

TEXTO PARA DISCUSSÃO

3058

**ECONOMIA DA SAÚDE
NO BRASIL: TRAJETÓRIA E
CONTRIBUIÇÕES DO IPEA PARA
SUA INSTITUCIONALIZAÇÃO NO
SETOR PÚBLICO**

**SÉRGIO FRANCISCO PIOLA
FABIOLA SULPINO VIEIRA
LILIANE CRISTINA GONÇALVES BERNARDES**



**ECONOMIA DA SAÚDE NO BRASIL:
TRAJETÓRIA E CONTRIBUIÇÕES DO IPEA
PARA SUA INSTITUCIONALIZAÇÃO NO
SETOR PÚBLICO**

SÉRGIO FRANCISCO PIOLA¹

FABIOLA SULPINO VIEIRA²

LILIANE CRISTINA GONÇALVES BERNARDES³

1. Pesquisador vinculado ao Subprograma de Pesquisa para o Desenvolvimento Nacional (PNPD) na Diretoria de Estudos e Políticas Sociais do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Disoc/Ipea). *E-mail:* sergiofpiola@gmail.com. *Orcid:* 0009-0008-4395-8186.

2. Especialista em políticas públicas e gestão governamental na Disoc/Ipea. *E-mail:* fabiola.vieira@ipea.gov.br. *Orcid:* 0000-0001-7377-7302.

3. Especialista em políticas públicas e gestão governamental na Disoc/Ipea. *E-mail:* liliane.bernardes@ipea.gov.br. *Orcid:* 0009-0008-1359-6540.

Governo Federal

Ministério do Planejamento e Orçamento

Ministra Simone Nassar Tebet

ipea Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

Fundação pública vinculada ao Ministério do Planejamento e Orçamento, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiros – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidenta

LUCIANA MENDES SANTOS SERVO

Diretor de Desenvolvimento Institucional

FERNANDO GAIGER SILVEIRA

**Diretora de Estudos e Políticas do Estado,
das Instituições e da Democracia**

LUSENI MARIA CORDEIRO DE AQUINO

Diretor de Estudos e Políticas Macroeconômicas

CLÁUDIO ROBERTO AMITRANO

**Diretor de Estudos e Políticas Regionais,
Urbanas e Ambientais**

ARISTIDES MONTEIRO NETO

**Diretora de Estudos e Políticas Setoriais,
de Inovação, Regulação e Infraestrutura**

FERNANDA DE NEGRI

Diretor de Estudos e Políticas Sociais

RAFAEL GUERREIRO OSÓRIO

Diretora de Estudos Internacionais

KEITI DA ROCHA GOMES

Chefe de Gabinete

ALEXANDRE DOS SANTOS CUNHA

**Coordenadora-Geral de Imprensa e
Comunicação Social**

GISELE AMARAL DE SOUZA

Ouvidoria: <https://www.ipea.gov.br/ouvidoria>

URL: <https://www.ipea.gov.br>

Texto para Discussão

Publicação seriada que divulga resultados de estudos e pesquisas em desenvolvimento pelo Ipea com o objetivo de fomentar o debate e oferecer subsídios à formulação e avaliação de políticas públicas.

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2025

Piola, Sergio Francisco

Economia da saúde no Brasil : trajetória e contribuições do Ipea para sua institucionalização no setor público / Sergio Francisco Piola, Fabiola Sulpino Vieira, Liliâne Cristina Gonçalves Bernardes. – Brasília, DF: Ipea, 2025.

62 p.: il., gráfs. – (Texto para Discussão ; n. 3058).

Inclui Bibliografia.

ISSN 1415-4765

1. Economia da Saúde. 2. Sistemas de Saúde. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 5. Brasil. I. Vieira, Fabiola Sulpino. II. Bernardes, Liliâne Cristina Gonçalves. III. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. IV. Título.

CDD 338.4361

Ficha catalográfica elaborada por Elizabeth Ferreira da Silva CRB-7/6844.

Como citar:

PIOLA, Sergio Francisco; VIEIRA Fabiola Sulpino; BERNARDES, Liliâne Cristina Gonçalves. **Economia da saúde no Brasil**: trajetória e contribuições do Ipea para sua institucionalização no setor público. Brasília, DF: Ipea, 2025. 62 p. : il. (Texto para Discussão, n. 3058). DOI: <https://dx.doi.org/10.38116/-td3058-port>

JEL: A12; I10.

DOI: <https://dx.doi.org/10.38116/td3058-port>

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e ePUB (livros e periódicos).

Acesse: <https://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento e Orçamento.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

SUMÁRIO

SINOPSE

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO	7
2 O QUE É ECONOMIA DA SAÚDE?	7
2.1 Evolução do debate sobre a relação entre economia e saúde	9
2.2 Campo temático da economia da saúde	14
3 ASPECTOS HISTÓRICOS DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA ECONOMIA DA SAÚDE NO BRASIL.....	16
3.1 Economia política da saúde e economia da saúde.....	23
3.2 Grupos de pesquisa e produção de conhecimento	28
3.3 Fontes de informação e ferramentas	34
3.4 Uso do conhecimento por gestores públicos de saúde.....	38
4 A CONTRIBUIÇÃO DO IPEA PARA A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA ECONOMIA DA SAÚDE NO BRASIL	39
4.1 Trabalhos iniciais	39
4.2 Participação na criação da ABrES	46
4.3 Publicação de livro sobre a economia da saúde	46
4.4 Desenvolvimento do PES	47
4.5 Contas de saúde	48
4.6 Contribuição do Ipea com estudos sobre saúde.....	49
5 PERSPECTIVAS.....	51
REFERÊNCIAS	52

SINOPSE

A economia da saúde é um campo de conhecimento relativamente novo, cuja estruturação teve início na década de 1960, embora estudos sobre a intersecção entre economia e saúde remontem a períodos anteriores. Considerando as contribuições desse campo para o aperfeiçoamento do sistema de saúde brasileiro e o contexto de celebração dos 60 anos do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) em 2024, este texto para discussão (TD) foi elaborado com o objetivo de registrar e destacar a contribuição do instituto para o desenvolvimento da economia da saúde no setor público do Brasil. Para tanto, realizou-se pesquisa documental e bibliográfica no acervo da instituição e de outras organizações que participaram ativamente desse processo no país. O texto aborda diferentes conceitos de economia da saúde, traça a evolução da interlocução entre economia e saúde, tanto no contexto mundial quanto no Brasil, e explora o campo temático da economia da saúde. Em uma perspectiva histórica, analisa o processo de institucionalização da economia da saúde no país e discute as diferenças entre economia política da saúde e economia da saúde. Além disso, apresenta um levantamento dos grupos de pesquisa existentes na atualidade, de fontes de informação e do uso do conhecimento produzido em economia da saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). O texto dedica uma seção para tratar da contribuição do Ipea ao desenvolvimento da economia da saúde no setor público brasileiro. Neste aspecto, destaca os trabalhos pioneiros da instituição, ainda nos 1980; sua participação na criação da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES); a produção de um livro sobre o tema; o desenvolvimento do Projeto Economia da Saúde (PES), em parceria com o Ministério da Saúde (MS) e o Department for International Development (DFID), do Reino Unido; a colaboração para o desenvolvimento e a elaboração das contas de saúde brasileiras, além da produção técnica do instituto no campo da economia da saúde. Por fim, destaca algumas perspectivas sobre os trabalhos do Ipea nesse campo do conhecimento.

Palavras-chave: economia da saúde; sistemas de saúde; Sistema Único de Saúde; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Brasil.

ABSTRACT

Health economics (HE) is a relatively new field of knowledge, whose structuring began in the early 1960s, although studies on the intersection between economics and health date back to earlier periods. Considering the contributions of this field to the improvement of the Brazilian health system and the context of celebrating the 60th anniversary of the Institute for Applied Economic Research (Ipea), this Discussion Paper was prepared to highlight the institute's contribution to the development of HE in the Brazil's public sector. To this end, documentary and bibliographic research have carried out in the collections of the institution and other organizations that actively participated in this process in the country. The text addresses different concepts of HE, traces the evolution of the debate between economics and health, both globally and in Brazil, and explores the thematic field of HE. From a historical perspective, it analyses the process of institutionalization of

HE in Brazil and discusses the differences between health political economy and health economics. In addition, it presents an overview of current research groups, sources of information, and the application of HE knowledge in the Unified Health System (SUS). The text dedicates a section to discussing Ipea's contributions to the development of HE in the Brazilian public sector. In this regard, it highlights the institution's pioneering work back in the 1980s, its participation in the creation of the Brazilian Association of Health Economics (ABrES), the publication of a book on HE, the development of the Health Economics Project in partnership with the Brazilian Ministry of Health and the Department for International Development (DFID) of the United Kingdom. Additionally, its collaboration in the development and preparation of Brazilian health accounts and its technical production in the field of health economics. Finally, it highlights some perspectives on Ipea's ongoing work in this field.

Keywords: health care economics and organizations; health systems; Unified Health System; Institute for Applied Economic Research; Brazil.

1 INTRODUÇÃO

A economia da saúde é uma área de conhecimento relativamente nova, cuja estruturação teve início nos anos de 1960, ainda que estudos sobre as relações entre economia e saúde sejam conhecidos há mais tempo. A economia da saúde começou a chamar atenção dos economistas em função do aumento contínuo dos gastos nacionais com serviços de atenção à saúde, do crescimento dos sistemas públicos e pela necessidade de encontrar caminhos para alcançar maior eficiência nos gastos, além de equidade na provisão dos serviços. A participação do Ipea nos estudos sobre o financiamento público da saúde, uma das áreas de interesse da economia da saúde, intensificou-se no período pré-Constituinte e consolidou-se com o acompanhamento e a análise do gasto público com saúde a partir dos anos 1990. É desse período o início do esforço para a institucionalização da economia da saúde no setor público brasileiro, que também contou com a participação da instituição.

Dessa forma, aproveitando a celebração dos 60 anos do Ipea em 2024, resolveu-se elaborar este texto para discussão (TD), com o objetivo de registrar e destacar a contribuição do órgão para o desenvolvimento da economia da saúde no setor público do Brasil, o que foi feito com base em pesquisa documental e bibliográfica no acervo da instituição e de outras organizações que participaram ativamente desse processo no país.

O texto está composto por cinco partes. A primeira é esta breve introdução. Na segunda parte, são apresentadas algumas definições de economia da saúde, a evolução do debate sobre a relação entre economia e saúde, tanto no contexto global quanto no Brasil, além de uma exposição sobre o campo temático da economia da saúde. A terceira parte trata dos aspectos históricos da institucionalização da economia da saúde no Brasil, abordando as diferenças entre economia política da saúde (EPS) e economia da saúde, os grupos de pesquisa e a produção de conhecimento, as fontes de informação e ferramentas disponíveis, bem como o uso do conhecimento sobre o tema por gestores públicos. A quarta parte é dedicada à recuperação da contribuição histórica do Ipea para a institucionalização da economia da saúde no Brasil. Por fim, a quinta seção traça as perspectivas atuais e discute as direções futuras para o desenvolvimento da pesquisa no campo da economia da saúde no Ipea.

2 O QUE É ECONOMIA DA SAÚDE?

Assim como a economia em geral, a economia da saúde tem inúmeras definições, que expressam diferentes correntes de pensamento e/ou momentos históricos distintos. Algumas dessas definições são mais substantivas ou contextualizadas, enquanto

outras são mais formalistas ou instrumentais e focalizadas em alguns dos aspectos da teoria econômica.

Alguns exemplos dessas definições estão descritos a seguir.

A economia da saúde estuda como os recursos escassos são alocados ao setor de saúde e distribuídos no seu âmbito. A produção de assistência à saúde e a sua distribuição entre populações entram nesta definição (Folland, Goodman e Stano, 2008, p. 31).

O ramo do conhecimento que tem por objetivo a otimização das ações de saúde, ou seja, o estudo das condições ótimas de distribuição dos recursos disponíveis para assegurar à população a melhor assistência à saúde e o melhor estado de saúde possível, tendo em conta meios e recursos limitados (Del Nero, 1995, p. 20-21).

Essas duas primeiras definições dão destaque à ação racional, característica da disciplina econômica, na utilização de recursos, por definição, escassos.

As definições seguintes, mais substantivas ou contextualizadas, fazem referência às atividades humanas que a disciplina estuda, acrescentando, no caso daquela proposta por Cebrian (2000), dois princípios normativos importantes para ela e, no caso da definição utilizada pelo Ministério da Saúde – MS (Brasil, 2022a), a indicação da importância da integração das teorias econômicas, sociais, clínicas e epidemiológicas na disciplina. Estes outros exemplos de definição são a seguir apresentados.

Especialidade (...) dedicada à investigação, estudo, métodos de medição, racionalização e sistema de análises das atividades relacionadas com financiamento, produção, distribuição e consumo dos bens e serviços que satisfazem necessidades sanitárias e de saúde, sob os princípios normativos da eficiência e da equidade (Cebrian, 2000, p. ix).

Ramo do conhecimento que integra as teorias econômicas, sociais, clínicas e epidemiológicas, com o objetivo de aperfeiçoar a eficiência na alocação de recursos, para assegurar à população a melhor atenção à saúde e o melhor estado de saúde possível, considerando meios e recursos limitados (Brasil, 2022a, p. 69-70).

Independentemente de se considerar a economia da saúde como uma “especialidade” ou um “ramo do conhecimento”, pode-se afirmar que ela busca agregar conhecimentos e instrumentos de diversas áreas, com o objetivo de assegurar o financiamento das ações e serviços de saúde e de alcançar maior eficiência, ou, melhor ainda, maior efetividade, na utilização dos insumos na área de saúde.

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), isso significa, principalmente, a busca por financiamento suficiente para garantia do acesso universal, igualitário e integral¹ aos serviços e bens de saúde, assim como pela gestão eficiente dos recursos disponíveis, a fim de se obter o melhor estado de saúde da população. A eficiência é um importante princípio da administração pública brasileira, mas, ante o dever do Estado de assegurar direitos humanos fundamentais, como é o caso do direito à saúde (Brasil, 1988), jamais pode ser tratada como um fim em si mesma. A eficiência deve ser buscada no SUS, contudo não deve ser alcançada sacrificando a universalidade, a igualdade e a integralidade no acesso aos serviços de saúde. A compreensão desse limite é fundamental à aplicação do conhecimento e dos instrumentos da economia da saúde nesse sistema. Nessa lógica, o uso mais efetivo e eficiente dos recursos tem o objetivo de possibilitar que mais benefícios sejam entregues à população, na forma de oferta ampliada e de maior qualidade dos serviços e bens de saúde no setor público, até que as necessidades de saúde da população brasileira estejam plenamente satisfeitas, conforme determina a Constituição Federal de 1988 (CF/1988).

2.1 Evolução do debate sobre a relação entre economia e saúde

2.1.1 No mundo

Estudos relacionando as condições demográficas, econômicas e socioambientais com as condições de saúde das populações não são recentes. O relatório de Edwin Chadwick,² de 1842, sobre as condições sanitárias da população trabalhadora da Inglaterra, é um dos mais lembrados. Nesse relatório, Chadwick correlacionou estatisticamente a expectativa de vida por classe social e local de residência.

O debate sobre a relação entre economia e saúde alcançou a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1952, durante a V Assembleia Mundial de Saúde, quando

1. A integralidade do atendimento em saúde diz respeito à integração entre as práticas dos profissionais de saúde, a fim de discernir as necessidades do usuário como um todo; à organização dos serviços e das práticas de saúde, articulando ações e serviços de prevenção e assistência à saúde de diferentes níveis de complexidade, com organização contínua dos processos de trabalho, para prover cuidado não segmentado; e à abrangência das respostas governamentais, visando à definição de políticas para enfrentamento de problemas de saúde menos prevalentes ou de necessidades de saúde de grupos específicos (Mattos, 2009).

2. Edwin Chadwick (1800-1890) coordenou o referido relatório, que foi o indutor de medidas do setor público na área de saúde ambiental na Inglaterra. Ver: <https://www.parliament.uk/about/living-heritage/transformingsociety/livinglearning/coll-9-health1/health-02/>.

Winslow³ e Gunnar Myrdal⁴ defenderam diferentes perspectivas a respeito dessa relação. Para Winslow, boas condições de saúde da população seriam condições essenciais para a superação da pobreza e, conseqüentemente, para o desenvolvimento econômico. Em contraste, Myrdal propôs a ideia da circularidade ou da “armadilha” da pobreza, na qual indivíduos adoecem porque são pobres e permanecem pobres porque estão doentes (Nogueira, 2018). A respeito dessa discussão, Mário Magalhães da Silveira⁵ sempre sustentou a tese de que o desenvolvimento econômico é fator determinante para melhoria das condições de saúde, e não o contrário (Mello, 2010).

O interesse dos economistas pelo mercado de serviços de saúde é, contudo, relativamente recente, uma vez que o “mercado” na saúde é uma construção mais contemporânea. Geralmente, esta abordagem é atribuída a trabalhos de Selma Mushkin⁶ e, principalmente, de Kenneth Arrow.⁷ Mushkin, em artigo publicado em 1958, discorre sobre o uso do termo “economia da saúde”, afirmando que ele era, inicialmente, empregado por profissionais da área de administração, ao tratar dos recursos financeiros e sua relação com serviços de saúde (Mushkin, 1958). Segundo a autora, esse termo aparecia em revistas especializadas em administração na área da saúde. Em outras publicações, estas, da área da saúde pública propriamente dita, como a *Public Health Economics*, da Escola de Saúde Pública de Michigan, Estados Unidos, os artigos abordavam temas como legislação, políticas e programas do governo federal, planos de pré-pagamento, pessoal da saúde etc. Dessa forma, com base nas contribuições de Mushkin, pode-se afirmar que a economia da saúde emergiu de uma concepção mais ampla, oriunda das ciências sociais, aplicada à administração pública e, inicialmente, com maior foco no estudo de formas de pagamento e métodos de administração hospitalar. Ao estudar a saúde como um componente do bem-estar, Mushkin (1962) retoma a discussão da relação entre saúde e economia de forma mais abrangente.

3. Charles-Edward Amory Winslow (1877-1957). Em 1951, ele publicou o artigo *The cost of sickness and the price of health* (Winslow, 1951).

4. Karl Gunnar Myrdal (1898-1987). Em 1952, ele publicou o artigo *Les aspects économiques de la santé* (Myrdal, 1952).

5. Mário Magalhães da Silveira (1905-1986) foi o principal mentor da corrente de pensamento conhecida, no Brasil, como sanitarismo desenvolvimentista, que atinge seu momento de maior influência na III Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963.

6. Selma Mushkin (1914-1979) foi uma economista americana pioneira na pesquisa sobre custos em saúde. Ela trabalhou na administração pública antes de iniciar sua carreira acadêmica nas universidades Georgetown e Johns Hopkins.

7. Kenneth Joseph Arrow (1921-2017) foi economista e matemático. Atuou na Universidade de Stanford, nos Estados Unidos, e recebeu o Prêmio Nobel de Economia em 1972.

No entanto, é o trabalho *Uncertainty and the welfare economics of medical care*, de Kenneth Arrow, que é amplamente reconhecido como marco fundante da economia da saúde. Nesse estudo, Arrow (1963), com enfoque no setor privado de saúde, analisa o mercado de serviços de saúde à luz da teoria econômica, destacando algumas de suas principais peculiaridades. Vieira e Sousa (2012, p. 129), com base no trabalho de Arrow, sintetizam os seguintes aspectos relacionados às particularidades do mercado na saúde:

- a) a demanda é irregular e imprevisível, com grande probabilidade de perda ou redução da capacidade dos indivíduos de auferir renda (a doença gera custos médicos e não médicos);
- b) o comportamento dos ofertantes de serviços difere dos pressupostos teóricos usuais da economia, ou seja, não é possível confiar na ausência (ou caráter secundário) do autointeresse;
- c) há assimetria de informação, com cessão da liberdade de escolha do paciente para o profissional de saúde;
- d) ocorre incerteza quanto à qualidade do produto ofertado, atingindo a parte da demanda, com dificuldades para o usuário prever as consequências do consumo de um serviço, além de serem limitadas as oportunidades de aprendizado;
- e) no que concerne às condições da oferta, não há livre entrada de ofertantes (há barreiras, à entrada, como, por exemplo, a exigência de licenças e custos elevados), o que, conseqüentemente, gera poder de monopólio e perda de bem-estar.

