de Mortalidade Evitável, proposta por ORTÚN & GISPERT (1988), observando as faixas etárias restritivas de redutibilidade nas variadas causas. As gastroenterites em menores de quinze anos serão adicionadas a essa listagem dada a sua importância como problema de Saúde Pública no Brasil.

Considerando a elevada contribuição das mortes por causas mal definidas estas foram redistribuídas nas demais causas especificadas com base na participação relativa dessas segundo sexo e faixa etária. Os dados básicos da distribuição dos óbitos por grupos de causas evitáveis e não evitáveis, segundo sexo e idade, com e sem a redistribuição das causas mal definidas figurarão nas tabulações anexas. Por conta da restrição etária como critério de redutibilidade para as causas evitáveis, estas formarão dois grupos distintos: evitáveis na faixa etária, ou simplesmente evitáveis e prematuras, e evitáveis fora da faixa etária.

A consolidação dos dados e a obtenção das tabulações especiais, incluindo os cálculos necessários, serão efetuadas por computação eletrônica, devendo ser utilizado o Núcleo de Informática da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará.

Desses dados serão extraídas as taxas de mortalidade específicas e a mortalidade proporcional, segundo sexo e grupos etários, por causas evitáveis, para as capitais selecionadas e os agrupamentos macro-regionais.

4.3. Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP)

A técnica adotada será a de ROMEDER & McWHINNIE (1978), que estabelece uma idade limite para o cálculo dos anos potenciais de vida perdidos com base na vida média da população.

4.4 Análise dos Resultados

Os principais resultados relativos à mortalidade e aos anos potenciais de vida perdidos (APVP) serão dispostos em dois triênios distanciados (1979-81 e 1999-2001) e analisados em uma perspectiva de tendência temporal, concedendo especial atenção ao cotejamento das causas de mortalidade evitável, e ainda sob a ótica geográfica das capitais selecionadas, nos dois triênios extremos da série, bem como por agregação em macro-regiões brasileiras. A revisão sistemática da literatura, produzida por outros autores e instituições públicas vinculada à divulgação da situação de saúde existente em capitais brasileiras, acrescida de estudos referentes a diferentes áreas do país e do estrangeiro, concorrerá para fundamentar a aferição e a interpretação dos resultados, e, por conseguinte, subsidiar a tomada de decisão dos gestores de saúde das cidades avaliadas. O projeto em tela poderá ser expandido, abrangendo outras capitais, compondo Atlas da Mortalidade Evitável no Brasil, a exemplo da série de publicações cobrindo países europeus, editada por HOLLAND.

5. NATUREZA E DURAÇÃO DA PESQUISA

5.1. Delineamento: Estudo descritivo, tipo transversal, com diagnóstico de situação.

5.2. Área de conhecimento: Saúde Pública

Sub-áreas: Epidemiologia

Política de Saúde

Economia da Saúde

5.3. Tempo previsto de duração: 12 (doze) meses

5.4. Início da Pesquisa: outubro de 2003

6. RESULTADOS E IMPACTOS ESPERADOS DA PESQUISA

Os principais resultados relativos à mortalidade e aos anos potenciais de vida perdidos (APVP) serão dispostos em dois triênios distanciados (1979-81 e 1996-98) e analisados em uma perspectiva de tendência temporal, concedendo especial atenção ao cotejamento das causas de mortalidade evitável, e ainda sob a ótica geográfica das capitais selecionadas, nos dois triênios extremos da série, bem como por agregação em macro-regiões brasileiras. A revisão sistemática da literatura, produzida por outros autores e instituições públicas vinculada à divulgação da situação de saúde existente em capitais brasileiras, acrescida de estudos referentes a diferentes áreas do país e do estrangeiro, concorrerá para fundamentar a aferição e a interpretação dos resultados, e, por conseguinte, subsidiar a tomada de decisão dos gestores de saúde das cidades avaliadas. O projeto em tela poderá ser expandido, abrangendo outras capitais, compondo Atlas da Mortalidade Evitável no Brasil, a exemplo da série de publicações cobrindo países europeus, editada por HOLLAND (1988 e 1991).

Em suma, o estudo espera demonstrar que a tendência de mortalidade no conjunto das capitais brasileiras selecionadas é de declínio, sobretudo da mortalidade por causas evitáveis, que aconteceria de maneira mais acentuada nos grupos etários mais jovens, levando, por conseguinte, a uma postergação da idade de morrer, e traduzindo melhoria dos níveis de saúde da população.

Além do relatório técnico-científico conclusivo, serão preparados quatro trabalhos para apresentação do VI Congresso Brasileiro de Epidemiologia a realizar-se em Recife em 2005 a saber: 1. Causas de mortalidade evitável em capitais brasileiras em 1979-81 e 1999-2001; 2. Causas de mortalidade evitável em regiões brasileiras em 1979-81 e 1999-2001; 3. Anos potenciais de vida perdidos por causas evitáveis em capitais brasileiras em 1979-81 e 1999-2001; e 4. Anos potenciais de vida perdidos por causas evitáveis em regiões brasileiras em 1979-81 e 1999-2001. Dois artigos devem ser elaborados para publicação, provavelmente, na Revista Brasileira de Epidemiologia, intitulados: 1. Mortalidade por causas evitáveis e anos potenciais de vida perdidos em capitais brasileiras em 1979-81 e 1999-2001; e 2. Mortalidade por causas evitáveis e anos potenciais de vida perdidos em regiões brasileiras em 1979-81 e 1999-2001.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. ABEL-SMITH, B. - **Estudio internacional de los gastos de sanidad**. Ginebra: OMS, 1969. 136p. (OMS - Cuadernos de Salud Pública, 36).
02. AJUNTAMENT DE BARCELONA. INSTITUT MUNICIPAL DE SALUD PÚBLICA. **Mortalitat i natalitat a la ciutat de Barcelona - 1995**. Barcelona: Institut Municipal de Salud Pública, 1997. 270p. (Estadístiques de Salud, 26).
03. ALONSO CABALLERO, J. - La medición del estado de salud: metodología de la encuesta de salud. in: MARTÍNEZ NAVARRO, F. *et al.* (eds.) - **Salud Pública**. Madrid: McGraw-Hill, 1998. 915p. p.342-61.
04. ARIAGA, E.E. - Los años de vida perdidos: su utilización para medir el nivel y el cambio de la mortalidad. **Notas de Población**, Santiago de Chile, **63**: 7-38, 1996.
05. BAUER, R.L.; CHARLTON, J.R.H. - Area variation in mortality from diseases amenable to medical intervention: the contribution of differences in morbidity. **Int. J. Epidemiol.**, **15**: 407-11, 1986.
06. BOCCO, M. - La relación entre los años de vida perdidos y la esperanza de vida. **Notas de Población**, Santiago de Chile, **63**: 39-60, 1996.
07. BONFILL COSP, X.; GISPERT MAGAROLAS, R. - La mortalidad evitable: la eterna esperanza blanca para estudiar y comparar la efectividad hospitalaria. **Gac Sanit**, **9**(46): 1-4, 1995.
08. BUCK, C.; BULL, S. - Preventable causes of death versus infant mortality as an indicator of the quality of health services. **Int. J. Hlth. Serv.**, **16**(4): 553-63, 1986.
09. CARVALHO, M.L.; SILVER, L.D. - Confiabilidade de declaração da causa básica de óbitos neonatais: implicação para o estudo da mortalidade prevenível. **Rev. Saúde Pública**, **29** (5): 342-8, 1995.
10. CENTERS FOR DISEASE CONTROL - Attributable mortality and year of potencial life lost. United States, 1988. **MMWR**, **40** (4): 62-71, 1991a.
11. _____. - Years of potencial life lost before age 65. United States, 1988 and 1989. **MMWR**, **40** (4): 60-2, 1991b.

12. CHARLTON, J.R.H.; VELEZ, R. - Some international comparisons of mortality amenable to medical intervention. **British Med. J.**, **292**: 295-301, 1986.
13. D'SOUSA, S. - The assessment of preventable and child deaths in developing countries: some applications of a new index. **Wld. hlth. statist. quart.**, **42**: 16-25, 1986.
14. DULEEP, H. - Implications for social security policy-making of research in mortality. **Int. Soc. Security Rev.**, **37** (4): 410-21, 1984.
15. GAIZAUSKIENE, A.; GUREVICIVS, R. - Avoidable mortality in Lithuania. **J. Epidemiol. Community Health**, **49**: 281-4, 1995a.
16. GAIZAUSKIENE, A.; WESTERLING, R. - A comparison of avoidable mortality in Lithuania and Sweden 1971-1990. **Int. J. Epidemiol.**, **24**(6): 1124-31, 1995b.
17. GISPERT MAGAROLAS, R. - **Els indicadors de mortalitat a Catalunya i Espanya: la mortalitat innecessàriament prematura i sanitàriament evitable**. Barcelona: ETD, 1992b. (Tesi Doctoral – Universitat de Barcelona).
18. GISPERT MAGAROLAS, R. - La mortalidad evitable: indicador de calidad asistencial? **Control de Calidad Asistencial**, **7**(1): 1-7, 1992a.
19. GISPERT MAGAROLAS, R.; GUTIÉRREZ-FISAC, J.L. - Esperanza de vida saludable: pasado y presente de un indicador con futuro. **Revisiones en Salud Pública**, **5**: 7-32, 1997.
20. GISPERT MAGAROLAS, R.; RITCHIE, K.; RAJMIL, L.; RUÉ, M.; GLUTING, J.P.; ROSET, M. - Mental health expectancy: an indicator to bridge the gap between clinical and public health perspectives of population mental health. **Acta Psychiatr. Scand.**, **98**: 182-7, 1998.
21. GONZALEZ, J.; CERDA, T.; REGIDOR, E.; MEDRANO, M.J. - **Atlas de la mortalidad evitable**. Madrid: Secretaria General Tecnica. Ministério de Sanidad y Consumo. 1989.
22. HARTZ, Z. M. A.; CHAMPAGNE, F.; LEAN, M.C.; CONTRANDRIOPOULOS, A.-P. - Mortalidade infantil "evitável" em duas cidades do Nordeste do Brasil: indicador de qualidade do sistema local de saúde. **Rev. Saúde Pública**, **30**(4): 310-8, 1996.
23. HERTZ, E.; HEBERT, J.R.; LANDON, J. - Social and environmental factors and life expectancy, infant mortality, and maternal mortality rates: results of a cross-national comparison. **Soc. Sci. Med.**, **39**(1): 105-14, 1994.
24. HOLLAND, W.W. - **European community atlas of avoidable death**. Oxford: Oxford University Press, 1988.
25. _____. - **European community atlas of avoidable death**. 2.ed. Oxford: Oxford University Press, 1991.
26. JAMISON, D.T.; MOSLEY, W.H.; MEASHAM, A.R.; BOBADILLA, J.L. (eds.) - **Disease control in developing countries**. 1.ed. rev. ampl. - USA: Oxford University Press, 1997. 746p. p.117-19.
27. KEELING, J.W. *et al.* - Classification of perinatal death. **Arch. Dis. Child.**, **64**: 1345-51, 1989.
28. LANGHOFF-ROOS, J.; BORCH-CHRISTENSEN, H.; LARSEN, S.; LINDBERG, B.; WENNERGREN, M. - Potentially avoidable perinatal deaths in Denmark and Sweden 1991. **Acta Obstet. Gynecol. Scand.**, **75**(9): 820-5, 1996.
29. LEITE, A.J.M.; MARCOPITO, L.F.; DINIZ, R.P.D.; SILVA, A.V.S.E.; SOUZA, L. C.B.; BORGES, J.C.; SÁ, H.L.C. - Mortes perinatais no município de Fortaleza, Ceará: o quanto é possível evitar. **J. Pediatr.**, **73**(6): 388-94, 1997.

30. LOPES CERVANTES, M. - Utilización de los datos de mortalidad para la planeación de los servicios de salud: el caso de México. **Salud Pública Méd.**, **27**: 124-39, 1985.
31. LOPEZ-ABENTE ORTEGA, G.; POLLÁN SANTAMARIA, M.; ESCOLAR PUJOLAR, A.; ERRIZOLA SAIZAR, M. - **Atlas de mortalidad por cáncer y otras causas en España 1978-1992**. Atlas of cancer mortality and other causes of death in Spain 1978-1992. Madrid: Fundación Científica de la Asociación Española contra el Cáncer, 1996. 338p.
32. MANUAL da classificação estatística internacional de doenças, lesões e causa de óbitos: Revisão, 1975. São Paulo: Centro da OMS para Classificação de Doenças em Português, 1978. 2v.
33. MANUAL da classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbitos: 8ª Revisão, 1965. Washington: Organização Panamericana de Saúde, 1959.
34. McKEE, C.M. & RAJARATNAM, G. - Deaths from amenable causes. (Letter) **Lancet**, **2** (8504): 734-5, 1986.
35. MEDINA, L.E. *et al.* Encuestas de morbilidad y atención médica como método de análisis de situación de salud. **Bol. Of. Sanit. Panam.**, **102** (6): 594-605, 1987.
36. MINGUT, M.; BORRAS, J.M.; SÁNCHEZ, V.; SEGÚ, L.; ESPINAS, J.; ORTUN, V. - L'importe del càncer a Catalunya: la mortalidad premature i el cost econòmia. in: BORRAS, J.M.; BORRAS, J.; VILADIU, P.; XAVIER BOSH, F. - **Epidemiologia i prevenció del càncer a Catalunya - 1975-1992**. Barcelona: Servei Català de la Salut/Institut Català D'Oncologia, 1997. 523p. p.229-49.
37. MURRAY, C.I.L. - A critical review of international mortality data. **Soc. Sci. Med.**, **25** (7): 773-81, 1987.
38. MURRAY, C.J.J.; LÓPEZ, A.D. (dir.) - **The global burden of diseases: a comparative assesment of mortality and disability from disease, injury, and risk factors in 1990 and projected to 2020**. Cambridge: Harvard University Press, 1996.
39. OLSHANSKY, S.J.; AULT, A.B. - The fourth stage of the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases. **Milbank Q.**, **64** (3): 355-91, 1986.
40. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10)**. 2v. São Paulo: OMS/EDUSP, 1995
41. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - **Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000**. Ginebra: OMS, 1981.
42. ORTÚN RUBIO, V.; GISPERT MAGAROLAS, R. - Exploración de la mortalidad prematura como guía de política sanitaria o indicador de calidad asistencial. **Med. Clin.** (Barc), **90**(19): 399-403, 1988.
43. PLAUT, R. & ROBERTS, E. - Preventable mortality: indicator or target? Applications in developing countries. **Wld. hith. statist. quart.**, **42**: 4-15, 1989.
44. POIKOLAINEN, K.; ESKOLA, K. The effect of health services on mortality: decline in death rates from amenable and non-amenable causes in Finland, 1969-81. **Lancet**. **1** (8474): 199-202, 1986.
45. ROMEDER, J.M.; McWHINNIE, J.R. - Le développement des années potentielles de vie perdues comme indicateur de mortalité pré-maturée. **Rev. Epidém. et Santé públ.**, **26** (1): 97-115, 1978.

46. RUTSTEIN, D.D. *et al.* - Measuring the quality of medical care: a clinical method. **New Engl. J. Med.**, **294**: 582-8, 1976.
47. RUTSTEIN, D.D.; BERENBERG, W.; CHALMERS, Th.C. *et al.* - Measuring the quality of medical care: second revision of tables of indexes (letter). **Lancet**, **298** (May.15): , 1980.
48. RUTSTEIN, D.D.; BERENBERG, W.; CHALMERS, Th.C.; CHILD III, C.G.; FISHMAN, A.P.; PERRIN, E.B. - Como medir la calidad de la atención medica: un método clínico. in: WHITE, K.L. et al (eds.). **Investigaciones sobre servicios de salud**: una antología. Washinston:OPAS, 1992. 1200p. (OPAS. Publ. Cient., 534). p.703-14.
49. SILVA, M.G.C. da - Anos potenciais de vida perdidos, segundo causas, em Fortaleza, em 1978-80. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, **18**: 108-21, 1984.
50. _____ - **Mortalidade por causas evitáveis em Fortaleza de 1978 a 1995**. Fortaleza: UECE/ESP-Ce, Expressão, 1998. 300p. (Tese apresentada ao Concurso de Professor Titular da UECE).
51. _____ - **Mortalidade por causas evitáveis em Fortaleza de 1984-86**. Fortaleza: UECE/ICC, 1995. 62p. (Relatório de pesquisa apresentado ao CNPq). (mimeo.)
52. _____ - **Técnicas para definir prioridades em saúde**: análise através da mortalidade por causas evitáveis em Fortaleza em 1981-83. Fortaleza: IOCE, 1990. 225p. (Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Saúde Pública-USP).
53. TAUCHER, E. - **Chile. Mortalidad desde 1955 a 1975**: tendencias y causas. Santiago de Chile: CELADE, 1978. 83p. (Serie A, n.162).
54. THE WORLD BANK. - **World development report 1993. Investing in Health**. Oxford: Oxford University Press. 1993.
55. TSAI, S.P. & LEE, E.S. - Potential gains in life expectancy by partial elimination of leading causes of health in Texas. **Texas. Rep. Biol. Med.**, **36**: 185-96, 1978.
56. Van de WATER, A.P.A.; Van VLIET, H.A.; BOSHUIZEN, H.C. **The impact of "substitute morbidity and mortality" on public health policy**. Netherlands: TNOGP, 1995. 85p.
57. WIGGLESWORTH, J.S. - Monitoring perinatal mortality - a pathophysiological approach. **Lancet.**, **2**: 684-86, 1980.

8. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

O cronograma de execução das atividades pode ser observado no quadro mostrado abaixo.

ATIVIDADES	MESES												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1. Seleção das causas básicas de morte	x	x	x										
2. Montagem do MIPSE	x	x	x										
3. Obtenção de dados populacionais				x									
4. Digitação e "linkage" dos dados				x	x	x	x	x	x				
5. Elaboração de programas de computação	x	x	x	x									
6. Elaboração de tabelas e gráficos										x	x		
7. Análise dos resultados											x	x	
8. Revisão bibliográfica	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
9. Redação												x	x
10. Composição e impressão												x	x

9. ORÇAMENTO

Ítem	Descrição das despesas	Un.	Qt	Vr Mês	Vr Total
01	Coordenador	Mês	12	1.000	12.000
02	Estatístico	Hora	30	50	1.500
03	1 Programador	Mês	4	250	1.000
04	1 Operador de sistema	Mês	2	250	500
05	1 Digitador	Mês	8	250	2.000
	Sub-total				17.000
	Encargos Sociais (20%)				3.400
	Reserva Técnica (10%)				1.700
	Total Geral				22.100

Obs.: pagamento da equipe poderá ser efetuado mensalmente ou de acordo com a política do Projeto.

10. CONTRAPARTIDA DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE

- a) Instalações físicas.
- b) Serviços de biblioteca e acesso a portais de periódicos.
- c) Manutenção de Equipamentos.
- d) Despesas com material de consumo (papel, canetas, disquetes, CD, etc).
- e) Despesas com telefone, comunicações.
- f) Equipamentos de informática.
- g) Aquisição de livros e "*papers*".

11. EQUIPE TÉCNICA ENVOLVIDA

11.1. Pesquisador - Coordenador

Nome: Marcelo Gurgel Carlos da Silva

Titulação: Pós-Doutor em Economia da Saúde

Categoria funcional: Professor Titular

Local de trabalho: Universidade Estadual do Ceará - UECE

Cargo: Coordenador do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública -
CMASP

Regime de trabalho: 40 horas/semanais

Locais da pesquisa: Instituto do Câncer do Ceará e CMASP

Endereço: Rua Papi Júnior, 1222 - Rodolfo Teófilo

Fortaleza-CE - (85) 288.44.78

Residência: Rua Vicente Leite, 2439/600

Fortaleza-CE - (85) 227.87.90

11.2. Pessoal Técnico e de Apoio

<i>Nome</i>	<i>Função</i>	<i>Titulação</i>
Francisco Alexandre Monteiro Nogueira	Estatístico	Especialista
José Helder Barbosa	Programador	Universitário
Cristine Studart de Santana	Digitadora	Superior
Daniella Távora da Silva	Aux. Escritório	Superior

Fortaleza, de 26 junho de 2003

MARCELO GURGEL CARLOS DA SILVA
Coordenador do CMASP-UECE

Arq.projetoMipse99-01Dfid.doc

PROJETO ECONOMIA DA SAÚDE

PLANO DE TRABALHO ANO II

II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ECONOMIA DA SAÚDE

Atividade: 2.03.20

INSTITUIÇÃO PARCEIRA: ESTADO DO CEARÁ

COORDENADOR NA INSTITUIÇÃO PARCEIRA:

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA PROPOSTA:

TELEFONE:

E-MAIL:

CLASSIFICAÇÃO DA PROPOSTA:

Resultado 1:	
Resultado 2:	X
Resultado 3:	

Fundo de Desafio	
Resultado 1:	
Resultado 2:	

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA - PRPGPq
DEPARTAMENTO DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO - DENPG**

FORMULÁRIO DE PROJETO DE CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1.1. Nome do Curso: II Curso de Especialização em Economia da Saúde

Parecer/Resolução: CNE 03/99

1.2. Departamento: Saúde Pública

Centro: Ciências da Saúde

1.3. Coordenador: Marcelo Gurgel Carlos da Silva

Titulação: Doutor

Vice-Coordenadores: Daniel Marques Mota e Maria Helena Lima de Sousa

Titulação: Mestres

1.4. Instituições Promotoras: UECE/SESA-CE/ABrES

Instituições Financeiras: *Department for International Development*.-DFID

Instituição Executora: UECE

1.5. Local de Realização: Mestrado Acadêmico em Saúde Pública

UECE Campus do Itaperi Fortaleza-Ceará

Sala: Espacialização

1.6. Período de Realização

Início: 01/09/2003

Término: 31/08/2004

1.7. Funcionamento: Modular por disciplinas

Dias e Horário: 2ª a 6ª feira - 8h00-12h00 e 14h00-18h00 e Sábado - 8h00-12h00

1.8. Endereço para Correspondência: Mestrado Acadêmico em Saúde Pública

Rua: Av. Paranjana

Nº: 1700

Bairro: Itaperi

CEP:

Telefone: (0xx85) 299.27.26

FAX: (0xx85) 299.27.91

2. JUSTIFICATIVA

A aplicação da economia à saúde ou economia da saúde tem por objetivo quantificar por períodos de tempo os recursos empregados na prestação de serviços de saúde, sua organização e financiamento, à eficiência com que se

alocam e utilizam esses recursos para fins sanitários, e os efeitos dos serviços de saúde para a previsão, a cura e a reabilitação na produtividade individual e nacional.

A economia da saúde apresenta as seguintes utilidades:

- permite aos planejadores da saúde defender seu critério nas reuniões com outros planejadores, com as comissões de planejamento e com certos setores importantes do Estado, como Ministério da Fazenda;

- permite aos encarregados do setor responder mais facilmente aos governos, aos órgãos legislativos e à opinião pública, que cada vez exigem mais explicações sobre o aumento dos gastos "per capita" nos serviços de saúde e sobre a subida em espiral que esses gastos provocam;

- permite oferecer aos usuários serviços que correspondem à inversão efetuada e, paralelamente, impedir que os que prestam a assistência e a indústria farmacêutica internacional se preocupem exclusivamente de seus próprios interesses;

- o planejamento em saúde e o sócio-econômico seriam mais fáceis de vincular se os planejadores da saúde conhecerem melhor as repercussões econômicas dos serviços e demais atividades de promoção à saúde;

- a economia pode levar ao planejamento em saúde técnicas especializadas, tais como as de análise estatística, análise de custos e benefícios e análise de sistemas.

Como área de conhecimento, a Economia da Saúde está fortemente consolidada na maioria dos países desenvolvidos, e, dada a sua importância para o Setor Saúde, a Organização Mundial da Saúde tem promovido o seu uso e estimulado a sua adoção para orientar as políticas de saúde nos países em desenvolvimento e naqueles ainda subdesenvolvidos.

A preocupação com o incremento dos custos em saúde e a má utilização de recursos, invariavelmente escassos, principalmente nos países menos desenvolvidos, são condicionantes da maior importância que justificam a formação de especialistas em Economia de Saúde para a implementação da maior racionalidade na aplicação dos recursos financeiros, materiais e humanos.

No Brasil, até os anos oitenta, esse campo de atuação brotou de forma focal em algumas instituições universitárias, como USP, ENSP, UFBA e UECE, contudo, na presente década, com a criação da ABrES - Associação Brasileira de Economia da Saúde, foi possível congrega os principais interessados no assunto e esforços têm sido consolidados no intuito de organizar eventos científicos e de promover a publicação de material especializado, significando grande impulso à divulgação de Economia da Saúde neste país.

No Estado do Ceará, a SESA está passando pela implementação de uma ampla reforma de sua estrutura administrativa que incluiu a criação e a implantação da Célula de Economia da Saúde - CECONS, processo que tem recebido suporte técnico *Department for International Development* - DFID, que propiciou a realização de consultoria, da qual resultou planejamento estratégico, onde se contempla a qualificação técnica do pessoal responsável por condução da respectiva célula, razão do presente projeto tem a sua devida guarida.

No Ceará, a UECE instituiu a disciplina de Economia da Saúde nos Cursos de Especialização em Planejamento em Saúde ofertados na década anterior, e implantou-a como

disciplina obrigatória do seu curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública - Concentração em Políticas e Serviços de Saúde; na Universidade Federal do Ceará (UFC), a matéria existe como optativa para a graduação em Ciências Econômicas e também como disciplina optativa do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública - Concentração em Epidemiologia.

A UECE criou o Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde, sendo um dos poucos existentes no Brasil que está devidamente registrado no Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq – versão 4.0. É um grupo que tem por finalidade precípua integrar a equipe interdisciplinar no contexto da Economia da Saúde e propiciar condições para um desenvolvimento harmônico, entre pesquisadores, estudantes pós-graduação “*lato sensu*” e “*stricto sensu*” e outros profissionais de saúde, bem como desenvolver o senso crítico do alunado, a fim de atuar na prática dentro de uma visão abrangente (social, política e cultural) das inter-relações entre Economia e Saúde no processo saúde-doença.

A UECE, em colaboração com a Secretaria de Saúde do Ceará-SESA, e contando com o decidido apoio técnico da ABrES, tentará captar parte dos recursos financeiros junto ao *Department for International Development* - DFID, envidando os esforços necessários à materialização deste empreendimento da maior importância para o Planejamento em Saúde do Estado do Ceará.

É oportuno ressaltar que a oferta de mais uma turma do curso instalado em Fortaleza, cuja primeira experiência, sob o patrocínio do DFID, qualificará cerca de vinte especialistas em Economia da Saúde, oferecerá a oportunidade de formação local, dado que curso similar existe apenas na região Sudeste do país, na FSP/USP, com expectativa de, a médio prazo, viabilizar a criação da área de concentração em Economia da Saúde em Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública ou de Mestrado Profissional em Economia de Saúde na UECE, que teria suprimento regular de clientela advinda dos cursos de especialização retro-mencionados.

3. OBJETIVOS E METAS

3.1. Objetivo geral: capacitar profissionais das áreas de saúde e técnico-administrativa para integrarem conhecimentos e instrumentos de economia à análise do setor saúde.

3.2. Objetivos específicos:

- fornecer uma visão sobre economia, de forma a compreender a sua aplicação no setor saúde;
- fornecer elementos para avaliação econômica no âmbito macro e micro do setor saúde;
- analisar as políticas e práticas vigentes e formular propostas alternativas ao planejamento em saúde;
- fornecer elementos para compreensão e crítica das propostas de financiamento do setor saúde;
- conhecer e aplicar métodos e técnicas que permitam avaliar os serviços de saúde

Ao término do curso, os participantes devem estar aptos a desenvolver as seguintes atividades:

- análise de eficiência das ações e serviços de saúde, na busca de uma melhor cobertura assistencial e equidade;
- definição de critérios para os investimentos públicos em saúde, tendo em vista a maximização do retorno social;
- escolha dos critérios que devem subsidiar o financiamento das ações e serviços de saúde;
- aplicação de conhecimentos e instrumentos de economia no processo de avaliação

Dentre as metas dos curso, destacam-se: a) qualificação 2 professores ou técnicos da UECE; b) especialização de 14 técnicos da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará; c) especialização de 2 técnicos da Escola de Saúde Pública do Ceará; e d) preparação de 2 técnicos de outras instituições públicas. O propósito do curso é o de especializar profissionais no campo da Economia da Saúde.