Desde então, tem-se observado um crescente interesse dos economistas, das mais diversas correntes teóricas, pela economia da saúde. Esse aumento de interesse está diretamente relacionado com o significativo crescimento do gasto com saúde, em quase todos os países. Globalmente, o gasto com saúde passou de 3% do produto interno bruto (PIB) mundial, em 1948, para 7,9% em 1997 (WHO, 2000). Em 2021, ano em que os países ainda enfrentavam a pandemia da covid-19, foi de 10,3% do PIB mundial (WHO, 2023). Ou seja, existe grande preocupação com o peso crescente dos serviços de saúde na economia, o qual pode constringer os gastos com outras áreas, tanto no orçamento público como no das famílias. Ademais, o interesse pela economia da saúde é reforçado pelo fato de que, na maioria dos países, a saúde tornou-se objeto de políticas governamentais mais ou menos inclusivas.

Voltando ao desenvolvimento histórico da economia da saúde, nos Estados Unidos, destacaram-se, entre os principais expoentes dessa temática, Victor Fuchs, da Universidade de Stanford,⁸ e Joseph P. Newhouse, da Universidade de Harvard.

No Reino Unido, que se sobressai por suas contribuições teóricas dadas ao desenvolvimento da economia da saúde, podem ser citados, entre outros, Brian Abel Smith,⁹ professor de administração social da Escola de Economia e Ciências Políticas de Londres, autor do livro *Value for Money in Health Services* (1976); e Anthony Culyer¹⁰ e Alan Maynard,¹¹ da Universidade de York (Del Nero, 1995). Ainda na Europa, surgiram escolas e autores de destaque na área de economia da saúde na França, em Portugal e na Espanha. O desenvolvimento dessa disciplina, nesses e em outros países europeus, foi extremamente importante, uma vez que, ao contrário dos Estados Unidos, eles contam com sistemas nacionais de saúde.

Assim, decorridos 61 anos desde o artigo seminal de Arrow, a economia da saúde alcançou um significativo desenvolvimento. A disciplina é representada por periódicos internacionais importantes – como, por exemplo, o *Journal of Health Economics* e o *Health Economics* –, e tem contribuído amplamente para o avanço do corpo teórico da economia em temas como a teoria do capital humano, medida de produtos e avaliação, metodologia da análise de custo-efetividade, economia do seguro, modelos de principal-agente, teoria dos contratos, fundamentos da economia do bem-estar, demanda induzida, entre outros (Culyer e Newhouse, 2000a).

2.1.2 No Brasil

No Brasil, a abordagem das relações entre economia e saúde seguiu um percurso semelhante ao observado em outros países, iniciando-se com discussões a respeito de condições de vida, desenvolvimento e saúde. Entre os principais destaques nesse campo, podemos mencionar Mário Magalhães da Silveira,¹² médico sanitário que, nos

8. Joseph P. Newhouse assim se refere a Fuchs (1924-2023), em 1992: “Talvez a sua mais importante contribuição para a economia da saúde tenha sido enfatizar que a disciplina necessita se concentrar mais na saúde, não somente com cuidados de saúde” (Newhouse, 1992, p. 180, tradução nossa). No original: “Perhaps Victor’s most important contribution to health economics has been to emphasize that the field needs to be concerned with health, not just medical care services”.

9. Brian Abel Smith (1926-1996) foi cientista social e conselheiro de política governamental, além de professor da Universidade de Londres.

10. Anthony Culyer (1942), junto com Joseph Newhouse (1942), foi um dos fundadores do *Journal of Health Economics*, em 1982.

11. Alan Maynard (1944-2018) foi professor na Universidade de York, no Reino Unido.

12. Mário Magalhães da Silveira (1905-1986) foi o principal mentor da corrente de pensamento conhecida como sanitário desenvolvimentista, que atingiu seu momento de maior influência na III Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963 (Vereda Saúde, 2020).

TEXTO para DISCUSSÃO

anos 1950 a 1960, já trazia ao debate as relações entre o desenvolvimento econômico e a saúde (Souza, 2014). Outro nome relevante, entre outros, é o de Carlos Gentile de Mello, que, nos anos 1960 e 1970, foi um crítico mordaz da assistência à saúde da Previdência Social, particularmente da participação privada nesse subsistema, e, em especial, da forma de pagamento então utilizada dos serviços prestados à Previdência, o pagamento por serviço ou por ato médico (Mello, 1977).

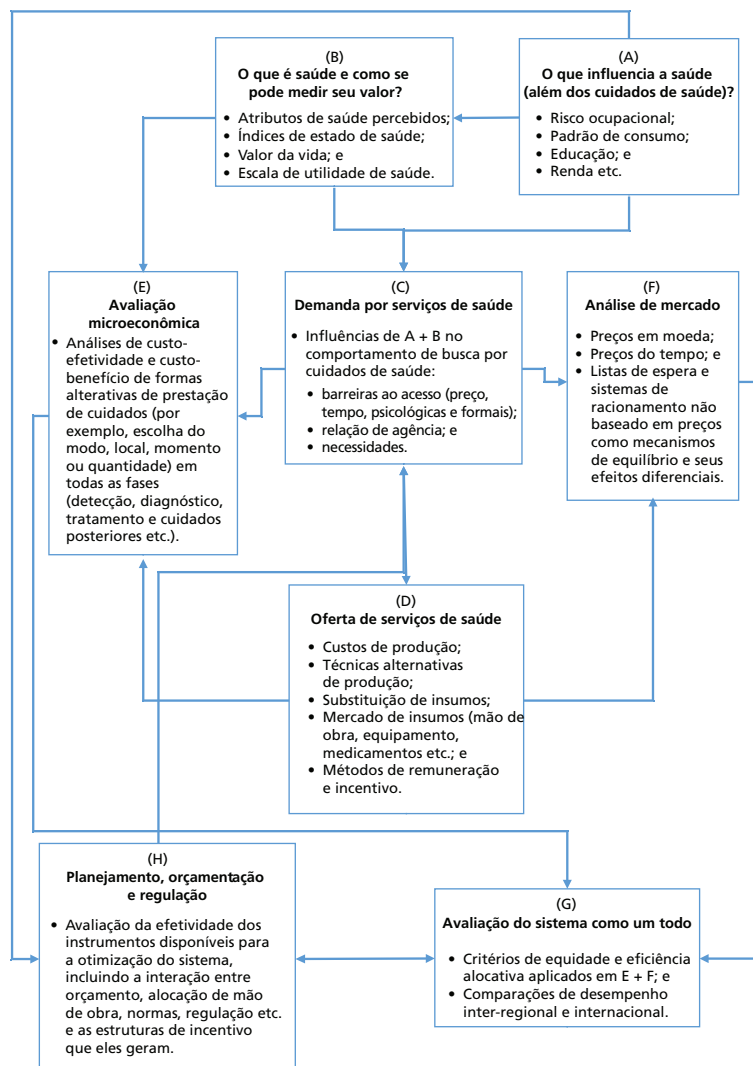
Ainda nos anos 1970, José Duarte Araújo apresentou tese de doutorado sobre os aspectos econômicos da saúde na Universidade Federal da Bahia – UFBA (Araújo, 1974). Em 1978, Paul Singer, Oswaldo Campos e Elizabeth M. de Oliveira analisaram as relações entre morbidade, fatores sociais, econômicos e ambientais e os serviços de saúde no livro *Prevenir e Curar: o controle social através de serviços de saúde* (Singer, Campos e Oliveira, 1981). Essa obra oferece uma contribuição poderosa para se repensar a saúde, expandindo o debate para além dos serviços de saúde propriamente ditos e reforçando a ligação entre a reforma dos serviços de saúde, muito discutida na época, e a democratização. Em 1981, em obra também “paradigmática” do pensamento econômico em saúde no Brasil, José Carlos Braga e Sérgio Góes de Paula publicaram o livro *Saúde e Previdência Social*, fornecendo uma contribuição crucial para a discussão e compreensão dos aspectos econômicos da saúde (Braga e Paula, 1981).

Contudo, um dos mais importantes marcos para o desenvolvimento da economia da saúde no Brasil, de acordo com Silva (2004), foi a criação da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES), em 1989. Segundo esse autor, análises baseadas nos fundamentos da economia da saúde começaram a ser aplicadas de forma mais sistemática no país durante a década de 1980. Essas análises foram impulsionadas por estudos realizados principalmente pelo Ipea, focados no financiamento da saúde; pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), sobre a indústria da saúde; e pela Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), com estudos sobre avaliação econômica e financiamento do setor saúde. Silva (2004, p. 90) também ressaltou que “compete, inegavelmente, a José Duarte de Araújo, a primazia entre os autores nacionais que se dedicaram ao campo da Economia da Saúde, a partir de sua tese ‘Aspectos Econômicos da Saúde’ e de seus consequentes desdobramentos”. Antes disso, vale mencionar, dentro da vertente das discussões sobre o custo da prevenção, o artigo produzido por Paulo de Assis Ribeiro, Manoel José Ferreira e Ernani Braga, intitulado *Valor econômico da saúde*, elaborado em 1952, e recuperado para divulgação pela *Revista Brasileira de Epidemiologia*, em dezembro de 1998 (Carvalho, 1998).

2.2 Campo temático da economia da saúde

Em relação ao escopo ou campo temático da economia da saúde, uma primeira delimitação foi feita por Alan Williams¹³ no capítulo *Health economics: the cheerful face of dismal science?*, do livro *Health and economics* (figura 1).

FIGURA 1
Principais áreas da economia da saúde



Fonte: Williams (1987).

13. Alan Williams (1927-2005) foi professor da Universidade de York, no Reino Unido.

TEXTO para **DISCUSSÃO**

Segundo Williams, o cerne da economia da saúde é composto por quatro áreas principais. A primeira busca responder à seguinte questão (A): *O que influencia a saúde (além dos cuidados de saúde)*? Esse campo abrange estudos relacionados à interação da saúde com seus determinantes e fatores de risco, sejam genéticos, ambientais ou comportamentais. A segunda grande área está relacionada à pergunta (B): *O que é saúde e como se pode medir seu valor*? Nessa perspectiva, procura-se compreender o significado da saúde, sua relação com o bem-estar e o desenvolvimento, além de discutir diferentes índices para medi-la, tendo em vista avaliar sua utilidade, seus resultados e sua efetividade. A economia da saúde, em alguns de seus campos de atuação, adota uma abordagem necessariamente multidisciplinar. Nessas duas primeiras áreas mencionadas, por exemplo, é comum a colaboração entre economistas, epidemiologistas, sociólogos e outros profissionais, que frequentemente trabalham em conjunto (Williams, 1987).

A terceira área diz respeito à questão (C) *demanda por serviços de saúde*. Nessa área temática, estão incluídas questões relacionadas à distinção entre “demanda” e “necessidade”, nas discussões sobre critérios de distribuição geográfica de recursos, barreiras ao acesso (preço, tempo, fila), relação de agência, entre outros. A quarta área temática, (D) *oferta de serviços de saúde*, aborda a função de produção em serviços de saúde, análise de custos, mercado de trabalho, modelos de remuneração, incentivos, entre outros assuntos. Estuda também a “indústria da saúde”, que produz insumos para o setor, além de analisar a organização da oferta de serviços, seja ela pública ou privada, entre outras questões relevantes. Essas quatro áreas, segundo alguns autores, são o verdadeiro “coração” ou a “casa de máquinas” da disciplina economia da saúde.

As áreas restantes – *avaliação microeconômica; análise de mercado; planejamento, orçamentação, regulação e mecanismos de monitoramento; e avaliação do sistema como um todo* – constituem os principais campos de aplicação empírica da economia da saúde.

A área (E), de *avaliação microeconômica*, aplica-se a análises de custo-efetividade e custo-utilidade dos serviços, possibilitando recomendações normativas sobre tecnologias e tratamentos, bem como à avaliação de diferentes alternativas de provisão dos serviços de saúde (quais, quando e como devem ser oferecidos). A área (F), de *análise de mercado*, compreende o estudo do funcionamento do mercado e seus mecanismos de equilíbrio, como preços monetários, tempo e listas de espera, contratos com provedores, entre outros aspectos.

A área (G), de *avaliação do sistema como um todo*, adota uma abordagem macroeconômica do sistema de saúde, com ênfase nos seus mecanismos institucionais, nível de gastos, equidade e qualidade. O objetivo é evidenciar contribuições que possam ser úteis para as

diferentes experiências nacionais de provisão de serviços de saúde. Por fim, a área (H), *planejamento, orçamentação e a regulação*, é especialmente relevante em países que têm sistemas com ampla cobertura dos serviços e forte participação do setor público, seja como provedor, seja como regulador, ou ainda financiador.

No Brasil, a Biblioteca Virtual em Saúde/Rede de Economia e Desenvolvimento em Saúde (BVS/ECOS), que é um portal nacional de informação em economia da saúde, coordenado pelo Departamento de Economia e Desenvolvimento em Saúde do Ministério da Saúde (Desid/MS), adota as seguintes áreas temáticas na catalogação de informações sobre economia da saúde: (1) aspectos gerais de economia da saúde; (2) avaliação de tecnologia em saúde; (3) avaliação econômica em saúde; (4) equidade e desigualdade em saúde; (5) Estado, mercado e regulação em saúde; (6) financiamento e gastos em saúde; e (7) gestão dos serviços de saúde.¹⁴

3 ASPECTOS HISTÓRICOS DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA ECONOMIA DA SAÚDE NO BRASIL

No que se refere à institucionalização da economia da saúde no Brasil, verifica-se que a maior parte dos estudos pioneiros que relacionam saúde e economia datam dos anos de 1970 e 1980, como mencionado anteriormente. No campo da saúde, esses estudos se intensificaram para acompanhar a discussão mais densa e abrangente sobre a redemocratização do Brasil, a institucionalização do acesso a serviços de saúde como direito de todos os cidadãos do país e a criação do SUS – sistema público de acesso universal. Esse generoso momento de construção da cidadania nacional, que, na saúde, culminou no Movimento de Reforma Sanitária, agregou militantes das áreas de saúde e economia, com os economistas sendo chamados a discutir as bases de sustentação financeira do novo sistema. Na área acadêmica, durante o mesmo período, elementos analíticos da economia foram incorporados aos currículos de cursos de especialização em planejamento e administração de serviços de saúde (Mendes e Marques, 2006).

Um passo decisivo para a difusão da economia da saúde no Brasil foi dado em junho de 1989, com a realização do Seminário sobre Economia e Financiamento da Saúde, na Ensp/Fiocruz. Nesse evento, surgiu a proposta de criação da ABrES, idealizada por pesquisadores da Ensp/Fiocruz; da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP); do Ipea; e da Representação da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)/OMS no Brasil (Mendes e Marques, 2006).

14. Ver: <https://economia.saude.bvs.br/>. Acesso em: 25 set. 2024.

A ABrES foi formalmente criada em novembro de 1989, em Brasília, durante o Workshop Internacional de Economia da Saúde (ABrES, 1989), evento que contou com a participação do Ipea e da representação local da Opas/OMS em sua organização e em seu financiamento. A composição da primeira diretoria da associação é bem representativa das instituições que, de certa forma, se envolveram em sua criação¹⁵. Desde sua fundação, a ABrES tem contado com a colaboração das associações de economia da saúde da Espanha e de Portugal. Entre os presentes na criação da ABrES, estavam Antonio Correa Campos¹⁶ e Maria do Rosário Giraldes,¹⁷ da Associação Portuguesa de Economia da Saúde (Apes); e Vicente Ortún Rubio¹⁸ e Joan Rovira Forns,¹⁹ da Associação Espanhola de Economia da Saúde.

Em 1992, durante outro *workshop* sobre economia da saúde realizado em São Paulo, na FSP/USP, discutiu-se a edição de um livro sobre economia da saúde, com o objetivo de divulgar temas relacionados à economia da saúde entre profissionais de saúde, economistas, administradores e outros especialistas com interesse na matéria. A coordenação da elaboração desse livro foi atribuída a técnicos do Ipea. A obra, intitulada *Economia da Saúde: conceitos e contribuição para a gestão do SUS*, foi publicada em 1995, e contou com a participação de pesquisadores brasileiros e portugueses – entre estes últimos, aqueles ligados à Apes (Piola e Vianna, 1995). Desde então, a publicação teve diversas reimpressões, até ser disponibilizada para acesso livre no *site* do Ipea.

No âmbito do SUS, o interesse pela economia da saúde, inicialmente voltado ao acompanhamento de suas receitas e gastos, foi impulsionado pela necessidade de acompanhar e garantir recursos para a implantação do novo sistema. Desde o início da década de 1990, o MS, em conformidade com resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), passou a disponibilizar a esse conselho informações sobre suas receitas e seus gastos. Para reforçar essa “prestação de contas”, a partir de 1993, começou a ser discutida a criação de sistema de informações sobre as despesas dos três entes

15. A primeira diretoria da ABrES, eleita por ocasião de sua fundação, teve como presidente Solon Magalhães Vianna, do Ipea, e André César Médici, da Escola Nacional de Ciências Estatísticas (Ence) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) como vice-presidente. Também fizeram parte da primeira diretoria: Maria Alicia Ugá e Silvia Marta Porto, da Ensp/Fiocruz; Carlos Del Nero e Roberto Yunes, da ESP/USP; e Sérgio Francisco Piola, do Ipea.

16. Docente da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

17. Economista, docente da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

18. Docente do Departamento de Economia e Empresa da Universidade Pompeu Fabra, Barcelona, Espanha, e codiretor de Centro de Investigação em Economia da Saúde da mesma universidade.

19. Joan Rovira Forns (1947-2022), docente do Departamento de Economia e Empresa da Universidade Pompeu Fabra, Barcelona, Espanha.

da Federação com o SUS. Essa ideia ganhou força com a instalação dos inquéritos civis públicos 001 e 002/1994, que investigaram o funcionamento e financiamento do SUS (Brasil e Opas 2013a; 2013b).

No entanto, foi apenas em 30 de abril de 1999 que a Portaria Interministerial MS/PGR nº 529 foi assinada pelo ministro da Saúde e pelo procurador-geral da República, designando uma equipe para desenvolver o projeto que resultaria na criação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops). Esse sistema, institucionalizado pela Portaria Conjunta MS/PGR nº 1.163, de 11 de outubro de 2000, dispõe de informações sobre o financiamento e o gasto nas três esferas de governo, e tornou-se um instrumento imprescindível para monitorar os gastos públicos com ações e serviços públicos de saúde, conforme os parâmetros constitucionais (Brasil e Opas, 2013b).

Uma alavanca relevante para a institucionalização da economia da saúde no MS e no SUS foi o Projeto Economia da Saúde (PES): fortalecendo sistemas de saúde para reduzir desigualdades, aprovado em março de 2002.²⁰ Esse projeto, conduzido em parceria entre o MS e o Ipea, contou com o suporte financeiro do Department for International Development (DFID) do Reino Unido, no âmbito do Acordo de Cooperação Técnica entre Brasil e Reino Unido.²¹ O projeto, em seu componente nacional, tinha como objetivo disseminar os conhecimentos da economia da saúde e de suas aplicações, visando à melhoria da gestão dos recursos, no âmbito do SUS (Brasil, Ipea e Reino Unido, 2002; 2007).

Embora o componente nacional do PES tenha tido curta duração, de 2002 a 2005, ele gerou resultados significativos, como a capacitação de inúmeros profissionais; o estímulo à realização de pesquisas; o apoio a eventos na área de economia da saúde; e a criação de núcleos estaduais de economia da saúde. Além disso, o projeto abriu caminho para o desenvolvimento de instrumentos importantes, como a conta-satélite

20. O PES foi aprovado em 2002, mas, desde o ano 2000, o Ipea participou ativamente, a pedido do MS, das negociações e das atividades preparatórias do projeto.

21. Esse projeto de cooperação técnica na área da saúde entre o DFID do Reino Unido e o governo brasileiro tinha, originalmente, componentes em dois estados (Ceará e Pernambuco) e no governo federal. Em meados do ano 2000, como o componente federal ainda não estava sendo implementado, o então ministro da Saúde, senador José Serra, sugeriu parceria com o Ipea, representado por sua área de saúde, para viabilizar a execução do componente federal. Esse componente foi então formulado e apresentado ao DFID sob a forma do PES: fortalecendo sistemas de saúde para reduzir desigualdades. O documento original do projeto encontra-se no Relatório de Avaliação do Projeto, apresentado em 2007 (Brasil, Ipea e Reino Unido, 2002; 2007).

de saúde (CSS), cuja última publicação reporta dados de 2010 a 2021 do setor de saúde brasileiro (IBGE, 2024).²²

Para atingir o objetivo inicial de fortalecimento da economia da saúde no SUS, com o apoio do PES, foram realizados cursos de especialização em economia da saúde, tanto presenciais quanto a distância, para cerca de duzentos profissionais do setor público de saúde.²³ Participaram desse esforço a Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, em conjunto com a Universidade Federal do Ceará (UFC) e o Instituto de Economia da Universidade Estadual do Ceará (IE/Uece), a Unicamp, a FSP/USP e o Instituto de Saúde Coletiva (ISC)/UFBA (Brasil, Ipea e Reino Unido, 2007).

Adicionalmente, cursos a distância de pós-graduação em economia da saúde e em farmacoeconomia apoiados pela Universidade Pompeu Fabra (Barcelona/Espanha) proporcionaram 96 capacitações em economia da saúde (50) e farmacoeconomia (46) para técnicos de dezessete secretarias estaduais de saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), do Ipea e do Departamento de Economia da Saúde – DES/MS (Brasil, Ipea e Reino Unido, 2007).

Desde 2001, o MS contava com uma coordenação dedicada à economia da saúde, vinculada à Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde²⁴ (Brasil, 2001). No entanto, a criação de uma unidade hierárquica superior ocorreu apenas em 2003, com o estabelecimento do DES/MS na Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (Brasil, 2003). A constituição desse departamento foi um importante marco para a institucionalização da economia da saúde naquele ministério. Contudo, esse processo enfrentou descontinuidades ao longo dos anos. Em 2007, uma portaria transferiu as atividades de economia da saúde, até então realizadas pelo DES, para a secretaria-executiva do MS (Brasil, 2007), o que, na prática, significou o desmantelamento do departamento. A equipe técnica responsável pelas atividades remanejadas passou a denominar essa unidade informal de Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento (Aeds). Somente em 2009, a unidade foi formalizada novamente, sendo

22. A primeira publicação, intitulada *Economia da Saúde: uma perspectiva macroeconômica 2000-2005*, foi feita pelo IBGE em 2008 (IBGE, 2008).

23. Foram dois mestrados em economia da saúde na Universidade de York, Reino Unido; uma disciplina para doutorado na Universidade Pompeu Fabra, Espanha; cursos de especialização realizados nos estados da Bahia e do Ceará e na cidade de Campinas-SP, além de cursos de pós-graduação a distância em economia e farmacoeconomia pela Universidade Pompeu Fabra, Barcelona, Espanha.

24. Foi criada uma Coordenação-Geral de Economia da Saúde na Diretoria de Projetos da Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde (Brasil, 2001).

denominada Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento (Desd). Além das atribuições originais, o Desd assumiu outras relacionadas à análise econômica de programas e projetos, tais como o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde – Proadi (Brasil, 2009).

Em 2011, o departamento passou por nova mudança de estrutura organizacional, passando a se chamar Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (Desid), com a adição de competências como: i) análise econômica de projetos de investimento em infraestrutura física e tecnológica, majoritariamente financiados por recursos de emendas parlamentares; e ii) planejamento, coordenação e supervisão da execução de programas e projetos de cooperação técnica nacional e com organismos internacionais, no âmbito da Secretaria Executiva (Brasil, 2011a). Essa última atribuição incluía a coordenação de todos os termos de cooperação técnica do MS com a Opas/OMS e do Projeto de Cooperação Tripartite Brasil-Cuba-Haiti.

Em 2013, a análise de projetos de investimento foi transferida do Desid/MS para o Fundo Nacional de Saúde (Brasil, 2013); e, em 2022, houve alteração da sua denominação para Departamento de Economia da Saúde, Investimento e Desempenho, mantendo-se a sigla Desid, e atribuição de competência relacionada à avaliação de desempenho e gestão de investimentos no SUS (Brasil, 2022b). Por fim, na configuração atual, o departamento foi transferido da Secretaria-Executiva para a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde, recebendo o nome de Departamento de Economia e Desenvolvimento em Saúde (Desid). Suas atribuições incluem a realização de estudos e a gestão de sistemas de informação relacionados à economia da saúde (Brasil, 2023a; 2023b). Verifica-se assim que, durante a maior parte de sua existência, o departamento ficou a cargo de diversas atividades administrativas alheias ao campo da economia da saúde.

Em relação ao fomento à institucionalização da economia da saúde na estrutura das secretarias de saúde, a proposta de criação de núcleos ou unidades de economia da saúde já fazia parte da proposta de implementação do PES. Nesse projeto, a ideia era de que esses núcleos se formassem a partir da articulação entre instituições da saúde (MS, secretarias estaduais de saúde e secretarias municipais de saúde) e instituições da área acadêmica. Esse modelo chegou a prosperar em dois estados incluídos no PES (Ceará e Bahia), mas a experiência demonstrou, sem prejuízo dessa articulação, a necessidade de promover a criação de unidades específicas de economia da saúde nas instituições gestoras do SUS (MS e secretarias estaduais de saúde, principalmente).

A criação do DES, com o apoio do PES, fomentou a expansão de núcleos de economia da saúde em diversas secretarias estaduais e municipais de saúde. Esse esforço contou com a colaboração da ABrES, por meio da realização de encontros e jornadas dessa associação e estímulo à formação de tais núcleos (Brasil, 2012a; 2015; Brasil, Opas e ABrES, 2016; Vieira *et al.*, 2017a). A iniciativa de implantação dessas unidades ou núcleos de economia da saúde em países da América Latina, na época, também foi apoiada pela equipe de Economia e Financiamento da Saúde, da área de Sistemas e Serviços de Saúde da Opas/OMS, que estimulou a sua criação em diversos países latino-americanos (Vieira, 2016).

Os núcleos de economia da saúde (NES) têm a função de atuar como pontos focais para a disseminação da economia da saúde nos estados e municípios (Brasil, 2012a). Suas atribuições incluem: i) realização de atividades relacionadas ao tema; ii) manuseio dos sistemas de informação gerenciados pelo Desid/MS; e iii) disseminação de programas e projetos no âmbito estadual. As principais linhas de atuação dos NES são:

- 1) Elaboração de estudos econômicos, especialmente com vistas a promover avaliação de tecnologias;
- 2) Implementação do Programa Nacional de Gestão de Custos;
- 3) Apoio ao estado e aos municípios na declaração de dados por meio do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde;
- 4) Apoio à alimentação do Banco de Preços em Saúde pela Secretaria de Saúde e na utilização das referências do Catmat^[25] para promover economicidade em compras de insumos e equipamentos para a área da saúde;
- 5) Apoio às instâncias de gestão do SUS na elaboração e avaliação da execução dos orçamentos da área de saúde (Brasil e OPAS, 2015, p. 19).

Em 17 de maio de 2011, como resultado de um encontro entre diversos atores da área de economia da saúde no Brasil, foi criada a Rede de Economia e Desenvolvimento em Saúde (Rede Ecos), concebida para ser uma rede de cooperação técnica voltada à disseminação de informações relacionadas ao tema entre técnicos e gestores do SUS. A Rede Ecos foi inicialmente constituída pelos Núcleos de Economia da Saúde de

25. O Catálogo de Materiais (Catmat) é uma base de informações com padronização de codificação e descrição de todos os materiais que podem ser licitados e adquiridos pela administração pública federal. Existente desde 2004, o Catmat é um subsistema vinculado ao Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais (Siasg). Ver: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/desid/catmat>.

Secretarias Estaduais de Saúde, pelo Ipea, outros institutos de pesquisa, a ABrES, por universidades, escolas de saúde pública e pelo Desid/MS, que exercia o papel de coordenador (Vieira e Sousa, 2012). A rede permanece ativa e impulsionada pelo Desid/MS.²⁶

Outro elemento fundamental para a consolidação da economia da saúde no Brasil foi o processo de institucionalização das contas de saúde.²⁷ As tratativas iniciais para elaboração das contas nacionais de saúde ocorreram no âmbito do PES (2002-2005) e avançaram, em 2006, com a criação de um grupo executivo e um comitê gestor, que envolveram os ministérios da Fazenda, da Saúde e do Planejamento, Orçamento e Gestão, com o objetivo de formalizar os esforços para a implementação e manutenção das contas de saúde no Brasil. O grupo executivo, responsável pelo delineamento dos trabalhos necessários à implementação das contas de saúde, foi composto por representantes técnicos do MS, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), da Ensp/Fiocruz, do IBGE e do Ipea (Brasil, 2006a).

O primeiro resultado dessa parceria foi a publicação, pelo IBGE, do livro *Economia da Saúde: uma perspectiva macroeconômica 2000-2005*, que apresentou os primeiros dados daquilo que viria a se conformar como a Conta Satélite de Saúde,²⁸ cuja primeira publicação abrangeu o período de 2005 a 2007 (IBGE, 2008). Desde então, as contas-satélite de saúde têm sido produzidas regularmente, revelando a importância da parceria interinstitucional e do tema para a gestão pública do SUS. A última atualização, referente ao período de 2010 a 2021, foi publicada recentemente (IBGE, 2024). Com o prosseguimento da parceria, o Brasil produziu as contas de saúde de acordo com a padronização estabelecida pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), as denominadas Contas SHA – System of Health Accounts (OECD, Eurostat e WHO, 2017; Brasil, Fiocruz e Ipea, 2022c).

O esforço nacional de divulgação da economia da saúde também buscou envolver outros países da América Latina. Em 2003, com o incentivo do PES, o DES/MS, em parceria com o Ipea, apoiou a organização do I Congresso de Economia da Saúde da América Latina e do Caribe. Este congresso, realizado no Rio de Janeiro entre 30

26. Ver: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/desid/rede-ecos>.

27. A importância das contas de saúde reside na sua capacidade de oferecer dados precisos e comparáveis, essenciais para a formulação de políticas públicas eficazes. Elas permitem que os governos e as instituições analisem a eficiência e a equidade na alocação dos recursos; identifiquem tendências de gastos; avaliem a sustentabilidade dos sistemas de saúde; e promovam a transparência no uso dos recursos públicos. Além disso, as contas de saúde facilitam comparações internacionais, possibilitando o aprendizado e a adoção de melhores práticas em diferentes contextos.

28. As contas-satélites são uma extensão do Sistema de Contas Nacionais (SCN). Elas permitem que se façam análises sobre o perfil e a evolução de um setor de forma comparável ao total da economia, medido pelas Contas Nacionais.

de novembro e 3 de dezembro de 2004, foi promovido pela ABrES em parceria com a Asociación de Economía de la Salud (AES) da Argentina, ocorrendo em conjunto com o VII Encontro Nacional da Associação Brasileira de Economia da Saúde. Durante o I Congresso, decidiu-se pela conjugação de esforços entre a ABrES e a AES para a criação de uma associação que congregasse as iniciativas de difusão da economia da saúde nos sistemas públicos da América Latina e do Caribe. Esse movimento resultou na criação, em 24 de julho de 2008, da Associação de Economia da Saúde da América Latina e Caribe (AES-LAC), durante a realização do III Congresso de Economia da Saúde da América Latina e do Caribe, realizado em Havana, Cuba.²⁹

Em 2004, com o intuito de promover a divulgação da economia da saúde no Brasil, o Ipea e o MS, em parceria com a ABrES e com patrocínio do PES, instituíram o 1º Prêmio Nacional de Economia da Saúde, que contou com 69 trabalhos inscritos, o que foi surpreendente, dada a especificidade do tema (Piola e Jorge, 2005).

O incentivo à divulgação da economia da saúde foi ampliado significativamente com a criação da BVS Ecos, em 2005. Esse portal nacional de informação em economia da saúde busca atender às necessidades técnico-científicas de profissionais e gestores da área e é gerido pelo Desid/MS, com o apoio técnico do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde – Bireme (Brasil, 2012b).

Em relação ao estímulo à capacitação em economia da saúde em anos mais recentes, o MS, por intermédio do Desid, continuou a incentivar financeiramente a realização de cursos na área: especialização em economia da saúde a distância, oferecido pela USP; e mestrado profissional em gestão e economia da saúde, organizado pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE (Brasil e Opas, 2015). Uma experiência interessante foram os cursos realizados pela Universidade Federal de Goiás (UFG). Essa iniciativa, que teve início em 2017, contou com a participação do Ipea no começo de sua implementação e evoluiu, em suas três últimas edições, para o formato integralmente a distância. Durante essas edições, foram recebidas mais de 1,4 mil inscrições, provenientes de 21 Unidades da Federação (UFs), das quais foram selecionados 121 candidatos. Esses números evidenciam a alta demanda por aperfeiçoamento em economia da saúde no âmbito do SUS (Toscano e Piola, 2023).

29. Em 2018, faziam parte da AES-LAC as associações de economia da saúde dos seguintes países: Argentina, Brasil, Colômbia, Chile, Cuba e Uruguai.

3.1 Economia política da saúde e economia da saúde

Paralelamente à institucionalização da economia da saúde no SUS, desenvolveu-se, no meio acadêmico no Brasil, a abordagem denominada EPS, que investiga a influência de questões políticas, sociais e econômicas na saúde das populações e nos sistemas de saúde. Autores que adotam a EPS em suas pesquisas afirmam que ela oferece uma perspectiva mais abrangente do que a da economia da saúde, por analisar as fronteiras porosas da relação entre Estado e mercado. Ou seja, em vez de considerar Estado e mercado como entidades dissociadas, a EPS examina como essas instituições integram frequentemente em favor dos interesses privados em detrimento do interesse público (Viana, Silva e Elias, 2007; Mendes e Carnut, 2022). Enquanto a fundamentação da economia da saúde se baseia nas teorias econômicas neoclássicas, as bases da EPS se encontram nas teorias marxista e keynesiana³⁰ (Mendes e Carnut, 2022).

Autores da EPS apontam várias limitações na abordagem tradicional da economia da saúde, por algumas razões. Primeiro, argumentam que a economia da saúde não reconhece que a saúde tem especificidades, dado que pode ser tratada como mercadoria, espaço de acumulação de capital e direito social. Segundo, afirmam que ela não adota uma perspectiva histórica, desconsiderando o processo de mercantilização da saúde (Viana, Silva e Elias, 2007). Terceiro, enfatizam que falha em integrar questões relacionadas aos campos da economia, da política e da saúde, não analisando adequadamente a relação entre o econômico e o político e as implicações dessa relação para a organização do sistema de saúde. Por último, asseveram que ela não aborda de forma crítica, sob uma perspectiva política, questões cruciais, como o subfinanciamento do SUS, no caso do Brasil (Mendes e Carnut, 2022).

Segundo Viana, Silva e Scheffer (2016), a perspectiva da EPS é justificada pela complexidade inerente à política de saúde em três dimensões principais: i) proteção social – inserção como componente dos modernos sistemas de bem-estar social, trazendo a

30. Teorias são enunciados a respeito do comportamento dos objetos de interesse do pesquisador (Alves, 2015). Na economia, o termo “escola” é utilizado para agrupar diversas correntes do pensamento econômico ou teorias. De forma muito resumida, apresentam-se, a seguir, alguns elementos que distinguem as teorias citadas. A escola neoclássica foca a necessidade de realização de escolhas, dada a escassez de recursos. Assim, a economia se concentra no estudo da lógica dessas trocas nos mercados. Para os economistas neoclássicos, o valor de uma unidade de um bem é dado por sua utilidade para atender às necessidades das pessoas. Por outro lado, o pensamento marxista constitui um exemplo da escola clássica. A preocupação de Marx se concentrava na distribuição da riqueza entre as classes sociais. Na escola clássica, o valor dos bens é dado por seu custo, que basicamente é composto pelas horas de trabalho requeridas para sua produção. Por fim, o keynesianismo é uma teoria econômica que defende a intervenção do Estado na economia, em determinadas circunstâncias, para promover o crescimento econômico e evitar crise, desemprego e aumento de inflação. Ver: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5234973/mod_resource/content/1/As%20Escolas%20de%20Pensamento%20Econ%C3%B4mico.pdf.

ideia de saúde como direito; ii) industrial da saúde – inserção em um mercado complexo constituído por empresas poderosas, como as farmacêuticas; e iii) política de saúde – existência de redes de instituições envolvendo atores, provedores, usuários, profissionais, pagadores e governantes. Ainda de acordo com esses autores, a acumulação de capital em saúde é materializada pela formação de grandes indústrias transnacionais que conformam um complexo industrial, cuja análise é fundamental, especialmente se considerando a alta dependência do Brasil em relação à importação de bens de saúde.

Na visão de alguns pesquisadores da EPS, a saúde não pode ser estudada apenas no campo formalista da economia da saúde, a despeito de sua importante contribuição para a compreensão do setor saúde por meio de estudos da área da macroeconomia e da microeconomia. Para esses autores, é preciso ampliar a visão desse setor, com análises que empregam o arcabouço teórico da EPS, podendo ser exploradas as seguintes questões-chave: i) como se dá o avanço das formas capitalistas no setor saúde e as possíveis formas de regulação; ii) como são definidos os mecanismos de financiamento dos serviços de saúde e quais são suas implicações para maior equidade; e iii) como se dá a relação entre desenvolvimento socioeconômico e saúde (Viana, Silva e Elias, 2007).

Para outros pesquisadores dessa abordagem, seria preciso priorizar os estudos da EPS no Brasil, dada a dominância da produção técnica e científica fundamentada na abordagem econômica neoclássica. Esses pesquisadores também destacam que, mesmo entre autores da EPS que abordam o complexo produtivo da saúde sob uma perspectiva keynesiana, há uma falha em criticar o desenvolvimento capitalista, insistindo na ideia de que a saúde pública deve ser um elemento de desenvolvimento do modo de produção capitalista, o que revela ausência de reconhecimento dos danos do capitalismo financeiro para a saúde pública, que tem sido alvo de políticas de austeridade fiscal, especialmente em economias dependentes (Mendes e Carnut, 2022).

Mesmo com críticas, há reconhecimento, por parte de alguns autores da EPS, da utilidade da economia da saúde para os estudos sobre os serviços de saúde, não se desprezando as contribuições que ela oferece por meio da análise e dos meios para a otimização dos recursos do setor. Por um lado, se é importante considerar as relações entre Estado e mercado nas análises sobre a organização e o financiamento dos sistemas de serviço de saúde sob a abordagem da EPS, por outro, é igualmente relevante, a partir do aporte teórico do campo da economia da saúde, estudar como os recursos podem ser alocados de maneira eficiente para melhorar os resultados de saúde, reduzir os custos e promover a equidade no acesso aos serviços.

De fato, a economia da saúde começou a ser desenvolvida como disciplina dentro do arcabouço teórico neoclássico (Culyer e Newhouse, 2000b), assumindo-se como

marco de sua criação a publicação do artigo de Kenneth Arrow, em 1963, sobre o que diferencia os cuidados médicos³¹ de outros produtos como objeto de análise da economia (Barros, 2019). No contexto da provisão essencialmente privada de serviços de saúde da economia capitalista dos Estados Unidos, Arrow destacou que, na existência de incertezas envolvendo a saúde e a necessidade de cuidados médicos, a informação e o conhecimento se transformam em *commodities* que, como outras, têm custo de produção e de transmissão, o que faz que não alcancem toda a população, mas se concentrem entre aqueles que podem lucrar mais com eles (Arrow, 1963).