4. ASPECTOS TÉCNICOS

4.1. Cursos

Permanente ()

Temporário (x)

4.1.1. Carga Horária: 485 horas/aula

4.1.2. Vagas: Da UECE (02)

De fora (18), observando a seguinte distribuição: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (14), Escola de Saúde Pública do Ceará (2) e outras Instituições Públicas (2). De acordo com critérios adotados no processo seletivo poderá haver remanejamento de vagas entre as instituições citadas.

4.2. Caracterização da Clientela

O curso é destinado a professores da área de saúde pública e a profissionais de saúde, com formação em saúde pública, e de ciências econômicas, administrativas e contábeis que atuem especificamente em planejamento do setor saúde, com experiência mínima de cinco anos de serviços.

4.3. Cronograma

O Curso será programado de forma a desenvolver suas atividades no período de 01/09/2003 a 31/08/2003, conforme a seguinte seqüência das disciplinas:

1. Introdução à Economia (01 a 09.09.03)
2. Introdução à Saúde Pública (01 a 09.09.03)
3. Política e Planejamento em Saúde (06 a 14.10.03)
4. Introdução à Economia da Saúde (06 a 14.10.03)
5. Mercado e Sistemas de Saúde (03 a 08.11.03)
6. Alocação de Recursos em Saúde (01 a 06.12.03)
7. Orçamento e Custos em Saúde (12 a 17.01.04)
8. Financiamento e Gastos em Saúde (02 a 07.02.04)
9. Avaliação Econômica da Saúde (01 a 06.03.04)

10. Ensino e Pesquisa em Economia da Saúde (12 a 15.04.04)

As atividades serão desenvolvidas de 2ª a 6ª feira em tempo integral (8h00-12h00 e 14h00-18h00) e, ainda, aos sábados das 8h00 às 12h00. A essas disciplinas, segue-se um período de quatro meses destinado à elaboração e defesa da monografia.

4.4. Inscrições

4.4.1. Local: SESA/CECONS

4.4.2. Período: 04 a 15 de agosto de 2003

4.4.3. Valor da Taxa: R\$ 50,00

4.4.4. Requisitos: 1- cópia do diploma de graduação
2- cópia do histórico escolar da graduação
3- "curriculum vitae" padronizado comprovado
4- cópia da carteira de identidade
5- duas fotografias 3 x 4
6- comprovante de experiência profissional ou docente
7- requerimento de inscrição

4.5. Seleção

4.5.1. Local: SESA/CECONS

4.5.2. Período: 19 a 21 de agosto de 2003

4.5.3. Modalidade(s):

Análise de <i>curriculum vitae</i>	(x)
Entrevista	(x)
Prova	()
Outras (especificar)	()

4.6. Metodologia

O ensino constará de aulas teóricas e práticas, trabalhos de campo, seminários e exercícios, e estará a cargo de professores da UECE e de professores convidados de outras instituições nacionais, como Secretaria de Saúde do Estado do Ceará e Universidade Federal do Ceará, bem como estrangeira: Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, de Portugal.

4.7. Sistemática de Avaliação

Durante o andamento do Curso, o aluno terá a obrigação de:

- assistir a um mínimo de 75% da carga horária (de aulas) de cada disciplina;
- participar da totalidade dos trabalhos de campo e seminários de cada uma das disciplinas;
- apresentar em tempo hábil os exercícios e outros trabalhos didáticos que lhe sejam confiados;
- submeter-se às provas de avaliação julgadas necessárias pela Coordenação do Curso.

A avaliação do aprendizado ou do rendimento acadêmico será feita através de prova, elaboração e apresentação de trabalhos, na perspectiva de cada disciplina. Serão consideradas as notas de 7,0 (sete) a 10,00 (dez) para efeito de aprovação.

A monografia será apresentada pelo aluno à Banca Examinadora, constituída de 3 (três) docentes, sendo presidida pelo orientador do trabalho, merecendo aprovação quando lograr conceito satisfatório dos membros Banca Examinadora.

4.8. Certificados

O Certificado de Especialização será concedido ao candidato que satisfizer as seguintes condições: a) ter cursado todas as disciplinas, com conceito final, de pelo menos, 7,0 (sete) em cada; b) ter alcançado um percentual de comparecimento em cada disciplina, igual ou superior a 75%; c) ter concluído e apresentado a monografia escolhida, logrando aprovação pela Banca Examinadora.

O Certificado conterá as especificações concernentes ao Curso de Especialização de acordo com a Resolução 03/99 do Conselho Nacional de Educação.

5. PROGRAMA CURRICULAR (Modalidade Análise)

5.1. Disciplinas e Corpo Docente *

* V. Anexo 1.

5.2. Ementas das Disciplinas

* V. Anexo 2.

5.3. Bibliografia Básica

* V. Anexo 3.

5.4. Projetos de Monografia

* V. Anexo 4.

6. RECURSOS *

R\$

6.1. Custeio

- Pessoal	60.400,00
- Material de Consumo	7.520,00
- Serviços de Terceiros e Encargos	12.080,00

SUBTOTAL (a)	80.000,00
6.2. Material Permanente	20.000,00
<i>SUBTOTAL (b)</i>	<i>100.000,00</i>
6.3. Reserva Técnica + Adm. (35%)	<u>35.000,00</u>
TOTAL PROPOSTO	130.000,00
* V. Anexo 5.	

7. AVALIAÇÃO

7.1. Avaliação

Do Departamento de Saúde Pública:

Data de Aprovação: 05/06/95

Assinatura do Chefe: _____

Do Conselho Departamental:

Data de Aprovação: 20/06/95

Assinatura do Presidente: _____

7.2. Aprovação do CEPE

Data de Aprovação: 14/11/95

Resolução de Aprovação nº 941/95.

Assinatura _____ do Presidente:

7.3. Cadastro na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

Data: ____/____/____

Visto:

Anexo 1

**UECE - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CCS - DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE ECONOMIA DA SAÚDE**

ESTRUTURA CURRICULAR

DISCIPLINAS	CARGA HORÁRIA	CRÉ D	PERÍODO	HORÁRIO	DOCENTE RESPONSÁVEL	TITULAÇÃO	INSTITUIÇÃO
1. Introdução Economia	30	2	01- 09.09.03	8-12h00	Fernando P. Sousa	Doutor	UFC
2. Introdução à Saúde Pública	30	2	01- 09.09.03	14- 18h00	José Meneleu Alcides Miranda	Doutor Mestre*	UEC
3. Política e Planejamento em Saúde	30	2	06- 14.10.03	8-12h00	Ana Paula Gondim Jackson Sampaio	Mestre* Doutor	UEC
4. Introdução à Economia da Saúde	30	2	06- 14.10.03	14- 18h00	Vera Coelho Marcelo Gurgel	Mestre Doutor	SES
5. Mercado e Sistemas de Saúde	45	3	03- 08.11.03	8-12h00 14- 18h00	Ilse Tigre de Arruda João A. Pereira	Mestre Doutor	UEC
6. Alocação de Recursos em Saúde	45	3	01- 06.12.03	8-12h00 14- 18h00	Helena Lima Vera Coelho	Mestre Mestre	UNL
7. Orçamento e Custos	45	3	12- 17.01.04	8-12h00	Helena Lima	Mestre	SES

em Saúde					14-18h00	Alex Mont'Alverne	Mestre	SESA
8. Financiamento e Gastos em Saúde	45	3	02-07.02.04		8-12h00	Vera Coelho	Mestre	SESA
9. Avaliação Econômica da Saúde	45	3	01-06.03.04		14-18h00	Daniel Marques	Mestre	ESP
10. Ensino e Pesquisa em Economia da Saúde	30	2	12-15.02.04		8-12h00	Marcelo Gurgel	Doutor	UECE
Monografia	120	8	Até 31.08.04		14-18h00	Daniel Marques	Mestre	ESP
	495	33						

* Cursando doutorado

Legenda: ESP - Escola de Saúde Pública do Ceará
 SESA - Secretaria de Saúde do Estado do Ceará
 UECE - Universidade Estadual do Ceará
 UNL - Universidade Nova de Lisboa

Anexo 2

UECE - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CCS - DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE ECONOMIA DA SAÚDE
EMENTAS DAS DISCIPLINAS

1. INTRODUÇÃO À ECONOMIA

Conceitos básicos em economia. História do pensamento econômico. Noções de Microeconomia. Noções de Macroeconomia. Finanças públicas. Teoria monetária. Economia política. Economia brasileira.

2. INTRODUÇÃO À SAÚDE PÚBLICA

Histórico. Conceitos e usos da epidemiologia. O método epidemiológico. Níveis de prevenção. Epidemiologia descritiva. Epidemiologia analítica. Causalidade. Medidas gerais de profilaxia. Vigilância epidemiológica. Fontes de dados vitais. Registros públicos. Recenseamento e estimativas populacionais. Indicadores de saúde. Saneamento básico. Nutrição e saúde. Saúde do trabalhador.

3. POLÍTICA E PLANEJAMENTO EM SAÚDE

Saúde como Política Social. Natureza do Estado que realiza as políticas. Relação entre as políticas sociais. Relação entre economia e política. O planejamento com ciência, O planejamento em saúde e seus instrumentos. O planejamento normativo. O planejamento estratégico. O planejamento em saúde no contexto do SUS. O planejamento a nível local. Epidemiologia e planejamento em saúde.

4. INTRODUÇÃO À ECONOMIA DA SAÚDE

Economia da saúde: considerações gerais. Macroeconomia da saúde. Microeconomia da saúde. Terminologia em economia da saúde. Mercado de serviços de saúde. Saúde e desenvolvimento econômico. O custo da doença. Recursos humanos para o desenvolvimento. Econometria da Saúde. Equidade em saúde. Avaliação econômica dos serviços de saúde. Farmacoeconomia.

5. MERCADO E SISTEMAS DE SAÚDE

Microeconomia da saúde: conceitos gerais. Unidades elementares de produção ou de consumo de serviços de saúde. Comportamento dos agentes econômicos: o produtor e o consumidor dos serviços de saúde. Determinação dos preços em saúde. Características do mercado dos serviços de saúde.

6. ALOCAÇÃO DE RECURSOS EM SAÚDE

Alocação de recursos: introdução. Impacto sobre equidade, eficiência e efetividade. Estratégias e métodos de alocação por nível. Mecanismos de pagamento de provedores. Alocação e prioridades. Inovação tecnológica e infra-estrutura de alocação. Alocação no Brasil e no Ceará.

7. ORÇAMENTO E CUSTOS EM SAÚDE

Planejamento do orçamento público em saúde: conceitos de orçamento público e bases legais do orçamento em saúde. Concepção econômica dos custos: custo oportunidade, custo econômico e custo contábil, custo médio e marginal, economia de escala em saúde. metodologias de apuração de custos.

8. FINANCIAMENTO E GASTOS EM SAÚDE

Conceitos básicos. A contabilidade social em saúde. Inflação e saúde. O financiamento dos sistemas de saúde. Gastos em saúde. O produto dos serviços sanitários: Experiências internacionais. O financiamento da saúde no Ceará.

9. AVALIAÇÃO ECONÔMICA DA SAÚDE

Introdução à avaliação econômica: marco teórico e conceitual. Custos: conceitos, métodos de apuração e análise. Técnica de custo-benefício. A teoria do capital humano. Desenho de um estudo de custo-benefício. Técnica de custo-efetividade. Indicadores de efetividade. Desenho de um estudo de custo-efetividade. Técnica de custo-utilidade. Os anos de vida ajustados por qualidade. Desenho de um estudo de custo-utilidade; e a avaliação de tecnologias sanitárias.

10. ENSINO E PESQUISA EM ECONOMIA DA SAÚDE

Introdução aos métodos de ensino em economia da saúde. Tipos de abordagem didática, material de ensino, técnicas de apresentação e conteúdo programático. A avaliação do aprendizado: critérios, processos e indicadores. Introdução aos métodos de pesquisa em economia da saúde. Delimitação do objeto da pesquisa: tema, tópicos e estrutura. Técnicas de escrita e comunicação científica. Padronização de gráficos, tabelas, referências bibliográficas e outros. Elaboração de um projeto de pesquisa.

Anexo 3

**UECE - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CCS - DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE ECONOMIA DA SAÚDE**

BIBLIOGRAFIA BÁSICA

01. ARTELLS HERRERO, J.J. - **Aplicación del análisis coste-beneficio en la planificación de los servicios sanitarios**: eficiencia y equidad en la atención perinatal. Barcelona: Masson, 1989. 166p.
02. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ECONOMIA DA SAÚDE - **Anais do I Encontro Nacional de Economia da Saúde**. São Paulo: ABrES, 1994. 177p.
03. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ECONOMIA DA SAÚDE - **Anais do V Encontro Nacional de Economia da Saúde**. Salvador: ABrES, 1999. 248p.
04. ASOCIACIÓN DE ECONOMIA DE LA SALUD - **Evaluación económica de tecnologías sanitarias**. Navarra: A.E.S., 1991. 466p.
05. ASOCIACIÓN DE ECONOMIA DE LA SALUD - **Información sanitaria y nuevas tecnologías**. Vitoria-Gasteiz: A.E.S., 1998. 485p.
06. BADIA, X.; ROVIRA, J. - **Evaluación económica de medicamentos**. España: Dupont Pharma, 1994.
07. BERKOWITZ, E.N. - **Essentials of health care marketing**. Gaithersburg: Aspen, 1996. 409p.
08. BEULKE, R.; BERTO, D. J. - **Gestão de custos e resultado na saúde**. 2.ed. São Paulo: Saraiva, 2000. 277p.
09. CEARÁ. Secretaria da Saúde - **Farmacoeconomia**: guia breve. Fortaleza: SESA, 2001. 56p.
10. COCHRANE, A. L. - **Efectividad y eficiencia**: reflexiones al azar sobre los servicios sanitarios. Barcelona: Centro Cochrane Iberoamericano/Fundación Salud, Innovación y Sociedad, 2000. 103p.
11. CREESE, A.; PARKER, D. (eds.) - **Cost analysis in primary health care**: a training manual for programme managers. Geneva: WHO, 1994. 147p.
12. DRUMMOND, M.F.; STUART, G.L.; TORRANCE, G.W. - **Métodos para la evaluación económica de los programas de atención de la salud**. Madrid: Diaz de Santos, 1991. 231p.
13. DRUMMOND, M.F.; O'BRIEN, B.J.; STUART, G.L.; TORRANCE, G.W. - **Métodos para la evaluación económica de los programas de asistencia sanitaria**. 2.ed. Madrid: Diaz de Santos, 2001. 239p.
14. DUARTE DE ARAÚJO, J. - **Aspectos econômicos da saúde**. Salvador, 1974. (Tese professor titular - Universidade Federal da Bahia).
15. GISBERT, R.; BROSA, M. *et al.* - **El coste de la enfermedad en España**: el coste de las enfermedades cardiovasculares. Barcelona: MSD, 1997. 88p.
16. GRAY, J.A.M. - **Atención sanitaria basada en la evidencia**: como tomar decisiones en gestión y política sanitaria. Madrid: Churchill Livingstone, 1997. 302p.

17. GRIFFITHS, A.; BANKOVSKI, Z. (eds.) - **Economics and health policy.** Geneva: CIOMS, 1980. 320p.
18. GWATKIN, D. R. *et al.* - **Socio-economic differences in health, nutrition, and population in Brazil.** Washington: The World Bank, 2000. 35p.
19. HADDIX, A.C.; TEUTTSCH, S.M.; SHAFFER, P.A.; DUÑET, D.O. (eds.) - **Prevention effectiveness: a guide to decision analysis and economic evaluation.** Oxford: Oxford University Press, 1996. 227p.
20. JAMISON, D. T.; MOSLEY, W.H.; MEASHAM, A.R.; BOBADILLA, J.L.(eds.) - **Disease control in developing countries.** 1.ed. rev. ampl. - USA: Oxford University Press, 1997. 746p.
21. JOLY, R.; CORNIA, G.A. - **Efectos de la recesión mundial sobre la infancia.** Madrid: UNICEF/ Siglo XXI, 1984. 386p.
22. KINNON, C. M.; VELASQUEZ, G.; FLORI, Y.-A. - **Health economics: a guide to selected WHO literature.** Geneva: WHO, 1994. 95p.
23. LLANO SEÑARIS, J.; ORTÚN RUBIO, V. *et al.* (eds.) - **Gestión sanitaria: innovaciones y desafíos.** Barcelona: Masson, 1998. 654p.
24. LÓPEZ I CASASNOVAS, G.; ORTÚN RUBIO, V. - **Economía y salud: fundamentos y políticas.** Barcelona: Encuentro, 1998. 135p.
25. MACH, E.P.; ABEL-SMITH, B. - **Planificación de las finanzas em el sector de la salud: manual para países em desarrollo.** Ginebra: OMS, 1976. 140p.
26. MARQUES, R.M. - **O financiamento do sistema público de saúde brasileiro.** Santiago de Chile: ONU/CEPAL, 1999. 68p.
27. MATIAS, A. - **O mercado de cuidados de saúde.** Lisboa: APES, 1995. 24p. (Associação Portuguesa de Economia de Saúde Doc. Trab. 5/95).
28. MEDICI, A.C. - **A economia política das reformas em saúde.** Porto Alegre: IAHCS, 1997. 168p.
29. MEDICI, A.C. - **Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização.** São Paulo: FSP/USP, 1994. 216p.
30. MENEU, R.; ORTÚN RUBIO, V. (eds.) - **Política y gestión sanitaria: la agenda explícita.** Barcelona: A.E.S., 1996. 346p.
31. MILLS, A.; LEE, K. (eds.) - **Health economics research developing countries.** Oxford: Oxford University Press. 1993. 363p.
32. MURRAY, C.J.J.; LÓPEZ, A.D. (dir.) - **The global burden of diseases: a comparative assessment of mortality and disability from disease, injury, and risk factors in 1990 and projected to 2020.** Cambridge: Harvard University Press, 1996.
33. MUSGROVE, Ph. - **Public and private roles um health: theory and financing patterns.** Washington: The World Bank, 1996. (World Bank Discussion Paper, 339).
34. ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud - **Economía aplicada a la sanidad.** Ginebra: OMS, 1976. 53p. (OMS-Cuadernos de Salud Publica, 64).
35. ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud - **Apoyo económico a las estrategias nacionales de salud para todos.** Washington: OPAS, 1989. 131p.

36. ORTÚN RUBIO, V. - **La economía en sanidad y medicina: instrumentos y limitaciones.** Barcelona: Euge, 1992. 191p.
37. PAHO - **Health economic Latin American Perspectives.** Washington: OPAS, 1989. 191p. (PAHO - Scient.Publ., 517).
38. PINTO PRADES, J.L. - Métodos de evaluación económica en salud pública. in: MARTÍNEZ NAVARRO, F. *et al.* (eds.) - **Salud Pública.** Madrid: McGraw-Hill, 1998. 915p. p.303-16.
39. PIOLA, S.F. - **Gasto social federal e investimento na infância no Brasil.** Brasília: UNICEF, 1995. 125p.
40. PIOLA, S. F.; VIANNA, S.M. (orgs.) - **Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde.** 3.ed. Brasília: IPEA, 2002. 298p.
41. RUBIO CEBRIAN, S. - **Glosário de economia de la salud.** Madrid: Diaz de Santos, 1995. 331p.
42. SAN MARTIN, H. - **Economie de la santé.** Paris: Université Paris Nord, 1982. 2v.
43. SILVA, M.G.C. da - **Economia da saúde: auto-avaliação e revisão.** 2.ed. Fortaleza: UECE/Expressão, 2003. 207p.
44. SILVA, M.G.C. da - Economia da saúde. in: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. - **Epidemiologia & saúde.** 5.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. 570p. p.431-56.
45. SILVA, M.G.C. da - **Mortalidade por causas evitáveis em Fortaleza de 1978 a 1995.** Fortaleza: UECE/ESP-CE; Expressão, 1998. 300p. (Tese de concurso para Professor Titular da UECE).
46. SILVA, M.G.C. da (org.) - **Economia da saúde: tópicos conceituais e metodológicos.** Fortaleza: Ed. INESP/EdUECE, 2001. 365p.
47. THE WORLD BANK - **World development report 1993. Investing in Health.** Oxford: Oxford University Press, 1993. 329p.
48. UGÁ, M.A.; VALLE, S. (orgs.) - **Anais do Seminário Internacional Tópicos Conceituais e Metodológicos da Economia da saúde.** Rio de Janeiro: ABrES, 1996. 136p.
49. UIMP - **Evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria.** Santander: UIMP/SKB, 1997. 258p.
50. UIMP - **La gestión de servicios sanitarios orientada a la mejora de salud.** Santander: UIMP/MSD, 1996. 213p.
51. UNIVERSITAT DE BARCELONA. UNIVERSITAT POMPEU FABRA - **Máster en economía de la salud: trabajos de investigación 4ª promoción (1992-1994).** Barcelona: Universitat de Barcelona, 1996. 166p.
52. VIANNA, S.M. - **Evolução e perspectivas da pesquisa em economia da saúde no Brasil.** Brasília: IPEA, 1995. 112p.
53. WEIL, D.E.C.; ALICBUSAN, A.P. *et al.* - **The impact of development policies on health: a review of the literature.** Geneva: WHO, 1990. 164p.
54. WITTER, S; ENSOR, T.M.; JOWETT, M.; THOMPSON, R. - **Health economics for developing countries: a practical guide.** London: McMillan, 2000. 296p.
55. WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Macroeconomics and health: investing in health for economic developing.** Canada: WHO, 2001. 200p. (Report of the Commission on Macroeconomics and Health).

56. ZAYEN, A. *et al.* - **Economia política da saúde**: uma perspectiva quantitativa. Brasília. OPAS, 1995. 96p. (Série Economia e Financiamento, 5).

Anexo 4

UECE - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ CCS - DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE ECONOMIA DA SAÚDE

SUGESTÃO DE PROJETOS DE MONOGRAFIA DE CONCLUSÃO

1. Financiamento da saúde no Ceará – anos noventa
2. Financiamento da saúde em municípios selecionados pós-gestão plena no Ceará
3. Gasto social do Estado e da capital cearense
4. Desigualdades sociais e mortalidade no Ceará
5. Mercado de serviços de saúde suplementar no Ceará
6. Análise de determinantes da fixação de profissionais de saúde no interior do Ceará
7. Oferta e demanda de leitos de UTI para adultos no Ceará
8. Oferta e demanda de leitos de UTI neonatal e pediátrica no Ceará
9. Sistema simplificado de apuração de custos para ambulatórios
10. Sistema simplificado de apuração de custos para hospitais de pequeno porte
11. Gestão de custos e resultados na Rede de Laboratórios de Saúde Pública da SESA
12. Estudo de viabilidade da implantação de central de imagenologia de alta complexidade na SESA
13. Estudo de viabilidade da implantação de Rede de Radiologia Básica em Regiões de Saúde do Ceará
14. Avaliação do Programa de Medicamentos Especiais da SESA
15. Avaliação da qualidade de vida em pacientes sob diálise renal
16. Diálise renal x transplante renal: comparação econômica
17. Custos hospitalares x funcionamento do Programa de Saúde da Família (PSF)
18. Avaliação econômica do PSF em municípios selecionados do Ceará
19. Avaliação econômica das estratégias de controle do dengue no Ceará
20. Análise de custo-efetividade de estratégias de controle da desnutrição infantil
21. Avaliação econômica de Programas de Atendimento Domiciliar da SESA
22. Revisão Sistemática da Evidência aplicada em análise de custo-efetividade
23. Gestão sanitária baseada na evidência científica
24. Aspectos econômicos na definição de prioridades em saúde
25. Aspectos econômicos da tomada de decisão na prática médica

Anexo 5**UECE - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CCS - DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE ECONOMIA DA SAÚDE****A) ORÇAMENTO (VALORES EM REAIS)****1. DESPESAS DE CUSTEIO****1.1. Pessoal****1.1.1. Pessoal Administrativo****1.1.1.1. Coordenação**

2 pp x 12 mm x R\$ 700..... R\$

16.800

1.1.1.2. Secretaria

1 p x 12 mm x R\$ 350..... R\$

4.200

1.1.1.3. Apoio Funcional

1 p x 12 mm x R\$ 150..... R\$

1.800

1.1.2. Corpo Docente**1.1.2.1. Processo Seletivo**

3 p x R\$ 500..... R\$

1.500

1.1.2.2. Horas-aula

180 h/a (doutor) x R\$ 80 R\$ 14.400

195 h/a (mestre) x R\$ 60 R\$ 11.700

1.1.2.3. Orientação de Monografias20 x R\$ 500..... R\$10.000

Subtotal 1 R\$ 60.400

1.1.3. Encargos Sociais (20%)..... R\$12.080

Subtotal 2 R\$ 72.480

1.2. Passagens Aéreas

Lisboa/Fortaleza/Lisboa (DFID)*

1.3. Diárias de Professor Convidado (DFID)***Material****1.4.1. De Expediente e Secretaria..... R\$**

2.920

1.4.2. Reprodução Bibliográfica

100 pág./aluno/disciplina = 100 X 20 X 10 X R\$ 0.08.... R\$

1.600

1.4.3. Apoio Didático (Transparência, canetas, slides etc.).....		R\$
<u>3.000</u>		
	Subtotal 3	R\$ 7.520
	TOTAL 1	R\$ 80.000

2. DESPESAS DE CAPITAL

2.1. Aquisição de Equipamentos Didáticos

- 2.1.1. Retroprojeto
- 2.1.2. Projetor de Slides
- 2.1.3. Projetor multimídia

Subtotal 4 R\$ 10.000

2.2. Aquisição de Equipamentos de Informática

- 2.2.1. Microcomputador Pentium
- 2.2.1. Notebook
- 2.2.2. Impressora

Subtotal 5 R\$ 10.000

TOTAL 2 R\$ 20.000

3. RESERVA TÉCNICA (2%).....	R\$ 2.000
4. TAXA DE ADMINISTRAÇÃO IEPRO (10%).....	R\$ 10.000
5. CUSTEIO INSTITUCIONAL UECE (23%).....	R\$ 23.000
TOTAL GERAL	R\$ 130.000
CUSTO POR ALUNO.....	R\$ 6.500

B) FONTES DE FINANCIAMENTO

1. SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ

1.1. DFID - *Department for International Development*

(elementos 1.1.2, 1.4, 3 e 4) (via IEPRO) R\$ 130.000

SUBTOTAL R\$ 130.000

2. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Recursos de matrículas ** de

20 alunos x R\$ 50 R\$ 1.000

TOTAL R\$ 131.000

* Despesas diretamente assumidas pelo DFID

** Recolhidos para PRPGPq / UECE

PROJETO ECONOMIA DA SAÚDE
PLANO DE TRABALHO ANO II
Formação em Economia e Gestão em Saúde

Atividade: 2.03.21F

INSTITUIÇÃO PARCEIRA: ESTADO DO CEARÁ

COORDENADOR NA INSTITUIÇÃO PARCEIRA:

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA PROPOSTA:

TELEFONE:

E-MAIL:

CLASSIFICAÇÃO DA PROPOSTA:

Resultado 1:	
Resultado 2:	
Resultado 3:	

Fundo de Desafio	
Resultado 1:	
Resultado 2:	x



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
DEPARTAMENTO DE TEORIA ECONOMICA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA / NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

Projeto: Formação em Economia e Gestão em Saúde

I – IDENTIFICAÇÃO

Proponente:

Universidade Federal do Ceará / Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Ceará – Célula de Economia da Saúde

Unidade Responsável:

Departamento de Teoria Econômica da Faculdade de Economia, Administração, Atuária e Contabilidade e o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Comunitária / da Faculdade de Medicina.

Coordenação :

Sílvia Maria de Negreiros Bomfim Silva – Geral e Coordenadores Técnicos :
Fernando Pires (consultor em Economia da Saúde) e Arnaldo Costa Lima
(consultor em Gestão de Saúde)

Período de Realização do Projeto :

Julho a Novembro de 2003 e Janeiro a Julho de 2004.

- julho e agosto: pesquisa e formatação definitiva do curso,
- Setembro a Novembro de 2003 e Janeiro a Julho de 2004: Curso de Economia e Gestão em Saúde

II – APRESENTAÇÃO

O projeto de Formação em Economia e Gestão em Saúde tem como prioridade, construir uma forma mais eficaz e integradora de uma proposta de capacitação, onde a concepção pedagógica busca a articulação dos papéis das instituições formadoras, dos órgãos gestores e das instâncias do controle social, sugerindo *cooperação na seleção dos conteúdos, na produção de conhecimentos e no desenvolvimento de competência profissional*

Ressalta-se a prioridade de trabalhar as situações-problemas de maneira mais integral e articulada. Assim, deve-se considerar os saberes nos Campos da SAÚDE e ECONOMIA, articulados ao processo de GESTÃO, processo este responsável por conduzir políticas e ações que busque um equilíbrio entre a escassez de recursos e o atendimento das necessidades sociais, visando construir um sistema de saúde : universal; equânime; descentralizado e participativo.

III -JUSTIFICATIVA

O projeto de Formação em Economia e Gestão em Saúde visa construir um Curso de Especialização em Economia, e Gestão em Saúde buscando oferecer formação especializada aos profissionais e pesquisadores da área da saúde, como também aos profissionais com formação em economia e áreas afins, que busquem aprofundar seus conhecimentos na área de economia e gestão em saúde. Oferecer formação para os profissionais , gestores em saúde e pesquisadores que atuem ou queiram atuar no campo da ECONOMIA E GESTÃO EM SAÚDE .

A implementação do processo de descentralização da gestão dos sistemas e serviços de saúde, ora em curso, tem demandado uma atuação mais precisa de responsabilidades de cada esfera de governo no planejamento, implementação acompanhamento e avaliação de políticas e ações de saúde. As funções de alocação de recursos e fatores, de regulação, de controle e de distribuição de insumos e de bens e serviços de saúde demandam um domínio técnico-gerencial aprofundado que exigem conhecimentos teóricos e práticos de disciplinas aplicadas, em particular, de economia da saúde. Os gestores, assim como os ingressantes nessa atividade, necessitam, portanto, de atualização e capacitação para exercerem a contento as funções exigidas como condutores do SUS.

Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo, em parceria com MS/IPEA/DFID possibilidades e incentivos na formação e construção de novos quadros para a implementação e melhoria dos Sistemas Municipais de Saúde.

Esta formação permitirá aos participantes enriquecer e reforçar sua atuação profissional com instrumentos e metodologias de análise em Economia e Gestão da Saúde, os quais cada vez mais são demandados pelos sistemas e serviços de saúde.

A proposta para este curso é decorrente de alguns desafios postos a UFC, nos últimos nove anos, nas experiências vivenciadas, nos Cursos em Especialização em Gestão Hospitalar; em Gerenciamento da Rede Básica de Serviços de Saúde – GERUS; em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde; em Saúde da Família; em Epidemiologia) ; nas disciplinas de graduação (Fundamentos da Assistência e Prática Médica – curso de Medicina); e nas disciplinas do Mestrado em Saúde Pública da UFC e da UECE, e em Gestão em Saúde da ESP (Evolução de Políticas Públicas e Sociais; Planejamento e Gerenciamento em Saúde; Economia da Saúde) .

Este desafios visam uma maior integração e racionalização, das ementas e dos conteúdos programáticos, afim de obter um maior impacto na promoção e prestação de serviços, desta busca-se avançar em relação a forma tradicional de tratamento da formação em saúde, cuja base está esteve apoiada na organização disciplinar nas especialidades, conduzindo assim o processo de de aprendizagem segundo uma visão fragmentada, dos problemas de saúde. Para apoiar esta transformação, o Ministério da Saúde, sugere uma concepção pedagógica fundamentada na "aprendizagem significativa – os conteúdos trabalhados devem ter um potencial significativo (funcionalidade e relevância para a prática profissional) e também, responder a uma significação psicológica, de modo a valorizar elementos pertinentes e relacionáveis dentro da estrutura cognitiva do estudante (conhecimentos prévios)."¹

Esta concepção pedagógica requer ainda, a necessidade de articulação dos papéis das instituições formadoras, dos órgãos gestores e das instâncias do controle social, sugerindo *cooperação na seleção dos conteúdos, na produção de conhecimentos e no desenvolvimento de competência profissional*

Destaca-se ainda, a prioridade de trabalhar as situações problemas de maneira mais integral e articulada. Assim, deve-se considerar os saberes nos Campos da SAUDE e ECONOMIA, articulados ao processo de GESTÃO, processo este responsável por conduzir políticas e ações que busque um equilíbrio entre a escassez de recursos e o atendimento das necessidades sociais, visando construir um sistema de saúde : universal; equânime; descentralizado e participativo.

Este curso está sendo estruturado, também, para atender a demanda em economia da saúde do curso de mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará. Em contato com esse mestrado considerou-se importante tal iniciativa, uma vez que se atenderia essa necessidade através do aproveitamento do módulo de economia da saúde (ou de certas disciplinas) ministrado no curso ora proposto. Desta forma, estaríamos beneficiando profissionais recém-graduados em economia e áreas afins (administração e contabilidade), alunos de mestrado em saúde pública e profissionais de saúde em geral, disseminando assim conhecimentos em economia da saúde e gestão para uma clientela diversificada, atendendo portanto aos interesses institucionais em capacitar o pessoal dos serviços, como também novos quadros de gestores.

¹ (**). Documento Ministério da Saúde – Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes para a ação política para assegurar Educação Permanente no SUS- maio/2003 – Departamento de Gestão da Educação na Saúde / Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde / Ministério da Saúde

III - Objetivo Geral:

- Construir uma forma mais eficaz e integradora de capacitação *em economia e gestão em saúde*, buscando uma articulação dos papéis das instituições formadoras, dos órgãos gestores e das instâncias do controle social, sugerindo capacitar profissionais de nível superior, gestores, técnicos, pesquisadores que direta ou indiretamente atuem, ou estejam interessados em atuar, nos Sistemas e Serviços de Saúde.

IV - Metodologia do Projeto

O projeto é composto por dois momentos: de formatação do conteúdo do curso e o de sua realização. Para tanto, será feita uma proposta preliminar de programação do curso, ÍTEM VI, que será avaliada e submetida à discussão com Especialista(s) do Comitê Nacional de Economia da Saúde e confrontada com os indicativos das pesquisas realizadas junto aos gestores e profissionais de saúde, podendo assim, identificar melhor as demandas do sistema de saúde.

Os dois momentos são

Momento 1- Formatação do Curso de Economia e Gestão em Saúde – será realizado em agosto de 2003 e constará das seguintes atividades:

- Identificação da demanda – definição dos instrumentos, levantamento e tabulação das informações junto à clientela definida (gestores, técnicos e pesquisadores nas área de atuação da saúde).
- Oficina de trabalho com especialista(s) em economia da saúde e em gestão em sistemas e serviços de saúde, gestores, gerentes e pesquisadores do sistema de saúde, graduados em economia e área afins, que atuem no setor saúde e os membros do comitê estadual de economia da saúde, totalizando cerca de 10 a 15 participantes com o objetivo de articular a demanda encontrada e sua possibilidade de integrá-la no conteúdos programático dos módulos.

Momento 2 – Realização do Curso de Especialização em Economia e Gestão em Saúde (setembro a novembro de 2003 e janeiro a julho de 2004)

Divulgação – inicia-se no momento da pesquisa, de identificação da demanda e junto as instituições formadoras e prestadores de serviços, nos meios de comunicação institucionais e públicos onde procurarão difundir a idéia de trabalhar a economia na perspectiva da gestão em saúde

- **Seleção** – Será feita, prioritariamente, em caráter institucional e com o comprometimento do órgão na liberação e no apoio do profissional para participação do mesmo. Com o objetivo também de envolver egressos dos cursos de Economia, Administração e Contábil serão destinados até 10 vagas para essa clientela.
- **Curso** - Especialização em Economia e Gestão de Saúde (projeto preliminar).

Projeto Pré-liminar do Curso de Economia e Gestão em Saúde

1. Objetivo : Capacitar profissionais de nível superior, gestores, técnicos, pesquisadores que direta ou indiretamente atuem, ou estejam interessados em atuar, nos Sistemas e Serviços de Saúde das Secretarias municipais, e gerências microrregionais

2. Público – Alvo : O curso se destina a profissionais de saúde, gerentes e gestores já graduados, e que atuem nos sistemas e serviços de saúde, como também a uma clientela de profissionais graduados em economia e áreas afins (administração e contabilidade). Considerando às características do curso, um número limitado de vagas será oferecido a profissionais não engajados nos serviços de saúde, pois a preferência na destinação da maior parte delas será dada aos candidatos que exerçam posição de gerência e direção ou que desenvolvam atividades de investigação em economia em saúde.

3. Metodologia do Curso : O curso será desenvolvido através de aulas expositivas, seminários, plenárias, trabalho de grupo, exercícios metodológicos e discussão de textos/artigos científicos, além de prática/trabalho de campo em serviços da rede pública e no próprio local de atuação do aluno. O trabalho de campo será realizado na forma de atividades orientadas, a partir de sua prática institucional ou através de trabalhos em serviços afins. As atividades teóricas de campo se desenvolverão em um período de concentração mensal de 30 horas aulas presenciais .

O curso utilizará como estratégia didático-pedagógica em todas as disciplinas a metodologia da problematização. Nessa concepção pedagógica, o ponto de partida para a construção de conceitos ou aquisição de habilidade técnica será a análise de um aspecto concreto da realidade. Esse aspecto poderá ser uma situação real identificada de forma programada nos serviços de origem dos alunos ou situações-problema elaboradas pela equipe de professores de acordo com o conteúdo de cada módulo. A partir da situação-problema proposta, a realidade na qual se insere será explorada e gradativamente desvendada através das atividades explicitadas anteriormente. A prática/trabalho de campo será realizada na forma de atividades supervisionadas em serviços, mediante atividades desenvolvidas na sua área de atuação do discente. As atividades teóricas de campo se desenvolverão entre os módulos mensalmente de forma alternada, em relação aos módulos teórico-práticos.

O curso está organizado em módulos, cada um constituído por uma sequência de atividades a serem desenvolvidas pelos participantes no tempo e no ritmo ditados pelas condições próprias de cada situação.

A concepção pedagógica dessa proposta de capacitação se baseia em três princípios: indivisibilidade método-conteúdo, coerência do método com a natureza do objeto de conhecimento em construção e apropriação da estrutura do conhecimento pelo ator da aprendizagem. Desta forma busca-se a problematização da realidade e a facilitação do processo de abstração vinculado à totalidade. Na seqüência de atividades didáticas o aluno realiza operações de desenvolvimento intelectual, desde a descrição e definição de dados da realidade, a comparação, a discriminação e a relação entre fatos na tentativa de explicá-los e avançar na compreensão de suas determinações mais amplas, até exercício de planejamento de ações concretas que inclui a definição de objetivos, a seleção de métodos e técnicas, e as formas de controle e avaliação dos resultados.

4. Carga Horária : Será realizado um curso de Especialização em Economia, e Gestão em Saúde que terá uma carga horária de 420 horas, distribuído em 9 módulos , 316 horas presenciais (em sala) e 120 de trabalhos de campo .

5. Total de Créditos : 24

6. Número de vagas : 30

7. Local : Departamento de Saúde Comunitária/NESC e Departamento de Teoria Econômica

8. Programa do Curso

Módulo 1: Formação e configuração das políticas econômicas, sociais e específica da saúde no Brasil.

Módulo 2: Fundamentos das teorias econômicas e da produção social para avaliação das políticas de saúde (temas macroeconômico e microeconômico e produção social; epidemiologia ; demografia);

Módulo 3: A gestão na Saúde (discussão sobre o modelo assistencial assumido e as tendências na construção deste modelo – visão estratégica)

Módulo 4: A produção de serviços na saúde e para saúde (a saúde como setor econômico – serviços e como setor de demandas sociais) : - Estrutura e organização do setor; análise de demandas sobre a utilização de serviços; a demanda de RH/ a formação / fixação do profissional / etc

Módulo 5: Avaliação do abastecimento dos sistemas e serviços de saúde (a compra, a manutenção, a incorporação tecnológica, medicamentos , etc);

Modulo 6: Orçamento e gastos (custos) em Saúde (Custeio e investimento)

Módulo 7: O financiamento e alocação de recursos

Módulo 8: Avaliação dos sistemas e serviços de saúde ou de projetos novos (avaliação – estrutura, processo e resultados) ; análise de custo benefício e custo efetividade ; análise econômica

Módulo 9: Desafios e tendências / Desenvolvimento Organizacional (questões macros, questões locais- uni, microrregião, a formação dos profissionais de saúde(psf) , etc)

9. Programa do Curso

Nº	Professores	Formação	Pos-Graduação	Titulação
01	Francisco Ursino Da Silva Neto	Médico	Educação Médica	Mestrado
02	Arnaldo Ribeiro Costa Lima	Médico	Saúde Pública	Mestrado
03	Fernando José Pires De Sousa	Estatístico	Economia	Doutorado
04	Maria Helena Lima Sousa	Economista	Saúde Pública	Mestrado
05	Carlos Américo Leite Moreira	Economista	Economia	Doutorado
06	Fátima de Souza Freire	Economista	Economia	Doutorado
07	Silvia Maria Nezeiros Bomfim Silva	Administradora	Planejamento	Mestrado
08	Vera Maria Câmara Coêlho	Economia	Saúde Pública	Mestrado
09	Maria Vaudelice Mota	Médica	Saúde Pública	Mestrado
10	José de Araújo Policarpo Barbosa	Médico	Saúde Pública	Mestrado

10. Orçamento do Curso

Despesas	R\$
Atividades didáticas (316 horas-aulas - 9 meses x R\$ 80,00)	25.280,00
Orientação de Monografias (25 X R\$ 400,00)	10.500,00
Bolsa Coordenador (11 meses X R\$ 800,00)	8.800,00
Bolsa Secretária (11 meses X R\$ 400,00)	4.400,00
Supervisão Técnica (2 X 500,00 X 11 meses)	11.500,00
Sub-total	60.480,00
Serviço para divulgação	4.500,00
Serviço de Terceiros (Pessoas Jurídica) - impressão / encadernação / xerox	2.000,00
Material de Consumo (papel, canetas, cartuchos, água, café etc)	4.734,00
Sub-total	6.734,00
Obrigações sociais (20 % das despesas com pessoal)	.096,00
Taxa de administração (10%)	7.931,00
Total	91.741,00

VI - Orçamento do Projeto

O Total dos recursos é de **R\$ 103.941,00** para o projeto . Está detalhado considerando os dois momentos :

Momento 1 - Formatação do Curso de Economia e Gestão em Saúde;
R\$12.200,00

Momento 2– Realização do Curso de Especialização em Economia e Gestão em Saúde; **R\$ 91.741,00.**

ANEXOS

- 1. Memória de Cálculo**
- 2. Proposta das Ementas**
- 3. Contra partida da Universidade**

ANEXO 1 :*Memória de cálculo*

a) 1 Momento – Formação do Curso de Economia e Gestão em Saúde

- **Levantamento da demanda**

- Três bolsistas de 96 horas x R\$ 20,00 = R\$ 1.920,00 x 3 = R\$ 5.760
- Um pesquisador 24 horas X R\$ 40,00 = R\$ 960,00 x 1 = R\$ 960,00

R\$ 5.760,00

- **Oficina de Trabalho com especialista(s) em Economia da Saúde e Gestão em Saúde (16h)**

- Dois consultores especialistas do comitê nacional de Economia em Saúde – 2 consultores de 16h x R\$ 120,00 = R\$ 3.840,00
- Hospedagem 4 diárias R\$ 200,00 = R\$ 800,00
- Material de apoio e documentação R\$ 1.200,00
- Apoio administrativo 20h x R\$ 30,00 = R\$ 600,00

R\$ 6.440,00

Total Momento 1 – R\$ 12.200,00

Momento 2 – Realização do Curso de Especialização em Economia e Gestão em Saúde.

a) processo de divulgação (folders/divulgação na imprensa/distribuição nos meios de comunicação)

- Seminário R\$ 1.500,00 x 3 = R\$ 4.500,00

Total : R\$ 4.500,00

b) Orçamento do Curso : **R\$ 87.241,00**

Total Momento 2: R\$ 91.741,00

Total Geral: R\$ 103.941,00

2. Proposta das Ementas

Módulo 1: Formação e configuração das política econômicas, sociais e específica da saúde no Brasil.

- As bases conceituais da atuação do Estado nas sociedades contemporânea, particularmente quanto às políticas sociais.
- A reforma do Estado no Brasil : a proposta governamental e as exigências de um projeto democrático.

Bibliografia

Minayo, MC (1995) (Org.). Os muitos brasis: saúde e população na década de 80. São Paulo : Hucitec/Abrasco

Merhy, EE. A Saúde Pública como política. Ed. Hucitec, 1994.

Raibe, Sônia (1989) Welfare State no Brasil: características e perspectivas, Ciências Sociais Hoje. São Paulo: ANPOCS

Singer, Paul (1977) A crise do milagre. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Oliveira, Jaime A. O. e Teixeira, Sônia Fleury (1996) (Im) previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil, Petrópolis, Vozes.

Módulo 2: Fundamentos das teorias econômicas e da produção social — para avaliação das políticas de saúde

Temas macroeconômico e microeconômico e produção social; epidemiologia ; demografia – A evolução das teorias econômicas e do desenvolvimento e a questão da saúde. Definição, objeto e abrangência da economia da saúde.

- Conhecer o processo Saúde-Doença: fatores de vida, adoecimento e morte das pessoas.
- Como evoluíram as práticas de saúde e seus modelos de explicação.
- Conhecer a Teoria de Produção Social – Planejamento Estratégico Situacional – PES
- Definições de economia, de saúde e de economia da saúde
- Vínculos entre economia e saúde; Campos de aplicação da microeconomia e da macroeconomia em saúde

Bibliografia

Cecílio, L. C. O. (org.). Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec, 1994.

Matus, C. Política, planejamento e Governo. Brasília: Ipea, 1993. 2v.

Mendes, E. V. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec, 1996.

Merhy, E. E. & Onocko (orgs.). R. Agir em saúde – um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

Nogueira, R. P. Perspectivas da qualidade em saúde. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

Santana, J. P. (org.). Desenvolvimento gerenciais de Saúde (SUS). Brasília: OPAS, 1997.

Testa, M. Pensamento Estratégico e Lógica de Programação - O Caso da Saúde. São Paulo: Hucitec, 1995.

Módulo 3: A gestão na Saúde (discussão sobre o modelo assistencial assumido e as tendências na construção deste modelo – visão estratégica)

- Conhecer evolução e características técnicas e políticas dos diversos modelos de atenção à saúde.
- Condicionantes econômicos, sociais, tecnológicos e culturais da formulação de modelos.
- Os modelos assistenciais no Brasil: evolução e crise, novos paradigmas: Modelos de Atenção atenção: componentes estratégicos
- Conceitos e princípios organizadores de sistemas locais de saúde nos moldes propostos pelo SUS. Estruturação no Sistema de Saúde do Brasil.

Bibliografia

Carvalho, G. I. de; Santos, L. Sistema Único de Saúde. Ed Hcitec: 1992.

Merhy, E. E. A Saúde Pública como política. Um Estudo de Formuladores de Políticas. Ed Hucitec, 1992.

Rosen, G. Uma História da Saúde Pública. Ed Hucitec, 1994.

Cordeiro, H. Sistema Único de Saúde Pública. Ed. Hucitec, 1994.

Mota, MV. Evolução Organizacional da Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza.

Dissertação de Mestrado. Departamento de Saúde Comunitária: UFC, 1997.

Andrade, LOM. Gestão e Financiamento do Sistema Único de Saúde à luz das normas operacionais básicas. Dissertação de Mestrado. Departamento de Saúde Comunitária, UFC, 1997.

Barbosa, L. P. Origens e desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Estado do Ceará. Dissertação de Mestrado. Departamento de Saúde Comunitária: UFC, 1998.

Andrade, FMO. O Programa de saúde da Família no Ceará. Uma análise de sua estrutura e funcionamento. Dissertação de Mestrado. Departamento de Saúde Comunitária, UFC, 1998

Módulo 4: A Produção de serviços na saúde e para a saúde (a saúde como setor econômico – serviços e como setor de demandas sociais): Estrutura e organização do setor; análise de demanda sobre a utilização de serviços; a demanda de RH / a formação / fixação do profissional / etc.

Bibliografia

Módulo 5: Avaliação do abastecimento dos sistemas e serviços de saúde (a compra, a manutenção, a incorporação tecnológica, medicamentos, etc.);

- Avaliar o momento de que deve ser incorporado novas tecnologias para o SILOS, considerando a viabilidade e a factibilidade para ser assumido pelo orçamento local ou em parceria e conhecer os novos processos de manutenção preventiva e recuperadora para todos os equipamentos disponíveis nos SILOS.
- Trabalhar a administração de materiais na perspectiva de administrar conciliando diversos interesses. O ponto de vista do usuário: deseja o material correto, em condições apropriadas de utilização, entregue no lugar certo e a tempo de evitar a sua falta;
- O ponto de vista da área econômico-financeira: deseja adquirir o material ao menor custo e maiores prazos de pagamento; O ponto de vista dos fornecedores: desejam fornecer a maior quantidade de material possível, vende-lo ao maior preço, receber a curto prazo.
- Análise da possibilidade de incorporação de novas tecnologias disponíveis no mercado.
- Gerenciamento da manutenção (preventiva e corretiva) dos equipamentos dos SILOS;
- Inventário de equipamentos (classificação por grupos)

Bibliografia

CATTINI, O. Como fazer o manual de manutenção da sua empresa. Managemententer do Brasil-MCB, 1983.

MARTINS, M. C.; MEI, JR.; FURUSATO, E. H.; NAGAE, M.; KORBER, H. R.; WALL, E. & CALIL, S. J. Uma proposta de priorização de equipamentos médico-hospitalares para manutenção preventiva. Revista Brasileira de Engenharia – Caderno de Engenharia Biomédica, v.7, n.1, p. 561-571, 1990.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Conjunta SVS/SAS n.1 de 17 de maio de 1993. Diário Oficial, Brasília, 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n.2043 de 12 de dez. 1994. Diário Oficial, Brasília, 13 Dez. 1994^a. Seção 1, p.19314.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Equipamentos para estabelecimentos assistenciais de saúde; planejamento e dimensionamento. Brasília, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 2.663 de 20 de dez. 1995. Diário Oficial, Brasília, 22 dez. 1995, Seção 1.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Conjunta SVS/SAS n.1 de 23 jan. de 1996. Diário Oficial, Brasília, 24 de jan. 1996.

COOPERAÇÃO TÉCNICA BRASIL-FRANÇA. Gestão da Tecnologia Biomédica – Cap. 5 – Processos de Aquisição dos Equipamentos – ACODESS – 2002.

Módulo 6: Orçamento e gastos (custos) em saúde (custeio e investimento)

- Conhecer instrumentos para apoiar o gerenciamento do Fundo Municipal de Saúde e a legislação básica para a gestão do Fundo Municipal de Saúde.
- Conhecer a tendência ao aumento do custo com serviços de saúde e a dificuldade de financiar esse custo estão levando prestadores;
- Financiadores, autoridades sanitárias e usuários a se preocupar cada vez mais com o custo dos serviços de saúde e seus reflexos sobre a qualidade desses serviços.

Bibliografia

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Sistema Único de Saúde. Constituição Federal, Seção II. Lei Orgânica da Saúde n. 8.080. Lei no 8.142. Decreto no 99.438. Carta de Fortaleza. Publicações Técnicas, no 2, 1990.

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE. Guia de referências para sua criação e organização.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Coletânea da Legislação Básica (SUDS). Brasília, 1989.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN). Ementário de Atos da CIPLAN: 1980-1988. Brasília, 1989.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Exposição de motivos. Sistema Nacional de Auditoria. Brasília, 1995.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Coletânea de Legislação Básica. Nova Política de Financiamento do SUS. Brasília, 1991.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de Apuração de Custos Hospitalares – CEDOC/MS, 1988.

ACEBA, E. et al. Medicina de la comunidade – Ed. Intermédica, Buenos Aires, 1976. Costos den los establecimientos de atencion médica.

Módulo 7: O financiamento e alocação de recursos

- Abordagem histórica, teórica e conceitual das finanças públicas e do financiamento dos serviços de saúde
- Financiamento da saúde no processo orçamentário no Brasil; Modelos de financiamento da atenção à saúde;
- A estrutura de financiamento dos serviços de saúde no Brasil; O financiamento dos sistemas locais de saúde;
- Evolução das receitas e despesas com saúde: o Brasil no contexto da América Latina e dos países desenvolvidos;

- O processo de descentralização da política de saúde no Brasil; A descentralização dos serviços de saúde e implicações sobre o financiamento
- Conhecer as bases legais do financiamento do setor saúde no Brasil e no Ceará
- Analisar a evolução dos gastos públicos em saúde
- Conhecer as tendências que se apresentam para saúde no Ceará

Bibliografia

Luz, Madel T. Nota sobre as Políticas de Saúde no Brasil de Transição Democrática – anos 80. RJ. Revista de Saúde Coletiva, 1991.

Medici, André Cezar. “Aspectos teóricos e conceituais do financiamento das políticas de saúde”, in Piola, S. F. & Vianna, S. M. (orgs.) (1995), Economia da Saúde, Brasil, Ipea (cap. 2)

Associação Brasileira de Economia da Saúde (1994) – Anais do Encontro Nacional de Economia da Saúde. São Paulo

Barros, S. F. Piola; Vianna, S. M. (1996). Política de saúde no Brasil: diagnóstico e perspectivas. Brasília, Ipea.

Ministério da Saúde – NOAS – Norma Operacional de Assistência a Saúde (2001 e 2002)

FIOCRUZ/ENSP – Gestão em Saúde – Formulação de Políticas de Saúde – Programa de Educação à Distância

Mendes, Aquilas & Marques, Rosa M. “Financiamento: a doença crônica da saúde pública brasileira” in V Encontro Nacional de Economia da Saúde (Anais). ABrES: Salvador, 1999.

Módulo 8: Avaliação dos sistema e serviços de saúde ou de projetos novos (avaliação – estrutura, processos e resultados); análise de custo benefício e custo efetividade; análise econômica

- Conceitos e especificidade;
- Tipos de avaliação;
- Análises custo-benefício, custo-efetividade e custo-utilidade;
- A avaliação de programas, serviços e sistemas de saúde pode ser feita à luz da visibilidade por ele obtida, de quanto custou, da satisfação dos usuários, da mudança nos indicadores, etc.
- Programação das ações e serviços de saúde
- Métodos e parâmetros mais utilizados para programação em saúde
- Auditoria, controle e avaliação para os sistemas locais de saúde
- Processo de avaliação na tríade da Teoria Geral de Sistema: **ESTRUTURA** - recursos físicos, humanos, materiais e financeiras necessários para a assistência médica. Inclui financiamento e disponibilidade de mão-de-obra qualificada. **PROCESSO** - atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões aceitos. A análise pode ser sob o ponto de vista técnico e/ou administrativo. **RESULTADO** – produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas.
- Dimensões da qualidade: conhecimento técnico-científico, relações interpessoais entre os profissionais e o paciente e amenidades;

Bibliografia

CECILIO, L. C. a; G. W. S. Campos; E. E. Merhy. Inventando a Mudança na Saúde. São Paulo, Hucitec, 1954.

DONABEDIAN, A. A gestão da qualidade total na perspectiva dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

MALIK, A. M. “Desenvolvimento de recursos humanos, gerência de qualidade e cultura organizacional”, in Revista de Administração de Empresas, São Paulo, 32(4): 32-41, 1992.

MALIK, A. M. “Qualidade em Serviços de Saúde nos Setores Público e Privado”, in Cadernos Fundap. São Paulo, 19:7-24, 1996.

MALIK, A. M. Avaliação, qualidade e gestão. São Paulo, Senac, 1996.

NOGUEIRA, R. P. A Gestão da qualidade total na perspectiva dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. Manual da ONA, 2001.

SILVER, L. “Aspectos metodológicos em avaliação dos serviços de saúde”, in E. Gallo, F. J. U. Rivera e M. H. Machado. Planejamento criativo. Novos desafios em políticas de saúde. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1992.

UGÁ, Maria Alícia D. “Instrumentos de avaliação econômica dos serviços de saúde: alcances e limitações”, in Piola, S. F. & Vianna, S. M. (orgs) (1995), Economia da Saúde, Brasil, Ipea (cap. 9)

BARTISTA, Myrian Veras. Introdução à metodologia do planejamento social. SP, 1979.

COHEN, Ernesto & FRANCO, Rolando. Avaliação de projetos sociais, Vozes, Petrópolis, 2000. Cap. 1: Políticas sociais, racionalidade e avaliação; Cap. IV: Avaliação, conceito e especificidade; Cap. VI: Tipos de Avaliação; Cap. VIII: Metodologia da Avaliação.