Para Arrow (1963), considerando-se que os indivíduos são normalmente avessos ao risco e que havia um consenso de que a solução do livre mercado para os cuidados de saúde não é aceitável, os seguros de saúde seriam uma solução para redução das incertezas e dos riscos para os pacientes, ainda que não resolvessem completamente o problema do acesso para grupos como desempregados, pessoas institucionalizadas e idosos. A partir do estudo de Arrow e do trabalho de outros autores, concluiu-se que as falhas do mercado de cuidados de saúde justificavam a intervenção do Estado, fosse por meio da provisão pública de serviços ou pela regulação do mercado (Nunes, Almeida e Júnior, 2018).

Segundo Campos (1988), para o setor público, a aplicação de análises econômicas se intensificou nos anos 1970, em resposta às restrições do financiamento dos sistemas de saúde pelos governos, consequência da crise do petróleo. Ainda de acordo com esse autor, a economia da saúde expandiu seu foco nos anos 1980, a partir da contribuição de pesquisadores anglo-saxões. Contudo, permaneceram críticas à abordagem neoclássica nesse campo, como a tendência a considerar as preferências individuais como dadas, sem estudo prévio, e a exclusão do comportamento irracional, sendo que o modelo de maximização de rendimento dos prestadores, individuais ou empresas, nem sempre parece adequado ao setor saúde. Entretanto, a despeito dessas críticas, o autor argumentou que a aplicação dos conceitos de eficiência técnica e de eficiência econômica,³² oriundos do sistema econômico produtivo, poderiam ser muito relevantes para o setor saúde, dada a escassez dos recursos. Daí a importância da análise dos custos e das consequências das alternativas, bem como do alargamento

31. O autor utilizou o termo “cuidados médicos” em vez de “cuidados de saúde”, termo este utilizado atualmente, que denota uma visão mais abrangente sobre os serviços nessa área.

32. A eficiência técnica é obtida quando a produção de qualquer bem ou serviço alcança o máximo de resultado possível com os recursos utilizados, enquanto a eficiência econômica ou distributiva envolve a combinação de recursos para produzir um bem ou serviço cujo valor supere o de outros bens e serviços que deixaram de ser produzidos com os mesmos recursos. Neste último caso, remete-se à noção de custo de oportunidade, que é o valor que se perde ao se fazer uma escolha (Campos, 1988).

da perspectiva da medicina clínica individual para a perspectiva da saúde da população ou da comunidade.

Ainda de acordo com Campos (1988), no contexto de um serviço nacional de saúde, como o sistema de saúde de acesso universal financiado por tributos gerais em Portugal,³³ um programa de ensino em economia da saúde deve abordar a análise da demanda e da oferta de serviços, os mecanismos de financiamento, a medição e avaliação dos níveis de saúde, a definição de prioridades, as avaliações econômicas (custo-efetividade e custo-benefício) e os problemas de equidade.

Nesse aspecto, considerando-se o papel que a economia da saúde pode ter para o aperfeiçoamento dos sistemas de saúde, é importante destacar as contribuições de Gavin Mooney e Mike Drummond. Em uma série de artigos publicados em 1982, eles discutiram, no contexto do serviço nacional de saúde do Reino Unido (National Health Service – NHS), a aplicação da economia da saúde à produção de informações para melhorar a efetividade do cuidado de saúde com os recursos disponíveis, além de aprimorar o planejamento e a avaliação da atenção à saúde (Vieira, 2016).

Retomando a discussão sobre os estudos com a abordagem da EPS (marxista e keynesiana) e da economia da saúde (neoclássica), é importante salientar que as teorias que os fundamentam não são convergentes e que, aparentemente, não houve superação total de uma dessas teorias pela outra. Vieira e Fernández (2006) argumentam que a transição da teoria econômica clássica, representada por autores como Adam Smith e Karl Marx, para a teoria de John Keynes, nos anos 1930, caracterizaria um caso de revolução científica no campo da economia, nos termos de Kuhn (2005). Nessa situação, há uma ruptura de paradigma, em que um conjunto de teorias, métodos e conhecimento produzido é substituído por um novo paradigma. Contudo, Vieira e Fernández observam que o modelo de Kuhn não explica a crise do keynesianismo e a ascensão da teoria neoclássica nos anos 1970. Além disso, que alguns autores questionam a aplicabilidade das ideias de Kuhn à economia,³⁴ uma vez que, para adotá-las, seria necessário considerar a economia uma pré-ciência ou flexibilizar o conceito de paradigma e de revolução científica.

33. Mesmo modelo do SUS.

34. Os autores reconhecem a complexidade da economia, na condição de ciência social, daí a dificuldade de enquadrá-la em um modelo que parece se adequar melhor às ciências físicas. Também reportam que o próprio Kuhn assumiu que, no caso da economia, é possível haver mais do que um paradigma em determinado momento, embora isso seja algo muito raro.

Essa flexibilização parece ter sido adotada por Pimenta (2019), professor de economia aposentado da Universidade do Porto, ao discorrer sobre os paradigmas da economia. Para ele, são três paradigmas: i) o primeiro, que tem por objeto científico a produção, a repartição e a troca, sendo representado por autores diversos, como Quesnay, Adam Smith, Ricardo e Marx; ii) o segundo, que aborda a gestão de recursos escassos na produção, repartição e troca, como forma alternativa de tratar os assuntos contidos no primeiro, com autores como Robbins, Stuart Mill, Marshall e Pareto; e iii) o terceiro, que enfoca a gestão ótima dos recursos em todos os aspectos da vida humana, representado por Hayek e Becker. Pimenta argumenta que esse terceiro paradigma é atualmente hegemônico e tem como maior expoente a teoria da escolha racional, que é normativa e, por isso, não sujeita à refutação, ou seja, não pode ser colocada à prova pela experiência, uma condição essencial para que se considere uma teoria como científica, segundo Karl Popper.³⁵ Com relação aos dois primeiros paradigmas, a divisão feita por ele permite associar o primeiro à corrente clássica e o segundo à corrente neoclássica. Na publicação citada, ele não menciona Keynes.

Assim, a partir da leitura desses autores, percebe-se que, no campo da economia, a coexistência de teorias distintas, vinculadas a diferentes paradigmas, é uma realidade, embora algumas delas possam ser hegemônicas em determinado momento. Aparentemente, a questão quanto à sua aplicabilidade aos estudos no campo da saúde vai depender do objeto a ser analisado. Trazendo-se essa discussão para o caso brasileiro, parece inadequado descartar as contribuições da economia da saúde para o aperfeiçoamento da gestão do SUS, apenas em razão da origem neoclássica de seus fundamentos. É claro que sua aplicação deve ser feita com as devidas adequações, dado o reconhecimento constitucional do acesso aos serviços e bens de saúde como um direito humano fundamental (Brasil, 1988). Ao mesmo tempo que se busca melhorar a eficiência na produção dos serviços, é preciso garantir o atendimento universal, igualitário e integral. Como os recursos são limitados diante das múltiplas necessidades de saúde e da oferta de diversas alternativas terapêuticas em uma economia capitalista, é preciso zelar pela boa aplicação desses recursos, e a economia da saúde pode contribuir para o alcance dos objetivos do próprio sistema nacional de saúde.

35. O professor Pimenta (2019) levantou a hipótese de que a teoria da escolha racional se impôs pela correlação de forças mais do que pela razão de seus princípios epistemológicos, sendo a base do liberalismo e do neoliberalismo. Além disso, ele afirmou que, por ela ter se blindado contra a refutabilidade, ultrapassou as fronteiras da sua origem científica e pode ser assumida como ideologia. Blakely (2020), por sua vez, afirmou que os economistas precisam distinguir os usos legítimos e ilegítimos da teoria da escolha racional. Caso não os diferencie, isso pode conduzi-los a objetivos de pesquisa autodestrutivos e atolar a economia em uma forma extrema de ideologia de livre mercado.

3.2 Grupos de pesquisa e produção de conhecimento

Grupos de pesquisa são essenciais para o avanço do conhecimento científico, pois promovem a colaboração interdisciplinar e a troca de ideias entre pesquisadores com diferentes formações e experiências, criando um ambiente propício para a realização de estudos aprofundados, o desenvolvimento de novas teorias e a formulação de soluções para problemas complexos. Além disso, têm a possibilidade de formar e capacitar novos pesquisadores, ao integrar estudantes de graduação e pós-graduação em projetos de investigação. Essa integração contribui para o desenvolvimento acadêmico e profissional dos participantes, ao mesmo tempo que fortalece a produção científica de uma instituição ou de um país. Os grupos de pesquisa também desempenham um papel crucial na internacionalização da ciência, ao colaborar com instituições e pesquisadores de outras regiões, ampliando a circulação de ideias e o impacto global de suas descobertas.

É importante destacar o papel dos grupos de pesquisa em contraste com as unidades de economia de saúde. Estas últimas, por serem parte da estrutura estatal e estarem sob a gestão de governos eleitos, enfrentam limitações quanto à sua capacidade de abordar determinados temas e publicar estudos que possam ser controversos (Vieira, 2016). Em contrapartida, os grupos de pesquisa vinculados a universidades têm maior liberdade para investigar, tratar e divulgar estudos sobre temas polêmicos independentemente das visões da gestão vigente.

Os grupos de pesquisa em economia da saúde são compostos por profissionais de diversas áreas, como economistas, estatísticos, profissionais de saúde, administradores, cientistas sociais, professores, pesquisadores e gestores. Em conjunto, eles desenvolvem conhecimentos para subsidiar políticas públicas, abordando temas como financiamento, macro e microeconomia da saúde, farmacoeconomia, regulação, custos e logística em saúde.

O estudo de Andrade, Acurcio e Cherchiglia (2004) analisou a capacidade de produção científica na área de economia da saúde no Brasil, mapeando os grupos de pesquisa cadastrados no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) que desenvolveram trabalhos relevantes nessa área. Segundo essa pesquisa, os principais temas abordados incluem gestão, financiamento, eficiência alocativa e equidade na distribuição de recursos de saúde.

Em 2013, outro mapeamento foi feito sobre a produção em economia da saúde no Brasil, considerando-se, neste caso, o período 2004-2012. Nesse mapeamento, observou-se crescimento do interesse na área tanto no meio acadêmico quanto entre os gestores do SUS. Foram identificados 110 grupos de pesquisa certificados que

informaram se dedicar aos temas e às linhas de pesquisa da economia da saúde no Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq, pertencentes a 52 instituições acadêmicas, distribuídos em quinze UFs (Brasil, Opas e ABrEs, 2013). As palavras-chave utilizadas nesse estudo foram mais abrangentes que o estudo de Andrade, Acurcio e Cherchiglia (2004) e incluíram: economia da saúde; avaliação econômica em saúde; avaliação de tecnologias em saúde; farmacoeconomia; financiamento da saúde; gastos em saúde; custos em saúde; alocação de recursos em saúde; equipamentos médicos; equipamentos hospitalares; e inovação tecnológica em saúde.

Com a finalidade de buscar informações sobre os grupos de pesquisa que explicitam os termos “economia da saúde” ou “economia política da saúde” no nome do grupo ou nas linhas de pesquisa, foi realizada busca na plataforma de grupos de pesquisa do CNPq, utilizando a expressão exata “economia da saúde”. Posteriormente, a consulta foi feita pelas palavras a seguir: “economia”, “política” e “saúde”. Após a eliminação de duplicatas, foram identificados sessenta grupos de pesquisa cadastrados no CNPq, considerando as duas estratégias de busca (agosto de 2024).³⁶ O quadro 1 apresenta as instituições cujos grupos estão cadastrados, o pesquisador líder e a área de conhecimento predominante de cada grupo identificado, a UF e a região geográfica.

QUADRO 1

Grupos de pesquisa em economia da saúde e em economia política da saúde (2024)

	Instituição	Grupo	Líderes	Área	UF	Região
1	Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim	Grupo de Pesquisas sobre Gestão de Saúde Populacional (GPGSP)	André Luis Charro Ramalho e Abel Silva de Meneses	Ciências da saúde	SP	Sudeste
2	Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública	Terapia Intensiva	Paulo Benigno Pena Batista e Juliana Caldas Ribeiro Bittencourt	Ciências da saúde	BA	Nordeste
3	Escola Superior de Ciências da Saúde	Laboratório de Dados para Qualidade do Cuidado e Pesquisa de Desfechos (LaDaQCOR)	Luiz Sérgio Fernandes de Carvalho e Ana Cláudia Cavalcante	Ciências da saúde	DF	Centro-Oeste
4	Fundação Getulio Vargas	Administração e Planejamento em saúde	Ana Maria Malik	Ciências sociais aplicadas	SP	Sudeste
5	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais	Grupo de Pesquisas em Economia da Saúde	Marcia Mascarenhas e Cristina Mariano Ruas	Ciências da saúde	MG	Sudeste
6	Fiocruz	Dinâmica Econômica das Atividades de Saúde no Brasil	Maria Angélica Borges dos Santos e Luciana Mendes Santos Servo	Ciências da saúde	RJ	Sudeste
7	Fiocruz	Grupo de Pesquisas Saberes e Práticas em Saúde	Islândia Maria Carvalho de Sousa e René Duarte Martins	Ciências da saúde	PE	Nordeste
8	Fiocruz	Telessaúde e Sistemas de Saúde	Angélica Baptista Silva	Ciências da saúde	RJ	Sudeste
9	Fiocruz	Violências, Gênero e Saúde	Paula Dias Bevilacqua	Ciências da saúde	MG	Sudeste

(Continua)

36. A busca foi realizada em 19 de agosto de 2024.

TEXTO para DISCUSSÃO

(Continuação)

	Instituição	Grupo	Líderes	Área	UF	Região
10	Fiocruz – Instituto Aggeu Magalhães	Grupo de Pesquisa em Governança de Sistemas e Serviços de Saúde	Garibaldi Dantas Gurgel Junior e Domício Aurélio de Sá	Ciências da saúde; saúde coletiva	PE	Nordeste
11	Inspere – Instituto de Ensino e Pesquisa	Núcleo de Estudo em Educação e Saúde	Cristine Campos de Xavier Pinto	Ciências sociais aplicadas	SP	Sudeste
12	Inspere	Núcleo de Estudos em Econometria Teórica, Microeconomia Aplicada, e Avaliação de Políticas	Sergio Pinheiro Firpo	Ciências sociais aplicadas	SP	Sudeste
13	Inspere	Núcleo de Saúde e Políticas Públicas	Vanessa Boarati	Ciências sociais aplicadas	SP	Sudeste
14	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP)	Políticas para o Desenvolvimento Humano	Rosa Maria Marques e Marcel Guedes Leite	Ciências sociais aplicadas	SP	Sudeste
15	PUC do Rio Grande do Sul	LAES – Grupo de Pesquisa e Análise em Economia Social	Marco Túlio Aniceto Franca e Gustavo Saraiva Frio	Ciências sociais aplicadas	RS	Sul
16	Universidade Católica de Pernambuco	Desenvolvimento Econômico e Sustentabilidade	José Alexandre Ferreira Filho e Alexandre Soares Ramos	Ciências sociais aplicadas	PE	Nordeste
17	Universidade de Brasília (UnB)	Estudos em Complicações Após Anestésias	Helga Bezerra Gomes da Silva e Gabriel Magalhães Nunes Guimarães	Ciências da saúde	DF	Centro-Oeste
18	Universidade de Fortaleza (Unifor)	Grupo de Pesquisa em Cognição, Aptidão Física e Promoção da Saúde	Thiago Medeiros da Costa Daniele e Diane Nocrato Esmeraldo Rebouças	Ciências da saúde	CE	Nordeste
19	USP	Grupo de Análise de Microdados para Avaliação, Monitoramento e Elaboração de Políticas Públicas (γ -metrics)	Maria Dolores Montoya Diaz e Fernando Antonio Slaibe Postali	Ciências sociais aplicadas	SP	Sudeste
20	USP	Saúde, Estado e Capitalismo Contemporâneo	Áquilas Nogueira Mendes	Ciências da saúde; saúde coletiva	SP	Sudeste
21	Universidade do Estado de Mato Grosso (Unemat)	Gestão Pública e Economia Regional (Geper)	Ademir Machado de Oliveira e Lindomar Pegorini Daniel	Ciências sociais aplicadas	MT	Centro-Oeste
22	Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)	Saúde, Sociedade, Estado, Mercado: estudos socioeconômicos em saúde coletiva	Paulo Henrique de Almeida Rodrigues e Marilena Cordeiro Dias Villela Corrêa	Ciências da saúde	RJ	Sudeste
23	Universidade Estadual de Maringá (UEM)	Métodos Quantitativos em Economia da Saúde	Cassia Kely Favoretto	Ciências sociais aplicadas	PR	Sul
24	Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes)	Grupo de Pesquisa em Educação, Trabalho e Saúde	Marília Borborema Rodrigues Cerqueira e Maria Patrícia da Silva	Ciências humanas	MG	Sudeste
25	Uece	Economia da Saúde	Marcelo Gurgel Carlos da Silva e André Lima Sousa	Ciências da saúde	CE	Nordeste
26	UFBA	Assistência Farmacêutica e Avaliação de Tecnologias em Saúde	Lúcia de Araújo Costa Beisl Noblat	Ciências da saúde	BA	Nordeste
27	UFBA	CEA/Grupo de Pesquisas em Economia Aplicada	André Luís Mota dos Santos e Vinícius de Araújo Mendes	Ciências sociais aplicadas	BA	Nordeste

(Continua)

(Continuação)

	Instituição	Grupo	Líderes	Área	UF	Região
28	Universidade Federal da Paraíba (UFPB)	Laboratório de Economia & Modelagem Aplicada (Lema)	Aléssio Tony Cavalcanti de Almeida e Hilton Martins de Brito Ramalho	Ciências sociais aplicadas	PB	Nordeste
29	Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)	Laboratório de Pesquisas em Economia Aplicada (Lapea)	Isabel Fontgalland e Carlos Antônio Soares de Andrade	Ciências sociais aplicadas	PB	Nordeste
30	UFG	Economia da saúde e Avaliação de Tecnologias em Saúde	Cristiana Maria Toscano	Ciências da saúde	GO	Centro-Oeste
31	UFG	Grupo de Economia	Sergio Fornazier Meyrelles Filho	Ciências sociais aplicadas	GO	Centro-Oeste
32	UFG	Laboratório de Análise de Microdados da Face (LAM/Face)	Sandro Eduardo Monsueto e Larissa Barbosa Cardoso	Ciências sociais aplicadas	GO	Centro-Oeste
33	Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)	Economia da Saúde	Alfredo Chaoubah	Ciências da saúde	MG	Sudeste
34	UFJF	Gestão em Saúde Pública e Privada (GESPP)	Mateus Clóvis de Souza Costa e Celso Souza de Moraes Junior	Ciências sociais aplicadas	MG	Sudeste
35	Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)	Laboratório Estudos e Pesquisas em Saúde Internacional e Cooperação (LABESIC)	Fabiano Tonaco Borges e Maria Angela Conceicao Martins	Ciências da saúde	MT	Centro-Oeste
36	Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)	Grupo de Estudos em Economia da Saúde e Criminalidade	Mônica Viegas Andrade e Kenya Valeira Micaela de Souza Noronha	Ciências sociais aplicadas	MG	Sudeste
37	UFMG	Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde (GPES)	Eli Iola Gurgel Andrade e Mariangela Leal Cherchiglia	Ciências da saúde	MG	Sudeste
38	UFMG	Grupo de Pesquisa em Farmacoepidemiologia	Francisco de Assis Acurcio e Juliana Alvares Teodoro	Ciências da saúde	MG	Sudeste
39	UFMG	Núcleo Observatório de Custos e Economia da Saúde (Noces)	Márcio Augusto Gonçalves e Bruno Pérez Ferreira	Ciências sociais aplicadas	MG	Sudeste
40	Universidade Federal de Ouro Preto (Ufop)	Carga Econômica e em Saúde Atribuível a Fatores de Risco (Cesar)	Ísis Eloah Machado	Ciências da saúde	MG	Sudeste
41	Ufop	Economia Aplicada (Ufop)	Fernanda Faria Silva e Victor Maia Senna Delgado	Ciências sociais aplicadas	MG	Sudeste
42	UFPE	Grupo Integrado de Estudos e Pesquisa em Economia da Saúde (Giespes)	Tatiane Almeida de Menezes e Roberta de Moraes Rocha	Ciências sociais aplicadas	PE	Nordeste
43	UFPE	Núcleo de Pesquisa em Inovação Terapêutica Suely Galdino (Nupit-SG)	Moacyr Jesus Barreto de Melo Rêgo e Maira Galdino da Rocha Pitta	Ciências da saúde	PE	Nordeste
44	UFPE	Política, Regulação e Organização Industrial	Rafael Coutinho Costa Lima	Ciências sociais aplicadas	PE	Nordeste
45	UFPE	Economia Política da Saúde	Adriana Falangola Benjamin Bezerra e Islândia Maria Carvalho de Sousa	Ciências da saúde; saúde coletiva	PE	Nordeste
46	Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)	Núcleo de Pesquisa da Indústria e da Tecnologia (NPIT)	Thales de Oliveira Costa Viegas e Cláudio José Silva Leão	Ciências sociais aplicadas	RS	Sul