Módulo 9: Desafios e tendências / Desenvolvimento Organizacional (questões macros; questões locais – uti, microrregião, a formação dos profissionais de saúde (psf), etc)

4. Contrapartida da Universidade

- a) **Instalações físicas.**
- b) **Despesas com telefone, comunicações**
- c) **Disponibilizar local adequado para reunião com consultores externos com material audio-visual necessário.**
- d) **Equipamentos de informática.**
- e) **Titulação de Especialistas (Certificado)**

MINISTÉRIO DA SAÚDE
IPEA

1. 04.20	Análise de Custos dos Procedimentos relativos ao tratamento de portadores de Doença Renal Crônica
1. 04.21	Consolidação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Público em Saúde - SIOPS
1. 04.22	Pagamento a Provedores: um mapeamento da situação atual
1. 04.23	Contas de Saúde
1. 04.24F	Iniciação em ES para subsidiar tomadas de decisão
1. 03.25F	Desenvolvimento e implementação de Base de Dados do Centro Nacional de Informações em C&T e ES pelo núcleo de ES de Minas Gerais
1. 03.26F	Desigualdades no Acesso e no Financiamento da Atenção de Alta Tecnologia

PROJETO ECONOMIA DA SAÚDE

PLANO DE TRABALHO ANO II

**ANÁLISE DE CUSTOS DOS PROCEDIMENTOS RELATIVOS AO
TRATAMENTO DE PORTADORES DE DOENÇA RENAL CRÔNICA**

Atividade: 1.04.20

INSTITUIÇÃO PARCEIRA: MS/IPEA

COORDENADOR NA INSTITUIÇÃO PARCEIRA: ELIAS ANTÔNIO JORGE

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA PROPOSTA: EDVALDO BATISTA DE SÁ

TELEFONE: 61 315 2823

E-MAIL: edvaldo.sa@saude.gov.br

CLASSIFICAÇÃO DA PROPOSTA:

Resultado 1:	X
Resultado 2:	
Resultado 3:	

Fundo de Desafio	
Resultado 1:	
Resultado 2:	

1 JUSTIFICATIVA

Os gastos do Sistema Único de Saúde – SUS com os serviços de assistência à saúde prestados aos portadores de insuficiência renal crônica têm crescido de forma alarmante nos últimos anos. Em todas as unidades da federação brasileira verificou-se um aumento do gasto no período compreendido entre 1998 e 2002 superior a 100%, sendo a média registrada em nível nacional de 187%.

Em 2002 foram beneficiados, aproximadamente, 71.000 pacientes em diálise peritoneal e hemodiálise, produzindo um gasto em torno de R\$ 800 milhões, ou seja, um gasto médio por paciente/ano de R\$ 11.300,00. No entanto, dados do Ministério da Saúde - MS estimam que cerca de 174 mil brasileiros necessitam de algum tipo de terapia renal substitutiva – TRS (hemodiálise, diálise peritoneal e transplante de rim). Vale salientar que atualmente o gasto total com esse tipo de terapia representa 13% dos gastos com os procedimentos de média e alta complexidade realizados pelo SUS.¹

Percebe-se que o tratamento da insuficiência renal crônica – IRC demanda a alocação de um elevado percentual dos recursos destinados à assistência à saúde e, a julgar pela necessidade da inclusão de novos pacientes, este percentual tende a aumentar consideravelmente. Daí a importância de estudos que subsidiem a definição da política de tratamento da IRC de modo a tornar eficiente o uso dos recursos escassos para satisfazer uma demanda crescente.

Os estudos de avaliação econômica ao considerar os custos do tratamento e/ou os resultados obtidos visam a dar racionalidade ao processo de escolha entre alternativas disponíveis. Entre os métodos de avaliação econômica referenciado na literatura científica destaca-se o de custo-enfermidade – uma forma de avaliação econômica parcial, freqüentemente utilizada na área da saúde que se limita na análise de custos de diferentes intervenções sanitárias.

Diante disso, o MS decidiu proceder na realização de uma análise de custos do tratamento da IRC no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS com o objetivo de colaborar com o processo de aperfeiçoamento da Política Nacional de Assistência aos Portadores de Doenças Renais.

¹ Documento elaborado pela Coordenação-Geral de Sistemas de Alta Complexidade da Secretaria de Assistência à Saúde – SAS.

2. OBJETIVO GERA

Estimar os custos econômicos – direto e indireto – da hemodiálise e da diálise peritoneal no âmbito do SUS para um período de dois anos. Esse estudo tem a finalidade, dentre outras, de colaborar com o processo de aperfeiçoamento da Política Nacional de Assistência aos Portadores de Doenças Renais no que tange à saúde.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 3.1 Identificar e relacionar os procedimentos principais e respectivos procedimentos secundários constantes da Tabela SAI/SUS, bem como outros que sejam necessários à realização da hemodiálise e da diálise peritoneal executadas pela rede de provedores do SUS;
- 3.2 Identificar os recursos econômicos necessários para a realização dos procedimentos acima identificados;
- 3.3 Calcular os custos diretos sanitários e não sanitários da diálise peritoneal ambulatorial contínua – DPAC em pacientes atendidos pelo SUS;
- 3.4 Calcular os custos diretos sanitários e não sanitários da hemodiálise e realizada em pacientes atendidos pelo SUS;
- 3.5 Calcular os custos indiretos da hemodiálise e diálise peritoneal ambulatorial contínua relacionados com os pacientes e cuidadores;
- 3.6 Estimar os custos da diálise peritoneal automática – DPA para o SUS comparando-a em termos de ganhos de eficiência com outras alternativas de tratamento da IRC disponibilizadas;

Ao fim do projeto espera-se identificar possíveis eficiências/ineficiências na provisão dos serviços de diálise e na alocação dos recursos destinados à TRS, contribuindo para a garantia de acesso mais equitativo ao tratamento da IRC.

4. METODOLOGIA

A coordenação técnica deste projeto ficará a cargo de representantes da Secretaria de Assistência à Saúde - SAS e da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - SCT. O projeto será desenvolvido por uma equipe de técnicos do MS e por prestadores de consultoria a serem contratados.

4.1 Desenho do Estudo

A grande maioria dos estudos econômicos a respeito da IRC são avaliações econômicas que comparam o custo-efetividade de dois ou mais medicamentos e poucos são dedicados ao estudo de todo o processo requerido nas distintas opções de TRC disponíveis. Atento a isso e

reconhecendo as dificuldades encontradas na obtenção de dados de efetividade, este estudo pretende, como primeiro passo para a realização de estudos de avaliação econômica completos, analisar os custos econômicos da TRS - diálise peritoneal e hemodialise.

4.1.1 Amostra do Estudo

Amostra de unidades prestadoras e pacientes de TRS – diálise peritoneal e hemodiálise – que estejam sendo atendidos pela rede do SUS.

4.1.2 Coleta de Dados

A identificação dos procedimentos principais, secundários e demais intervenções será feita mediante técnicas de consenso por técnicos do MS e especialista das áreas sob a coordenação da SAS e da SCT.

A identificação dos recursos econômicos e a realização do cálculo dos custos serão feitas por serviço de consultoria a ser contratado. Os dados relativos aos recursos serão coletados junto às unidades de saúde selecionadas para o estudo. Quanto às informações relativas a perda de produtividade dos pacientes/cuidadores, serão obtidas pelo método do capital humano. Os trabalhos referentes aos serviços de consultoria serão acompanhados pela

4.1.4 Análise dos Dados

Os resultados deverão incluir estatística bem com outras normalmente realizadas em estudos de avaliação econômica. Finalmente, os pesquisadores devem apresentar recomendações ao MS no que se refere política de assistência aos portadores de IRC.

5. DATA DE INÍCIO DA ATIVIDADE: 02 de Agosto de 200

6. DATA PREVISTA PARA CONCLUSÃO ATIVIDADE: 04 de julho de 2004

7. DURAÇÃO EM MESES: 12 meses

8. CRONOGRAMA:

As atividades serão executadas conforme os objetivos específicos acima descritos e obedecem ao cronograma abaixo.

Atividades	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai	Jun.	Jul.	Ago.
3.1	X	X											
3.2		X	X	X									
3.3					X	X							
3.4							X	X					
3.5									X	X			
3.6											X	X	
Entrega Relatório													X

9. ORÇAMENTO:

A identificação dos recursos econômicos utilizados e o cálculo dos custos dos procedimentos que compõem o tratamento da IRC serão feitos por consultores a serem contratados com recursos do DFID. Estima-se que a equipe que realizará os estudos será composta por três pesquisadores-sênior – salário mensal líquido de impostos de R\$2.500,00 por pesquisador - e cinco pesquisadores-junior – salário mensal de R\$1.250,00. Somados os impostos a serem recolhidos pelos pesquisadores e considerando que os pesquisadores-senior trabalharão por um período de dez meses e os pesquisadores-junior trabalharão por apenas oito meses, o valor total com pessoal da ordem de R\$170.142,34. Adicionalmente, estima-se que os serviços de consultoria implicarão em gastos com material de consumo – papelaria e insumos de informática - da ordem de R\$25.000,00. Assim, os serviços de consultoria totalizarão um valor de R\$195.142,34.

10. CONTRAPARTIDA DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE:

A identificação dos procedimentos necessários à realização da hemodiálise e da diálise peritoneal executadas pela rede de provedores do SUS será feita por técnicos do MS bem como o acompanhamento dos serviços de consultoria. A equipe será composta por seis técnicos com salário médio mensal líquido de R\$4.000,00 que, durante o período do projeto, alocarão parcialmente seu tempo de trabalho ao mesmo. Nos dois primeiros meses do projeto,

os técnicos dedicarão aproximadamente 50% do seu tempo de trabalho e nos demais meses 25%. Assim, os gastos relativos com pessoal do MS serão de aproximadamente R\$ 84.000,00 livres de impostos e contribuições. Além disso, os técnicos envolvidos farão uso de equipamentos - computadores, impressoras e telefones - e material de expediente disponibilizados pelo MS.

O MS arcará também com as despesas referentes a reuniões de suporte e acompanhamento que se mostrem necessárias durante o período de desenvolvimento do estudo. Em cada reunião serão gastos aproximadamente R\$ 6.504,00 para pagamento de despesas com passagens, transporte terrestre e diárias com consultores contratados. Estima-se que em cada uma das reuniões sejam gastos R\$ 1.800,00 com passagens, R 108,00 com transporte terrestre e R\$ 260,00 com diárias. Serão realizadas no mínimo quatro reuniões de acompanhamento perfazendo um gasto aproximado de R\$ 26.000,00.

11. EQUIPE MS

Edvaldo Batista (DES/SCT)

Daniel Marques Mota (DES/SCT)

Ricardo Vidal de Abreu (DES/SCT)

Elisa Cazue Sudo (DECIT/SCT)

2 Representantes da SAS

ANEXOS:

TERMO DE REFERÊNCIA E CV

Estado:	
Instituição:	
Atividade/Projeto:	
Subprojeto:	
Objetivo da Consultoria:	Informar o tipo de apoio esperado do consultor:
Produto esperado:	Especificar (aulas, relatórios, palestras, papers etc.)
Perfil do Consultor:	Informar a área de especialização, indicando áreas temáticas específicas e habilidades desejadas
Duração da consultoria:	Informar o número de dias/semanas desejado
Período previsto para consultoria:	
Orçamento:	

PROJETO ECONOMIA DA SAÚDE

PLANO DE TRABALHO ANO II

**CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS
PÚBLICOS EM SAÚDE - SIOPS**

Atividade: 1.04.21

**INSTITUIÇÃO PARCEIRA: MINISTÉRIO DA SAÚDE E INSTITUTO DE PESQUISA
ECONÔMICA APLICADA**

COORDENADOR NA INSTITUIÇÃO PARCEIRA: ELIAS ANTONIO JORGE

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA PROPOSTA: CARMEM PRISCILA BOCCHI

TELEFONE: (61) 315-2790

E-MAIL: priscila.bocchi@saude.gov.br

CLASSIFICAÇÃO DA PROPOSTA:

Resultado 1:	X
Resultado 2:	
Resultado 3:	

Fundo de Desafio	
Resultado 1	
Resultado 2:	

1. JUSTIFICATIVA:

O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS, implantado pelo Ministério da Saúde em 1999, coleta e sistematiza informações referentes à receita total arrecadada e despesas com ações e serviços públicos com saúde da União, Estados e Municípios.

A rede pública de Saúde no Brasil é financiada com recursos das três esferas de governo. A Constituição de 88 tratou de considerar a saúde como um dos itens que compõem a seguridade social e, portanto, garantiu que sua exequibilidade fosse regida pelos princípios da universalidade da cobertura e do atendimento; da uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; da diversidade da base de financiamento; do caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa com a participação da comunidade.

No artigo 198 da Constituição Federativa fica explícito como devem estar organizadas às ações e serviços públicos de saúde, através do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS deve estar integrado por uma rede regionalizada e hierarquizada, constituir um sistema único e organiza-se de forma descentralizada, provendo um atendimento integral, com a participação da comunidade.

O movimento de descentralização preconizado na Constituição Federal foi acompanhado de uma legislação específica na área da saúde que, nos aspectos relacionados ao novo papel designado aos entes federados, resultou por atribuir um papel primordial para os municípios em detrimento da esfera estadual. Assim, tanto as NOBs 01/91 quanto a NOB 01/93 tiveram um efeito de municipalização. A NOB 96 procurou reverter este processo através do PPI – Programa Pactuado Integrado, mas a ênfase continuou no poder municipal. A atribuição de um papel mais específico para os Estados no desenho institucional e de gestão do SUS só vai ocorrer de fato com a publicação da NOAS/2001.

A falta de atribuições mais específicas para os Estados, em relação à gestão do SUS durante a década de 90, refletiu-se, também na lógica do financiamento da saúde fortemente marcada pela presença de recursos federais.

A Emenda Constitucional nº 29 (EC 29) publicada em setembro de 2000 teve por objetivo organizar o financiamento da saúde de forma mais sólida, distribuindo, inclusive, a responsabilidade do financiamento pelas três esferas de governo. A EC 29 determina como já havia sido feito em relação à área da educação que a União, Estados e Municípios vincule recursos orçamentários a ações e serviços públicos de saúde. No caso da União, a EC determina que, para o ano 2000, o montante mínimo aplicado em ações e serviços públicos de saúde deveria ser acrescido de 5% em relação a 1999. Nos anos seguintes, entre 2001 e 2004, o aumento das despesas está vinculado à variação nominal do PIB. Para os estados e municípios, os percentuais mínimos de vinculação de sua receita de impostos deverão chegar a 12% e 15% em 2004, respectivamente. Para o ano 2000, estipulou-se o valor mínimo de aplicação em 7%. Desta forma, buscou-se um aumento gradual para os gastos em saúde dos entes federados, visando minimizar as disparidades existentes em relação aos valores despendidos em ações e serviços públicos de saúde pela União, pelos 26 Estados, Distrito Federal e os 5.559 municípios do Brasil.

A tabela abaixo demonstra a distribuição do gasto público com saúde na três esferas de governo e também o impacto que em 2001 já é possível perceber-se em relação a esta distribuição.

**Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde financiada por recursos próprios – 2000 e 2001
EM R\$ mil e % do PIB
Por esfera de governo**

Anos	Federal		Estadual		Municipal (1)		Total	
	Despesas (em R\$ mil Correntes)	% do PIB	Despesas (em R\$ mil Correntes)	% do PIB	Despesas (em R\$ mil Correntes)	% do PIB	Despesas (em R\$ mil Correntes)	% do PIB
2000	20.351.492	1,85	6.313.436	0,57	7.347.161	0,67	34.012.089	3,09
2001	22.474.070	1,87	8.268.152	0,69	9.229.294	0,77	39.971.516	3,33

Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde – SIS Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS (Gasto Estadual e Municipal); SPO/SE e Fundo Nacional de Saúde – FNS (Gasto Federal)

(1 – a) Estimativa para 2001 realizada com base em dados dos municípios que responderam ao SIOPS até 1º de novembro de 2002. O painel é composto de 4.398 municípios (79,1% do total) que abrigam 150,6 milhões de habitantes (88,4% do total).

(1 – b) Estimativa para 2000 realizada com base em dados dos municípios que responderam ao SIOPS até outubro de 2002. O painel é composto de 3.695 municípios (67,1% do total), que abrigam 133,5 milhões de habitantes (79,6% do total).

NOTA: Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde, excluem nas três esferas de governo, aposentadorias e pensões (inativos) clientelas fechadas e no âmbito federal o Fundo de Erradicação e Combate à Pobreza.

A disponibilidade de informações financeiras sobre o perfil do financiamento e do gasto com as políticas públicas de saúde para cada esfera de governo, constitui um imperativo para o processo de construção e a avaliação do desempenho do Sistema Único de Saúde. Tais informações podem viabilizar uma avaliação mais precisa para uma alocação equitativa dos recursos, pois irá analisar a distribuição não apenas dos recursos federais, como dos estaduais e municipais.

O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde – SIOPS permite visualizar, conforme o grau de agregação desejado, o dispêndio e a capacidade de financiamento das ações e serviços públicos de saúde em nível local, estadual ou federal. Com essa amplitude e versatilidade, constitui-se em banco de dados único no âmbito das políticas públicas no Brasil. Produzindo informações com regularidade e com qualidade crescente, o Sistema conforma-se como uma importante fonte de dados para a realização de estudos por instituições de pesquisa para o exercício do acompanhamento e fiscalização pelos órgãos de controle e para a gestão e avaliação das ações no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Dentro do processo de institucionalização do SIOPS, salienta-se a criação dos Núcleos Estaduais de Apoio ao SIOPS, cuja organização e atribuições estão previstas na Portaria 1163, de outubro de 2000. As atribuições dos Núcleos, segundo a Portaria, consistem em: estimular a adesão de Municípios ao SIOPS, proporcionando-lhes apoio técnico necessário para que informem o Sistema; zelar pelas informações dos Estados ao Sistema, inclusive no que se refere à confiabilidade das mesmas; analisar as informações geradas pelo sistema, subsidiando os processos de planejamento e gestão do SUS no Estado; contribuir para o controle social sobre as políticas de financiamento da saúde

Na constituição dos Núcleos, a Portaria 1163 estabelece, ainda, a participação de representante da Secretaria Estadual de Saúde; um representante das Secretarias Municipais de Saúde, indicado pelo Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS; um representante de associação ou federação estadual de municípios; um representante do Ministério Público e um representante do Ministério da Saúde regional (DATASUS).

Os Núcleos Estaduais de Apoio ao SIOPS foram implementados nos 26 estados do Brasil. Um levantamento realizado pela Equipe do SIOPS do Ministério da Saúde, em abril de 2003, apontou que dos 26 Núcleos implementados, 15 estão ativos e 11 estão inativos.

Observa-se que os Núcleos conseguem desempenhar a contento as suas duas primeiras atribuições – estimular a adesão dos municípios e zelar pelas informações prestadas, mas tem dificuldade em exercer as duas outras, que seriam analisar as informações geradas pelo SIOPS e contribuir para o controle social sobre as políticas de financiamento.

Os Núcleos são hoje considerados parte fundamental para o funcionamento do SIOPS: pela sua capacidade de acionar com mais facilidade os municípios, pelo conhecimento das questões regionais e, principalmente, pela sua potencialidade para a utilização do SIOPS como instrumento para o controle social e para uma alocação mais equitativa dos recursos. Este último ponto, porém, só será alcançado por meio de um investimento maior na ampliação e capacitação destes Núcleos.

Assim, a promulgação de recente legislação sobre as regras do financiamento da saúde e a disponibilidade de informações sobre receitas e gastos com saúde das três esferas de governo, por meio do SIOPS, são elementos que, somados à potencialidade dos Núcleos para a análise das questões regionais, serão de fundamental importância para uma alocação mais equitativa dos recursos da saúde.

2. OBJETIVO GERAL:

O objetivo geral deste projeto é favorecer a alocação equitativa dos recursos do SUS, através da consolidação, expansão e fortalecimento dos Núcleos Estaduais de Apoio ao SIOPS.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 3.1 Dotar a Equipe do SIOPS de capacidade técnica para utilizar e difundir o arsenal metodológico da economia da saúde, principalmente no que diz respeito à alocação equitativa de recursos.
- 3.2 Ampliar os componentes dos Núcleos Estaduais de Apoio ao SIOPS, principalmente através da incorporação das Universidades locais (Núcleos de Saúde Coletiva), dos Conselhos Estaduais de Saúde e de outros atores relevantes;
- 3.3 Capacitar os membros dos Núcleos Estaduais de apoio ao SIOPS nas áreas de análise de financiamento e economia da saúde, com ênfase na alocação equitativa de recursos, favorecendo a utilização dos dados do SIOPS.

4. METODOLOGIA:

Na primeira etapa do projeto, pretende-se que a Equipe do SIOPS e os consultores contratados pelo projeto realizem atividades de nivelamento do conhecimento no tema da alocação equitativa de recursos, tais como os aspectos metodológicos e os estudos já

realizados no Brasil dentro deste tema. Num segundo momento desta primeira etapa ainda, será montada uma estratégia de como repassar e difundir este conhecimento para os Núcleos do SIOPS, tendo como horizonte o fortalecimento do SIOPS e a plena utilização dos seus instrumentos pelos atores locais. Programa-se neste momento a realização de uma oficina nacional.

Na segunda etapa seria realizada as oficinas de capacitação. A idéia inicial, a ser validada ainda na primeira etapa, é reorganizar, para capacitação, os Núcleos Estaduais de Apoio ao SIOPS, em 4 (quatro) Núcleos Regionais.

A partir então seria organizada 1 (uma) oficina para cada núcleo regional.

A divisão regional seria da seguinte forma:

- **Núcleo 1: Estado Referência: Rio de Janeiro**
Estados envolvidos: RS, SC, PR, SP, MG, ES e RJ
- **Núcleo 2: Estado Referência: Bahia**
Estados envolvidos: BA, SE, AL, PE, PB
- **Núcleo 3: Estado Referência: Ceará**
Estados envolvidos: MA, CE, RN, PI
- **Núcleo 4: Referência: DF**
Centro-Oeste: GO, TO, MT e MS, RO, RR, AC, AM, PA, AP

5. **DATA DE INÍCIO DA ATIVIDADE:** Agosto de 2003

6. **DATA PREVISTA PARA CONCLUSÃO DA ATIVIDADE:** Abril de 2004

7. **DURAÇÃO EM MESES:** 09 meses

9. ORÇAMENTO:

Item	Quantidade/ Período	Valor discriminado	Valor Total
1. Recursos Humanos			
1.1 Consultor Internacional ¹	1 X 1 semana	1 X R\$ 36.000,00	R\$ 36.000,00
1.2 Consultores Nacionais Produto 1 (Agosto e Setembro): Levantamento das questões de economia da saúde, com ênfase na utilização dos dados do SIOPS, que são relevantes e adequadas ao perfil dos Núcleos. - Montagem do perfil dos Núcleos e rastreamento dos seus componentes. Produto 2 (outubro e novembro): Estruturação da Oficina Nacional e das Oficinas Regionais Produto 3 (dezembro a abril): Acompanhamento das Oficinas Regionais	1 X 2 meses 1 X 2 meses 1 X 5 meses	Produto 1: R\$ 15.000 Produto 2: R\$ 15.000 Produto 3: R\$ 30.000²	R\$ 60.000,00
2. Realização de Oficina Nacional	1 X 2 dias X 40 pessoas	R\$ 100.000,00	R\$ 100.000,00
3. Realização das Oficinas Regionais	4 X 3 dias X 15 pessoas	4 X R\$ 40.000	R\$ 160.000,00
TOTAL			R\$ 356.000,00

¹ Produto do Consultor Internacional: apoio na construção da metodologia que será trabalhada junto aos Núcleos Regionais do SIOPS.

² Os custos dos produtos já incluem diárias e passagens.

ORÇAMENTO CONTRAPARTIDA:

Item	Quantidade/ Período	Valor discriminado	Valor Total
1. Recursos Humanos			
	9 meses X 100h ³	9 X R\$ 3.125,00	R\$ 28.125,00
2. Passagens e diárias do quadro do MS	4 oficinas X 3 pessoas	12 X R\$ 3.000,00	R\$ 36.000,00
3. Instalações e Serviços		R\$ 30.000,00	R\$ 30.000,00
			R\$ 94.125,00

10. INDICADORES

- 8 Núcleos de Apoio ao SIOPS organizados para fazer análise regional dos dados do SIOPS.
- 50 técnicos regionais capacitados para a utilização plena do SIOPS, convergindo para análises na área de economia da saúde, com ênfase na alocação de recursos: das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde + Núcleos de Saúde Coletiva das Universidades.

³ Estimativa de salário médio brutode R\$ 5.000,00/mês

PROJETO ECONOMIA DA SAÚDE

PLANO DE TRABALHO ANO II

PAGAMENTO A PROVEDORES: UM MAPEAMENTO DA SITUAÇÃO ATUAL

Atividade: 1.04.22

INSTITUIÇÃO PARCEIRA: INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA

COORDENADOR NA INSTITUIÇÃO PARCEIRA: SÉRGIO PIOIA

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA PROPOSTA: Luciana Servo (IPEA)

TELEFONE: (61) 3153275/5282

E-MAIL: sergio.pioia@ipea.gov.br ; luciana.servo@ipea.gov.br

CLASSIFICAÇÃO DA PROPOSTA:

Resultado 1:	X
Resultado 2:	
Resultado 3:	

Fundo de Desafio	
Resultado 1:	
Resultado 2:	

1. JUSTIFICATIVA:

As diferentes modalidades de pagamentos a provedores, tanto a instituições como a profissionais, tem sido objeto de interesse especial, nos últimos anos, especialmente em virtude dos incentivos - positivos ou negativos - que estas formas podem gerar em relação à produtividade, controle e qualidade da assistência prestada. Apesar da relativamente vasta literatura existente sobre essas práticas em outros países, no Brasil pouco se tem investigado a respeito da diversidade e extensão das modalidades utilizadas. A maior parte dos trabalhos existentes se concentra na análise da remuneração dos profissionais ou na forma de vinculação contratual e, são, em geral, estudos de casos referentes a um provedor ou região. Dentre estes estudos estão aqueles realizados por Médici e Girardi (1996), que refere-se a uma revisão da literatura sobre o tema; Andreazzi (2003), também é uma revisão da literatura; Sória, Bordin e Costa Filho (2002), que trata da remuneração para dos serviços de saúde bucal; Girardi (2002), que faz uma análise do mercado de trabalho médico em São Paulo, Cherchiglia *et alii*, que faz uma análise dos pagamentos na FEMIG, dentre outros.¹

A forma predominantemente utilizada no Sistema Único de Saúde – o pagamento por procedimento – tem sido objeto de restrições e tem sido feitas experiências de utilização de contratos globais com metas de produção, especialmente em algumas unidades públicas com gestão terceirizada no estado de São Paulo, por exemplo. Na área da Saúde Suplementar – segmento de planos e seguros saúde - também comporta diversas modalidades de pagamento que tem sido pouco investigadas.²

Desta forma, o presente estudo se justifica diante da ausência de informações de que tratem todos os aspectos da questão e pela necessidade de ter uma visão mais ampla das modalidades de remuneração utilizadas e assim definir tópicos que merecem ser aprofundados, com o objetivo de subsidiar a formulação de políticas para a área.

¹ Sória, Marina Lara; Bordin, Ronaldo; Costa Filho, Luiz Cesar da. Remuneração dos serviços de saúde bucal: formas e impactos na assistência. Cad. saúde pública;18(6):1551-1559, nov.-dez. 2002. Mariangela Leal Cherchiglia ; Sábado Nicolau Girardi ; Romero de Castro Vieira ; Renata Bibiani de Aguiar Marques ; Paula Mendes Wemeck da Rocha ; Leonardo Augusto Cimino Pereira. (1998) Remuneración y productividad: el caso de la Fundación Hospitalaria del Estado de Minas Gerais, Brasil, 1992-1995. Revista Panamericana de Salud Pública. **Volume: 4 Number: 2 Page: 112 -- 120** . Girardi, Sábado (2002). O mercado de trabalho médico no Estado de São Paulo 2002. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Nescom/UFMG. Andreazzi, Maria de Fátima (2003). Formas de remuneração de serviços de saúde (disponível no site de Economia da Saúde).

² Nas publicações da ANS da Série "Saúde e Regulação", somente no Volume 2 "Planos Odontológicos: uma abordagem econômica no contexto regulatório", há uma análise das formas de remuneração restrita à área de odontologia.

1. OBJETIVO GERAL

Descrever e analisar as diversas formas de pagamentos à provedores feitas pelo Sistema Único de Saúde e pelo segmento de Saúde Suplementar (Planos e Seguros de Saúde).