(Continua)

TEXTO para DISCUSSÃO

(Continuação)

	Instituição	Grupo	Líderes	Área	UF	Região
47	Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)	CronoMarx	Leonardo Carnut	Ciências humanas	SP	Sudeste
48	Unifesp	Economia, Avaliação e Gestão de Serviços de Saúde	Paola Zucchi	Ciências da saúde	SP	Sudeste
49	Universidade Federal de Uberlândia (UFU)	Democracia, Saúde e Ambiente: DemSA	Juliana Pereira da Silva Faquim	Ciências da saúde; saúde coletiva	MG	Sudeste
50	UFU	Núcleo de Economia Social e do Trabalho (Nest)	Marcelo Sartorio Loural e Ana Maria de Paiva Franco	Ciências sociais aplicadas; economia	MG	Sudeste
51	Universidade Federal do Amazonas (Ufam)	Noces	Tristão Socrates Baptista e Manoel Carlos de Oliveira Junior	Ciências sociais aplicadas	AM	Norte
52	UFC	Estudos Econômicos e Regionais	Debora Gaspar Feitosa	Ciências sociais aplicadas	CE	Nordeste
53	UFC	Mercado de Trabalho, Economia da Saúde, Desenvolvimento Rural e Direitos Humanos	Silvando Carmo de Oliveira e Fernando Daniel de Oliveira Mayorga	Ciências sociais aplicadas	CE	Nordeste
54	Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes)	Grupo de Avaliação, Tecnologia e Economia em Saúde (Gates)	Michael Ruberson Ribeiro da Silva e Jéssica Barreto Ribeiro dos Santos	Ciências da saúde	ES	Sudeste
55	Ufes	Grupo de Pesquisa em Econometria (GPE)	Guilherme Armando de Almeida Pereira	Ciências sociais aplicadas	ES	Sudeste
56	Universidade Federal do Pará (UFPA)	Dinâmica Agrária e Desenvolvimento Sustentável na Amazônia (Dadesa)	Francisco de Assis Costa	Ciências sociais aplicadas	PA	Norte
57	Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)	Gestão, Economia e Educação em Saúde e Serviços Farmacêuticos	Isabella Piassi Dias Godói	Ciências da saúde	RJ	Sudeste
58	Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)	Gestão em Saúde	Ronaldo Bordin	Ciências da saúde	RS	Sul
59	Universidade Federal Fluminense (UFF)	Cidadania e Gerência na Enfermagem	Zenith Rosa Silvino e Cláudio José de Souza	Ciências da saúde	RJ	Sudeste
60	Universidade Regional do Cariri (Urca)	Observatório das Migrações no Estado do Ceará	Silvana Nunes de Queiroz	Ciências sociais aplicadas	CE	Nordeste

Fonte: Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq. Disponível em: <https://lattes.cnpq.br/web/dgp>. Acesso em: 19 ago. 2024.

Obs.: Abrange grupos de pesquisa que explicitam os termos “economia da saúde” ou “economia política da saúde” no nome do grupo ou nas linhas de pesquisa.

A distribuição geográfica dos grupos de pesquisa cadastrados no CNPq revela uma concentração predominante nas regiões Sudeste e Nordeste do Brasil, com menor representação nas regiões Centro-Oeste, Sul e Norte. A região Sudeste se destaca como o principal polo de pesquisa, abrigando trinta grupos, distribuídos entre os estados de Minas Gerais (treze grupos), São Paulo (dez grupos), Rio de Janeiro (cinco grupos) e Espírito Santo (dois grupos). Este predomínio reflete a elevada concentração de instituições de ensino superior e centros de pesquisa nessa região.

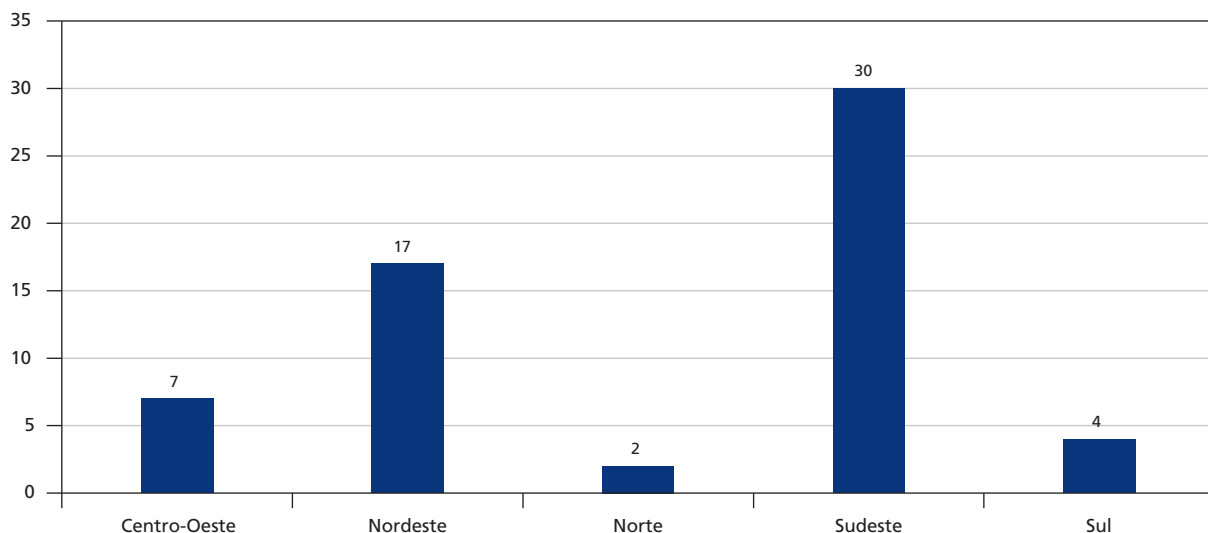
No Nordeste, encontram-se dezessete grupos de pesquisa, com uma distribuição mais equilibrada entre os estados da Bahia (três grupos), Ceará (cinco grupos) e Pernambuco (cinco grupos), com menor representação na Paraíba (dois grupos). Não há grupos cadastrados nos estados de Alagoas, Sergipe, Maranhão e Piauí. A região Centro-Oeste abriga sete grupos de pesquisa, no Distrito Federal (dois grupos), em Goiás (três grupos), com uma presença menor em Mato Grosso (dois grupos), não havendo representantes em Mato Grosso do Sul.

No Sul do país, apenas quatro grupos de pesquisa estão cadastrados, divididos entre os estados do Paraná (um grupo) e Rio Grande do Sul (três grupos), sem representação de Santa Catarina. Por fim, a região Norte possui a menor representação, com apenas dois grupos de pesquisa, localizados nos estados do Amazonas (um grupo) e do Pará (um grupo). Não há grupos cadastrados nos estados do Acre, do Amapá, de Rondônia, de Roraima e de Tocantins.

O gráfico 1 apresenta a distribuição, por região geográfica, dos grupos de pesquisa em economia da saúde.

GRÁFICO 1

Distribuição geográfica dos grupos de pesquisa em economia da saúde e em economia política da saúde (2024)



Fonte: Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq. Disponível em: <https://lattes.cnpq.br/web/dgp>. Acesso em: 19 ago. 2024.

Obs.: Abrange grupos de pesquisa que explicitam os termos “economia da saúde” ou “economia política da saúde” no nome do grupo ou nas linhas de pesquisa.

3.3 Fontes de informação e ferramentas

Quanto às fontes de informação úteis aos estudos e às atividades do campo da economia da saúde, destacam-se nesta seção alguns sistemas de informação e portais da internet. Eles podem ser utilizados na obtenção de dados e informações por técnicos e gestores do SUS, além de pesquisadores, enquanto as ferramentas de economia da saúde são instrumentos que podem ser empregados na produção de informação nessa área. Entre os sistemas de informação, um dos primeiros a ser desenvolvido pelo MS foi o Banco de Preços em Saúde (BPS). O BPS foi criado em 1998 e registra informações de compras públicas e privadas de medicamentos e dispositivos médicos. Por interoperar com o Siasg, contempla informações de todas as aquisições feitas pelos órgãos da União, obrigatoriamente, e por outras instituições das demais esferas de governo que optem pelo uso do Portal de Compras do Governo Federal – ComprasNet (Brasil e Opas, 2013c). Sua principal finalidade é possibilitar o uso de informações de compras públicas e privadas na comparação de preços, na formação do preço de referência em licitações públicas e na realização de estudos que envolvam os preços e os custos de medicamentos e produtos para a saúde. Consulta ao painel de dados do sistema e acesso à funcionalidade para exportação de relatórios estão disponíveis publicamente.³⁷

Outro sistema de informação muito relevante é o Siops, que foi criado em 2000 para possibilitar o acompanhamento das aplicações mínimas dos estados, do Distrito Federal e dos municípios em ações e serviços públicos de saúde (ASPS), as quais se tornaram obrigatórias por força da Emenda Constitucional (EC) nº 29/2000. Em 2012, com a aprovação da Lei Complementar (LC) nº 141, o uso do sistema se tornou compulsório para esses entes federados e para a União (Brasil e Opas, 2013b). O Siops é fundamental para os estudos e as estatísticas que envolvem o financiamento e o gasto públicos em saúde. Foi a partir da disponibilização do Siops que o Brasil teve condições para produzir suas contas de saúde. Dados declarados pelos entes, assim como uma série de indicadores, podem ser obtidos por consulta pública na internet.³⁸ No caso dos gastos da União, destacam-se dois sistemas de informação: o Siga Brasil,³⁹ mantido pelo Senado Federal; e o Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (Siop).⁴⁰ Ambos os sistemas disponibilizam painel de dados de despesa e possibilitam ao usuário a construção de relatórios a partir de filtros e variáveis disponíveis.

37. Ver: https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI_DEMAS_BPS/SEIDIGI_DEMAS_BPS.html.

38. Ver: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/siops>.

39. Ver: <https://www12.senado.leg.br/orcamento/sigabrasil>.

40. Ver: [https://www.siop.planejamento.gov.br/modulo/login/index.html#/.](https://www.siop.planejamento.gov.br/modulo/login/index.html#/)

Destaca-se também o Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS (ApuraSUS), que é uma ferramenta desenvolvida pelo MS para auxiliar no processo de apuração e gestão de custos em estabelecimentos de saúde do SUS.⁴¹ O sistema é disponibilizado para as instituições que aderem ao Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC). Trata-se de um sistema web, que possibilita a apuração do custo dos serviços prestados, tendo por método o custeio por absorção com alocação recíproca.⁴²

O desenvolvimento do ApuraSUS é parte de um esforço que teve início em 2005, com a discussão e definição do método de custeio mais apropriado para aplicação no contexto do SUS, dadas as características dos estabelecimentos de saúde e a forma de organização desses estabelecimentos nesse sistema de saúde (Brasil, 2006b). Como parte desse esforço, o MS publicou em 2013, por meio do Desid, o livro *Introdução à Gestão de Custos em Saúde* (Brasil, 2013d), com o objetivo de oferecer a base conceitual necessária ao processo de implantação da gestão de custos. Além disso, editou a Portaria nº 55, de 10 de janeiro de 2018, formalizando tanto o PNGC quanto o ApuraSUS (Brasil, 2018), que existiam, informalmente, desde 2005 e 2013, respectivamente.

Uma ferramenta útil é a Calculadora do Cidadão, do Banco Central do Brasil (BCB), que possibilita a correção monetária do valor em reais por diferentes índices de preço, bastando informar o valor, o período e o índice que se deseja utilizar.⁴³ A atualização monetária nos estudos contendo séries de gastos e de custos em saúde é importante para a comparação dos valores entre os anos, em uma mesma base de valor da moeda.

Quanto à especificação de medicamentos e produtos para a saúde para uso em processos licitatórios, podem ser consultadas publicações do MS relacionadas ao Catmat. Esses documentos tratam da catalogação de materiais como ferramenta de gestão em saúde, dos procedimentos para a catalogação de produtos para a saúde no Catmat, do padrão descritivo de medicamentos, de órteses e próteses não implantáveis e implantáveis, de reagentes para diagnóstico clínico, de reagentes analíticos, de materiais para laboratório e para instrumentais cirúrgicos.⁴⁴

No que se refere aos portais na internet, o Ipeadata, portal mantido pelo Ipea, apresenta séries de dados em três dimensões: i) macroeconômica, com dados econômicos

41. Ver: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/desid/apurasus> e <http://aplicacao.saude.gov.br/apurasus/login.jsf>.

42. Ver: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pngc/perguntas-e-respostas/o-que-e-o-sistema>.

43. Ver: <https://www3.bcb.gov.br/CALCIDADA0/publico/exibirFormCorrecaoValores.do?method=exibirFormCorrecaoValores>.

44. Ver: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/desid/catmat/publicacoes>.

e financeiros do Brasil em séries anuais, mensais e diárias na mesma unidade monetária; ii) regional, com dados econômicos, demográficos e geográficos para estados, municípios (e suas áreas mínimas comparáveis), regiões administrativas e bacias hidrográficas brasileiras; e iii) social, com dados e indicadores sobre distribuição de renda, pobreza, educação, saúde, assistência social, com desagregações por gênero, raça/cor da pele, entre outras variáveis.⁴⁵

Outro portal mantido pelo Ipea, o Beneficiômetro da Seguridade Social, é uma ferramenta voltada para os benefícios garantidos pelo Estado no âmbito da seguridade social, abrangendo indicadores sobre as ofertas das políticas de assistência social, previdência social e saúde. O portal permite o *download* das séries de dados e as fichas de qualificação dos indicadores. Além disso, oferece informações sobre a estrutura da seguridade social no Brasil e, no caso da saúde, informações sobre o SUS.⁴⁶

Especificamente sobre economia da saúde, o Ipea lançou a Plataforma Economia da Saúde, em novembro de 2024, um portal de informação que busca promover a aplicação do conhecimento em economia da saúde nas decisões no SUS, além de impulsionar a pesquisa na área, visando contribuir para a garantia do direito universal, igualitário e integral de acesso aos bens e serviços de saúde no Brasil.⁴⁷

Quanto aos indicadores de recursos físicos, humanos e financeiros em saúde, o Comitê Gestor de Indicadores de Recursos da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa) está trabalhando na atualização das séries de dados para disponibilização pública. A Ripsa foi instituída em 1996 pelo MS em parceria com a Opas/OMS. Ficou desmobilizada entre 2014 e 2022, sendo retomada em 2023, com ampliação das instituições participantes.⁴⁸ A expectativa é de que as séries e as fichas de qualificação dos indicadores sejam disponibilizadas em 2025.

Outra iniciativa envolvendo a disponibilização de indicadores é o Projeto de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde (Proadess), implementado pelo Laboratório de Informação da Saúde, do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT), da Fiocruz.⁴⁹ Além de indicadores de recursos, a matriz do projeto contempla indicadores de desempenho dos serviços de saúde, envolvendo as dimensões de efetividade, acesso, eficiência, entre outras.

45. Ver: <http://www.ipeadata.gov.br/Default.aspx>.

46. Ver: <https://www.ipea.gov.br/portal/beneficiometro>.

47. Ver: <https://www.ipea.gov.br/portal/economiasaude>.

48. Ver: <https://www.ripsa.org.br/> e <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/demas/ripsa>.

49. Ver: https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=so_proj.

Para a obtenção de dados internacionais sobre gastos em saúde, pode-se consultar a base de dados mantida desde 2000 pela OMS, de acesso aberto ao público, que reúne informações sobre despesas nesse setor de mais de 190 Estados-membros dessa organização. Essa base permite responder a perguntas sobre a magnitude dos gastos dos países em saúde; quanto dos gastos com saúde vem do governo, das famílias e dos doadores, ou quanto é canalizado por meio de acordos de financiamento de saúde obrigatórios e voluntários. Além disso, inclui dados sobre despesas por funções de cuidados de saúde, por tipo de provedor e por doenças para um conjunto de países.⁵⁰ De maneira semelhante, a OCDE disponibiliza dados sobre gastos em saúde de seus países-membros e de outros países, abrangendo também dados sobre recursos humanos, utilização de cuidados de saúde, equipamentos, riscos à saúde e situação de saúde.⁵¹

Em relação ao acesso a artigos e documentos técnicos, a plataforma BVS Ecos é um portal muito relevante. Foi desenvolvida para prover informação especializada em economia da saúde, a partir da constituição de uma rede de centros colaboradores (bibliotecas e centros de documentação e informação), responsáveis pela complementação da informação já disponível nas fontes existentes. Isso é feito por meio do mapeamento e da indexação de documentos não disponíveis nessas outras fontes à Base de Dados de Economia da Saúde (Brasil, 2012b; 2015). Os documentos na BVS Ecos podem ser consultados por temas, o que facilita a recuperação de trabalhos mais alinhados às necessidades de seus usuários.⁵²

3.4 Uso do conhecimento por gestores públicos de saúde

A aplicação do conhecimento em economia da saúde pelos gestores de saúde, na tomada de decisão sobre políticas e serviços, tem enfrentado algumas barreiras, tanto no Brasil quanto em outros países. Entre os principais obstáculos identificados estão a falta de capacitação das equipes técnicas, o acesso limitado aos estudos, a credibilidade e relevância das pesquisas, assim como a tempestividade na disponibilização dos resultados dos estudos. Contudo, são apontados também alguns fatores que podem contribuir para a melhoria dessa situação. O crescente interesse de acadêmicos e gestores em estudos econômicos, assim como a relevância percebida desses estudos para o SUS, são sinais positivos. Além disso, a capacitação de gestores e equipes, além do compartilhamento de informações entre diferentes esferas governamentais,

50. Ver: <https://apps.who.int/nha/database>.

51. Ver: <https://www.oecd.org/en/data/datasets/oecd-health-statistics.html>.

52. Ver: <https://economia.saude.bvs.br/>.

são considerados essenciais para aumentar a utilização de análises econômicas nas decisões de saúde (Vieira *et al.*, 2017b).

O MS vem contribuindo para a ampliação do uso de evidências do campo da economia da saúde na tomada de decisão em saúde, por meio do fomento à capacitação de técnicos do SUS, a exemplo das iniciativas já mencionadas com financiamento pelo Desid (Brasil, Ipea e Reino Unido, 2007; Brasil, 2015); do apoio à produção científica, com a publicação de editais de pesquisa;⁵³ da manutenção da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (Rebrats);⁵⁴ e da colaboração com a Opas/OMS para fortalecimento da Rede para Políticas Informadas por Evidências do Brasil (EVIPNet).⁵⁵

A partir de 2011, a criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) impulsionou a produção e a utilização de avaliações econômicas em saúde. A legislação que instituiu essa comissão prevê o uso dessas avaliações para comparar os benefícios e custos das tecnologias não incorporadas com os benefícios e custos das já incorporadas ao SUS, no processo de avaliação de tecnologias em saúde (Brasil, 2011b). Contudo, até recentemente, o custo das tecnologias ainda não parece ter assumido relevância nesse processo, uma vez que a Conitec não mencionou esse critério em parte considerável de suas recomendações publicadas em 2019 e 2020, por exemplo (Vieira, Piola e Servo, 2022).

Ressalta-se que pouco se sabe sobre o uso de estudos econômicos pelos gestores do SUS nos âmbitos estadual e municipal, sendo necessárias novas pesquisas que investiguem essa questão, bem como iniciativas de capacitação de agentes públicos e de disseminação do conhecimento produzido.

4 A CONTRIBUIÇÃO DO IPEA PARA A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA ECONOMIA DA SAÚDE NO BRASIL

4.1 Trabalhos iniciais

O Ipea foi criado em 1964, mas somente em 1967 uma área específica dedicada a questões relacionadas à saúde e outras áreas sociais foi instituída, como o Centro Nacional de Recursos Humanos (CNRH). Inicialmente, denominado Escritório de Pesquisa Econômica Aplicada (Epea), foi instituído com o propósito de ser uma espécie de “órgão pensante de

53. Ver: <https://economia.saude.bvs.br/2022/08/08/chamada-publica-pesquisas-para-a-melhoria-do-gasto-publico-em-saude/>.

54. Ver: <https://rebrats.saude.gov.br/>.

55. Ver: <https://brasil.evipnet.org/>.

governo que fizesse pesquisa econômica aplicada, ou seja, *policy-oriented*, e que ajudasse o governo a formular o planejamento, numa visão estratégia de médio e longo prazos”, conforme afirmou João Paulo dos Reis Velloso, presidente do Epea e do Ipea no período de 1964 a 1968 (D’Araujo, Farias e Hippólito, 2005, p. 21).⁵⁶ A primeira incumbência do Epea foi revisar o Programa de Ação Econômica do Governo (Paeg), que também incluía diversas áreas sociais.

Nos seus primeiros anos, o CNRH teve maior protagonismo nas áreas de educação e trabalho, refletindo o reconhecimento da importância dessas áreas para o desenvolvimento econômico. A área de saúde começou a ganhar corpo em meados de 1970, no governo Ernesto Geisel. Em 1974, sob a liderança de Eduardo Kertész, o Ipea foi incumbido de redefinir os programas de alimentação e nutrição do governo federal.⁵⁷ Nesse mesmo ano, a área de saúde do Ipea, por solicitação da Secretaria de Planejamento da Presidência da República (Seplan/PR), iniciou negociações com o sanitarista José Carlos Seixas, secretário-executivo do Ministério da Saúde, para elaborar um programa de extensão de cobertura de serviços básicos de saúde, em substituição à proposta inicialmente apresentada pela pasta de expandir os serviços da Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP), instituição federal vinculada àquele ministério.

A revisão dos programas federais – como o de merenda escolar, do Ministério de Educação (MEC); o de distribuição de alimentos, da antiga Legião Brasileira de Assistência (LBA); e o de nutrição e saúde, do MS, entre outros – resultou em uma proposta de reformulação do I Programa Nacional de Alimentação e Nutrição – I Pronan (Brasil, 1973), dentro de uma nova lógica, integrando essas ações no II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição – II Pronan (Brasil, 1976). O II Pronan (1975-1979) trouxe inovações, como a priorização da distribuição de alimentos básicos em detrimento dos alimentos formulados, predominantes na época, principalmente nos programas de merenda escolar e de distribuição de alimentos da LBA. O programa também expandiu a distribuição de alimentos básicos para famílias carentes, por meio do Programa de Saúde e Nutrição do MS, e, sobretudo, buscou estimular a compra de alimentos junto a pequenos produtores.

Na área de saúde, para responder à solicitação do MS junto à Seplan/PR por mais recursos para expansão dos serviços em pequenas localidades, o Ipea apresentou uma proposta bem diferente da inicialmente encaminhada pelo ministério. A expansão dos

56. João Paulo dos Reis Velloso. Entrevista registrada nas p. 21-40 da publicação *Ipea 40 Anos: uma trajetória voltada para o desenvolvimento* (D’Araujo, Farias e Hippólito, 2005).

57. O Pronan 1973-1974 era composto por doze subprogramas, advindos de diversas estruturas de governo. Porém, devido a dificuldades de operação e irregularidades constatadas em auditorias realizadas pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição – Inan, sua vigência durou somente até 1974 (Silva, 2014).

serviços seria direcionada a pequenas localidades da região Nordeste, integrando ações de saúde e de saneamento básico. A provisão de serviços básicos de saúde ficaria a cargo de pessoal auxiliar devidamente treinado, utilizando pequenos postos de saúde supervisionados pela rede existente de centros de saúde. Além disso, a execução do programa seria descentralizada, sob responsabilidade das secretarias estaduais de saúde, em vez de ser uma expansão federal de unidades da antiga FSESP, como previsto na solicitação inicial dirigida à Seplan/PR pelo MS. Essa proposta deu origem ao Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), elaborado pelo Ipea entre 1974 e 1975.⁵⁸

Embora a Declaração de Alma-Ata sobre cuidados primários de saúde seja de 1978, o Brasil já desenvolvia experiências de expansão desses cuidados, fosse por meio de hospitais-escola, fosse através de iniciativas municipais, com ou sem apoio de órgãos internacionais. Exemplos dessas experiências incluem Niterói-RJ, Caruaru-PE e Montes Claros-MG. Para a formulação de um programa do governo federal inspirado nessas experiências, a área de saúde do Ipea foi fortalecida com profissionais experientes⁵⁹ e novos integrantes.⁶⁰ Ademais, a formulação das diretrizes que deveriam pautar o trabalho da área de saúde do CNRH contou com o suporte de renomados especialistas defensores da atuação pública na área da saúde, como Mário Magalhães da Silveira⁶¹ e Carlos Gentile de Mello.

A colaboração entre a área de saúde do CNRH/Ipea e o MS se intensificou durante a implementação do Piass. O Ipea integrou tanto o Grupo Executivo Interministerial (Gein),⁶² que orientava a execução do programa, quanto a secretaria técnica, vinculada à então secretaria-geral da pasta, que apoiava as secretarias de saúde dos estados na implantação do Piass.⁶³ A proposta desse programa foi inovadora, por desenvolver ações de saúde e saneamento em pequenas localidades; por promover a execução descentralizada

58. O Piass, vinculado ao MS, foi instituído pelo Decreto Presidencial nº 78.307, de 24 de agosto de 1976. Com vigência de 1976 a 1979, foi inicialmente implantado na região Nordeste.

59. Citemos dois exemplos: Solon Magalhães Vianna e Vitor Gomes Pinto.

60. Citando alguns nomes: Maria Elizabeth Diniz Barros, Sérgio Francisco Piola, Anna Maria Medeiros Peliano e Ana Regina Reis.

61. Mário Magalhães da Silveira assessorou a equipe no Ipea na recuperação das propostas de descentralização dos serviços apresentadas na III Conferência Nacional de Saúde de 1953 (da qual ele foi um dos principais artífices) e na discussão do Piass, elaborado pelo Ipea em 1975.

62. O Gein do Piass era composto pelo secretário-geral do MS, por representante do MPAS, do Ministério do Interior (representado pela Sudene) e por representante do Ministério de Planejamento. Neste grupo interministerial, a representação deste último foi feita pelos diretores da área de saúde do CNRH, Eduardo de Mello Kertész (Titular) e Leandro Amaral Lopes (suplente).

63. Os dois primeiros coordenadores da secretaria técnica do Piass foram os sanitaristas Nelson Rodrigues dos Santos; logo a seguir, Francisco de Assis Machado; e, posteriormente, José Alberto Hermógenes.

para estados e municípios; e integrar, no seu financiamento, recursos da Seplan/PR, do Ministério da Saúde, do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), via Fundo de Apoio ao Trabalhador Rural (Funrural), e do Ministério do Interior. Técnicos da equipe de saúde do Ipea também participaram do acompanhamento dos novos programas de alimentação e nutrição, mantendo uma ligação bastante estreita com os técnicos dos diversos ministérios envolvidos na área. Esse envolvimento bastante próximo com as áreas técnicas dos ministérios setoriais sempre foi uma característica marcante do modo de atuação do Ipea/Saúde nesse período.

Após essa fase inicial de participação na elaboração e no acompanhamento de programas específicos e também envolvimento em propostas de reformulação do sistema público de saúde,⁶⁴ o Ipea passou a focar a produção de estudos e pesquisas. Esse novo direcionamento foi fortemente estimulado pela chegada de Cláudio Moura Castro ao cargo de secretário-executivo do CNRH, em 1982, e por sua permanência até 1986. Moura Castro convenceu a área social da instituição sobre a importância de maior divulgação dos trabalhos produzidos no CNRH. Nesse período, a área de saúde do Ipea iniciou seus primeiros estudos sobre o financiamento das áreas sociais,⁶⁵ com ênfase na política e no financiamento do sistema de saúde brasileiro.⁶⁶

Nos anos seguintes, até meados dos anos 1990, a área de saúde do Ipea manteve uma participação ativa na discussão de políticas voltadas para a reconfiguração do sistema de saúde brasileiro, que era altamente segmentado, mesmo no setor público. A principal divisão ocorria entre os serviços médico-assistenciais da Previdência Social, que atendiam basicamente a população vinculada ao mercado formal de trabalho, e o MS, juntamente com as secretarias estaduais e municipais de saúde, que desenvolviam ações de saúde pública e de atendimento médico-hospitalar ao restante da população.

Desde o final da década de 1970, a ideia de um sistema único para os serviços públicos de saúde começou a ser debatida. Uma proposta, nesse sentido, foi apresentada em simpósio realizado pela Câmara dos Deputados em 1979. Apesar de não ser

64. É dessa época o texto de Solon Magalhães Vianna e Sérgio Francisco Piola *Os desafios da reforma sanitária* (Vianna e Piola, 1986), referenciado em documentos elaborados pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS).

65. Esse trabalho de consolidação do gasto federal em áreas sociais, que foi elaborado durante muitos anos na instituição, começou na área de saúde do Ipea entre 1984 e 1986. Em dezembro de 1987, foi publicado o texto *Recessão e gasto social: a conta social consolidada 1980-1986* (Vianna et al., 1987). Posteriormente, Ribeiro e Fernandes (2000) aperfeiçoaram a metodologia de apuração do gasto social federal para os anos 1990. Esses trabalhos foram muito importantes porque, à época, o acesso aos sistemas de informações sobre o orçamento público era difícil.

66. É dessa época uma das primeiras publicações do Ipea que tratava do financiamento do sistema público de saúde do Brasil (McGreevey et al., 1984).

uma ideia nova, pois já era aplicada em alguns sistemas de países da Europa, como Inglaterra, Itália e Espanha, foi nesse simpósio que a questão foi debatida como uma alternativa para o Brasil, no documento *A questão democrática na área da saúde*, apresentado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes, 1980).

O processo de reforma do sistema de saúde brasileiro, na forma em que foi aprovado na CF/1988, foi gestado em duas vertentes, desde a segunda metade dos anos 1970: i) no plano institucional; e ii) no plano político e de organizações da sociedade civil. No plano institucional, propostas de reorganização do sistema de saúde, a partir de 1976, buscavam melhorar a coordenação entre o MS e a assistência médica da Previdência Social,⁶⁷ no âmbito federal, além de promover maior desconcentração e algum grau de descentralização da gestão para os estados, o Distrito Federal e os municípios. Entre as principais iniciativas desse movimento, destacam-se o Piass,⁶⁸ de 1976, a instalação da Comissão Permanente de Consulta (CPC),⁶⁹ o Programa de Reestruturação da Assistência Médica Previdenciária – Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, mais conhecido como Plano do Conasp –,⁷⁰ e o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde),⁷¹ de 1980 e 1981. Também se podem citar as Ações Integradas de Saúde, de 1986,⁷² e os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), de

67. Na época, a assistência médica aos trabalhadores urbanos era provida pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), e aos trabalhadores rurais, por intermédio do Funrural.

68. O Piass, criado pelo Decreto Presidencial nº 78.307/1976, foi desenvolvido pelo MS, em articulação com o MPAS/Inamps, a Seplan/PR e o Ministério do Interior, em convênio com as secretarias estaduais de saúde; e foi implementado inicialmente na região Nordeste. Tinha como objetivo a implantação de serviços básicos de saúde e foi executado de 1976 a 1979.

69. A CPC foi criada em 1976 para promover a articulação entre MS e MPAS e regular a Lei nº 6.229/1975, mas, nesse particular, teve sucesso menor do que outros fóruns, como o Gein do Piass (Escorel, 2012).

70. O Conselho Consultivo de Administração da Assistência Médica Previdenciária (Conasp) foi criado em 2 de setembro de 1981 (Decreto Presidencial nº 86.329) para propor medidas de contenção dos gastos da Previdência Social com assistência médica. Participavam desse conselho representantes de diversos ministérios, inclusive Fazenda, Planejamento e Desburocratização; de confederações patronais; e de representações dos trabalhadores e dos médicos (Conselho Federal de Medicina – CFM). O Plano do Conasp foi aprovado em 1982 e teve como avanços importantes as modificações na forma de remuneração dos serviços hospitalares prestados por instituições públicas – substituindo o antigo pagamento por unidades de serviços – e a adoção de convênios trilaterais entre MS, MPAS e governos dos estados (Escorel, 2012).

71. O Prev-Saúde foi uma proposta racionalizadora que propunha maior integração dos serviços do setor público e ênfase na atenção básica de saúde. A proposta, que não chegou a ser aprovada, encontrou grandes resistências, tanto no MS como no MPAS, o que inviabilizou sua aprovação (Rodríguez Neto, 2019; Escorel, 2012).

72. Programa de Ações Integradas de Saúde (Pais), em 1983, transformado em ações integradas de saúde (AIS) em 1984, visava à integração interinstitucional e à descentralização. Em 1987, cerca de 2,5 mil municípios estavam integrados às AIS (Escorel, 2012).

1987,⁷³ que encerram o ciclo de iniciativas no plano institucional que tinham o objetivo de conferir maior coordenação e interação aos serviços públicos de saúde.

No campo das organizações da sociedade civil,⁷⁴ as propostas e discussões ganharam força pelo contexto da redemocratização do país. A elaboração de uma nova Constituição representou um momento propício para o acolhimento de uma série de propostas que surgiram no tocante a uma reformulação do sistema nacional de saúde. Eventos importantes, como a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada entre 17 e 21 de março de 1986, e o 1º Congresso Brasileiro de Saúde Pública, organizado pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), realizado entre 22 e 26 de setembro de 1986, foram cruciais para consolidar os anseios do Movimento Sanitarista a respeito da organização de um novo sistema público de saúde. Durante o congresso, foi discutida uma proposta de redefinição do sistema público de saúde, com base nas orientações da 8ª Conferência Nacional de Saúde,⁷⁵ proposta que, posteriormente, foi referendada pela CNRS e levada à Assembleia Constituinte.

A segunda metade dos anos 1980 foi marcada por intensas discussões a respeito dos contornos de uma nova Constituição, debates que ganharam grande protagonismo no país e, como esperado, no âmbito dos trabalhos do Ipea. Nesse contexto, a área de saúde do instituto teve papel significativo nas discussões acerca dos novos contornos do financiamento da seguridade social e, em especial, da saúde, participando de um grupo de trabalho formado na CNRS para discutir as novas propostas de financiamento do setor.

O Ipea, representado por diversos de seus técnicos, colaborou ativamente na realização de estudos, participando de grupos de trabalho junto a outras instituições governamentais e organizações da sociedade civil, para subsidiar o processo constituinte a partir de 1986. A área de saúde do Ipea participou da elaboração de documento

73. O Programa de Sistemas Descentralizados e Unificados de Saúde (SUDS), de 1987, aprovado por decreto e originário da Presidência do Inamps, tinha como proposta a transferência dos serviços de saúde da Previdência Social para estados e municípios, o estabelecimento do secretário de Saúde como gestor único do sistema em cada esfera de governo, entre outras medidas. Foi, de certa forma, uma proposta de preparação para o SUS (Escorel, 2012).

74. O que se chama, no Movimento de Reforma Sanitária, de organizações da sociedade civil são instituições como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Abrasco, entre outras.

75. A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada de 17 a 21 de março de 1986, notabilizou-se pela ampla participação de organizações da sociedade civil, com delegados eleitos, incluindo representações sindicais, associações de profissionais de saúde, movimentos populares da saúde e associações que vinham liderando a luta pela revisão integral do sistema, como o Cebes e a Abrasco.

produzido pelo Grupo de Trabalho sobre o Financiamento da Saúde⁷⁶ para a CNRS. Essa comissão, criada pela Portaria Conjunta MEC/MS/MPAS nº 02, de 22 de agosto de 1986, contava com uma composição bastante diversificada, incluindo representantes de órgãos governamentais e da área privada, sendo que dois técnicos do Ipea estavam entre os representantes da área governamental.⁷⁷ Nesse período, a área de saúde do Ipea participou intensamente nos estudos e eventos que antecederam a criação do SUS pela CF/1988, e seu foco mais importante foi a discussão do novo sistema que seria criado por essa Constituição.

A análise da produção institucional da área de saúde do Ipea, entre os anos 1980-1990, revela que o foco estava concentrado em estudos e pesquisas sobre o financiamento da saúde. Essa “escolha” despertou o interesse e aproximou os pesquisadores do Ipea da área de economia da saúde. Mendes e Marques (2006) destacam, entre as contribuições significativas desse período, o estudo de apuração do gasto social federal (Vianna *et al.*, 1987) e o trabalho de avaliação da aplicabilidade dos critérios do art. 35 da Lei nº 8.080/1990 (Vianna *et al.*, 1991), ambos fundamentais para a institucionalização da economia da saúde no serviço público brasileiro.

Ademais, como foi discutido no capítulo sobre a institucionalização da economia da saúde no setor público do Brasil, a atuação da área de saúde do Ipea foi especialmente ativa em cinco frentes: i) na criação da ABrES; ii) na coordenação da elaboração de um livro sobre economia da saúde; iii) na colaboração com o MS na coordenação do PES; iv) no trabalho conjunto com o Ministério da Saúde, o IBGE, a Fiocruz e a ANS para produção das contas nacionais em saúde, tanto na forma de conta-satélite quanto no modelo OCDE; e v) nas publicações científicas relacionadas ao acompanhamento das políticas, em particular do financiamento público da saúde. Essas frentes de atuação serão mais bem detalhadas nas próximas seções.

76. Participaram do grupo de trabalho: André Cezar Médiçi (coordenador); Adolfo H. Chorny, Beatriz Azeredo da Silva, Miguel Murat, Pedro Luiz B. Silva, Fernando Rezende e Sérgio Francisco Piola, sendo estes dois últimos do Ipea.

77. A CNRS era composta por nove representantes de ministérios do governo federal, entre os quais, dois técnicos do Ipea, dois representantes das secretarias estaduais de saúde, um representante das secretarias municipais, dois representantes do Congresso Nacional, três representantes de centrais sindicais de trabalhadores, dois representantes das associações de prestadores privados de serviços de saúde (Federação Brasileira dos Hospitais e Confederação das Misericórdias), um representante dos médicos (Federação Nacional dos Médicos) e uma vaga para o Conselho Nacional das Associações de Moradores.