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Organizar uma tipologia das principais formas utilizadas para pagamento de provedores, tanto no âmbito do sistema único de saúde, como do segmento de saúde suplementar;

Levantar as principais tendências com relação a novas modalidades de remuneração dos provedores.

3. METODOLOGIA:

Os estudos mencionados anteriormente serão considerados como ponto de partida para uma análise mais aprofundada da questão. Devendo ser feito uma revisão da literatura que trata deste assunto, mas ampliando a discussão para ter uma noção de conjunto das modalidades de pagamento a provedores.

O trabalho será desenvolvido com ampla colaboração de especialistas (grupo assessor) que conheçam muito bem cada um dos tipos de provedores do sistema de saúde brasileiro, tanto no âmbito do SUS (hospitais – públicos próprios, hospitais privados lucrativos e não lucrativos vinculados ao SUS mediante contratos e convênios), como do segmento da Saúde Suplementar (provedores vinculados às diferentes modalidades assistenciais – cooperativas médicas; Medicina de Grupo; seguros de saúde e autogestão). Serão realizadas reuniões com estes especialistas de forma a responder a dois objetivos: fazer um primeiro mapeamento das formas de pagamento a provedores (mais especificamente das diferentes formas de contratação dos serviços) e montar um conjunto de perguntas a ser feito a uma amostra de hospitais e modalidades assistenciais (planos e seguros).

A discussão sobre a seleção da amostra para este levantamento será um dos produtos deste projeto. Esta amostra será selecionada a partir das informações constantes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS), do Cadastro de Estabelecimentos Empregadores do Ministério do Trabalho (CEE) e do Cadastro da ANS. Esta amostra deverá conter informações dos provedores em cada modalidade e ter representatividade nacional (com análise de variabilidade regional).

Os questionários a serem aplicados através de uma pesquisa telefônica assistida por computador que seria feita com gestores (gerentes) das instituições pesquisadas. Além das questões relativas às formas de remuneração dos provedores, algumas perguntas gerais que deverão constar em todos os questionários serão relacionadas à forma como cada um dos hospitais é

financiado (composição da receita); quantas pessoas atendidas são filiadas ao SUS, planos, seguros e livre demanda. Além destas, deverão ser feitas algumas questões sobre a tendência dos sistemas de pagamentos a provedores.

Prevê-se a contratação de uma empresa para fazer a pesquisa telefônica, a qual geraria relatórios de acompanhamento do processo, os quais serão analisados pelos responsáveis e pela equipe do projeto. Esta empresa, cujo critério de escolha seria ter experiência reconhecida na aplicação deste método, também se responsabilizará pela geração de um relatório com estatísticas gerais extraídas dos questionários.

Já existem vários estudos no Brasil utilizando este método³. Inclusive, testes de consistência interna mostram que a diferença entre a pesquisa telefônica e a de campo são não significantes. Normalmente, são feitas até 5 ligações por unidade informante para obter a informação necessária. Além disso, há um trabalho de supervisão técnica com o objetivo de validar as respostas aos questionários.

De posse desse relatório e após alguma análise, a equipe técnica do projeto organizaria uma oficina para discussão dos resultados e análise das informações. Para esta oficina, serão convidadas pessoas do Ministério da Saúde interessadas nessas discussões, nomeadamente gestores da Secretaria de Assistência e Administração, da Secretaria de Atenção à Saúde e da Secretaria de Ciência e Tecnologia (Departamento de Economia da Saúde), bem como pessoas do Fundo Nacional de Saúde e da Agência Nacional de Saúde, bem como o grupo assessor deste estudo. Esta reunião deverá permitir que seja desenhada uma proposta de estudo qualitativo complementar, caso se julgue necessário. Ademais será feita uma análise de tendências com relação às modalidades de remuneração.

4. Produtos

O principal produto deste projeto é um relatório contendo um mapeamento dos diversos sistemas de pagamento a provedores existentes no Brasil. Para se

³ Dentre eles, Girardi, C.; Carvalho, C.; Girardi Jr, J. "Formas institucionais da terceirização de serviços em hospitais da Região Sudeste do Brasil: um estudo exploratório." Neste estudo, o método ETAC é testado a partir da análise de consistência deste método, mostrando que este tem pequena margem de erro vis-a-vis pesquisas de campo. Este método de entrevista já está difundido em outros países, tendo sido utilizado em várias pesquisas, como, por exemplo, "*A computer-assisted telephone interview technique for assessment of asthma morbidity and drug use in adult asthma*" de Anie KA, Jones PW, Hilton SR, Anderson HR, J Clin. Epidemiol. 1996 Jun;49(6):653-6", na qual os autores afirmam que "*telephone interviews can provide repeatable and efficient measurements of health and patient-reported drug use in asthma with St. George's Respiratory Questionnaire.*" O Survey Institute da Universidade de Cornell mostra as várias vantagens na utilização deste sistema (<http://www.sri.cornell.edu/services.html>)

chegar a esse produto, dois outros serão desenvolvidos: um relatório contendo desenho do questionário e método de seleção da amostra e um relatório contendo os resultados da entrevista telefônica assistida por computador.

5. **DATA DE INÍCIO DA ATIVIDADE:** Junho de 2003

6. **DATA PREVISTA PARA CONCLUSÃO DA ATIVIDADE:** Mar de 2004

7. **DURAÇÃO EM MESES:** 10 meses

8. CRONOGRAMA

Atividade \ Meses	2	3*	4	5	6*	7	8	9	10*
Organização das entrevistas com especialistas	X				-	-			
Entrevistas com especialistas	X	X							
Montagem do questionário		X	X						
Realização de pesquisa-aplicação do questionário			X	X					
Realização da Oficina					X				
Realização do estudo qualitativo complementar						X	X	X	
Reunião de apresentação do relatório final									X

Nota: * Meses nos quais está prevista a entrega dos produtos.

9. ORÇAMENTO:

Discriminação	Unidade	Quant.	Vlr. Unit.	Valor Total
I _ Cons. Pessoa Física				
Cons. Sênior	H/M	1 (6 meses)	4.000,00	24.000,00
Auxiliar de Pesquisa	H/M	1 (6 meses)	1.500,00	9.000,00
II – Despesas com viagens				
Passagens aéreas	Pass.	12	1.000,00	12.000,00
Diárias nacionais	Dia	15	240,00	3.600,00
III – Cons. Pessoa Jurídica				
Empresa				45.000,00
Total				93.600,00

10. CONTRAPARTIDA DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE:

O acompanhamento do projeto será feito por técnicos do IPEA. O coordenador do projeto e o responsável técnico pelo mesmo se dedicarão, em tempo parcial (10 horas semanais), ao acompanhamento do trabalho dos consultores, organização das oficinas, das reuniões, elaboração da pesquisa da fase qualitativa e realização das entrevistas. O restante da equipe técnica envolvida no projeto dedicará 5 horas semanais ao mesmo. Além dessa contrapartida em recursos humanos, os técnicos envolvidos estarão fazendo uso de equipamentos (computadores e telefones) disponibilizados por suas instituições. Estima-se que o valor dessa contrapartida esteja em torno de R\$ 40.000,00 (incluindo salários dos técnicos do Ipea envolvidos, bem como equipamentos e materiais utilizados).

11. EQUIPE:

IPEA:

Sérgio Piola

Frederico Barbosa

Luciana Servo

A contratar:

Consultor para auxiliar na condução das reuniões com especialistas e análise dados;

Assistente de pesquisa

Empresa que fará aplicação dos questionários

ANEXOS:

I. TERMOS DE REFERÊNCIA E CV

ANEXOS

Estado:	
Instituição:	
Atividade/Projeto:	
Subprojeto:	
Objetivo da Consultoria:	Informar o tipo de apoio esperado do consultor:
Produto esperado:	Especificar (aulas, relatórios, palestras, papers etc.)
Perfil do Consultor:	Informar a área de especialização, indicando áreas temáticas
Duração da consultoria:	Informar o número de dias/semanas desejado
Período previsto para a	
Orçamento:	

PROJETO ECONOMIA DA SAÚDE

PLANO DE TRABALHO ANO II

**CONTAS DE SAÚDE: ELABORAÇÃO DE UMA PROPOSTA PARA
IMPLEMENTAÇÃO**

Atividade:1.04.23

INSTITUIÇÃO PARCEIRA: MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS - E INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - IPEA

COORDENADOR NA INSTITUIÇÃO PARCEIRA: ELIAS ANTÔNIO JORGE (MS) E SÉRGIO FRANCISCO PIOLA (IPEA)

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA PROPOSTA: RODRIGO PUCCI DE SÁ E BENEVIDES (MS) E LUCIANA MENDES SANTOS SERVO (IPEA)

TELEFONE: (61) 315-3294 / 2901 - MS

(61) 315-5275/ 5282- IPEA

E-MAIL: sergio.piola@ipea.gov.br , rodrigo.benevides@saude.gov.br,
luciana.servo@ipea.gov.br, paulo.malheiro@saude.gov.br

CLASSIFICAÇÃO DA PROPOSTA:

Resultado 1:
Resultado 2:
Resultado 3:

Fundo de Desafio	
Resultado 1:	
Resultado 2:	

1. JUSTIFICATIVA:

O financiamento do setor saúde é uma preocupação central em todo o mundo. Os recursos são escassos e a demanda por serviços de saúde tem crescido de maneira exponencial nos últimos anos. Adicionalmente ao impacto das novas tecnologias na demanda por saúde, às mudanças demográficas e a outros fatores que alteram o perfil de saúde da população, o Brasil passou por uma reforma considerável no setor saúde ao longo dos anos, principalmente após a Constituição de 1988. A implantação do Sistema Único de Saúde, o processo de descentralização e todas as implicações decorrentes tiveram um impacto considerável na demanda por recursos.

Várias discussões têm acontecido em todo o país, tais como: qual a melhor forma de financiamento para o sistema de saúde brasileiro? Os recursos têm sido alocados de maneira efetiva e eficiente? Quão equitativa tem sido a alocação e distribuição de recursos? Quem paga e quem se beneficia do sistema de saúde? Quão efetivo tem sido a regulação sobre as várias modalidades de seguro de saúde privados? Quais têm sido os fluxos e os mecanismos de transferência entre as várias esferas de governo? Qual o impacto que uma reforma tributária teria sobre o financiamento da saúde?

Algumas tentativas de responder a estas questões têm sido feitas. Contudo, a despeito do grande avanço pelo qual passou o sistema de informações sobre saúde no Brasil nos últimos anos, ainda há uma grande lacuna no que se refere a um quadro completo das fontes de financiamento do sistema de saúde e dos seus beneficiários. Algumas tentativas feitas para medir o financiamento e o gasto com saúde nas três esferas de governo e entre os diferentes sistemas (público e privado) têm abarcado apenas parte da questão.

Um dos instrumentos para se tentar responder às questões colocadas acima pode vir da construção das Contas de saúde para o país. Existem hoje três modelos internacionalmente conhecidos: (i) as Contas Satélites em Saúde – CSS - da Organização das Nações Unidas - ONU; (ii) o Sistema de Contas de saúde – SCS - da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico - OCDE e; (iii) as Contas Nacionais em Saúde – CNS - de Harvard/USAID.¹ Estes apresentam distintas metodologias e resultados finais, mas podem, a depender do objetivo, ser um poderoso instrumento de gestão e podem dar maior transparência à alocação de recursos dentro do sistema saúde, permitindo, entre outras, discussões sobre equidade.

A despeito de sua elevada importância o país não realiza uma apuração sistemática das contas de saúde. No ano 2000, a Secretaria de Gestão de Investimentos – SIS do Ministério da Saúde – MS realizou um seminário internacional em que foram apresentadas as opções e experiências concretas de apuração das contas com o objetivo de definir o que seria o Sistema

¹ O Projeto “Parceiros para a Reforma da Saúde” (Partners for Health Reform Project – PHR Project) é um projeto da Agência Internacional dos Estados Unidos para o Desenvolvimento (U.S. Agency for International Development – USAID) sobre políticas de saúde e fortalecimento dos sistemas de saúde. A USAID busca através do PHR prover assistência técnica para reformas do sistema de saúde em várias partes do mundo. Entre outras coisas, este projeto visa implementar ou aprimorar as Contas Nacionais em Saúde em diversos países, contando, para isso, com o apoio de outras instituições, tais como o Banco Mundial e a Organização Mundial de Saúde.

de Contas Nacionais. Basicamente, duas metodologias foram discutidas: a proposta pela Organização das Nações Unidas – ONU, baseada na CSS e a proposta pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE. Foi possível perceber que o modelo da OCDE era capaz de fornecer maiores detalhes sobre as contas de saúde, no entanto, pressupõe um esforço de coleta de informações muito maior, o que implica em maiores custos.

Além disso, estudos desenvolvidos no âmbito do MS chegaram à conclusão de que a metodologia da OCDE pode ser compatibilizada com a metodologia da ONU, desde que sejam equacionadas algumas diferenças. No entanto, tais estudos ainda são preliminares, sendo necessário que se proceda a uma análise mais detalhada de cada uma das metodologias e elabore-se uma proposta a ser adotada no sistema brasileiro. Estes estudos envolveriam uma discussão mais detalhada das informações disponíveis para montagem de um sistema de contas de saúde, suas vantagens e limitações, bem como das lacunas existentes.

Adicionalmente, alguns parceiros estaduais do projeto “Economia da Saúde” estão discutindo a possibilidade de desenvolver contas regionais em Saúde. Para a efetiva implantação do sistema, a ampliação da discussão no âmbito do governo federal é fundamental, principalmente a articulação entre o MS, o IPEA, o IBGE e, bem como com os parceiros do projeto “Economia da Saúde”. Além destes, a OPAS será convidada a participar das reuniões por sua vasta experiência internacional. O processo de articulação das instituições já mencionadas com as secretarias estaduais, municipais, os conselhos e outras entidades, inclusive do setor privado será de suma importância para se obter as informações que alimentarão o sistema.

1. OBJETIVO GERAL:

Este projeto visa contribuir para o desenvolvimento de proposta de implementação de um sistema de contas de saúde, buscando-se avaliar a aplicabilidade das diferentes metodologias ao caso brasileiro e seu potencial como instrumento de gestão e de análise da equidade, efetividade e eficiência do sistema de saúde do país.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 2.1. Capacitar, de forma continuada, os técnicos e gestores do IPEA e do MS para a discussão sobre as metodologias, possibilitando que estes participem ativamente na decisão sobre qual metodologia deverá ser utilizada para o Brasil.
- 2.2. Identificar as fontes de informações sobre gastos com saúde e outras que possam contribuir para a montagem das Contas de Saúde, utilizando as diferentes metodologias.
- 2.3. Verificar possibilidades de aprimoramento das informações existentes através da montagem de um sistema de contas de saúde.

- 2.4. Acordar com as diferentes instituições interessadas (MS, IPEA, IBGE, OPAS, Parceiros do Projeto “Economia da Saúde”) sobre qual o melhor modelo a ser implementado no Brasil, quais objetivos ele cumpre e quais os passos a serem seguidos para que o sistema de contas seja implementado.

3. METODOLOGIA:

Este projeto prevê uma capacitação contínua dos técnicos do MS e do IPEA que ocorrerá durante todo o projeto. O projeto buscará nivelar os conhecimentos sobre os diferentes modelos de Contas Nacionais de Saúde. Esta etapa de nivelamento será direcionada aos técnicos destas duas instituições. Nesta fase serão discutidas as diferentes metodologias, a partir dos estudos já realizados para o Ministério por ocasião do seminário internacional anteriormente mencionado, a saber: os Anais do Seminário sobre Contas Nacionais em Saúde; o Relatório intitulado “Balanço das Abordagens Metodológicas sobre Contas Nacionais em Saúde” produzido pela Fundação do Desenvolvimento Administrativo – FUNDAP; o Relatório “OCDE e ONU: metodologias de mensuração das contas nacionais em saúde” elaborado pelo consultor Fabrício Augusto de Oliveira, bem como os relatórios realizados no âmbito do Acordo Reforsus/Prodoc das consultoras Ana Elena Wilken e Neide Almeida Beres, relacionados a Contas Satélites. Adicionalmente a estes relatórios, serão discutidos outros documentos tais como os produzidos pelo projeto PHR (Harvard/USAID), incluídos os documentos que relatam as experiências de vários países na implementação desta metodologia, além dos relatos das experiências de montagem das contas satélites e da metodologia da OCDE.

Para isso, serão realizadas oficinas nas quais as diferentes metodologias serão apresentadas. A primeira fase das oficinas será organizada pelos próprios parceiros neste projeto – MS e IPEA – para os seus técnicos. Os técnicos do IPEA se responsabilizarão pela coordenação e facilitação das oficinas. As primeiras discussões terão por objetivo verificar até onde se pode avançar no entendimento das metodologias a partir dos relatórios anteriormente mencionados. As questões não esclarecidas a partir destas discussões serão organizadas em “Ajudas Memórias” das oficinas.

Paralelamente a estas oficinas internas para técnicos do MS e do IPEA, serão contratados consultores para fazer um amplo e qualitativo levantamento das informações existentes e de como estas poderiam ser utilizadas para montar as contas de saúde utilizando cada uma das metodologias, sendo, portanto, um dos pressupostos da contratação o conhecimento das mesmas. Estes consultores analisarão em que medida as informações que já existem podem ser utilizadas para montar contas de saúde (abrangência e qualidade), as lacunas e possíveis caminhos para preenchimento destas. Como dito anteriormente, os consultores deverão tomar como base os trabalhos já realizados, principalmente aqueles já mencionados. Além disso, os consultores devem deixar bem claro os objetivos que cada metodologia cumpre: permite comparações internacionais? Que tipo de informações estas dariam aos gestores da área de saúde? Que tipo de informações o MS poderia estar obtendo a partir de cada metodologia? Quais as vantagens e desvantagens destas metodologias? Em que países estas metodologias já foram aplicadas, com qual finalidade e quais as dificuldades enfrentadas? Qual a qualidade das informações existentes e como elas poderiam ser utilizadas para a

montagem de cada um dos modelos de contas? Quem são os órgãos produtores das informações? As informações existentes estão disponíveis para serem utilizadas na montagem das contas nacionais? As informações existentes permitem chegar até onde na montagem de cada um dos modelos de contas? Quais os passos necessários (lacunas existentes) para finalizar a montagem em cada um dos modelos? Na opinião dos consultores, qual instituição deveria ser responsável por essa montagem?

Como mencionado anteriormente, o MS, no âmbito do Acordo REFORSUS/PRODOC, contratou duas consultoras, Ana Elena Wilken e Neide Beres, para realizarem um trabalho de levantamento das informações que possibilitassem a montagem de contas em saúde no modelo de Contas Satélites. Estas consultoras já avançaram no levantamento das informações existentes, sendo que Ana Wilken trabalhou sobre as informações existentes para o setor público e Neide Beres com as informações existentes para o setor privado. A primeira questão refere-se a diferença na quantidade de informações existentes para cada um destes setores. Há época, 2001, Ana Wilken conseguiu mais informações que Neide Beres. Ainda assim, os trabalhos avançaram pouco na análise da qualidade dessa informação e, entre 2001 e o momento atual, novas informações estão sendo disponibilizadas pelas mais diversas instituições. Adicionalmente a isso, não há um relatório que descreva como as informações do setor público e do setor privado entrariam no sistema. Visto que as fontes de informações são as mais diversas possíveis, não está claro, a partir da análise destes estudos, como se trabalharia o problema da dupla contagem e os problemas referentes ao fato de parte das informações serem muito agregadas. Ou seja, não há um relatório de conclusão que indique, passo a passo, o que deveria (ou poderia) ser feito para montagem das Contas Satélites. Desta forma, ainda há um trabalho de análise a ser feito, bem como um trabalho de articulação das diversas instituições que estão interessadas nessas discussões (principalmente, MS, IBGE, OPAS, Ipea, parceiros estaduais).

Além disso, não há nenhum trabalho para além da discussão de Contas Satélites que faça uma análise comparativa das necessidades de informação que cada uma das metodologias requereria para a montagem das contas. Como visto, os trabalhos no Brasil ainda estão muito centrados em Contas Satélites e mesmo na discussão destas ainda existem importantes lacunas a serem preenchidas. Contudo, pensamos que há um passo anterior a ser dado que é definir e dizer claramente qual a melhor metodologia da perspectiva dos gestores de saúde, particularmente do MS e qual a diferença de custos para implementação de cada uma delas. Por exemplo o relatório da FUNDAP menciona como principal desvantagem da metodologia de Harvard a ausência de uma padronização conceitual. Portanto, além das questões levantadas anteriormente, uma das perguntas a ser respondida seria: se este problema já tiver sido superado, a montagem das contas por esta metodologia se torna mais interessante para o MS do que a montagem pela metodologia de Contas Satélites? Qual a necessidade de informações que a metodologia de Harvard necessita? Esta necessidade é maior, menor ou igual a da metodologia de Contas Satélites? As lacunas de informações são as mesmas para montagem das Contas de Saúde nas duas metodologias? O custo seria maior ou menor?

Além de apresentarem relatórios, uma das funções dos consultores é participar, quando requisitados, das oficinas de capacitação dos técnicos do MS e do IPEA, esclarecendo dúvidas sobre as metodologias. É fundamental que o trabalho final dos consultores apresente uma descrição passo a passo das possibilidades de montagem das contas de saúde para o Brasil (descrição da metodologia, informações existentes, disponibilidade das

informações; possibilidades de obtenção destas informações; instituições responsáveis pelas informações; como elas entrariam na montagem do sistema de contas; qualidade das mesmas; informações importantes e não disponíveis - existentes ou a serem coletadas). Isto deverá ser feito de tal forma que permita a montagem da mencionada proposta de implementação de contas de saúde, a ser discutida com técnicos do Ministério da Saúde, IPEA, IBGE, OPAS, parceiros regionais do projeto “Economia da Saúde” e outras instituições interessadas no tema.

Ainda com relação à capacitação dos técnicos, serão convidados alguns interlocutores externos, além dos consultores contratados pelo projeto. Dentre os convidados, estarão técnicos do IBGE que já tenham conhecimento da metodologia de Contas Satélite e os consultores que trabalharam nos estudos mencionados acima. Além de técnicos do IBGE, serão convidados especialistas na montagem das contas pela metodologia da OCDE e de Harvard, que farão apresentações e discutirão com a equipe do projeto as experiências internacionais na montagem das contas em cada metodologia.

Ao final do projeto, será realizada uma Oficina com especialistas de diversas instituições, onde serão apresentadas as vantagens e desvantagens de cada metodologia; os relatórios dos consultores, bem como um mapeamento da possibilidade de implementação das Contas de Saúde para o Brasil. O objetivo principal desta oficina será chegar a um acordo sobre qual metodologia deverá ser adotada para o Brasil e uma proposta de implementação das contas.

Em todas essas etapas, a discussão deverá ser guiada pelos objetivos do Ministério da Saúde, isto é, a principal questão a ser respondida é: como as Contas de saúde podem ser um instrumento de gestão, conhecimento e informação para a tomada de decisões sobre as políticas públicas na área da saúde?

4. PRODUTO

O **principal produto** deste projeto será o acordo sobre a metodologia, descrita passo a passo, para montagem das Contas Nacionais de Saúde para o Brasil e a montagem de um cronograma de implementação das Contas Nacionais em Saúde para o Brasil. Desta forma, deve ficar claro que o resultado deste projeto não será a montagem das Contas de Saúde, mas sim a apresentação de uma proposta para sua implementação. Este produto será organizado a partir dos seguintes relatórios:

Relatório 1 – Primeiro levantamento sobre as informações existentes, incluindo análise de qualidade e disponibilidade, para montagem das Contas de Saúde referentes a cada metodologia

Relatório 2 – Levantamento final das informações existentes e lacunas de informações para montagem das Contas de Saúde referentes a cada metodologia

Relatório 3 – Discussão sobre as informações existentes e primeira discussão sobre qual melhor modelo para montagem das Contas de Saúde no Brasil

Relatório Final - Acordo sobre a melhor metodologia e proposta de implementação das Contas de Saúde

5. **DATA DE INÍCIO DA ATIVIDADE:** Julho de 2003

6. **DATA PREVISTA PARA CONCLUSÃO DA ATIVIDADE:** Junho de 2004

7. **DURAÇÃO EM MESES:** 12 meses

CRONGRAMA:

Atividades \ Meses	1	2	3.	4	5*	6	7	8*	9	10	11*	12*
Oficinas MS-IPEA de discussão dos documentos já existentes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Capacitação dos Técnicos do MS e do IPEA		X	X		X		X	X			X	
Estudos				X	X	X	X	X				
Realização dos estudos pelos Consultores				X	X	X	X	X				
Oficina Final – Acordo sobre metodologia a ser aplicada											X	

Notas: *Datas previstas de entrega dos produtos 1, 2, 3 e 4, respectivamente nos meses de 5, 8, 11 e 12, sendo que o último mês será para consolidação da proposta de implementação.

8. ORÇAMENTO:

Para elaboração dos estudos serão reservados recursos para o pagamento de dois consultores - por cinco meses. Serão necessários ainda recursos adicionais para pagamento dos interlocutores externos que farão apresentações nas oficinas para técnicos do MS e do IPEA. Serão realizadas duas oficinas com consultores internacionais com duração de dois dias cada.

Para viabilizar a participação dos consultores e dos interlocutores nas reuniões, serão necessários recursos para passagens, diárias e transporte terrestre, correspondente a oito reuniões que serão realizadas com os consultores e interlocutores nacionais (16 passagens nacionais, contando uma média de 2 pessoas de fora de Brasília nas reuniões). Além disso, será realizada uma oficina com consultores internacionais para a qual estão previstas 4 passagens nacionais, além das internacionais (da qual também participariam algumas pessoas selecionadas dentre os interlocutores nacionais e parceiros do projeto “Economia da Saúde”).

Para realização da Oficina Final, serão necessários recursos referentes a passagens, diárias e transporte terrestre de 15 pessoas de fora de Brasília (consultores, debatedores, parceiros do projeto “Economia da Saúde” e IBGE). Estima-se que serão convidadas 30 pessoas para participar desta Oficina Final. Nessa ocasião serão apresentados os trabalhos dos consultores e a metodologia acordada entre o IBGE, IPEA, MS e OPAS para discussão com os parceiros do projeto “Economia da Saúde” e outros interessados. Esta oficina terá duração de dois dias.