4.2 Participação na criação da ABrES

O interesse dos técnicos do Ipea pela economia da saúde, no sentido mais amplo, intensificou-se a partir do segundo quinquênio da década de 1980. Esse interesse ganhou força através da aproximação entre seus profissionais e pesquisadores de outras instituições nacionais⁷⁸ e internacionais⁷⁹ dedicadas ao tema. Com o apoio financeiro do Ipea e do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), foi iniciada a cooperação Brasil-Portugal no campo da economia da saúde, que culminou na realização do primeiro *workshop* internacional sobre a matéria, realizado em Brasília em novembro de 1989. Esse evento contou com a participação da Associação Portuguesa de Economia da Saúde (Apes) e da Asociación de Economía de la Salud – España (AES); e, durante suas discussões, foi concretizada a proposta de criação de uma associação brasileira de economia da saúde. Essa proposta já havia sido apresentada em junho de 1989, no Rio de Janeiro, durante seminário sobre economia e financiamento da saúde realizado na Ensp/Fiocruz. A ata de criação da ABrES registra a participação de quatro técnicos do Ipea (ABrEs, 1989). Ao longo dos primeiros anos de existência da ABrES, o Ipea colaborou técnica e financeiramente com a associação em diversas ocasiões.⁸⁰

4.3 Publicação de livro sobre a economia da saúde

A ideia de publicar um livro que reunisse uma série de artigos de autores brasileiros e portugueses surgiu em 1992, durante o II Workshop sobre Economia da Saúde, organizado pela ABrES, em parceria com o Núcleo de Estudos de Políticas e Serviços de Saúde (Neposs) da Faculdade de Saúde Pública da USP. O evento contou com o apoio do Ipea/PNUD, além da cooperação da AES e da Escola Nacional de Saúde Pública de Lisboa, por meio de seus docentes Francisco Ramos e João Pereira. No encontro discutiu-se a conveniência, oportunidade e viabilidade da edição de um livro luso-brasileiro de economia da saúde, destinado a circular em países lusófonos. Na ocasião, decidiu-se que o livro deveria servir para iniciar profissionais de saúde, economistas e administradores em algumas questões básicas de economia da saúde, apresentadas de forma didática, preservando-se o português do país de origem de seus autores.

O livro contém onze capítulos. O capítulo I tem por título – *O que é a economia da saúde*; o capítulo II discorre sobre aspectos teóricos e conceituais do financiamento das

78. Ensp/Fiocruz, USP, Faculdade de Saúde Pública da USP, Fundação para o Desenvolvimento Administrativo Público (Fundap/SP) e Escritório Local da Opas/OMS em Brasília.

79. Opas/OMSpas, Banco Mundial (BM) e Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), Apes e AES.

80. Em 2012, por exemplo, o Ipea, por intermédio do PNUD, participou do financiamento da VI Jornada Nacional de Economia da Saúde, realizada em Brasília, no período de 17 a 19 de outubro.

políticas de saúde; o capítulo III discute a questão do normativismo e os incentivos na área da saúde; o capítulo IV apresenta a questão da demanda e da demanda em saúde; o capítulo V discorre sobre justiça social, equidade e necessidade em saúde; o capítulo VI traz um estudo empírico, aplicado ao sistema de saúde português, sobre a prestação de cuidados de saúde de acordo com as necessidades; o capítulo VII trata da questão da distribuição de recursos num sistema público de saúde, segundo os preceitos da equidade, da eficiência técnica e da eficiência distributiva; o capítulo VIII trata de incentivos fiscais e equidade no financiamento da saúde em Portugal; o capítulo IX discorre sobre instrumentos de avaliação econômica dos serviços de saúde, seus alcances e limitações; o capítulo X é dedicado à concepção econômica de custos; e o capítulo XI traz um estudo de avaliações dos custos da terapêutica anti-inflamatória no tratamento da patologia reumática. Por fim, em apêndice, o livro inclui um glossário de economia da saúde. Intitulado *Economia da Saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde*, foi organizado por profissionais do Ipea e publicado em 1995 (Piola e Vianna, 1995). Após sua terceira reimpressão, em 2002, o livro foi disponibilizado no *site* do Ipea.

4.4 Desenvolvimento do PES

A terceira linha de atuação do Ipea para o desenvolvimento da economia da saúde no Brasil ocorreu em 2000, quando o instituto participou da formulação e condução do componente federal de cooperação técnica no âmbito da saúde entre o governo brasileiro e o DFID, do Reino Unido. O componente federal reformulado foi apresentado ao DFID como o PES (Brasil, Ipea e Reino Unido, 2002; 2007). O objetivo do projeto, como mencionado anteriormente, era disseminar o conhecimento sobre economia da saúde e suas aplicações, visando melhorar a gestão dos recursos no âmbito do SUS. Inicialmente, o relacionamento operacional do Ipea com o MS foi conduzido por Geraldo Biasoto Junior, então secretário de gestão de investimentos do ministério.⁸¹

Durante a negociação do componente federal com o DFID e os parceiros nacionais interessados em economia da saúde, a participação do Ipea foi bastante ativa, tanto na elaboração da proposta inicial quanto no memorando do projeto. O propósito do projeto ficou definido da seguinte forma:

O propósito deste projeto de 5 anos é aumentar o uso das ferramentas de economia da saúde na análise, formulação e implementação de políticas que visem a redução das desigualdades do sistema de saúde brasileiro. Um dos objetivos

81. Com a criação do Desid/MS, em 2003, todo o relacionamento com o MS foi feito com seu diretor, Elias Antônio Jorge, representante daquele ministério no Comitê de Planejamento e Revisão do Projeto.

principais é que as habilidades em Economia da saúde sejam adquiridas e utilizadas pelos quadros das áreas técnicas, políticas e de gestão, em âmbito federal e estadual com o apoio das Instituições Acadêmicas (IAs) que estão dentro ou fora dos estados do projeto (Brasil, Ipea e Reino Unido, 2007, p. 114).

Além de contribuir com a elaboração dos documentos básicos, o Ipea participou ativamente das articulações com as instituições nacionais que se tornariam parceiras no desenvolvimento do projeto, incluindo secretarias estaduais de saúde, especialmente da Bahia e Ceará, e instituições acadêmicas desses dois estados, bem como do Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais. Essa participação se estendeu por todo o período de execução dessa iniciativa (2001 a 2005), com o Ipea fazendo parte da sua coordenação, integrando o Comitê de Planejamento e Revisão do Projeto (CPRP)⁸² e sediando a Unidade de Gestão de Projeto (UGP), gerida por Armando Martinho Bardou Raggio, ex-secretário de Saúde do Paraná e ex-presidente do Conasems. A vasta experiência de Raggio como gestor público foi essencial para o sucesso do projeto. Uma síntese dos principais resultados do PES, um dos instrumentos mais importantes para a institucionalização da economia da saúde no setor público brasileiro, é apresentada na parte 3 deste texto.

4.5 Contas de saúde

Quanto à produção de estatísticas sobre gastos em saúde, o Ipea desempenhou papel fundamental no desenvolvimento do projeto Contas de Saúde do Brasil, realizado entre março de 2004 e março de 2005. Esse esforço interinstitucional envolveu um núcleo executivo composto pelo IBGE, por pesquisadores do Ipea e por duas assessoras técnicas.⁸³ O projeto focou a análise das principais metodologias de contas de saúde, incluindo a conta-satélite da Organização das Nações Unidas (ONU) e as Contas Nacionais de Saúde da OCDE, sendo discutidos aspectos operacionais para sua implementação. Como resultado desse trabalho, os grupos Gestor e Executivo de Contas de Saúde do Brasil (Brasil, 2006a) optaram por implementar, inicialmente, a metodologia da CSS, coordenada pelo IBGE (Brasil, Ipea e Reino Unido, 2007).

Assim, desde 2004, o Ipea participa ativamente das discussões metodológicas e da estimação das CSS do Brasil, cuja publicação mais recente abrange as contas de

82. A CPRP contou com participação de representante do Ipea, do DIFD e do diretor do recém-criado DES/MS, Elias Antônio Jorge.

83. Os servidores do Ipea envolvidos com o projeto foram Sérgio Francisco Piola e Luciana Mendes Santos Servo. As assessoras técnicas que colaboraram com a elaboração de estudos sobre as metodologias de contas de saúde foram Ana Cecília Faveret e Maria Angélica Borges dos Santos.

saúde brasileiras do período de 2010 a 2021 (IBGE, 2024). Paralelamente ao processo de produção das CSS, o Ipea contribuiu, até abril de 2024, para o desenvolvimento e a elaboração das contas de saúde segundo a metodologia do System of Health Accounts (SHA), metodologia estimulada pela OCDE com apoio de outras organizações internacionais, como a OMS. O instituto também participou da produção das contas do SUS de 2010 a 2014 (Brasil, 2018) e das contas SHA, públicas e privadas, de 2015 a 2019 (Brasil, Fiocruz e Ipea, 2022). Atualmente, a responsabilidade pela produção das contas SHA brasileiras é do MS.

No Brasil, essas duas abordagens metodológicas para elaboração das contas de saúde se complementam, proporcionando um panorama abrangente do setor, comparável internacionalmente. De um lado, as CSS, que derivam do SCN, focam os fluxos de produção, consumo e renda no setor de saúde, oferecendo uma visão macroeconômica das atividades de saúde e de sua participação na soma de todos os bens e serviços finais produzidos pelo país, ou seja, de sua participação no PIB (EC *et al.*, 2009). Por outro lado, as contas SHA enfatizam os fluxos de financiamento do setor de saúde, permitindo análises detalhadas sobre fontes e agentes de financiamento, segundo funções de cuidados de saúde e prestadores. Voltadas para o sistema de saúde, as contas SHA oferecem uma visão detalhada dos gastos em saúde, relevantes para os tomadores de decisão no âmbito da política do setor no país (OECD, Eurostat e WHO, 2017).

4.6 Contribuição do Ipea com estudos sobre saúde

Como visto anteriormente, a contribuição do Ipea com estudos sobre saúde remonta aos primeiros anos de sua fundação e se estende até os dias atuais. Ao longo desse período, o instituto tem se dedicado à produção de evidências e à prestação de assessoria governamental, visando subsidiar a tomada de decisão sobre a formulação e a implementação de políticas públicas. Mesmo em contextos políticos adversos, o Ipea tem mantido seu papel crítico em relação às ações governamentais. Por meio de suas pesquisas e assessorias, busca conectar as políticas de saúde a fatores de desenvolvimento, ressaltando que a melhoria na saúde é tanto um indutor quanto um reflexo do progresso econômico e social do país.

A fim de ampliar a visibilidade das publicações do Ipea sobre saúde, as equipes dessa área e da biblioteca do instituto, em parceria com a Bireme, realizaram a indexação dessas publicações à base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – Lilacs (Vieira e Santos, 2019). A indexação dessa produção à Lilacs, com consequente acesso via BVS, representa um avanço significativo para a ampliação da disseminação do conhecimento e da informação produzidos pelo instituto nesta área.

Como se poderia esperar de uma instituição de pesquisa aplicada, a contribuição do Ipea está fortemente centrada na discussão da política de saúde, especialmente de sua avaliação, em questões relacionadas aos gastos em saúde, financiamento do SUS, serviços de saúde e ao setor de assistência à saúde, em linha com os princípios e as diretrizes do direito à saúde no Brasil. Essa produção reflete uma preocupação constante com o financiamento insuficiente do SUS⁸⁴ e com uma alocação eficaz e eficiente,⁸⁵ sem se descuidar de aspectos distributivos⁸⁶ dos recursos para garantia do acesso universal, igualitário e integral aos serviços e bens de saúde no país. Além disso, evidencia uma atenção especial com o desembolso direto das famílias para acesso a esses serviços⁸⁷ e com as desigualdades geradas pela segmentação do sistema de saúde (SUS e saúde suplementar) e pelo gasto tributário,⁸⁸ que favorece as operadoras de planos privados de saúde e a parcela da população com maior poder aquisitivo (Vieira, 2019).

Durante a pandemia da covid-19, a produção em saúde do Ipea foi intensificada pelo esforço de todas as diretorias da instituição. Foram realizadas análises sobre as implicações da pandemia para a economia nacional, o mercado de trabalho e a renda domiciliar. Também se analisaram seus impactos socioeconômicos e a resposta brasileira no enfrentamento da doença e de suas consequências econômicas e sociais (Vieira e Santos, 2021).

A disseminação dos estudos do Ipea na sociedade e entre agentes públicos é facilitada pelo fato de que a maior parte dos textos é publicada em português. Além disso, considerando-se a natureza das análises, focadas em políticas e programas públicos, o tempo de publicação das pesquisas se torna um fator crucial para influenciar essas áreas. Isso explica a importância dos textos para discussão e das notas técnicas entre os produtos editoriais do instituto, uma vez que esses formatos permitem respostas mais ágeis do que os artigos acadêmicos, que, em geral, passam por processos

84. A insuficiência do financiamento público da saúde, bem como a distribuição regional dos gastos públicos, sob o aspecto da equidade em sua distribuição, tem sido objeto de acompanhamento e análise constante da área de saúde da instituição, seja por meio de estudos específicos (TDS), seja por meio do capítulo *Saúde* do boletim periódico *Políticas Sociais: acompanhamento e análise*, que, desde o ano 2000, é publicado anualmente. Por meio dessa publicação é analisada, de modo crítico, a evolução de diversos aspectos da atuação do governo federal.

85. A questão da avaliação da eficiência na área de saúde foi objeto de trabalho recente organizado por Carlos Octávio Ocké-Reis (Ocké-Reis, 2022).

86. Nessa linha, vale destacar alguns estudos sobre equidade desenvolvidos no Ipea por Medeiros (1999), Vianna *et al.* (2001), Nunes (2004) e Piola *et al.* (2013).

87. Exemplo típico dessa linha de estudos é a coletânea de estudos organizados em 2006 sobre o gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas (Silveira *et al.*, 2006).

88. Nessa linha de estudo, vale referir o trabalho de Ocké-Reis (2021), intitulado *Avaliação do gasto tributário em saúde: o caso das despesas médicas do Imposto de Renda das Pessoas Físicas (IRPF)*.

editoriais mais longos e não acompanham a urgência das decisões na esfera pública (Vieira, 2019).

5 PERSPECTIVAS

Velloso (2004), primeiro presidente do Ipea, lembrou, durante a celebração dos 40 anos do instituto, que sua criação tinha o propósito de apoiar no planejamento do país a médio e longo prazo, focando em pesquisa aplicada voltada à formulação de políticas públicas e ao planejamento governamental. Ele também ressaltou que a abordagem do desenvolvimento, sob a perspectiva econômica e social, partiu da contribuição do Ipea, que defendeu a ideia de crescimento econômico com redistribuição de renda no planejamento do governo.

Desde a sua fundação, o Ipea tem desempenhado um papel essencial na produção de estudos e na assessoria governamental na área da saúde e no ciclo das políticas públicas. Seu trabalho tem se concentrado no diagnóstico de problemas, no monitoramento e na avaliação de políticas e programas, essencialmente do campo da economia da saúde. O desafio atual da instituição é ampliar a disseminação desse conhecimento e promover estudos que retomem a perspectiva do planejamento de médio e longo prazos, oferecendo subsídios para a concretização de políticas estruturantes.

No caso do SUS, os estudos sobre economia da saúde podem fornecer respostas críticas sobre questões como a necessidade de recursos financeiros adicionais para a redução de vazios assistenciais⁸⁹ no país. Nesse sentido, o projeto Prioriza SUS busca desenvolver estudos focados no financiamento e na gestão do SUS, visando à elaboração e à recomendação de ações concretas para assegurar o acesso da população a bens e serviços de saúde de forma universal, igualitária e integral. Esse é um projeto atualmente em desenvolvimento na área de saúde do Ipea.

Além disso, estudos sobre o financiamento do SUS vêm contribuindo para o debate nacional a esse respeito. Destacam-se, nesse aspecto, as análises recentes sobre a alocação de recursos federais por emendas parlamentares, especialmente aos municípios, para financiamento da atenção primária à saúde e para a atenção especializada (Piola e Vieira, 2024; Vieira, 2024).

89. O vazio assistencial refere-se à ausência de oferta de serviços de saúde em determinado espaço geográfico onde, em princípio, com base no desenho organizacional e na programação do SUS, esses serviços deveriam ser oferecidos à população.

Outra iniciativa importante é a parceria com o Conasems para o desenvolvimento de estudos sobre assistência farmacêutica, incluindo análises sobre o gasto em medicamentos, considerando-se os aspectos do pacto federativo.⁹⁰ Essa cooperação conta com o apoio do Conass, e busca fortalecer a capacidade dos gestores públicos de saúde e do próprio SUS de enfrentar os desafios de financiamento e alocação de recursos.

Entre as iniciativas em desenvolvimento, destaca-se o lançamento, no ano de 2023, do Beneficiômetro da Seguridade Social,⁹¹ uma ferramenta que visa medir o impacto e a distribuição dos benefícios da seguridade social no Brasil, integrando dados sobre saúde, assistência social e previdência. Essa ferramenta permite avaliar os resultados das políticas de proteção social e de seu impacto no bem-estar da população ao longo de tempo, além de contribuir para a transparência na gestão pública. Ademais, o portal do beneficiômetro fornece informações úteis para a sociedade, pesquisadores, agentes públicos e demais interessados sobre os benefícios oferecidos pelo Estado na área de seguridade social.

A colaboração entre as diversas áreas do Ipea tem gerado também projetos importantes, como o Projeto Acesso a Oportunidades,⁹² que traz estimativas detalhadas de acesso a postos de trabalho, serviços de saúde, educação e proteção social, por meio de diferentes modos de transporte, para as maiores cidades do Brasil. O estudo utiliza indicadores variados para mensurar as condições de acessibilidade urbana, desagregadas por grupos socioeconômicos e com alta resolução espacial, permitindo uma compreensão mais ampla das desigualdades no acesso aos serviços essenciais, inclusive os de saúde.

Essas iniciativas são fundamentais para o avanço das políticas públicas, garantindo que o planejamento de médio e longo prazo continue a ser uma prioridade e a contribuir para a construção de um sistema de saúde mais eficiente e inclusivo, capaz de responder aos desafios econômicos e sociais do Brasil.

REFERÊNCIAS

ABRES – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ECONOMIA DA SAÚDE. *In*: WORKSHOP INTERNACIONAL DE ECONOMIA DA SAÚDE, 1., 1989, Brasília. **Atas** [...]. Brasília: Ipea, 1989. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/14873>.

90. Ver: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/13634>.

91. Ver: <https://www.ipea.gov.br/portal/beneficiometro>.

92. Ver: <https://www.ipea.gov.br/acessoportunidades/>.

ALVES, R. **Filosofia da ciência**: introdução ao jogo e a suas regras. 19. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2015.

ANDRADE, E. I. G.; ACURCIO, F. A.; CHERCHIGLIA, M. L. **Análise de situação da economia da saúde no Brasil**: perspectivas para a reestruturação de um Centro Nacional de Informações. Belo Horizonte: Coopmed, 2004.

ARAÚJO, J. D. **Aspectos econômicos da saúde**. Salvador: UFBA, 1974. (Tese de concurso para professor titular da Universidade Federal da Bahia).

ARROW, K. Uncertainty and the welfare economics of medical care. **American Economic Review**, v. 53, n. 5, p. 941-973, 1963.

BARROS, P. P. **Economia da saúde**: conceitos e comportamentos. 4. ed. Coimbra: Almedina, 2019.

BLAKELY, J. How economics becomes ideology: the uses and abuses of rational choice theory. In: RÓNA, P.; ZSOLNAI, L. (Ed.). **Agency and causal explanation in economics**. Berlin: Springer, 2020. p. 37-52.

BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. **Saúde e Previdência Social**: estudos de política social. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1981.

BRASIL. Decreto nº 72.034, de 30 de março de 1973. Institui o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN), aprova o I PRONAN e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 3 abr. 1973. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-72034-30-marco-1973-420497-publicacaooriginal-1-pe.html>.

BRASIL. Decreto nº 77.116, de 6 de fevereiro de 1976. Estabelece diretrizes para a ação do Governo na área de Alimentação e Nutrição, aprova o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição – PRONAN e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 6 fev. 1976. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/d77116.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%2077.116%2C%20DE%206,PRONAN%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 out. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 12 nov. 2024.

BRASIL. Decreto nº 3.774, de 15 de março de 2001. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 mar. 2001.

BRASIL. Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 17 mar. 2003.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 437, de 1º de março de 2006. Institui um Comitê Gestor e um Grupo Executivo com o objetivo de viabilizar a realização das atividades de implementação e manutenção das contas de saúde no Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2 mar. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Gestão de Custos**: manual técnico de custos – conceitos e metodologias. Brasília: MS, 2006b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/06_0243_M.pdf. Acesso em: 16 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.246, de 6 de setembro de 2007. Remaneja da Secretaria de Ciência e Tecnologia para a Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde atividades relacionadas à área de Economia da Saúde. **Boletim de Serviço do MS**, Brasília, 10 set. 2007. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2246_06_09_2007.html. Acesso em: 27 set. 2024.