DISCRIMINAÇÃO	Unidade	Observações	Valor Unitário	Valor Total
Despesas com Viagens				
- Passagens Aéreas Nacionais	20	Reuniões com consultores nacionais e internacionais (duração prevista - 2 dias – 16 horas)	1.000,00	20.000,00
- Diárias Nacionais	40	Reunião com especialistas do IBGE e de outras instituições (duração prevista 1 dia – 8 horas)	240,00	9.600,00
Consultoria Nacional	2	5 meses (contratação por produto)	5.000,00	50.000,00
Consultoria Internacional	1	16 horas semanais - dois dias – CONFIRMAR COM A CGP (Pacote Consultor internacional do DFID)	36.000,00	36.000,00
Oficina Final	1	Contando 15 passagens nacionais e diárias	30.000,00	30.000,00
Total				145.600,00

9. CONTRAPARTIDA DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE:

O acompanhamento do projeto será feito por técnicos do MS e do IPEA, os quais estarão participando da capacitação contínua e dedicarão pelo menos duas horas semanais para isso. Além disso, os coordenadores do projeto e o responsável técnico pelo mesmo estarão dedicados em tempo parcial (10 horas semanais) ao acompanhamento do trabalho dos consultores, organização das oficinas e das reuniões. Além dessa contrapartida em recursos humanos, os técnicos envolvidos estarão fazendo uso de equipamentos (computadores e telefones) disponibilizados por suas instituições. Estima-se que a contrapartida institucional (MS e Ipea), em recursos humanos e utilização dos equipamentos disponíveis será de aproximadamente R\$ 75.000,00 em 12 meses.²

10. EQUIPE:

Ministério da Saúde:

Elias Antônio Jorge

Edvaldo Batista de Sá

Rodrigo Pucci de Sá e Benevides

Paulo Cesar da Fonseca Malheiro

IPEA:

Frederico Barbosa

Geraldo Góes

Luciana Mendes Santos Servo

Sérgio Francisco Piola

² Esta estimativa foi feita baseada numa estimativa do salário-hora dos servidores públicos que estarão envolvidos, multiplicada pela estimativa do número de horas que cada qual dedicará ao projeto ao longo de 12 meses. Além disso, fez-se uma estimativa de utilização dos equipamentos, baseada, principalmente, na depreciação estimada de computadores e utilização de material d

ANEXOS:

I. TERMOS DE REFERÊNCIA E CV

Termo de Referência: Consultoria	
Estado:	
Instituição:	
Atividade/Projeto:	
Subprojeto:	
Objetivo da Consultoria:	<p>Informar o tipo de apoio esperado do consultor:</p> <ul style="list-style-type: none">• participar como docente em curso (especificar disciplina/conteúdo);• colaborar no desenho da programação de curso• assessorar desenho metodológico de projeto de pesquisa• assessorar análise de dados de pesquisa (indicar tipo de apoio)• discutir resultados de pesquisa• participar como expositor em workshop• outro (especificar)
Produto esperado:	Especificar (aulas, relatórios, palestras, papers etc.)
Perfil do Consultor:	<p>Informar a área de especialização, indicando áreas temáticas específicas e habilidades desejadas.</p> <p>Se já houver um nome de consultor identificado, informar, e encaminhar CV, e-mail ou telefone para contato.</p>
Duração da consultoria:	Informar o número de dias/semanas desejado
Período previsto para a Consultoria:	Indicar a data de início e término
Orçamento:	

PROJETO ECONOMIA DA SAÚDE

PLANO DE TRABALHO ANO II

INICIAÇÃO EM ECONOMIA DA SAÚDE PARA SUBSIDIAR TOMADA DE DECISÃO

Atividade: 1.04.24F

INSTITUIÇÃO PARCEIRA: MINISTÉRIO DA SAÚDE/SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS/DEPARTAMENTO DE ECONOMIA DA SAÚDE

COORDENADOR NA INSTITUIÇÃO PARCEIRA: ELIAS ANTÔNIO JORGE

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA PROPOSTA: Daniel Marques Mota

TELEFONE: (61) 315-3634 e (61) 315 2790

E-MAIL: daniel.mota@saude.gov.br, elias.jorge@saude.gov.br

CLASSIFICAÇÃO DA PROPOSTA:

Resultado 1:	
Resultado 2:	
Resultado 3:	

Fundo de Desafio	
Resultado 1:	X
Resultado 2:	

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA DA SAÚDE
PROJETO NACIONAL DE ECONOMIA DA SAÚDE

PROPOSTA PARA O FUNDO DE DESAFIO

INICIAÇÃO E ECONOMIA DA SAÚDE PARA SUBSIDIAR TOMADA DE DECISÃO

1. Descrição do Problema

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem se caracterizado por uma progressiva universalização compartilhada da atenção à saúde, desenvolvimento de programas de saúde específicos (grupos populacionais definidos) e por nível de atenção, agregação de novas tecnologias e insumos estratégicos (geralmente, a preços mais elevados), bem como pela realização de campanhas de controle de endemias, prevenção de riscos e de mudanças nos estilos de vida da população. Por outro lado, os usuários têm ampliado seu nível de consciência, exigindo maior transparência e responsabilidade dos gestores; têm pressionado por mais liberdade de escolha dos prestadores de serviços e participado de forma mais ativa na definição de políticas de assistência à saúde. Tais tendências, embora tenham ampliado a cobertura de saúde, vêm produzindo elevados gastos nesse setor, muitas vezes, sem critérios de eficiência e equidade e sem corresponder a uma melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde da população. Diante disso, se faz urgente o desenvolvimento da área de Economia da Saúde no Brasil como ferramenta para instrumentalizar o processo de decisões dos gestores e profissionais da saúde quanto ao uso racional dos recursos destinados a atenção à saúde.

2. Justificativa

A Economia da Saúde, ainda incipiente no Brasil, é um instrumento indispensável na gestão do SUS ao orientar o processo de tomada de decisão quanto à escolha de alternativas eficientes e racionais dentro do conjunto de diferentes tecnologias oferecidas pelo mercado de saúde. Assim, o Ministério da Saúde, reconhecendo a importância dessa disciplina, institucionaliza o Departamento de Economia da Saúde (DES) - órgão ligado à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, cujo lema é: *fazer mais e melhor com o pouco que temos*.

Em perfeita consonância com o Projeto de Economia da Saúde do DFID, o DES, visando promover a inter-relação da saúde e economia em todos os níveis de gestão do SUS e a capacitação de atores desse sistema, propõe a realização de quatro cursos de iniciação em economia da saúde para gestores e técnicos dos três níveis de governo dentro do projeto maior de Capacitação Nacional em Economia da Saúde desenvolvido pelo Departamento.

Para disseminar o conhecimento e o uso de ferramentas da economia da saúde, o DES entende que é necessário atuar pelo menos em duas frentes conforme os resultados acordados no Projeto de Economia da Saúde: Formar um núcleo com maior conhecimento no DES, e sensibilizar gestores e técnicos do SUS das suas três esferas de governo para, sabendo da existência das ferramentas que a ES oferece, favorecer sua utilização.

À medida que gestores das três esferas de governo vão sendo sensibilizados, é possível implantar novos núcleos em secretarias estaduais ou municipais. Neste sentido, o DES pretende, neste projeto igualmente, identificar duas secretarias no Nordeste e favorecer a

implantação de núcleos de Economia da Saúde. Para tais estados, será ofertado um outro curso

3. Objetivos

3.1. Objetivo Geral

Proporcionar uma formação básica a gestores e técnicos do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde em Economia da Saúde a fim de conhecerem a importância dessa área de conhecimento para o processo de tomada de decisões quanto ao uso racional dos recursos destinados à atenção da saúde.

3.2. Objetivos Específicos

- 3.2.1. Sensibilizar gestores e técnicos do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde sobre as ferramentas da Economia da Saúde e seus usos.
- 3.2.2. Favorecer a expansão do Projeto de Economia da Saúde em pelo menos dois Estados do Nordeste brasileiro.
- 3.2.3. Favorecer a implantação de núcleos de economia da Saúde nos Estados brasileiros.

4. Metodologia

Num primeiro momento, com o apoio de um consultor, será montado todo o programa dos cursos. Já está definido o conteúdo mínimo dos cursos, apresentado a seguir. Também está definido que os cursos terão uma metodologia participativa, que permite um melhor aproveitamento dos participantes.

Serão oferecidas 4 edições do curso. A primeira estará direcionada aos gestores e técnicos das várias secretarias do Ministério da Saúde. A segunda e terceira, respectivamente, para gestores e técnicos das Secretarias Estaduais¹ e Municipais da Saúde. E a quarta para gestores e técnicos dos Estados no Nordeste onde o DES pretende favorecer a criação de Núcleos Estaduais de Economia da Saúde. As três primeiras edições terão duração de 30h e a quarta terá 40 horas.

Os três primeiros cursos serão sediados preferencialmente em Brasília. O quarto será sediado no Nordeste, preferencialmente em Fortaleza ou Salvador para favorecer a participação de profissionais já capacitados em ES nestes Estados, ou ainda em um dos Estados escolhidos para reduzir o custo de deslocamento dos participantes. A decisão final será tomada depois da escolha dos Estados, sede dos novos núcleos.

4.1 Equipe

O curso será promovido pelo Departamento de Economia da Saúde e contará com o apoio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde. Haverá também a participação de consultores tanto na etapa de planejamento quanto de execução dos cursos.

4.2 Estrutura do Curso

De forma sucinta o curso terá o seguinte conteúdo

- Fundamentos do SUS

- estado da arte em Economia da Saúde;
- custos em saúde;
- orçamento e financiamento da saúde;
- equidade: métodos de medição das desigualdades de saúde;
- Contas Nacionais em saúde;
- análise do mercado de saúde e
- avaliação econômica em saúde.

Fica facultado a Bahia e ao Ceará enviar gestores para participar do curso, uma vez que esses estados têm avançado na implantação de unidades de Economia da Saúde em suas Secretarias Estaduais

5. Cronograma de Atividades

Com a finalidade de visualizar as etapas para a execução do curso foi desenvolvido um cronograma a ser seguido pela equipe responsável, a saber:

ETAPAS:

- E1 - Reunião de Planejamento
- E2 - Inscrição dos Profissionais
- E3 - Contato com Convidados
- E4 - Preparação de Material Didático (Manual do Curso)
- E5 - Provisão Logística
- E6 - Acompanhamento das Atividades Planejadas
- E7 - Reunião de Avaliação e Redefinição de outras Atividades
- E8 - Realização do Curso
- E9 - Reunião de Avaliação do Curso
- E10 - Preparação e divulgação do Relatório Final

ETAPAS	Ano 2003						Ano 2004		
	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.
E1		■							
E2			■		■				
E3		■							
E4		■	■						
E5			■	■					
E6			■	■	■	■	■		
E7				■	■	■	■		
E8						■			
E9					■	■	■	■	
E10									■

Legenda: 1º Curso
 2º Curso
 3º Curso
 4º Curso
 Todos os cursos

6. Orçamento

O projeto está estimado em R\$ 300.000,00 (trezentos mil Reais). Os principais itens de gasto serão: passagens, diárias para os participantes, elaboração do manual e logística para o curso.

7. Contrapartida da Instituição Proponente

O Ministério da Saúde destinará recursos econômicos a serem investidos no pagamento de passagens/hospedagens/diárias de seus técnicos. Além disso, os técnicos dos órgãos envolvidos farão uso de equipamentos (computadores, impressoras e telefones) e material de expedientes disponibilizados pelo Ministério.

8 Avaliação do Projeto

A avaliação do projeto obedecerá à necessidade de cada atividade planejada e executada até a sua finalização, quando então, será elaborado um relatório. No caso específico do curso, foram elaborados os seguintes indicadores de acompanhamento:

1. Indicadores de cobertura/demanda
 - Percentual de estados beneficiados
 - Nº de profissionais inscritos
 - Nº de solicitação de vagas/capacitação por estado
2. Indicadores de processo
 - Número de material didático produzido
 - Percentual de material didático distribuído
 - Número de atividades pedagógicas executadas
3. Indicadores de resultados
 - Percentual de profissionais que concluíram o curso
 - Percentual de participantes satisfeitos com o curso (ótimo e bom)

**Ministério da Saúde
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
Departamento de Economia da Saúde
Fundo Desafio – DFID**

Curso de Iniciação em Economia da Saúde para subsidiar a Tomada de Decisão

- a) Detalhamento e explicação das indagações feitas pela Comissão de Avaliação do Projeto de Capacitação – Fundo Desafio:

Recursos humanos envolvidos na elaboração do curso

Na elaboração e execução do curso estarão envolvidos os seguintes profissionais:

- 1) Na coordenação técnica-pedagógica do curso:
 - 1 técnico do Departamento de Economia da Saúde (DES) do Ministério da Saúde
 - 1 técnico da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde
- 2) Na elaboração do Manual do Curso:
 - 2 consultores ligados ao DES do Ministério da Saúde
 - 2 técnicos do DES do Ministério da Saúde
 - 1 técnico da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde
- 3) Nas atividades de ensino-aprendizagem
 - 1 consultor ligado ao DES do Ministério da Saúde
 - 2 instrutores/Professores com experiência em Economia da Saúde
 - 2 técnicos do DES do Ministério da Saúde
- 4) No apoio logístico
 - 1 técnico-administrativo ligado ao DES do Ministério da Saúde

b) Desenvolver melhor conteúdo do curso

1. FUNDAMENTOS DO SUS – 2 horas

Marco jurídico-legal: Constituição Federal de 1988; Lei nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990; Diretrizes e pressupostos do SUS. Normas Operacionais Básicas (1991, 1993 e 1996) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (2000 e 2001). Assistência Médica Supletiva.

2. ESTADO DA ARTE EM ECONOMIA DA SAÚDE – 2 horas

Definição de Economia da Saúde. Inter-relação Economia e Saúde. A Economia da Saúde no Brasil e em outros países. Conceitos-chaves: demanda/oferta de saúde, produção de saúde, estabelecimento de prioridades, racionalização de recursos, eficácia, efetividade e eficiência.

3. CUSTOS EM SAÚDE – 4 horas

Definição de Custos, Gastos, Despesas e Preço. Custo Contábil. Custo Econômico. Classificação de Custos. Métodos de Apuração de Custos.

4. FINANCIAMENTO DA SAÚDE – 4 horas

Modelos de financiamento da atenção à saúde. Financiamento do SUS: contribuições sociais sobre salários, faturamento, lucro e movimentação financeira; transferências intergovernamentais – fundo a fundo, convênio e remuneração por serviços; mecanismos financeiros e gastos com medicina supletiva.

5. EQUIDADE E ALOCAÇÃO DE RECURSOS – 4 horas

Necessidades de saúde. Igualdade e Equidade. Métodos de medição das desigualdades de saúde. Critérios de Alocação de Recursos.

6. CONTAS NACIONAIS EM SAÚDE – 4 horas

Gasto nacional em saúde e Produto Interno Bruto. Fontes e destinos dos fundos dedicados à atenção à saúde. Concentração dos gastos em diferentes serviços e programas. Distribuição do orçamento da saúde entre diferentes regiões e grupos populacionais. Gastos do setor privado.

7. MERCADO DE SAÚDE – 4 horas

Definição de Mercado. Demanda de saúde. Produção de Saúde. Agentes econômicos. Falhas de mercado: monopólio, assimetria de informações, externalidades.

8. AVALIAÇÃO ECONÔMICA EM SAÚDE - 6 horas

Contextualização da avaliação econômica aplicada à saúde. Medidas de custos. Medidas de efeitos. Métodos de avaliação econômica em saúde: minimização de custos, custo-efetividade, custo-utilidade e custo-benefício. Fases de um estudo de avaliação econômica em saúde.

- Referências Bibliográficas Básicas

1. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2ª ed. 58p, 2002.
 2. GAKIDOU, E. E.; MURRAY, C. J. L.; FRENL, J. Definición y medición de las desigualdades en salud: una metodología basada en la distribución de la esperanza de salud. **Boletín de la Organización Mundial de la Salud**. n. 78, v.1 p. 42-54, 2000.
 3. DRUMOND M. F. et al **Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes**. New York: Oxford University Press, 1997. 305p.
 4. LÓPEZ-CASASNOVAS, G.; ORTÚN-RUBIO, V. **Economía y salud. fundamentos y políticas**. Madrid: Encuentro ediciones, 1998. 155p.
 5. MATOS, A. J. **Gestão de Custos Hospitalares**. São Paulo: Editora STS, 2002. 280p.
 6. NUNES, A. et al. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento**. Brasília: IPEA, 2001. 22p.
 7. PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. (Org.). **Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da Saúde**. Brasília: IPEA, 1995.298p.
- RUBIO-CEBRIAN, S. **Glosario de planificación y economía sanitaria**. 2. ed. Madrid: Diaz de Santos, 2000.
- SACRISTAN, J. A.; BADÍA, X.; ROVIRA, J. (Org.). **Farmacoeconomía: evaluación económica de medicamentos**. Madrid: Editores Médicos, 1995. 302 p.
- SCHNEIDER, M. C. et al. Métodos de medición de las desigualdades de salud. **Rev. Panamericana de Salud Publica**. n. 12, v.6, 2002.
- WITTER, S. et al. **Health Economics for Developing Countries**. A practical guide. Malaysia: Macmillan, 2000. 296 p.

c) Orçamento

Instituição Financiadora

PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA

DESCRIÇÃO	VALOR UNITÁRIO	TEMPO/ QUANT	VALOR TOTAL
1. CONFECCAO DE MATERIAL DIDATICO			R\$16.000,00
2 Consultores	R\$ 150,00/h	20horas	R\$ 6.000,00
Serviços de Gráfica (Manuais)	R\$ 35,00/l	200 unidades	R\$ 7.000,00
Produção de CDs	R\$ 15,00/CD	200 unidades	R\$ 3.000,00
2. EQUIPE DOCENTE			R\$16.800,00
1 Consultor	R\$ 150,00/h	4 h/sem x 4 sem = 16h	R\$ 2.400,00
2 Instrutores	R\$ 200,00/h	9h/sem x 4sem = 36h	R\$ 14.400,00
3. MATERIAL DE CONSUMO			R\$ 5.000,00
Tonner, papelaria; insumos de informática.	R\$3.000,00		R\$ 3.000,00
Pastas	R\$ 10,00	200 unidades	R\$ 2.000,00
4. PASSAGENS E DIÁRIAS			R\$ 251.600,00
Passagens (Técnicos das SES, SMS e Instrutores)	R\$ 625,00	272 passagens (ida e volta)	R\$ 170.000,00
Diárias (Técnicos das SES, SMS e Instrutores)	R\$ 120,00	5 diárias x 136 pessoas	R\$ 81.600,00
5. OUTRAS DESPESAS			R\$7.000,00
Aluguel do local (incluindo coffee-break)		4º curso	R\$ 4.000,00
Aluguel de equipamentos (data-show, etc)		4º curso	R\$ 3.000,00
6. TOTAL GERAL			R\$ 296.400,00

2) Contrapartida do Ministério da Saúde

PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA

DESCRIÇÃO	VALOR UNITÁRIO	TEMPO/ QUANT	VALOR TOTAL
1. COORDENAÇÃO TÉCNICA-PEDAGÓGICA			R\$ 31.200,00
2 Coordenadores	R\$ 100,00/h	30 h/sem X 3 sem = 90h 40 h/sem x 1 sem = 40 h Total = 130 h/projeto	R\$ 26.000,00
1 Técnico-administrativo	R\$ 40,00/h	30 h/sem X 3 sem = 90h 40 h/sem x 1 sem = 40 h Total = 130 h/projeto	R\$ 5.200,00
2. CONFECÇÃO DE MATERIAL DIDÁTICO			R\$ 6.000,00
3 Técnicos do Ministério da Saúde	R\$ 100,00/h	20 horas	R\$ 6.000,00
3. EQUIPE DOCENTE			R\$ 3.200,00
2 Técnicos do Ministério da Saúde	R\$ 100,00/h	4 h/sem x 4 sem = 16 h	R\$ 3.200,00
4. DESPESAS COM COMUNICAÇÃO			R\$ 2.000,00
Telefone e fax			R\$ 2.000,00
5. PASSAGENS E DIÁRIAS			R\$ 5.550,00
Passagens (Técnicos do MS)	R\$ 625,00	6 passagens (ida e volta)	R\$ 3.750,00
Diárias (Técnicos do MS)	R\$ 120,00	5 diárias x 3 pessoas	R\$ 1.800,00
6. TOTAL GERAL			R\$ 47.950,00

d) Número de alunos a ser atingido

Previsão:

1º Curso: 30 alunos das várias Secretarias do Ministério da Saúde

2º Curso: 54 alunos das 26 Secretarias Estaduais de Saúde e Distrito Federal

3º Curso: 52 alunos das 26 Secretarias Municipais de Saúde das Capitais brasileiras

4º Curso: 20 alunos dos dois estados do Nordeste selecionados

Total = 156 profissionais

PROJETO ECONOMIA DA SAÚDE

PLANO DE TRABALHO ANO II

Desenvolvimento e implementação da base de dados do CENTRO NACIONAL DE INFORMAÇÕES EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA E ECONOMIA DA SAÚDE pelo NÚCLEO DE ECONOMIA DA SAÚDE DE MINAS GERAIS

Atividade: 1.04.25F

INSTITUIÇÕES PARCEIRAS: MINISTÉRIO DA SAÚDE/SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS/DEPARTAMENTO DE ECONOMIA DA SAÚDE

COORDENADORES NAS INSTITUIÇÕES PARCEIRAS:

Ministério da Saúde – Prof. Dr. Elias Antônio Jorge

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA PROPOSTA: Prof. MSc. AUGUSTO AFONSO GUERRA JÚNIOR

TELEFONES:

**31+33397600 (Prof. Francisco) // 31+99729687 (Profa. Iola) // 31+ 32799076 Prof. Eduardo).
31+96180157 (Prof. Augusto)**

E-mail:

**acurcio@medicina.ufmg.br // iola@medicina.ufmg.br // albuquerque@cedeplar.ufmg.br
augustoguerra@ig.com.br**

CLASSIFICAÇÃO DA PROPOSTA:

Resultado 1:	
Resultado 2:	
Resultado 3:	

Fundo de Desafio	
Resultado 1:	x
Resultado 2:	

1. JUSTIFICATIVA

Um dos grandes desafios da próxima década é a ampliação da eficiência do sistema de saúde brasileiro. A eficiência na provisão de serviços é de elevada importância, tanto pelo lado da demanda, através da identificação das necessidades da população, como pelo lado da oferta, em termos da forma como esses serviços são disponibilizados.

A contribuição da economia para a esfera da assistência à saúde é atualmente bem conhecida e tal contribuição deriva da natureza dos bens e serviços oferecidos pelo *Sistema de Atenção Médica*, assim como da estrutura dos mercados a eles relacionados.

Em primeiro lugar, muitos desses bens e serviços podem ser classificados no que a teoria econômica identifica como "bens públicos". Um exemplo de bem público, nesse caso, seria os programas para a erradicação de doenças infectocontagiosas. A teoria econômica fundamenta uma importante justificativa para a intervenção governamental na produção desses bens.

Em segundo lugar, há bens e serviços oferecidos pelo Sistema de Atenção Médica que geram externalidades positivas substanciais. Programas de vacinação são um exemplo desse fenômeno. A teoria econômica indica que a presença de externalidades é uma condição para "falhas de mercado", uma situação na qual o mercado tende a prover um nível subótimo de bens e serviços.

Em terceiro lugar, existem assimetrias de informação nos mercados de provisão de bens e serviços de saúde. Essas assimetrias implicam em um risco substancial de "falhas de mercado", donde a regulação governamental passa a ser essencial.

A existência de uma argumentação econômica bem fundamentada para a intervenção governamental na esfera da assistência à saúde implica na necessidade de capacitação, formação e pesquisa nessa área. Ao articular recursos das instituições participantes, a proposta de desenvolvimento e implementação do CENTRO NACIONAL DE INFORMAÇÕES EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA E ECONOMIA DA SAÚDE pelo NÚCLEO DE ECONOMIA DA SAÚDE DE MINAS GERAIS e de acordo com diretrizes estabelecidas em comum acordo com o MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS) e com o INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS APLICADAS (IPEA) contribui para uma melhor compreensão deste campo, na medida que fornece subsídios à formulação de políticas, à tomada de decisões e a uma maior capacidade de regulação do setor.

A compreensão da economia do setor saúde no nível da pesquisa acadêmica e a disseminação dos resultados para os profissionais do setor têm um papel chave no presente processo de reforma do setor saúde. Um bom entendimento dos determinantes e de diferentes alternativas de alocação de recursos pode mitigar a inércia institucional e a resistência à mudança. É também um pressuposto básico de uma boa governança. Por outro lado, é importante que essas alternativas de alocação de recursos sejam analisadas no contexto do desafio da universalidade e integralidade da atenção preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). E, nesse sentido, dado o caráter econômico de bem público da assistência à saúde, é possível combinar eficiência e equidade em seu provimento.

Em função da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e a conseqüente descentralização da gestão do sistema, é crescente a demanda de estados e, particularmente de

de municípios, por estudos e projetos que têm interface com a área da Economia da Saúde. Além do mais, a contradição entre a execução descentralizada das ações de saúde e a manutenção de recursos financeiros centralizados sob a gestão da União, gera constantemente conflitos distributivos. Novamente aqui, a Economia da Saúde pode ser acionada para auxiliar na construção de propostas de alocação de recursos mais equânimes e estudar contrapartidas financeiras das demais esferas de governo.

A crescente incorporação tecnológica no setor de saúde tem reflexos conhecidos sobre o custo do sistema e, de outro lado, passa a exigir mecanismos de regulação cada vez mais complexos e sofisticados. Assim, estudar o sistema de regulação e a incorporação de novas tecnologias passa a ser uma necessidade cada vez mais premente no sistema de saúde brasileiro.

Os exemplos acima demonstram a necessidade de desenvolvimento da área de Economia da Saúde no Brasil. Entretanto isto se dá no contexto de pequeno número de instituições envolvidas efetivamente no desenvolvimento da área de economia da saúde no Brasil.

O desenvolvimento e a implementação do CENTRO NACIONAL DE INFORMAÇÕES EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA E ECONOMIA DA SAÚDE, dentro de uma perspectiva de trabalho interinstitucional e multidisciplinar, possibilitarão não somente a difusão do conhecimento para a sociedade e, em específico para os Gestores do SUS, como também a interação entre os núcleos de economia da saúde já constituídos e daqueles que ainda serão formados no País. O CENTRO NACIONAL DE INFORMAÇÕES EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA E ECONOMIA DA SAÚDE, permitirá avanços nas áreas de investigação, capacitação e apoio técnico aos gestores federais, estaduais e municipais de saúde, habilitando o País para um salto de qualidade na gestão do sistema de saúde como um todo.

Num primeiro momento, propõe-se o desenvolvimento do CENTRO NACIONAL DE INFORMAÇÕES EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA E ECONOMIA DA SAÚDE, dentro de uma perspectiva de trabalho interinstitucional e articulado em torno de diretrizes previamente acordadas com o Ministério da Saúde, Ipea e com o Núcleo de Economia da Saúde de Minas Gerais, sendo que caberá a este a responsabilidade pela execução dos trabalhos de desenvolvimento, implementação e manutenção contínua da base de dados.

O Núcleo de Economia da Saúde de Minas Gerais, em sua constituição inicial, busca a articulação e interação multidisciplinar e interinstitucional, sendo integrado por pesquisadores das seguintes instituições:

- UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais
 - Cemed – Centro de Estudos de Medicamentos da Faculdade de Farmácia da UFMG
 - PPGCF – Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Farmácia da UFMG
 - GRUPO DE PESQUISA EM FARMACOEPIDEMOLOGIA
 - NESCON – Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFMG
 - PPGSP – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da UFMG
 - OBSERVATÓRIO DE SAÚDE URBANA – Faculdade de Medicina da UFMG
 - GRUPO DE PESQUISA EM EPIDEMIOLOGIA E AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

- o **CEDEPLAR** -- *Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional - Pós-Graduação em Economia da Faculdade de Ciências Econômicas da UFMG*
- **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS**
- **FUNED** -- *Fundação Ezequiel Dias*
 - DIRETORIA DE PESQUISA
 - DIRETORIA INDUSTRIAL
 - INSTITUTO OTÁVIO MAGALHÃES
 - ESCOLA DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Em um segundo momento, propõe-se implementar mecanismos que permitam a manutenção contínua da base de dados do **CENTRO NACIONAL DE INFORMAÇÕES EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA E ECONOMIA DA SAÚDE**, ampliando a colaboração sistemática entre as instituições participantes e dos núcleos de economia da saúde distribuídos pelas diferentes regiões do País e, assim, viabilizar a troca de experiências e apoio técnico onde as demandas forem identificadas.

Desenvolvida a base de dados, o Centro **NACIONAL DE INFORMAÇÕES EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA E ECONOMIA DA SAÚDE** será instalado em Brasília em área física do Ministério da Saúde ou IPEA a ser definido de comum acordo entre essas instituições. A adequação da área física será também contrapartida dos parceiros.

Finalmente, ministrar em parceria programas de capacitação, inclusive em nível de pós-graduação, bem como desenvolver assessorias específicas de acordo com as demandas dos diversos níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

2. OBJETIVO GERAL

Desenvolver e implementar o **CENTRO NACIONAL DE INFORMAÇÕES EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA E ECONOMIA DA SAÚDE**.

2.1 OBJETIVO ESPECÍFICOS

Desenvolver a base de dados do **CENTRO NACIONAL DE INFORMAÇÕES EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA E ECONOMIA DA SAÚDE** pelo **NÚCLEO DE ECONOMIA DA SAÚDE DE MINAS GERAIS** e de acordo com diretrizes estabelecidas em comum acordo com o **MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS)** e com o **INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS APLICADAS (IPEA)**.

- o Construir base de dados que possa subsidiar, com informações confiáveis e de elevado padrão técnico-científico, a avaliação da qualidade do financiamento e dos gastos em saúde, referentes aos recursos humanos, medicamentos, equipamentos e insumos.
- Implementar mecanismos que permitam a manutenção contínua da base de dados do **CENTRO NACIONAL DE INFORMAÇÕES EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA E ECONOMIA DA SAÚDE**, ampliando a colaboração sistemática entre as instituições participantes e dos núcleos de economia da saúde distribuídos pelas diferentes regiões do País e assim viabilizar a troca de experiências e apoio técnico onde as demandas forem identificadas

- Realizar a manutenção contínua da base de dados do CENTRO NACIONAL DE INFORMAÇÕES EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA E ECONOMIA DA SAÚDE, de acordo com as diretrizes estabelecidas com os parceiros e com a colaboração sistemática entre os núcleos de economia da saúde distribuídos pelas diferentes regiões do País.
- Implantar as instalações físicas do CENTRO NACIONAL DE INFORMAÇÕES EM CIÊNCIA e TECNOLOGIA E ECONOMIA DA SAÚDE.
- Desenvolver avaliações e montagem de indicadores na análise da qualidade dos gastos em saúde informados por gestores do SUS e disponíveis no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

3. METODOLOGIA

Na primeira etapa que envolve o desenvolvimento da base de dados do Centro Nacional de Informações em Ciência, Tecnologia e Economia da Saúde serão catalogados artigos, teses, dissertações, monografias e quaisquer outros trabalhos e publicações de interesse, que abordem questões envolvendo a área de economia da saúde, com especial interesse sobre os estudos e autores que se dedicaram a elucidar questões relativas à economia do setor saúde no Brasil. Financiamento, alocação de recursos, custos, avaliação econômica, mercado de saúde, contratação de serviços de saúde, formas de pagamento a pessoal de saúde, além das áreas de avaliação tecnológica, gestão de unidades e de sistemas de saúde, são todas áreas de particular interesse.

Para o trabalho de catalogação serão definidos conceitos operativos para a busca de informações nos seguintes campos e áreas de conhecimento: 1) medicamentos e insumos; 2) equipamentos médico-hospitalares; 3) equipamentos e métodos de diagnóstico; 4) procedimentos clínicos e cirúrgicos; 5) educação sanitária e promoção da saúde; 6) banco de dados oficiais.

O trabalho de catalogação será realizado a partir da constituição de uma equipe composta por "experts" em biblioteconomia, em construção de base de dados (Oracle; SQL) e por pessoal acadêmico com conhecimento na área de economia da saúde. Este grupo realizará, por meio de busca ativa em bases de dados do CNPq, CAPES, nas principais bibliotecas brasileiras e estrangeiras, bem como em bases de dados especializadas em economia da saúde, a lista de títulos de publicações a serem catalogadas e impostadas na base de dados a ser desenvolvida para o Centro Nacional de Informações em Ciência, Tecnologia e Economia da Saúde (CNICTES). Veja o fluxograma com o detalhamento da proposta de trabalho em anexo (1ª Etapa – 6 meses).

Será desenvolvida base de dados para receber as informações obtidas, classificando-as de acordo com as áreas de conhecimento e conceitos operativos previamente definidos e harmonizados entre os parceiros na execução deste projeto. Esta base constitui o 1º PRODUTO, para o desenvolvimento e implementação para que possa haver discussão técnico-científica sobre os temas em foco, possibilitando o aprimoramento dos trabalhos.

Na segunda etapa do projeto será desenvolvida a estrutura secundária e permanente da base de dados do CNICTES, bem como o desenho da estrutura do sistema de informações, visando a articulação e formação de uma rede de consultores e colaboradores nas diferentes áreas do

conhecimento pré-definidas. A estrutura da rede de consultores e colaboradores será desenvolvida de forma a permitir que especialistas (previamente habilitados pelo CNICTES) forneçam avaliações, pareceres e recomendações (*appraisals*) sobre o uso de novos medicamentos, procedimentos e tecnologias, bem como daqueles já existentes e que sejam de interesse para o SUS. A informação resultante deste processo seria então disponibilizada pelo CNICTES em linguagem técnica e em linguagem leiga, a exemplo do que ocorre no "National Institute for Clinical Excellence" (NICE) que fornece suporte para o sistema de saúde da Inglaterra (*National Health Service - NHS*). Isto possibilitará maior democratização no acesso à informação não só para os profissionais de saúde, mas também para o público, em específico, para conselheiros municipais e estaduais de saúde e gestores do SUS. Veja o fluxograma com o detalhamento da proposta de trabalho em anexo (2ª Etapa).

2.6 Principais Etapas do processo de desenvolvimento da base de dados do Centro Nacional de Informações em Ciência e Tecnologia e Economia da Saúde

1. Articulação com parceiros e núcleos de economia da saúde do País.
2. Definição de diretrizes em conjunto com Ministério da Saúde e IPEA.
3. Definição do Comitê de Gestão do **Centro Nacional de Informações em Ciência e Tecnologia e Economia da Saúde** entre os parceiros.
4. Seleção da equipe de "experts"
5. Desenho e construção de base de dados do **Centro Nacional de Informações em Ciência e Tecnologia e Economia da Saúde**.
6. Elaboração de inquérito:
 - 6.1 Inquérito:
 - i. Definição e adoção de conceitos operativos para a busca de informações.
 - ii. Busca e seleção de bases de dados nacionais e estrangeiras.
 - iii. Busca e seleção de bibliotecas nacionais e estrangeiras.
 - iv. Busca de títulos e documentos nas bases de dados selecionadas.
 - v. Classificação dos títulos e documentos obtidos a partir da chave de conceitos operativos previamente definidos.
 - a. Lista com livros e jornais em economia da saúde – essenciais
 - b. Lista com livros e jornais em economia da saúde – desejáveis
 - c. Lista com bases de dados em economia da saúde – relevantes
 - d. Lista com sítios na internet sobre economia da saúde – relevantes
 - vi. Seleção de livros e publicações a serem adquiridas.
 - vii. Seleção de títulos e documentos e informações que serão impostadas na base de dados.

Impostação das informações, títulos e documentos na base de dados do **Centro Nacional de Informações em Ciência e Tecnologia e Economia da Saúde**.

8. Aquisição de livros e publicações selecionadas.

9. Divulgação em CDROM da base de dados do **Centro Nacional de Informações em Ciência e Tecnologia e Economia da Saúde**
10. Formação de rede de consultores e colaboradores para qualificação das informações obtidas e de demandas e necessidades de SUS.
11. Divulgação da base de dados em sítio na internet a ser compartilhado com outros sítios, especialmente os do IPEA, da ABRES, do Ministério da Saúde e outros.
12. Implimentação dos mecanismos de alimentação continuada e de manutenção definidos pelo Comitê de Gestão do **Centro Nacional de Informações em Ciência e Tecnologia e Economia da Saúde** (MS, IPEA e Núcleo de Economia da Saúde MG).
13. Execução da manutenção sistemática da base de dados do **Centro Nacional de Informações em Ciência e Tecnologia e Economia da Saúde** articulada com os parceiros do Projeto de Economia da Saúde e núcleos de economia da saúde do País.
14. Disponibilização do(s) sistema(s) desenvolvido(s), incluindo os códigos-fonte do software, para a Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde.

Simultaneamente ao desenvolvimento da base de dados, será necessário implantar fisicamente o **Centro Nacional de Informações em Ciência e Tecnologia e Economia da Saúde**. O Centro deverá ser situado em área do Ministério da Saúde ou IPEA, a ser definida entre os parceiros.

Para implantação do **Centro Nacional de Informações em Ciência e Tecnologia e Economia da Saúde**, será necessário cumprir ainda as seguintes etapas:

1. Definição de área física onde irá ser instalado o Centro Nacional de Informações em Ciência e Tecnologia e Economia da Saúde.
2. Adequação da área física e instalações para funcionamento do Centro Nacional de Informações em Ciência e Tecnologia e Economia da Saúde.
3. Aquisição de equipamentos e mobiliário para funcionamento do Centro Nacional de Informações em Ciência e Tecnologia e Economia da Saúde

4. DATA DE INÍCIO DA ATIVIDADE: AGOSTO/2003

5. DATA PREVISTA PARA CONCLUSÃO DA ATIVIDADE: MARÇO/2004

6. DURAÇÃO EM MESES: 08 MESES

7. CRONOGRAMA

MESES	ATIVIDADES PROGRAMADAS					
	Articulação	Diagnóstico	Elaboração do	Implementação	Monitoramento	Resultados do
	Interinstitucional	Situacional	Plano de Ação	do Projeto	do Projeto	Projeto
1º Mês	X	X				
2º Mês		X	X			
3º Mês			X	X	X	
4º Mês				X	X	
5º Mês				X	X	
6º Mês				X	X	
7º Mês					X	X
8º Mês					X	X

8. ORÇAMENTO:

PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA

DESCRIÇÃO	SUBTOTAL	TOTAL
1. SERVIÇOS DE TERCEIROS - PJ		R\$ 130.200,00
<i>Consultoria</i>	R\$ 100.160,00	
<i>Secretaria de Apoio</i>	R\$ 30.040,00	
2. SERVIÇOS DE TERCEIROS – PF		R\$ 28.800,00
<i>Bolsas estágio</i>	R\$ 28.800,00	
3. EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE		R\$ 86.000,00
<i>Computadores</i>	R\$ 25.000,00	
<i>Impressoras laser</i>	R\$ 5.000,00	
<i>Impressoras jato de tinta</i>	R\$ 3.000,00	
<i>Mobiliário</i>	R\$ 23.000,00	
<i>Aquisição Softwares (caso necessário)</i>	R\$ 30.000,00	
4. MATERIAL DE CONSUMO		R\$ 25.000,00
<i>Tonner, papelaria; insumos de informática.</i>	R\$ 25.000,00	
5. OUTROS SERVIÇOS E ENCARGOS		R\$ 30.000,00
<i>Despesas diversas (passagens e diárias)</i>	R\$ 30.000,00	
6. TOTAL GERAL		R\$ 300.000,00

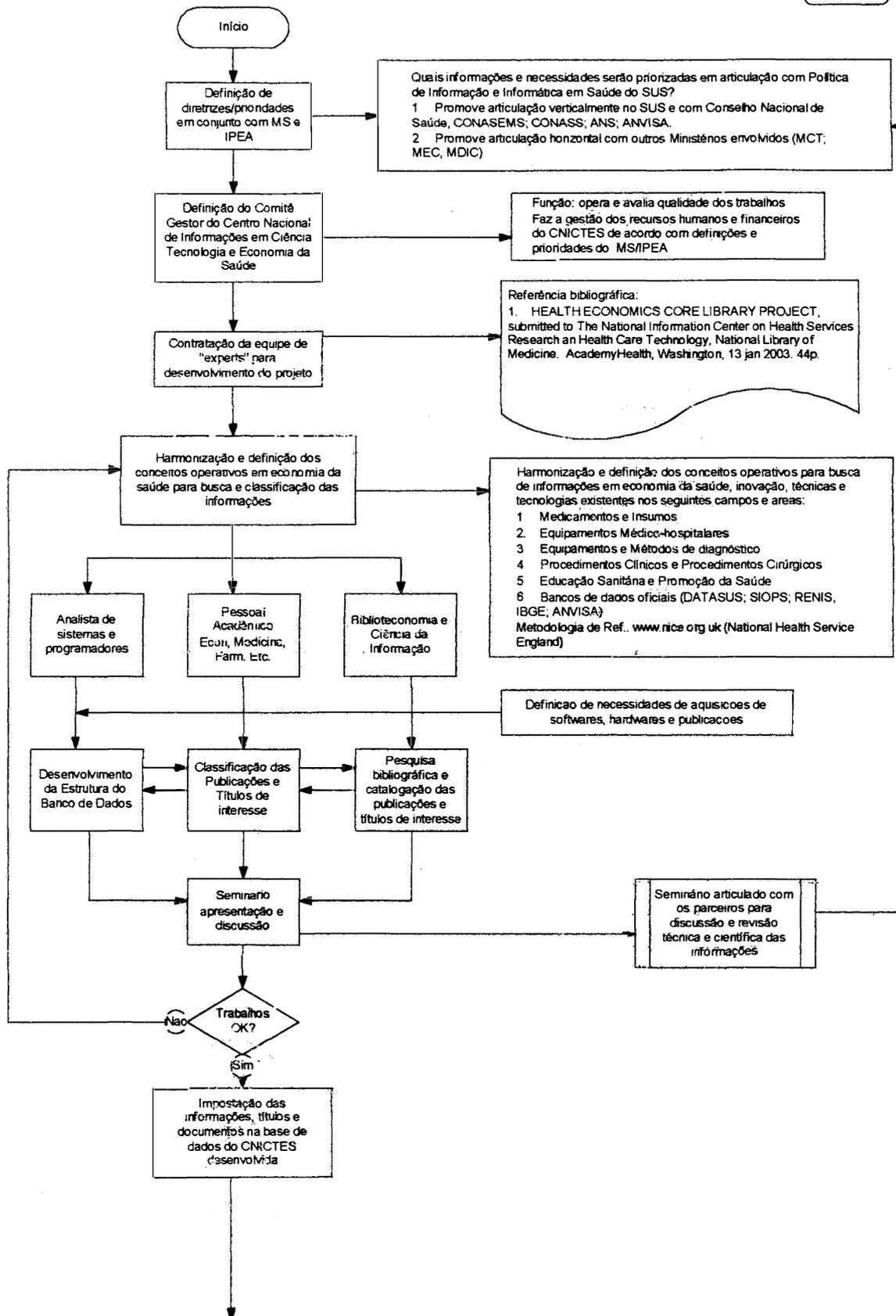
9. CONTRAPARTIDA DAS INSTITUIÇÕES PROPONENTES

Adequação física da área onde funcionará o **Centro Nacional de Informações em Ciência e Tecnologia e Economia da Saúde**.

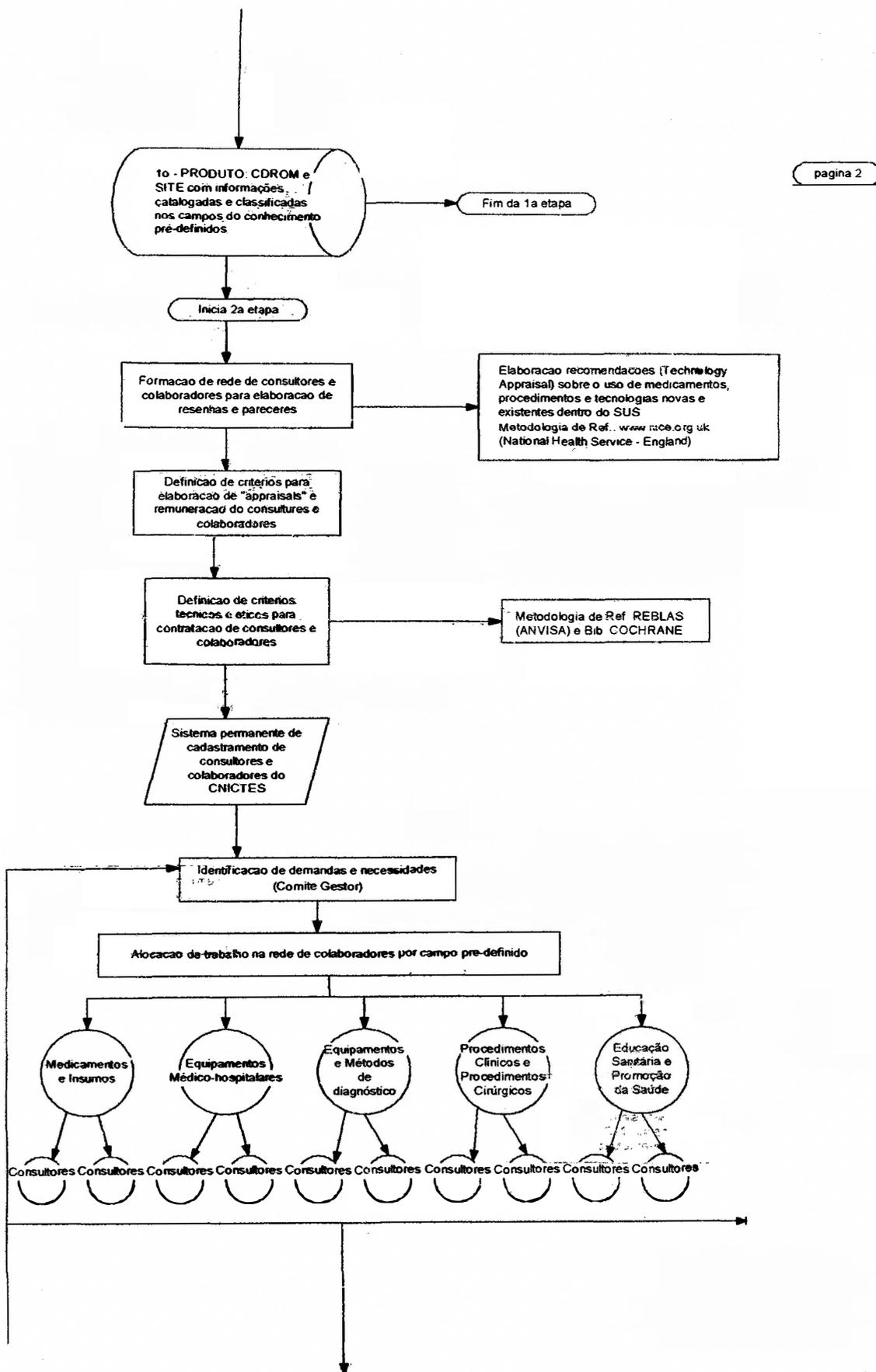
As instituições envolvidas neste projeto disponibilizarão também recursos adicionais de infraestrutura e recursos humanos necessários ao desenvolvimento das atividades previstas.

10. EQUIPE

- o Prof.^a Dra. ELIOLA GURGEL ANDRADE – Faculdade de Medicina – UFMG
- o Prof.^a Dra. MARIANGELA LEAL CHERCHIGLIA – Faculdade de Medicina – UFMG
- o Prof.^a Dra. MÔNICA VIEGAS ANDRADE – Faculdade de Ciências Econômicas - UFMG
- o Prof.^a Dra. SORAYA ALMEIDA BELISÁRIO – Faculdade de Medicina – UFMG
- o Prof. Dr. EDUARDO DA MOTTA E ALBUQUERQUE – Fac. de Ciências Econômicas - UFMG
- o Prof. Dr. FRANCISCO DE ASSIS ACÚRCIO – Faculdade de Farmácia – UFMG
- o Prof. Msc. AUGUSTO AFONSO GUERRA JÚNIOR – Faculdade de Farmácia – UFMG
- o Pesq. Msc. JOÃO CARLOS VIEIRA KIRDEIKAS – Fac. de Ciências Econômicas - UFMG
- o Pesq. Msc. LEANDRO SILVA – Faculdade de Ciências Econômicas – UFMG
- o Pesq. Msc. RAFAEL AGUIAR – Faculdade de Ciências Econômicas – UFMG
- o Pesq. Hugo Vocurca - Prefeitura Municipal de Belo Horizonte
- o Pesq. JOÃO GIRARDI – Faculdade de Medicina – UFMG
- o Dr. CARLOS ALBERTO GOMES – Fund. Ezequiel Dias – Sec. de Estado da Saúde de Minas Gerais

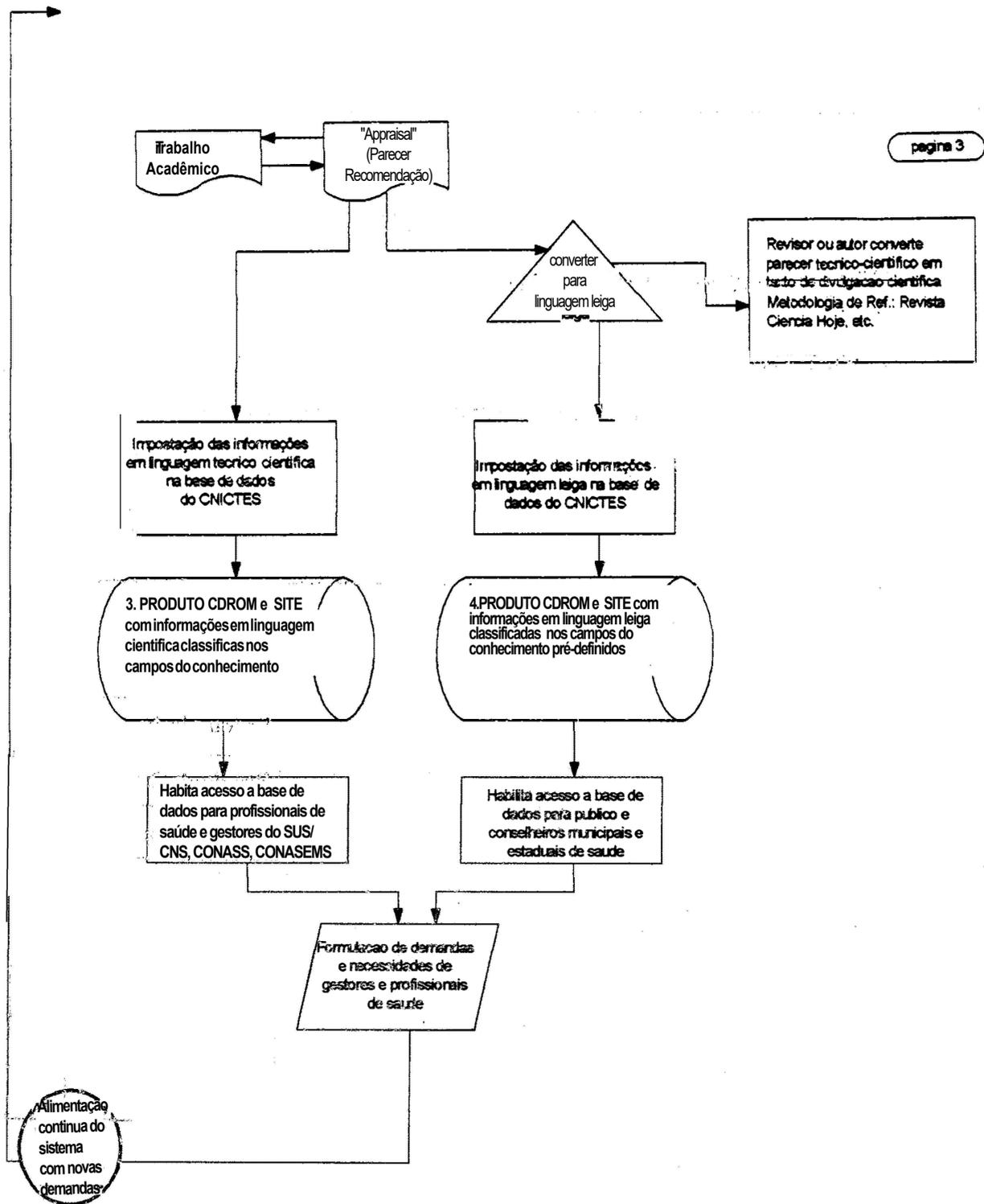


11. ANEXO - FLUXOGRAMA PROPOSTO PARA O TRABALHO



pagina 2

11. ANEXO – FLUXOGRAMA PROPOSTO PARA O TRABALHO



pagina 3

PROJETO ECONOMIA DA SAÚDE
PLANO DE TRABALHO ANO II
DESIGUALDADES NO ACESSO E NO FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO DE
ALTA TECNOLOGIA

Atividade: 1.04.26F

COORDENADOR NA INSTITUIÇÃO PARCEIRA: SÉRGIO PIOLA

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA PROPOSTA: Geraldo Goes (IPEA)

TELEFONE: (61) 3155245

E-MAIL: piola@ipea.gov.br

CLASSIFICAÇÃO DA PROPOSTA:

Resultado 1:	
Resultado 2:	
Resultado 3:	

Fundo de Desafio	
Resultado 1:	x
Resultado 2:	

Termo de referência

DESIGUALDADES NO ACESSO E NO FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE

JUSTIFICATIVA

Este estudo tem cinco justificativas básicas. Em primeiro lugar a magnitude, tanto em valores absolutos como relativos, do dispêndio com serviços de alta complexidade/alto custo. Embora correspondam a apenas 15% do total de procedimentos ambulatoriais prestados pelo SUS, os procedimentos de maior densidade tecnológica são responsáveis por 45 % do gasto assistencial de média e alta complexidade (MAC) ¹.

Em segundo lugar vem o crescimento das despesas com esses serviços nos últimos anos o que pode ser atribuído à incorporação tecnológica, ao seu alto custo e ao envelhecimento da população gerando novas demandas à serviços especializados.

A terceira justificativa é a forte concentração espacial da oferta que responde, em boa medida, pelas desigualdades na utilização desses serviços. No ano 2000 apenas 11% dos 6.299 transplantes custeados pelo SUS ocorreram nas regiões Norte e Nordeste. Cinco estados (TO, RO, RR, AC e AP) dessas duas regiões nem mesmo incorporaram pelo menos uma das inúmeras tecnologias disponíveis nesse campo. Em contrapartida São Paulo, isoladamente atendeu, no mesmo ano, a 43% da demanda nacional de transplantes (MS/SAS/DCAS, 2001).

A quarta motivação está na importância estratégica da alta complexidade para a construção do SUS. É nesse tipo de assistência que o sistema público de saúde parece mais se aproximar da efetiva consecução dos princípios da universalização e da integralidade.

Finalmente, porque os dados disponíveis sobre a matéria tem sido pouco trabalhados. A informação, desagregada por estado, mais completa e atual de produção de serviços e gasto do MS nas diferentes especialidades está consubstanciada em relatório do MS referente ao período 1995-2000 (MS/SAS/DCAS, 2001). Não obstante sua qualidade, relevância e oportunidade, em particular para a análise das desigualdades geográficas, o relatório do MS apresenta algumas limitações:

- (i) a tabulação dos atendimentos segundo o local onde foram prestados, desconsidera que nesses atendimentos podem estar incluídos pacientes de outras áreas. Ou seja, o fato de as tecnologias de ponta serem oferecidas somente em determinado estado ou município não significa que pacientes de outras áreas não estejam sendo atendidos, comprometendo a avaliação das desigualdades;
- (ii) os dados sobre gasto, por sua vez, não informam se estados/municípios prestadores da assistência de ponta são *compensados* (de que forma e em quanto) pelo atendimento de pacientes oriundos de outros municípios;

¹ MS/SAS/DCAS Assistência à saúde no SUS - Média e Alta Complexidade (1995-2000), Brasília, 2001
M. Orgs: Reis, João Gábaro *et alli*

(iii) outras categorias de análise das desigualdades no acesso/utilização como renda e/ou escolaridade, ainda não incorporadas a base de dados do MS, não foram contempladas;

(iv) os dados financeiros, apresentados em valores correntes, não permitem análise mais precisa do comportamento temporal desses dispêndios ainda que o período coberto pela série tenha sido de inflação relativamente baixa.

1.OBJETIVOS DO ESTUDO

1.1 Geral

Estudar o acesso e o financiamento (federal) dos serviços de selecionados de maior densidade tecnológica providos pelo SUS.

2.2. Específicos

- Analisar as desigualdades na distribuição espacial da oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares de alta tecnologia/alto custo e do acesso a esses serviços;
- Analisar o gasto federal com serviços ambulatoriais e hospitalares de alta tecnologia em valores reais e relativos (total, per capita e percentuais vis a vis outros agregados) segundo os principais procedimentos;
- Analisar para o ano 2002, as desigualdades geográficas (entre estados e macro regiões) e por nível de renda/escolaridade no financiamento federal e no acesso buscando eliminar as limitações apontadas na justificativa, utilizando algumas medidas estatísticas apropriadas a este fim;
- Examinar a competitividade do SUS no mercado dada diferença entre os valores que paga pela prestação de alguns procedimentos vis a vis os valores pagos pelos atendimentos privados (principalmente segmento de planos e seguros privados);
- Propor indicadores básicos de monitoramento das desigualdades que sejam úteis inclusive para o controle da sociedade sobre esses serviços;
- Identificar eventuais implicações dos achados do estudo na política de saúde e formular, quando for o caso, sugestões.

2.METODOLOGIA

O conceito de alta tecnologia/alta complexidade/alto custo ainda é difuso e, ao que parece, fixado com algum teor de arbítrio². Discutir essa questão e, eventualmente, propor critério (s) faz parte do trabalho ora proposto. Mas neste estudo prevalecerá o conceito adotado pelo MS.

Embora a terminologia alta tecnologia, alta complexidade possa ter sinonímia nem sempre os procedimentos assim classificados apresentam alto custo. É o caso do transplante de córnea. Este procedimento, restrito a poucos centros médicos

² Na chamada alta complexidade se repete a mesma imprecisão conceitual presente na atenção básica. Nesta o conceito oficial parece limitado ao PAB fixo e PAB variável não incluindo, portanto, outras ações e programas desenvolvidos direta ou indiretamente pelo MS, como Controle de Doenças Transmissíveis, Controle de Endemias, Saneamento Básico, Prevenção de Câncer Cérvico-Uterino, Vigilância Sanitária.

especializados do sul sudeste nos anos sessenta, hoje não só está ao alcance de um grande número de oftalmologistas, como seu custo, comparativamente a outros transplantes, é bastante baixo. Por outro lado, embora o MS, ao menos aparentemente³, inclua como alta complexidade as cirurgias oncológicas em geral, a remoção de um câncer de pele, esta patologia que, quando diagnosticada precocemente, não se enquadra – a rigor –, nessa categoria nem, muito menos, entre as de alto custo.

O conceito de alto custo, por sua vez, não é empregado neste trabalho com o sentido de custo real da provisão de um determinado procedimento ou serviço por uma clínica ou hospital, mas ao valor pago pelo SUS a um provedor público ou privado, pela prestação desse serviço ou procedimento. Também não se refere ao custo global (gasto) com procedimentos que no seu conjunto representam um importante item de despesa. Exemplificando a atenção obstétrica, um serviço de alto custo global (gasto) pela frequência com que é executado, não se enquadra entre as de maior custo unitário nem como com alta complexidade, salvo nos casos de gestações de alto risco.

Dessa forma a análise estará voltada para os seguintes procedimentos ambulatoriais conforme definidos pelo MS: hemodinâmica, terapia renal substitutiva, radioterapia, quimioterapia, busca de órgãos para transplante, ressonância magnética, medicina nuclear, radiologia intervencionista, tomografia computadorizada, medicamentos excepcionais, hemoterapia, Aids (inclusive hospital-dia), imunologia e medicamentos excepcionais.

A atenção hospitalar de alta complexidade, prestada por pouco mais de dois mil hospitais de referência credenciados, inclui procedimentos nas especialidades de oncologia, cardiologia, ortopedia, neurocirurgia⁴, além de UTI, polissonografia, transplantes, gestação de alto risco, queimados, epilepsia, gastroplastia, cirurgia labiopalatal, implantes ósteointegrados, órteses e próteses (AIH) e Aids.

Na fase inicial do estudo será examinada a conveniência e possibilidade de incluir na análise o Tratamento Fora do Domicílio (TFD), uma prestação do SUS pouco referida nos estudos setoriais. A demanda a essa prestação tem grande o potencial de incremento na medida em que cresça a consciência dos usuários sobre seus direitos. Gastos com TFD não foram considerados no relatório do MS/SAS talvez pela impossibilidade, na época, de identificá-los já que a prestação também alcançaria, em tese, usuários de serviços procedimentos de média complexidade não oferecidos no município de moradia do paciente.

Nessa mesma etapa serão ainda identificados os procedimentos em oncologia, cardiologia e ortopedia considerados pelo MS como de alta complexidade, definidos os indicadores (Por exemplo: % do gasto com alta complexidade, gasto per capita com alta complexidade) e as medidas de desigualdades (por exemplo: razão entre taxas, curva e índice de concentração) e identificadas as universidades do SUS onde, para dois e três procedimentos nos quais seja possível obter dados sobre acesso segundo nível de renda e/ou escolaridade/profissão-ocupação, procedência; forma de pagamento (SUS/plano de saúde/pagamento direto). Essas unidades serão selecionadas com base em critérios que combinem acessibilidade e disponibilidade de informação). (Daí a previsão de viagens)

³ O Relatório do MS (MS/SAS/DCAS) também não especifica os procedimentos de cardiologia e ortopedia de ponta

⁴ Nessas quatro especialidades será necessário identificar na fase inicial do trabalho quais os procedimentos considerados pelo MS como de alta complexidade, já que o relatório do MS não faz essa especificação.

As desigualdades na atenção de alta complexidade serão analisadas em duas dimensões (acesso e gasto) e segundo duas ou três categorias (geográfica, renda e/ou como *proxy*, escolaridade) dependendo da disponibilidade de informação. Categorias como etnia, classe social, gênero, cor e idade não serão estudadas.

Para os dados secundários a principal fonte será o Datasus. A Pnad 98 será a fonte para os dados de demanda geral (SUS e não SUS) para efeito de comparação com a demanda de alta complexidade a rede SUS (estatal e privada) já que entre os aspectos serem esclarecidos por este estudo, estão as diferenças entre o grau de universalidade do SUS como um todo vis a vis os serviços de alta complexidade.

Buscar-se-á também identificar os fatores que contribuiriam para minimizar a concentração da oferta (ampliar o acesso ao TFD, por exemplo) e diminuir a demanda reprimida (fila), aumentar produtividade e cobertura da rede SUS de alta complexidade. A forma e os valores de remuneração dos procedimentos jogam um papel importante, a ser examinado no estudo, seja em relação a cobertura, seja em relação a desigualdade de acesso. Na ótica dos prestadores os valores pagos pelo SUS, de um modo geral, não cobrem seu custo efetivo. Este diferencial, não necessariamente presente em todos os procedimentos, seria o determinante central de três situações distintas todas indesejáveis: capacidade ociosa da rede, discriminação no acesso, fenômeno conhecido como dupla porta de entrada e a não vinculação ao SUS de parte da rede privada principalmente nas localidades onde o mercado dos planos privados de saúde seja mais amplo.

3. DURAÇÃO E CRONOGRAMA

O estudo terá a duração de seis meses, com início em 1 de setembro e término em 1 de março de 2004.

Elenco de atividades	Meses					
	1	2	3	4	5	6
1. Definição da equipe	■					
2. Revisão bibliográfica	■					
3. Análise das normas pertinentes do MS	■					
4. Definição de instrumentos *	■					
5. Elaboração do plano de análise	■					
6. Entrevistas com estores (SUS e CIEFAS **)	■					
7. Coleta de dados (Datasus, PNAD 98.)	■	■	■			
8. Visitas a serviços (coleta de dados)		■	■			
9. Construção de tabelas e gráficos		■	■	■		
10. Análise da informação coletada			■	■	■	
11. Elaboração do texto				■	■	■

* Indicadores, medidas de desigualdades e locais de visitas

** Para identificação dos valores pagos pelos planos de saúde por procedimentos selecionados

4. Orçamento (ver tabela anexa)

O custo total do trabalho está estimado em R\$ 76.200,00 incluindo os honorários de pesquisador (es), R\$ 63.800,00 (83,7%), viagens e diárias R\$ (16,3%).

⁵ Em entrevista recente o ex Ministro Adib Jatene mencionou que a rede SUS poderia realizar produzir três vezes mais cirurgias cardíacas não fora o grau de limitação imposto pelos tetos financeiros estabelecidos pelo MS.

Cabe registrar que a possibilidade de utilização de dois pesquisadores e dois Assistentes de Pesquisa não altera o custo total. Este será o mesmo quer utilizando duas pessoas em regime de tempo integral (40 horas semanais) ou quatro em regime de 20 horas. O padrão de remuneração adotado está baseado na tabela PNUD utilizada pelo IPEA, mas os valores propostos estão abaixo do máximo sugerido por essa tabela. Não foi incluído um adicional correspondente a atividade de coordenação embora a tabela PNUD preveja essa possibilidade. Dada a natureza das relações de trabalho entre o Consultor e o Projeto não estão previstos encargos sociais.

O Ipea colocará a disposição dessa pesquisa um pesquisador em tempo parcial e fornecerá o material de consumo necessário.

O esquema de desembolso abaixo se refere somente aos recursos do item Remuneração:

1ª parcela: 20% do valor da remuneração (R\$) imediatamente após a aprovação desta proposta, assinatura do contrato e início do trabalho;

2ª parcela: 20% (R\$) após entrega da tabulação dos dados;

3ª parcela: 20% mediante entrega da versão preliminar para observações;

4ª parcela: 40% (R\$) após aprovação do produto final até 15 dias depois de sua entrega.

O prazo para execução do estudo começa a ser contado a partir do pagamento da 1ª parcela

Anexo
TERMO DE REFERÊNCIA
Projeto de estudo
Desigualdade no acesso e no financiamento da atenção de alta complexidade

ORÇAMENTO

Tipo de despesas	Unidade	Quantidade	Custo unitário	Custo total
1. Remuneração				
Pesquisador senior	Pesquisador/mês	6	6000,00	36.000,00
Assistente de Pesquisa	Assistente/mês	6	2500,00	15.000,00
Proces. de dado	Programador/dia	4	1200,00	4.800,00
Aux. de Pesq. locais	Auxiliar/mês	4	2000,00	8.000,00
Sub total				63.800,00
2. Viagens				
Passagens aéreas	Bilhete	4	2.500,00	10.000,00
Diárias	Diária	8	300,00	2.400,00
Sub total				12.400,00
TOTAL GERAL				76.200,00

Notas

(i) Passagens aéreas: Valor unitário estimado com base no trecho BASXPOAXBSB (Tarifa cheia, classe econômica em 21/05/03)

SÃO PAULO

2.05.20 Curso de Especialização em ES

PROJETO ECONOMIA DA SAÚDE

PLANO DE TRABALHO ANO II

Curso de Especialização em Economia da Saúde

Atividade: 2.05.20

Coordenador na Instituição Parceira: GABRIEL FERRATO DOS SANTOS

Responsável Técnico pela Proposta: GABRIEL FERRATO DOS SANTOS

PEDRO LUIZ BARROS SILVA

Telefones: (019) 3788-5732 - Sala 14 Instituto de Economia
(019) 3788-2494 - Secretária NEPP (Karina ou Sirlene)
(019) 9706-3823 - Celular

E-mail: gabrieferrato@eco.unicamp.br

CLASSIFICAÇÃO DA PROPOSTA:

Resultado 1:	
Resultado 2:	X
Resultado 3:	

Fundo de Desafio	
Resultado 1:	
Resultado 2:	

1. JUSTIFICATIVA

Esta proposta está assentada nas recomendações da revisão anual do Projeto realizada em março de 2003 e segue o contido no Documento de Orientação para o Plano de Trabalho do Ano III (maio de 2003 a abril de 2004) que, em resumo, propõe que as instituições acadêmicas de São Paulo desenvolvam as seguintes atividades:

- desenvolvimento de currículo para cursos de especialização
- treinamento de professores dos estados do Nordeste brasileiro
- atuação como consultores nacionais

O Instituto de Economia da Unicamp, em conjunto com o Núcleo de Economia Social Urbana e Regional (NESUR), Centro de Estudos Sindicais e Economia do Trabalho (CESIT), Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP) e Núcleo de Finanças (NIF), já promoveu um primeiro seminário, em 10/04/03, para discutir a estrutura de um **Curso de Especialização em Economia da Saúde**, assim como seu conteúdo e estratégias. O relatório desse seminário já foi enviado à UGP/Brasília, relatando o resumo das discussões.

Vale destacar que além do Instituto de Economia da UNICAMP ter um espaço destacado no pensamento econômico nacional, seus núcleos e centros têm uma longa tradição de atuação e pesquisas no campo social e políticas públicas, além de especificamente na área de saúde, o que abre espaço para o trânsito necessário entre a saúde e as áreas econômica e social.

A estrutura do curso, com suas áreas temáticas definidas, constam do relatório enviado à UGP. A Coordenação do Projeto na UNICAMP também já dispõe do conteúdo programático e de uma bibliografia básica para cada uma dessas áreas. Em todas elas há um forte conteúdo de economia da saúde e a preocupação com o tema das inter-relações entre saúde, pobreza e equidade.

O aprofundamento e conclusão das discussões sobre o conteúdo das áreas, bibliografia e estratégia de oferta do curso que atenda às recomendações do DFID, deverão ser objeto de um workshop assim que este plano de trabalho seja aprovado.

Para viabilizar a oferta do curso e para que atenda os requisitos de qualidade e referência exigidos pelo DFID e pela UNICAMP, a coordenação do curso está propondo, para o ano II do Projeto, um conjunto de ações e atividades, entre as quais: workshops para concluir todas as necessidades para oferta do curso no primeiro semestre de 2004, consultorias externas para auxiliar na preparação dos cursos, capacitação de docentes e monitores, missão de estudos e cooperação técnica com universidades estrangeiras, apoio à tradução de textos clássicos e publicação de material didático, além de recursos para aquisição de bibliografia nacional e estrangeira. Essas ações são consideradas cruciais para que o curso atenda os objetivos definidos na cooperação desde o primeiro ano de seu funcionamento.

2. OBJETIVO GERAL

Estruturar e iniciar o funcionamento de um Curso de Especialização em Economia da Saúde pelo Instituto de Economia da Saúde da UNICAMP

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desenvolver a habilidade dos técnicos e gestores da saúde no Brasil, de qualquer esfera do governo e do setor privado, na utilização dos conhecimentos da teoria econômica para pensar criticamente o sistema de saúde do Brasil, refletir sobre essa realidade e tomar medidas ou adotar decisões que promovam maior equidade na saúde do país, em todos os seus aspectos;
- Preparar docentes de outras instituições para disseminar o ensino e a utilização da economia da saúde em outros cursos, tanto de saúde pública quanto de outras áreas relacionadas ao campo social (ciências sociais e administração pública, por exemplo);
- Capacitar os docentes desta e de outras instituições para atividades de consultoria no campo da economia da saúde;
- Preparar um livro sobre economia da saúde adequado às condições e necessidades nacionais, a partir da experiência docente e dos profissionais que participarão do curso;
- Aproveitar os trabalhos de conclusão do curso para lançar uma revista de economia da saúde no país.

4. METODOLOGIA

Cada uma das ações ou sub-atividades propostas obedecem à sua própria lógica e especificidade, não se dispondo exatamente de uma metodologia para cada uma delas, mas de uma estratégia para estruturar e ofertar o curso de especialização em economia da saúde na UNICAMP, conforme exposto a seguir.

Sub-atividade 1: Consultorias externas

De acordo com calendário a ser negociado com o DFID, durante o segundo semestre de 2003 está sendo proposta a vinda de consultores externos para auxiliar na discussão da estrutura do curso, no conteúdo das áreas temáticas, na bibliografia e na experiência de ensino já disponível nessas áreas.

A vinda desses consultores poderá estar associada a outras atividades, de outros projetos da cooperação, para que se aproveite a sua permanência no país. Poderão, ainda, proferir palestras e debates na pós-graduação do Instituto de Economia da UNICAMP ou de outras instituições.

Estão sendo solicitados consultores para as seguintes áreas

- a. Estrutura geral do curso
- b. Economia da Saúde (com especial destaque para
- c. Mercado e Regulação
- d. Sistemas de Saúde Comparados
- e. Gestão em Saúde
- f. Ensino a Distância em Economia da Saúde

Nada impede que um mesmo consultor possa tratar de mais de um tema. Portanto, não necessariamente será necessário um consultor individual para cada tema.

Além disso, esta sendo solicitada a presença de um consultor para proferir a aula inaugural do curso, o que não o impede de cobrir outras necessidades do projeto no país.

Sub-atividade 2: Workshops

Os workshops serão compatíveis com as consultorias externas prevista para o segundo semestre de 2003. O objetivo é, além da discussão da estrutura geral do curso (1 workshop), preparar reuniões com os consultores para discutir o conteúdo de cada área-temática conforme exposto na sub-atividade 1. Supõe-se que serão necessários 5 workshops no total

Sub-atividade 3: Missão de estudos e Cooperação Técnica

Essa missão visitaria as instituições parceiras no exterior (particularmente na Inglaterra – York, London School e Bristol, por exemplo, podendo incluir a Pompeu Fabra, na Espanha) para viabilizar formalmente as parcerias e detalhar os campos de trabalho em comum para troca de experiências e pesquisas conjuntas.

Propõe-se a ida de 4 representantes da UNICAMP (coordenador, 2 docentes que possam tratar dos temas específicos e 1 representante oficial da instituição).

Sub-atividade 4: Bolsa de Estudo para a Instituição Parceira

Trata-se, neste caso, de preparar docentes do próprio Instituto de Economia no nível de pós-doutorado, assim como preparar pesquisadores e monitores para o curso por meio dos cursos de curta duração e ensino a distância de York e de bolsa-sandwiches em instituições a serem selecionadas

o atendimento dessa demanda é essencial para assegurar a qualidade e a atualidade do curso, pois permitirá reconstruir a trajetória do pensamento e dos desafios que a temática de economia da saúde e equidade enfrentou nos países em que esse campo do conhecimento está mais desenvolvido, assim como propiciará o acompanhamento do debate atual

A proposta é dispor de 4 bolsas de pós-doutoramento para os docentes, 5 bolsas para os cursos de curta duração, 4 bolsa sanduíche para mestrados/doutorados e 1 bolsa para formação de especialista em ensino a distância.

Sub-atividade 5: Material Didático

O desenvolvimento de um curso de qualidade pressupõe a facilidade de acesso dos docentes e alunos a uma bibliografia adequada e atualizada. Nesse sentido, a proposta cobre as principais necessidades, a saber:

- a) Aquisição de bibliografia nacional e estrangeira
- b) Apoio à tradução de textos clássicos
- c) Apoio à produção de material didático nacional para o curso
- d) Apoio à tradução de textos selecionados da publicação Radiografia da Saúde do Brasil para facilitar o intercâmbio com as instituições parceiras estrangeiras.

É importante mencionar que o material didático exigirá um cuidado especial da coordenação do curso, pois se sabe que o público-alvo é composto de técnicos de variados níveis e tipos de formação básica

Sub-atividade 6: Bolsa de Estudos para os Participantes

Como um mecanismo de incentivo para o início e consolidação do curso, seria um estímulo tanto para a instituição acadêmica parceira como para as instituições que pretendem enviar seus técnicos para realizar o curso, que o DFID, a seu critério, concedesse bolsas de estudo e auxílio de deslocamento para 15 alunos do total de 30 vagas que serão oferecidas no curso em seu primeiro ano.

5. DATA DE INÍCIO DA ATIVIDADE: abril/2003(*)

(*) foi considerado o seu início o primeiro seminário para discussão do curso no Instituto de Economia da UNICAMP

6. DATA PREVISTA PARA A CONCLUSÃO DA ATIVIDADE: dezembro/2005 ()**

(**) foi considerado esse prazo em função principalmente das bolsas de estudo; entretanto, para efeito de orçamento serão considerado os recursos necessário à realização das atividades previstas para o ano II do projeto.

7. DURAÇÃO EM MESES: 32 meses (*)**

(***) novamente se aplica o considerado nos dois itens anteriores

8. CRONOGRAMA (vide Anexo I)

9. ORÇAMENTO (vide Anexo II)

10. CONTRAPARTIDA DA INSTITUIÇÃO: o Instituto de Economia da UNICAMP oferece suas instalações, biblioteca, salas de aula, salas de estudos sala de informática com acesso individual à internet, além de toda a sua infra-estrutura administrativa.

11. EQUIPE

Professores do Instituto de Economia da UNICAMP

Geraldo Di Giovanni
Pedro Luiz Barros Silva
Márcio Percival Alves Pinto
Gabriel Ferrato dos Santos
Jorge R. Briton Tânia
Cláudio S. Dedecca
Geraldo Biasoto Junior
Eduardo Fagnani
Marcelo Proni

Professores Associados da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ

Nilson Rosario Costa
Antonio Mendes Ribeiro
Rita Sorio

ANEXO I – CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES

Sub-atividades	Qtde	2003					2004						
		mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar	abr
1. Consultoria Externa													
Estrutura e conteúdo do curso	5												
Aula Inaugural	1												
2. Workshops	5												
3. Missão de Estudos e Cooperação Técnica	1												
4. Bolsas de Estudo para Instituição Parceira													
pós-doutoramento	2												
pós-doutoramento	2												
bolsas-sanduiche	2												
bolsas-sanduiche	2												
cursos curta duração	3												
cursos curta duração	2												
ensino a distância	1												
5. Material Didático													
Aquisição de bibliografia	1 000												
Tradução de textos clássicos	10												
Produção de material didático (livro)	10												
Tradução Radiografia da Saúde	1												
6. Bolsas de Estudo para Participantes	15												

Obs O símbolo ⇒ indica que a atividade vai entrar no ano III do Projeto

ANEXO II- ORÇAMENTO

Sub-atividades	Qtde Ano II	Memória de Cálculo	Valor Total (R\$)
1. Consultoria Externa			
Estrutura e Conteúdo do Curso	5	2/5 de 5 cons x R\$ 36 000,00 (7dias) (a)	72 000,00
Aula Inaugural	1	2/5 de 1 cons x R\$ 36 000,00 (7dias) (b)	14 400,00
2. Workshops	5	5 workshops x 5 prof x 2 dias x R\$ 1 000,00 (pas) 5 workshops x 5 prof x 2 dias x R\$ 200,00 (diária) (c)	50 000,00 10 000,00
3. Missão de Estudos e Cooperação Técnica	1	4 prof x R\$ 24 000,00 (10 dias) (d)	
4. Bolsas de Estudo para Instituição Parceira			(e)
Pós-doutoramento	2	2 prof x 4 meses x R\$ 12 000,00	
Pós-doutoramento	2	2 prof x 1/4 x 4 meses x R\$ 12 000,00	
Bolsas-sanduiche	2	2 prof x 4 meses x R\$ 12 000,00	
Bolsas sanduiche	3	3 prof x 1/4 x 4 meses x R\$ 12 000,00	
Cursos Curta Duração	2	2 prof x 2 meses x R\$ 12 000,00	
Cursos Curta Duração		Ano III	
Ensino a Distância	1	1 prof x 1/3 24 meses x R\$ 6 000,00	
5. Material Didático			
Aquisição de bibliografia	500	250 títulos estrangeiros x R\$ 120,00 (f) 250 títulos nacionais x R\$ 40,00	30 000,00 10 000,00
Tradução de textos clássicos	10	1/2 x 10 títulos x 300 p. x R\$ 30,00/p. (g) R\$ 5 000,00 (editoração) + 500 livros x R\$ 13,00 (gráf)	
Produção de material didático (livro)	10	1/5 x 10 capítulos x R\$ 15 000,00 (h)	
Tradução Radiografia da Saúde	1	500 pág x R\$ 30,00 (versão inglês) R\$ 5 000, 00 (editoração) + 500 livros x R\$ 13,00 (gráf) Licença autores (i)	
	15	15 est. x 1.6 x 6 módulos x R\$ 1000,00 15 est. x 2 x passagens x R\$ 2000,00 15 est. x 2 x meses x 5 diárias x R\$ 160,00 (j)	
TOTAL			186 400,00

Notas: (a) e (b) considerou-se que 2 dias seriam suficientes para os consultores participarem de atividades na UNICAMP, sendo liberados nos demais dias, para outras atividades de interesse da cooperação, (c) mantido, pois os professores têm de participar dos workshops com os consultores externos, (d) embora necessária, pois se trata de estabelecer vínculos formais e definidos da UNICAMP com universidades

Estrangeiras que vão nos apoiar e serem nossas parceiras (a partir da presença dos consultores externos em nossos workshops), pode integrar atividade nacional, embora com perspectivas diferentes; (e) não obstante necessária para a formação de nossos docentes, pode integrar atividade nacional de seleção, de acordo com prioridades estabelecidas pela cooperação; (f) mantida, pois sem bibliografia adequada não é possível iniciar e ter um curso de qualidade; (g) como pode interessar a todos os parceiros, deve ser considerada um projeto da cooperação; (h) foi retirada, pois exigirá o início e desenvolvimento do primeiro curso; (i) pode ser retirado, pois seria de interesse de instituições estrangeiras no sentido de se divulgar e permitir o conhecimento do sistema de saúde nacional, facilitando a interlocução com esses parceiros estrangeiros em eventuais trabalhos de estudo comparativo; (j) trata-se de um custo nacional, de acordo com o interesse da cooperação na formação de recursos humanos das regiões menos desenvolvidas do país.

ANEXO III -- TERMO DE REFERÊNCIA: CONSULTORIA 1

Estado	São Paulo
Instituição	Universidade Estadual de Campinas
Atividade/Projeto	Curso de Especialização em Economia da Saúde
Subprojeto	Consultoria
Objetivo da Consultoria	Discutir a proposta de estrutura do curso, a área de economia da saúde e o módulo específico de saúde, pobreza e equidade , em particular os seguintes aspectos: princípios e conceitos de equidade em saúde, métodos de alocação equitativa entre indivíduos, alocação equitativa e a questão regional, indicadores de pobreza, saúde e ambiente sócio-econômico, determinantes da situação de saúde
Produto Esperado	1. Palestra e participação em oficinas de trabalho para capacitação do corpo docente na área temática de economia da saúde, 2. Programa e ementa de módulo pobreza, saúde e equidade, concluído e conteúdo apreendido pelo quadro de professores
Perfil do Consultor	Profissional com larga experiência no tratamento das questões relacionadas à macroeconomia da saúde e em métodos de análise das relações entre saúde e problemas econômicos e sociais Sugestão de nome: ADAM WAGSTAFF
Duração da Consultoria	1 semana
Período Previsto para a Consultoria	Agosto de 2003
Orçamento	R\$ 36 000,00

ANEXO IV-- TERMO DE REFERÊNCIA: CONSULTORIA 2

Estado	São Paulo
Instituição	Universidade Estadual de Campinas
Atividade/Projeto	Curso de Especialização em Economia da Saúde
Subprojeto	Consultoria
Objetivo da Consultoria	Dar suporte a montagem do programa e estruturação da área temática de métodos quantitativo do curso (matemática e estatística)
Produto Esperado	1. Palestra e participação em oficinas de trabalho para capacitação do corpo docente na área temática de métodos quantitativos aplicados em saúde; 2. Programa e ementa da área temáticas concluído e conteúdo apreendido pelo quadro de professores
Perfil do Consultor	Larga experiência no ensino e pesquisa em saúde utilizando as ferramentas da matemática e estatística
Duração da Consultoria	1 semana
Período Previsto para a Consultoria	Setembro de 2003
Orçamento	R\$ 36 000,00

ANEXO V-- TERMO DE REFERÊNCIA: CONSULTORIA 3

Estado	São Paulo
Instituição	Universidade Estadual de Campinas
Atividade/Projeto	Curso de Especialização em Economia da Saúde
Subprojeto	Consultoria
Objetivo da Consultoria	Dar suporte a montagem do programa e estruturação da área temática de sistemas de saúde comparados
Produto Esperado	1. Palestra e participação em oficinas de trabalho para capacitação do corpo docente na área temática de sistemas de saúde comparados; 2. Programa e ementa da área temáticas concluído e conteúdo apreendido pelo quadro de professores
Perfil do Consultor	Larga experiência no ensino e pesquisa de Sistemas de saúde, em particular com conhecimento sobre a experiência americana, canadense e européia e, se possível, da latinoamericana
Duração da Consultoria	1 semana
Período Previsto para a Consultoria	Setembro de 2003
Orçamento	R\$ 36 000,00

ANEXO VI -- TERMO DE REFERÊNCIA: CONSULTORIA 4

Estado	São Paulo
Instituição	Universidade Estadual de Campinas
Atividade/Projeto	Curso de Especialização em Economia da Saúde
Subprojeto	Consultoria
Objetivo da Consultoria	Dar suporte a montagem do programa e estruturação da área temática de mercado e regulação em saúde
Produto Esperado	1.Palestra e participação em oficinas de trabalho para capacitação do corpo docente na área temática de mercado e regulação em saúde; 2.Programa e ementa da área temáticas concluído e conteúdo apreendido pelo quadro de professores
Perfil do Consultor	Larga experiência no ensino e pesquisa da regulação em saúde nas economias avançadas em particular nas seguintes áreas: assistência pública, assistência privada, assistência supletiva, indústria farmacêutica, indústria de vacinas indústria de equipamentos médico-hospitalares incorporação e avaliação tecnologia em saúde. conhecimento na área de dinâmica macroeconômica e inovações
Duração da Consultoria	1 semana
Período Previsto para a Consultoria	Outubro de 2003
Orçamento	R\$ 36 000,00

ANEXO VII -- TERMO DE REFERÊNCIA: CONSULTORIA 5

Estado	São Paulo
Instituição	Universidade Estadual de Campinas
Atividade/Projeto	Curso de Especialização em Economia da Saúde
Subprojeto	Consultoria
Objetivo da Consultoria	Dar suporte a montagem do programa e estruturação da área temática de gestão em saúde
Produto Esperado	1.Palestra e participação em oficinas de trabalho para capacitação do corpo docente na área temática de gestão em saúde; 2.Programa e ementa da área temáticas concluído e conteúdo apreendido pelo quadro de professores
Perfil do Consultor	Larga experiência profissional e no ensino e pesquisa de gestão em saúde, em particular nos seguintes aspectos: gestão de rede em perspectiva micro-organizacional (oferta pública e privada, equidade e cobertura, financiamento), planejamento da rede pública, planejamento e saúde suplementar, gestão micro-organizacional e inovações de natureza jurídica, perfil organizacional, gestão de recursos humanos de insumos orçamentários de investimentos de manutenção da informação de compras de custos da qualidade e novas tecnologias de gestão, inovações e dinâmica organizacional. Mecanismos de governança e contratação, gestão por resultados, monitoramento e avaliação, sistemas de incentivos individuais, setoriais e organizacionais, mecanismos de auditagem
Duração da Consultoria	1 semana
Período Previsto para a Consultoria	Outubro de 2003
Orçamento	R\$ 36 000,00