BRASIL. Decreto nº 6.860, de 27 de maio de 2009. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde, integra o Centro de Referência Professor Hélio Fraga à estrutura da Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, altera e acresce artigo ao Anexo I e altera o Anexo II ao Decreto nº 4.725, de 9 de junho de 2003, que aprova o estatuto e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas da Fiocruz, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 maio 2009.

BRASIL. Decreto nº 7.530, de 21 de julho de 2011. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 22 jul. 2011a.

BRASIL. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 abr. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleos de Economia da Saúde**: orientações para implantação. Brasília: MS, 2012a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). (Série Gestão e Economia da Saúde, v. 1). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_economia_saude_v1_nucleos_implantacao.pdf. Acesso em: 16 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de seleção de documentos para a base de dados da produção científica em economia da saúde no Brasil**. Brasília: MS, 2012b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_selecao_documentos_economia_saude.pdf. Acesso em: 27 set. 2024.

BRASIL. Decreto nº 8.065, de 7 de agosto de 2013. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde e remaneja cargos em comissão. **Diário Oficial da União**, Brasília, 8 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 55, de 10 de janeiro de 2018. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC) e o Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS (ApuraSUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 12 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário temático: economia da saúde**. 1. ed. Brasília: MS, 2022a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_economia_saude_1ed.pdf. Acesso em: 11 nov. 2024.

BRASIL. Decreto nº 11.098, de 20 de junho de 2022. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções de confiança do Ministério da Saúde e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança. **Diário Oficial da União**, Brasília, 21 jun. 2022b.

BRASIL. Decreto nº 11.358, de 1º de janeiro de 2023. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções de confiança do Ministério da Saúde e remaneja cargos em comissão e funções de confiança. **Diário Oficial da União**, Brasília, edição especial, 1º jan. 2023a.

BRASIL. Decreto nº 11.798, de 28 de novembro de 2023. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções de confiança do Ministério da Saúde e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança. **Diário Oficial da União**, Brasília, edição extra, 28 nov. 2023b.

BRASIL; OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Financiamento público de saúde**. Brasília: MS, 2013a. (Série Ecos – Economia da Saúde para a gestão do SUS; eixo 1, v. 1). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/financiamento_publico_saude_eixo_1.pdf. Acesso em: 16 jul. 2024.

BRASIL; OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – Siops**. Brasília: MS, 2013b. (Série Ecos – Economia da Saúde para a gestão do SUS; eixo 2, v. 1). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_informacoes_orcamentos_publicos_saude.pdf. Acesso em: 16 jul. 2024.

BRASIL; OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Banco de Preços em Saúde – BPS**. Brasília: MS, 2013c. (Série Ecos – Economia da Saúde para a gestão do SUS; eixo 2, v. 2). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/banco_precos_saude.pdf. Acesso em: 16 jul. 2024.

BRASIL; OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Introdução à gestão de custos em saúde**. Brasília: MS, 2013d. (Série Gestão e Economia da Saúde, v 2). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/introducao_gestao_custos_saude.pdf. Acesso em: 16 jul. 2024.

BRASIL; OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Estratégias para disseminação da informação em Economia da Saúde no SUS**. Brasília: MS, 2015. (Série Ecos – Economia da Saúde para Gestão do SUS; eixo 1, v. 2). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_disseminacao_informacao_economia_saude.pdf. Acesso em: 16 jul. 2024.

BRASIL; FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Contas de saúde na perspectiva da contabilidade internacional: conta SHA para o Brasil, 2015 a 2019**. Brasília: Ipea, 2022. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11014/4/Contas_de_saude.pdf. Acesso em: 23 jul. 2024.

BRASIL; IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; REINO UNIDO. Department for International Development. **Projeto Economia da Saúde: fortalecendo sistemas de saúde para reduzir desigualdades**. Brasília: Ipea, 2002. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/14096/1/projeto_economia_da_saude_programacao.pdf. Acesso em: 27 set. 2024.

BRASIL; IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; REINO UNIDO. Department for International Development. **Projeto Economia da Saúde – PES: reforçando sistemas de saúde para reduzir desigualdades (2002-2005): relatório de atividades**. Brasília: MS, 2007. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/projeto_economia_saude_reduzir_desigualdades.pdf. Acesso em: 16 jul. 2024.

BRASIL; OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ABRES – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ECONOMIA DA SAÚDE. **A produção de conhecimento em economia da saúde: uma perspectiva bibliográfica (2004-2012)**. Brasília: MS, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/producao_conhecimento_economia_saude_perspectiva.pdf. Acesso em: 16 jul. 2024.

BRASIL; OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ABRES – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ECONOMIA DA SAÚDE. **Os núcleos de economia da saúde: histórico e produção bibliográfica**. Brasília: MS, 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleos_economia_saude_historico_producao_bibliografica.pdf. Acesso em: 16 jul. 2024.

CAMPOS, A. C. Economia da saúde: da autonomia científica aos conteúdos de ensino. **Estudos de Economia**, v. VIII, n. 4, p. 327-344, 1988.

CARVALHEIRO, J. R. Editorial. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 1, n. 3, 1998.

CEBES – CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. A questão democrática na saúde. **Saúde em Debate**, n. 9, p. 11-13, 1980.

CEBRIAN, S. R. **Glosario de planificación y economía sanitaria**. 1. ed. Madrid: Diaz de Santos, 2000.

CULYER, A. J.; NEWHOUSE, J. P. (Ed.). **Handbook of health economics**. v. 1a e v. 1b. Amsterdã: Elsevier Science, 2000a.

CULYER, A. J.; NEWHOUSE, J. P. Introduction: the state and scope of health economics. *In*: CULYER, A. J.; NEWHOUSE, J. P. (Ed.). **Handbook of Health Economics**. v. 1a. Amsterdã: Elsevier Science, 2000b. p. 1-8.

D'ARAUJO, M. C.; FARIAS, I. C. de; HIPOLITO, L. (Org.). **Ipea 40 anos: uma trajetória voltada para o desenvolvimento**. Rio de Janeiro: FGV; Ipea, 2005.

DEL NERO, C. R. O que é economia da saúde. *In*: PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. (Org.). **Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde**. Brasília: Ipea, 1995. p. 5-23. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/3036>. Acesso em: 16 jul. 2024.

EC – EUROPEAN COMMISSION *et al.* **System of National Accounts 2008**. Nova York: 2009. Disponível em: <https://unstats.un.org/unsd/nationalaccount/docs/sna2008.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2024.

SCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1994 a 1990: do Golpe Militar à Reforma Sanitária. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 323-363.

FOLLAND, S.; GOODMAN, A. C.; STANO, M. **A economia da saúde**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2008.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Economia da saúde: uma perspectiva macroeconômica 2000-2005**. Rio de Janeiro: IBGE, 2008. (Série Estudos e Pesquisas). Disponível em: https://bibliotecadigital.economia.gov.br/bitstream/123456789/153/1/livro_economia_saude_ibge.pdf. Acesso em: 16 jul. 2024.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Conta-satélite de saúde: Brasil 2010-2021**. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. (Contas Nacionais, n. 97). Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102075_informativo.pdf. Acesso em: 16 jul. 2024.

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: Cepesc; IMS/UERJ; Abrasco, 2009. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2024.

MCGREEVEY, W. P. *et al.* **Política e financiamento do sistema de saúde brasileiro: uma perspectiva internacional**. Brasília: Ipea; Iplan; CNRH, 1984. (Série Estudos para o planejamento, n. 26). Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9036>. Acesso em: 28 set. 2024.

MEDEIROS, M. **Princípios de justiça na alocação de recursos em saúde**. Rio de Janeiro: Ipea, 1999. (Texto para Discussão, n. 687). Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2855/1/td_0687.pdf. Acesso em: 12 nov. 2024.

MELLO, C. G. de. **Saúde e assistência médica no Brasil**. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1977.

MELLO, G. A. **Revisão do pensamento sanitário como foco no Centro de Saúde**. 2010. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

MENDES, A.; CARNUT, L. Economia política da saúde: subsídios para uma economia política crítica marxista. *In*: MENDES, A.; CARNUT, L. (Org.). **Economia política da saúde: uma crítica marxista contemporânea**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2022. p. 23-69.

MENDES, A.; MARQUES, R. M. Sobre a economia da saúde: campos de avanço e sua contribuição para a gestão da saúde pública no Brasil. *In*: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 259-293.

MUSHKIN, S. J. Towards a definition of health economics. **Public Health Reports**, v. 73, n. 9, p. 785-794, 1958.

MUSHKIN, S. J. Health as an investment. **Journal of Political Economy**, v. 70, n. 5, parte 2, p. 129-157, 1962.

MYRDAL, G. Les aspects économiques de la santé. **Revue Economique**, v. 3, n. 6, p. 785-284, 1952. Disponível em: https://www.persee.fr/doc/reco_0035-2764_1952_num_3_6_406943. Acesso em: 12 nov. 2024.

NEWHOUSE, J. P. Distinguished fellow: in honor of Victor Fuchs. **Journal of Economics Perspectives**, v. 6, n. 3, p. 179-189, 1992.

NOGUEIRA, R. P. Myrdal contra Winslow: origens e conceitos centrais de uma polêmica internacional sobre saúde e desenvolvimento. **Boletim de Análise Político-Institucional**, n. 16, p. 99-104, 2018.

NUNES, A. **A alocação equitativa inter-regional de recursos federais do SUS**: a receita própria do município como variável moderadora. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Relatório de Consultoria – Contrato nº 130/2003 – Projeto 1.04.21).

NUNES, A.; ALMEIDA, A. N. de; JÚNIOR, L. H. S. As imperfeições do mercado de saúde: revisitando o marco teórico da economia da saúde. **Revista Gestão & Saúde**, v. 9, n. 1, p. 125-145, 2018.

OCKÉ-REIS, C. O. **Avaliação do gasto tributário em saúde**: o caso das despesas médicas do imposto de renda da pessoa física (IRPF). Brasília: Ipea, 2021. (Texto para Discussão, n. 2712).

OCKÉ-REIS, C. O. (Org.). **SUS**: avaliação da eficiência do gasto público em saúde. Brasília: Ipea; Conass; Opas, 2022. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/12029/1/SUS_avaliao%C3%A7%C3%A3o_da_eficiencia.pdf. Acesso em: 7 out. 2024.

OECD – ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT; EUROSTAT – EUROPEAN STATISTICAL SYSTEM; WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A system of health accounts 2011**: revised edition. Paris: OECD, 2017. Disponível em: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-system-of-health-accounts-2011_9789264270985-en. Acesso em: 23 jul. 2024.

PIMENTA, C. Economia: paradigmas, ensino, ideologia e cultura desviante (Adam Smith, Becker e Sutherland). In: ROCHA-CUNHA, S. da; MARTINS, M. A. B.; VASQUES, R. F. (Org.). **Os direitos humanos por um fio?** Perspectivas transdisciplinares em torno dos direitos humanos em tempos difíceis. Famicão: Húmus, 2019.

PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. (Org.). **Economia da saúde**: conceito e contribuição para a gestão da saúde. Brasília: Ipea, 1995. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/3036>. Acesso em: 16 jul. 2024.

PIOLA, S. F.; JORGE, E. A. **Economia da Saúde**: 1º Prêmio Nacional – 2004. Brasília: Ipea; DFID, 2005. (Coletânea premiada). Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/3222/1/Livro%20PremioEmEconomiaDaSaude.pdf>. Acesso em: 27 set. 2024.

PIOLA, S. F. *et al.* **Financiamento público da saúde**: uma história à procura de um rumo. Brasília: Ipea, 2013. (Texto para Discussão, n. 1846). Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1580/1/TD_1846.pdf. Acesso em: 12 nov. 2024.

PIOLA, S. F.; VIEIRA, F. S. **Financiamento das ações e serviços públicos de saúde no Brasil**: um retrato das desigualdades regionais do período de 2010-2022. Brasília: Ipea, 2024. (Texto para Discussão, n. 3010).

RIBEIRO, J. A.; FERNANDES, M. A. Acompanhamento e dimensionamento do gasto social federal: considerações metodológicas e resultados gerais para os anos 90. **Políticas Sociais: acompanhamento e análise**, Brasília, n. 1, p. 49-53, 2000.

RODRIGUEZ NETO, E. **Saúde**: promessas e limites da Constituição. Rio de Janeiro: Fiocruz; Edições Livres, 2019. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/iciict/36610>. Acesso em: 28 set. 2024.

SILVA, M. G. C. **Introdução à economia da saúde**. Fortaleza: Uece/Expressão, 2004. 152 p.

SILVA, S. P. **A trajetória histórica da segurança alimentar e nutricional na agenda política nacional**: projetos, discontinuidades e consolidação. Rio de Janeiro: Ipea, 2014. (Texto para Discussão, n. 1953). Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/3019>. Acesso em: 16 jul. 2024.

SILVEIRA, F. G. *et al.* (Org.). **Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas**. Brasília: Ipea, 2006.

SINGER, P. I.; CAMPOS, O.; OLIVEIRA, E. M. de. **Prevenir e curar**: o controle social através dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Forense, 1981.

SOUZA, N. P. C. **A 3ª Conferência Nacional de Saúde (1963)**: antecedentes para um Sistema Nacional de Saúde Público e Descentralizado. Dissertação (Mestrado) – Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

TOSCANO, C. M.; PIOLA, S. F. **Curso de especialização em economia da saúde**: formação de profissionais em economia da saúde para atuarem na gestão do Sistema Único de Saúde: Especialização EAD 2ª edição: (TED nº 54/2019): 2019-2023. Goiânia: UFG, 2023. (Sumário-Executivo).

VEREDA SAÚDE. Desenvolvimento é saúde: tributo a Mário Magalhães da Silveira. **Vereda Saúde**, 18 nov. 2020. Disponível em: <https://veredasaude.com/2020/11/18/desenvolvimento-e-saude-tributo-a-mario-magalhaes-da-silveira/>. Acesso em: 25 jul. 2024.

VIANA, A. L. D.; SILVA, H. P. da; ELIAS, P. E. Economia política da saúde: introduzindo o debate. **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 37, p. 7-20, 2007.

VIANA, A. L. D.; SILVA, H. P. da; SCHEFFER, M. Economia e saúde. *In*: MARTINS, M. A. *et al.* (Ed.). **Clínica médica**. v. 1. Barueri: Manole, 2016. p. 410-418.

VIANNA, S. M.; PIOLA, S. F. **Os desafios da reforma sanitária**. Brasília: Ipea, 1986. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9079>. Acesso em: 28 set. 2024.

VIANNA, S. M. *et al.* **Recessão e gasto social**: a conta social consolidada 1980-1986. Brasília: Ipea, 1987. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9038/1/RecGastoSocial.pdf>. Acesso em: 28 set. 2024.

VIANNA, S. M. *et al.* **O financiamento da descentralização dos serviços de saúde**: critérios para transferência de recursos federais para estados e municípios. Brasília: Ipea, 1991. (Documento de política, n. 3).

VIANNA, S. M. *et al.* Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. Brasília: OPAS, Ipea, 2001. Disponível em <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9027/1/Medindodesigualdades.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2024.

VIEIRA, F. S. Reflexões sobre o papel das unidades de economia da saúde no âmbito de sistemas nacionais de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 306-319, 2016.

VIEIRA, F. S. **A produção em saúde do Ipea**: contribuição à promoção do desenvolvimento socioeconômico brasileiro. Brasília: Ipea, 2019. (Texto para Discussão, n. 2496). Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9348/1/td_2496.pdf. Acesso em: 16 jul. 2024.

VIEIRA, F. S. **Financiamento federal de ações e serviços públicos de saúde por emendas parlamentares e suas implicações para a regionalização da saúde**. Brasília: Ipea, 2024. (Texto para Discussão, n. 3048).

VIEIRA, F. S.; SANTOS, J. D. F. **Gestão da informação em saúde produzida e/ou publicada pelo Ipea**. Brasília: Ipea, 2019. (Relatório Institucional). Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9095/1/Gestao_da_informacao_em_sa%c3%bade.pdf. Acesso em: 16 jul. 2024.

VIEIRA, F. S.; SANTOS, J. D. F. **Relatório final do projeto indexação da produção em saúde do Ipea à base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde**. Brasília: Ipea, 2021. (Relatório Institucional). Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10808/1/Rel_Final_Projeto_indexacao_da_producao.pdf. Acesso em: 16 jul. 2024.

VIEIRA, F. S.; SOUSA, M. H. L. Rede de economia da saúde para a gestão do SUS – Rede Ecos. **Análise Econômica**, Porto Alegre, ano 30, n. especial, 125-141, 2012.

VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F.; SERVO, L. M. S. Avaliação e decisão sobre tecnologias em saúde no SUS: uma análise de fatores de influência sobre o processo decisório. *In*: KOGA, N. M. *et al.* **Políticas públicas e usos de evidências no Brasil**: conceitos, métodos, contextos e práticas. Brasília: Ipea, 2022. p. 609-652.

VIEIRA, F. S. *et al.* **Núcleos de economia da saúde**: estrutura e percepção dos seus gerentes sobre o uso de estudos econômicos no Sistema Único de Saúde. Brasília:

Ipea, 2017a. (Nota Técnica Disoc, n. 36). Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9078/1/NT_NucleosEconS.pdf. Acesso em: 16 jul. 2024.

VIEIRA, F. S. *et al.* **Uso de estudos econômicos no Sistema Único de Saúde: percepção e atitudes de tomadores de decisão.** Brasília: Ipea, 2017b. (Nota Técnica Disoc, n. 33). Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7992/1/NT_Uso_2017.pdf. Acesso em: 16 jul. 2024.

VIEIRA, J. G. S.; FERNÁNDEZ, R. G. A estrutura das revoluções científicas na economia e a revolução keynesiana. **Estudos Econômicos**, v. 36, n. 2, p. 355-381, 2006.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2000: health systems: improving performance.** Geneva: WHO, 2000.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global spending on health: coping with the pandemic.** Geneva: WHO, 2023.

WILLIAMS, A. Health economics: the cheerful face of a dismal science. *In*: WILLIAMS, A. (Ed.). **Health and Economics.** Londres: MacMillan, 1987. p. 1-11.

WINSLOW, C. E. A. **The cost of sickness and the price of health.** Geneva: WHO, 1951. (Monograph Series, n. 7). Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/40729/WHO_MONO_7.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 12 nov. 2024.

Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

EDITORIAL

Coordenação

Aeromilson Trajano de Mesquita

Assistentes da Coordenação

Rafael Augusto Ferreira Cardoso

Samuel Elias de Souza

Supervisão

Ana Clara Escórcio Xavier

Everson da Silva Moura

Revisão

Alice Souza Lopes

Amanda Ramos Marques Honorio

Barbara de Castro

Cláudio Passos de Oliveira

Clícia Silveira Rodrigues

Denise Pimenta de Oliveira

Nayane Santos Rodrigues

Olavo Mesquita de Carvalho

Reginaldo da Silva Domingos

Susana Sousa Brito

Yally Schayany Tavares Teixeira

Jennyfer Alves de Carvalho (estagiária)

Katarinne Fabrizzi Maciel do Couto (estagiária)

Editoração

Anderson Silva Reis

Augusto Lopes dos Santos Borges

Cristiano Ferreira de Araújo

Daniel Alves Tavares

Danielle de Oliveira Ayres

Leonardo Hideki Higa

Vanessa Vieira

Capa

Aline Cristine Torres da Silva Martins

Projeto Gráfico

Aline Cristine Torres da Silva Martins

The manuscripts in languages other than Portuguese published herein have not been proofread.

Ipea – Brasília

Setor de Edifícios Públicos Sul 702/902, Bloco C

Centro Empresarial Brasília 50, Torre B

CEP: 70390-025, Asa Sul, Brasília-DF

Missão do Ipea
Qualificar a tomada de decisão do Estado e o debate público.

ipea Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

MINISTÉRIO DO
PLANEJAMENTO
E ORÇAMENTO

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO