

Nota Técnica

Núcleos de Economia da Saúde: estrutura e percepção dos seus gerentes sobre o uso de estudos econômicos no Sistema Único de Saúde

Nº 36

Disoc

Diretoria de Estudos e Políticas Sociais

Março de 2017

Fabiola Sulpino Vieira

Edvaldo Batista de Sá

Viviane Rocha de Luiz

Blenda Leite Saturnino Pereira



Governo Federal
Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão
Ministro interino Dyogo Henrique de Oliveira

ipea Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

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

Presidente

Ernesto Lozardo

Diretor de Desenvolvimento Institucional, Substituto

Carlos Roberto Paiva da Silva

Diretor de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia

Alexandre de Ávila Gomide

Diretor de Estudos e Políticas Macroeconômicas

José Ronaldo de Castro Souza Júnior

Diretor de Estudos e Políticas Regionais, Urbanas e Ambientais

Alexandre Xavier Ywata de Carvalho

Diretor de Estudos e Políticas Setoriais de Inovação e Infraestrutura

João Alberto De Negri

Diretora de Estudos e Políticas Sociais

Lenita Maria Turchi

Diretor de Estudos e Relações Econômicas e Políticas Internacionais

Sérgio Augusto de Abreu e Lima Florêncio Sobrinho

Assessora-chefe de Imprensa e Comunicação

Regina Alvarez

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

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

NÚCLEOS DE ECONOMIA DA SAÚDE: ESTRUTURA E PERCEPÇÃO DOS SEUS GERENTES SOBRE O USO DE ESTUDOS ECONÔMICOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Fabiola Sulpino Vieira¹
Edvaldo Batista de Sá²
Viviane Rocha de Luiz³
Blenda Leite Saturnino Pereira⁴

Sinopse

Nesta Nota Técnica, apresentam-se e discutem-se resultados de pesquisa a respeito da percepção de gerentes de núcleos/unidades de economia da saúde (NES/UES) sobre o uso atual e potencial de estudos econômicos na tomada de decisão sobre intervenções em saúde (políticas, programas e tecnologias), bem como sobre a estrutura dessas unidades em secretarias de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, realizou-se pesquisa exploratória, observacional e transversal. Aplicou-se questionário para autopreenchimento pelos gerentes, contemplando as seguintes dimensões: a) perfil do NES quanto à equipe técnica e à produção de estudos econômicos; b) uso atual e potencial dos estudos econômicos produzidos; e c) barreiras e incentivos ao uso de estudos econômicos na tomada de decisão. Dos onze gerentes dos NES confirmados, oito participaram da pesquisa respondendo ao questionário (73%). Na visão dos gerentes desses núcleos, as principais barreiras para o uso dos estudos econômicos na tomada de decisão pelos gestores são a insuficiência de profissionais da equipe técnica da unidade, o descompasso entre o tempo necessário para a realização dos estudos e o prazo curto para a tomada de decisão, além do conhecimento insuficiente dos gestores sobre o uso de estudos econômicos no processo decisório de intervenções em saúde. Foram apontados como incentivos para uso desses estudos: a alocação de mais técnicos ao NES; o preparo dos gestores para o reconhecimento da relevância dos estudos econômicos no processo de tomada de decisão; e maior compartilhamento dos resultados dos estudos entre os núcleos. Observou-se que, apesar dos esforços feitos desde 2002, o número de NES em secretarias de saúde ainda é muito baixo e o uso das evidências econômicas na tomada de decisão em saúde parece muito aquém do que seria desejável. Conclui-se, por fim, que ainda há um longo caminho para a institucionalização do uso do conhecimento e das ferramentas de economia da saúde no SUS, sendo imprescindível para tanto decisão política, regulamentação e investimento em pessoas e sistemas de informação.

¹ Doutora em saúde coletiva. Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental na Diretoria de Estudos e Políticas Sociais do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. E-mail: fabiola.vieira@ipea.gov.br.

² Mestre em economia da saúde. Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental na Diretoria de Estudos e Políticas Sociais do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. E-mail: edvaldo.sa@ipea.gov.br.

³ Mestre em economia da saúde. Assessora técnica do Conselho Nacional de Secretários de Saúde. E-mail: vivirochal Luiz@conass.org.br.

⁴ Mestre em saúde coletiva. Assessora técnica do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. E-mail: blenda@conasems.org.br.

Palavras-chave

Economia da saúde. Tomada de decisões. Políticas públicas de saúde. Unidades de economia da saúde. Sistema Único de Saúde.

Introdução

Os objetivos desta Nota Técnica são apresentar e discutir resultados de pesquisa a respeito da percepção de gerentes de núcleos/unidades de economia da saúde sobre o uso atual e potencial de estudos econômicos na tomada de decisão sobre intervenções em saúde (políticas, programas e tecnologias), bem como sobre a estrutura dessas unidades em secretarias de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Del Nero (2002) define economia da saúde como “o ramo do conhecimento que tem por objetivo a otimização das ações de saúde, ou seja, corresponde ao 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”. Envolve, portanto, a produção de estudos e a disponibilização de ferramentas como instrumentos relevantes do processo decisório sobre intervenções em saúde.

Neste trabalho, assumiram-se como estudos econômicos, além das avaliações econômicas de custo-efetividade, custo-benefício, custo-utilidade e custo-minimização, tradicionais no campo da economia da saúde,⁵ os estudos sobre custos (de procedimentos, serviços de saúde etc), as análises de impacto orçamentário, entre outros, que incorporam variáveis como custos, gastos e/ou preços às análises. Tal escolha se justifica porque na gestão em saúde as evidências econômicas que podem informar a decisão dos gestores, empregando o conhecimento e as ferramentas do campo da economia, vão além do rol de avaliações econômicas mencionadas.

De forma geral, a produção em economia da saúde aumentou significativamente nas últimas décadas no Brasil e tem sido organizada em temas como: i) aspectos gerais da economia da saúde; ii) Estado, mercado e regulação econômica; iii) financiamento e gasto; iv) avaliação econômica; v) equidade e desigualdades em saúde; e vi) gestão; observando-se a ampliação do interesse pela área tanto nas universidades e institutos de pesquisa, quanto entre técnicos e gestores de saúde (Andrade et al, 2004; Brasil, 2013a).

Também se verifica a expansão dos estudos produzidos por técnicos do SUS, como parte de suas atividades diárias no âmbito de secretarias de saúde (Brasil, 2016a). Esta expansão da produção é resultado de política implantada nos últimos quinze anos com a finalidade de ampliar o uso do conhecimento e das ferramentas do campo da economia da saúde na tomada de decisão em saúde, tanto por meio da capacitação de gestores e técnicos, quanto pelo incentivo à criação de unidades organizacionais dedicadas a esta área nos níveis nacional, estadual e municipal (Brasil, 2012).

Destaca-se ainda como importante contribuição à disseminação da informação em economia da saúde, a criação da Biblioteca Virtual em Saúde Economia da Saúde Brasil (BVS ECOS), que é um Portal Nacional de Informação em Economia da Saúde composto por diversas fontes de informação, com o objetivo de atender às necessidades técnico-científicas dos profissionais e gestores da área. Esta biblioteca virtual está sob a direção do Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e

⁵ Neste texto, os estudos econômicos considerados tradicionais são as avaliações econômicas em saúde, que são análises comparativas de alternativas para a ação considerando os custos e as consequências de cada uma delas, como: avaliação de custo-efetividade; de custo-benefício; de custo-utilidade; e de custo-minimização (Drummond et al, 2005). No último caso, parte-se do pressuposto de que as consequências são as mesmas e comparam-se apenas os custos.

Desenvolvimento (DESID) do Ministério da Saúde, com o apoio técnico do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Brasil, 2015a).

Ainda que muito se tenha avançado na produção técnico-científica e na criação de canais para a disseminação da informação, pouco se sabe sobre o funcionamento dos núcleos/unidades de economia da saúde e sobre a percepção dos gerentes dessas unidades quanto ao uso desta produção pelos gestores do SUS na tomada de decisão em saúde.

Nesse sentido, este trabalho busca oferecer contribuição ao aperfeiçoamento da política de incentivo à criação e/ou fomento aos núcleos/unidades de economia da saúde em estados e municípios por meio do mapeamento e caracterização dessas unidades e da análise da percepção de seus gerentes em relação ao uso atual e potencial dos estudos econômicos por parte dos gestores do SUS.

Após esta introdução, abordam-se definições envolvendo os termos núcleos de economia da saúde e unidades de economia da saúde, para na sequência apresentar informações sobre a pesquisa e o questionário utilizado na coleta de dados. As respostas dos gerentes dessas unidades são apresentadas na seção seguinte, onde se buscou sistematizá-las em tabelas e gráficos, a fim de facilitar a análise dos dados. Por fim, discutem-se os resultados da pesquisa, buscando identificar oportunidades de melhoria para que o trabalho dessas unidades seja valorizado, aperfeiçoado e fomentado, como um meio para ampliar a produção e o uso de estudos econômicos de forma tempestiva por parte dos tomadores de decisão do SUS.

Os núcleos ou unidades de economia da saúde de secretarias de saúde

A denominação “unidade de economia da saúde” (UES) foi inicialmente utilizada pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) para se referir às estruturas organizacionais voltadas à temática da economia da saúde em ministérios, secretarias de saúde ou em instituições públicas de saúde de países da América Latina e do Caribe (OPS, 2008).

Depreende-se, a partir do uso deste termo, que as unidades de economia da saúde (UES) são arranjos organizacionais que se dedicam à realização de atividades relacionadas à economia da saúde, entre elas, a elaboração de estudos e a participação em projetos de implantação de ferramentas voltadas à produção de dados e informação específicos (por exemplo, sobre preços, gasto e custos), com o objetivo principal de subsidiar a tomada de decisão sobre intervenções em saúde.

No Brasil, o estímulo à criação de UES no âmbito do SUS iniciou com o desenvolvimento de um projeto entre 2002 e 2005, fruto de parceria entre o Brasil e o Reino Unido, que teve as atividades realizadas aqui no país com a participação do Ministério da Saúde, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e do Departamento para o Desenvolvimento Internacional (DFID)⁶ do Reino Unido com os objetivos de: i) incrementar a utilização das ferramentas de economia da saúde na tomada de decisão de políticas; ii) fortalecer tanto a oferta (inter-relação das instituições acadêmicas, do Ministério da Saúde e das secretarias de saúde) como a demanda (sensibilização de gestores do SUS e treinamento de técnicos e gerentes na utilização das ferramentas da economia da saúde, a fim de aumentar a efetividade, a eficiência e a equidade do sistema de saúde brasileiro); e iii) reforçar a atuação dos governos federal, estadual e municipal no desenvolvimento do setor saúde por meio da capacitação nacional em economia da saúde, em nível acadêmico e institucional, possibilitando análises setoriais baseadas em evidências e respaldadas por informações econômicas confiáveis (Brasil e Reino Unido, 2007).

Esta cooperação incluiu o apoio técnico e financeiro para a criação dos chamados Núcleos de Economia da Saúde (NES) em quatro secretarias estaduais de saúde, tendo a iniciativa logrado êxito em duas

⁶ Em inglês, *Department for International Development* (DFID).

delas. Além disso, contribuiu para a criação do Departamento de Economia da Saúde no Ministério da Saúde em 2003 (Brasil e Reino Unido, 2007; Brasil, 2015a). Os NES foram definidos posteriormente como estruturas no âmbito das secretarias de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios que se constituem como pontos focais de disseminação das ações de economia da saúde, com vistas a subsidiar os gestores locais no processo de tomada de decisão pela aplicação do conhecimento e das ferramentas desta área (Brasil, 2012).

Assim, com a criação do Departamento de Economia da Saúde e a ampliação do incentivo deste à implantação de NES em secretarias de estado da saúde, o termo “núcleo de economia da saúde” passou a ser utilizado para as estruturas estaduais e municipais. Contudo, na prática, o NES é uma unidade de economia da saúde, da mesma forma que o Departamento de Economia da Saúde no âmbito federal, assumindo formato que varia de secretaria para secretaria, podendo ser um departamento, uma diretoria, uma coordenação, um núcleo ou divisão de economia da saúde, entre outros arranjos organizacionais possíveis.

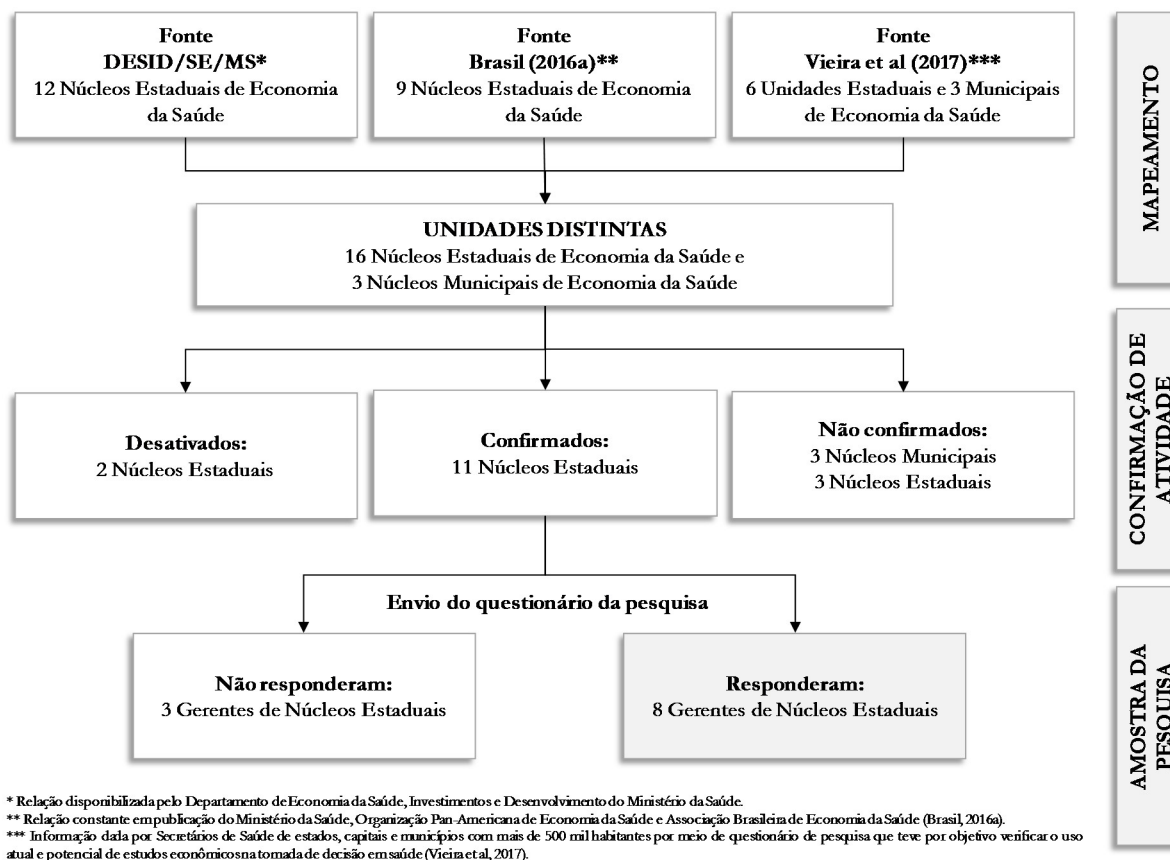
Portanto, nesta pesquisa, o termo NES está sendo usado de forma abrangente, com o mesmo significado que o termo UES, pois um dos objetivos da pesquisa realizada foi o de identificar as estruturas dedicadas à economia da saúde, independentemente de seu formato na estrutura organizacional da secretaria, evitando-se assim que só sejam tratadas por NES as estruturas que tenham a denominação “núcleo” em seu nome.

A pesquisa e o questionário

Quanto aos aspectos metodológicos, realizou-se pesquisa exploratória, observacional e transversal de percepção de gerentes de NES de secretarias de saúde sobre o uso de estudos econômicos na tomada de decisão em saúde. O processo de identificação dos NES envolveu a consulta a três fontes de informação, a saber: i) o Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento do Ministério da Saúde (DESID) – que mantém cadastro dos NES apoiados técnica e financeiramente; ii) recente levantamento feito com os objetivos de mapear e apresentar o histórico e a produção bibliográfica dos núcleos de economia da saúde (Brasil, 2016a); e iii) pesquisa realizada pelos autores desta Nota Técnica com secretários de saúde de estados e de municípios com população igual ou superior a 500 mil habitantes, incluindo as capitais (Vieira et al, 2017). A figura 1 apresenta de forma resumida os processos de mapeamento, confirmação de atividade e constituição da amostra da pesquisa.

FIGURA 1

Identificação das unidades de economia da saúde de secretarias de saúde para composição da amostra da pesquisa



Para a coleta de dados, desenvolveu-se questionário para autopreenchimento contendo em sua maioria questões fechadas, conforme recomendações feitas por Vieira (2009). Buscou-se abordar as seguintes dimensões nos questionários: a) perfil do NES quanto à equipe técnica e à produção de estudos econômicos; b) uso atual e potencial dos estudos econômicos produzidos; e c) barreiras e incentivos ao uso de estudos econômicos na tomada de decisão.

Os aspectos éticos da pesquisa foram analisados e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (Parecer nº 1.338.190, de 25/11/2015).

O questionário foi enviado para os gerentes dos NES mapeados por correio eletrônico em julho de 2016, assim como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com orientações para que estes documentos fossem preenchidos, copiados com escâner e devolvidos em caso de concordância em participar da pesquisa. Em mais duas oportunidades houve reiteração do convite, tendo sido encerrada a coleta de dados em setembro de 2016.

Foram elaborados gráficos e tabelas a fim de facilitar a análise das respostas.

Respostas dos gerentes dos NES

Dos onze gerentes dos NES confirmados, oito participaram da pesquisa respondendo o questionário (73%). A tabela 1 apresenta informações sobre esses gerentes e a respeito dos NES, que são todos vinculados a secretarias estaduais de saúde.

TABELA 1

Caracterização dos gerentes, equipes e núcleos/unidades de economia da saúde de secretarias estaduais de saúde

Unidades		Gerentes					Equipes	
Identificação	Institucionalidade	Sexo	Escolaridade	Graduação	Experiência na gerência da unidade (anos)	Participação em Curso de Economia da Saúde	Nº de técnicos	Graduação dos técnicos
Unidade A	Formal (Diretoria ou Coordenação)	Feminino	Especialização	Economia	2	Especialização	1	1 Contador
Unidade B	Formal (Diretoria ou Coordenação)	Feminino	Mestrado	Economia	11	Aperfeiçoamento	4	1 Enfermeiro, 1 Psicólogo e 2 Administradores
Unidade C	Formal (Diretoria ou Coordenação)	Feminino	Especialização	Farmácia	1	Especialização	9	2 Administradores, 1 Contador, 3 Economistas, 1 Pedagogo, 1 Nutricionista e 1 Assistente Social
Unidade D	Formal (Diretoria ou Coordenação)	Masculino	Especialização	Administração	2	Especialização	1	1 Graduando em Administração
Unidade E	Formal (Grupo de Trabalho)	Masculino	Mestrado	Farmácia	2	Curta duração e Especialização	1	1 Administrador
Unidade F	Formal (Diretoria ou Coordenação)	Feminino	Mestrado	Odontologia	3	Especialização	2	1 Administrador e 1 Nutricionista
Unidade G	Informal (Diretoria ou Coordenação)	Feminino	Especialização	Administração	3	Curta duração e Especialização	3	3 Contadores
Unidade H	Informal (Grupo de Trabalho)	Feminino	Mestrado	Economia	< 1	Curta duração	0	-

Fonte: Elaboração dos autores.

Na tabela 2, observa-se que os temas de trabalho mais frequentes são: i) financiamento e gasto; ii) gestão de custos; e iii) alocação de recursos, sendo pouco frequente o recebimento de demandas para realização de estudos por parte de outras unidades da secretaria de saúde. O estabelecimento de parcerias externas é uma realidade para apenas duas das oito unidades.

TABELA 2

Temas de trabalho, frequência de recebimento de demandas e parcerias externas dos núcleos/unidades de economia da saúde de secretarias estaduais de saúde

Unidades	Temas atuais de trabalho	Trabalha com:		Recebe demanda de outras unidades da Secretaria com que frequência?	Parcerias externas?
		Farmacoeconomia?	Contas de Saúde?		
Unidade A	Financiamento e gasto	Não	Não	Raramente	Não
Unidade B	Financiamento e gasto. Gestão de custos	Não	Sim. Sistema de Contas de Saúde (SHA) - OCDE	Muito frequentemente	Sim. Para a realização de estudos de custos e avaliações de custo-efetividade
Unidade C	Alocação de recursos. Gestão de custos	Não	Não	Com alguma frequência	Sim. Estudos de custos
Unidade D	Financiamento e gasto. Alocação de recursos.	Não	Não	Frequentemente	Não
Unidade E	Avaliação econômica em saúde Análise de contratos	Não	Não	Raramente	Não
Unidade F	Financiamento e gasto. Alocação de recursos	Não	Não	Com alguma frequência	Não
Unidade G	Financiamento e gasto	Não	Não	Raramente	Não
Unidade H	Avaliação econômica em saúde	Não	Não	Não respondeu	Não

Fonte: Elaboração dos autores.

Em relação aos tipos de decisões apoiadas e aos estudos realizados, nota-se que a maioria dos NES realiza estudos de custos para apoiar decisão sobre o custeio dos serviços de saúde existentes ou novos, sendo que nenhum deles informou realizar avaliações econômicas de custo-efetividade ou de custo-utilidade, chamando atenção o fato de apenas a unidade D relatar a realização de avaliações de custo-benefício, conforme tabela 3.

TABELA 3

Tipos de decisões apoiadas e estudos realizados pelos núcleos/unidades de economia da saúde de secretarias estaduais de saúde

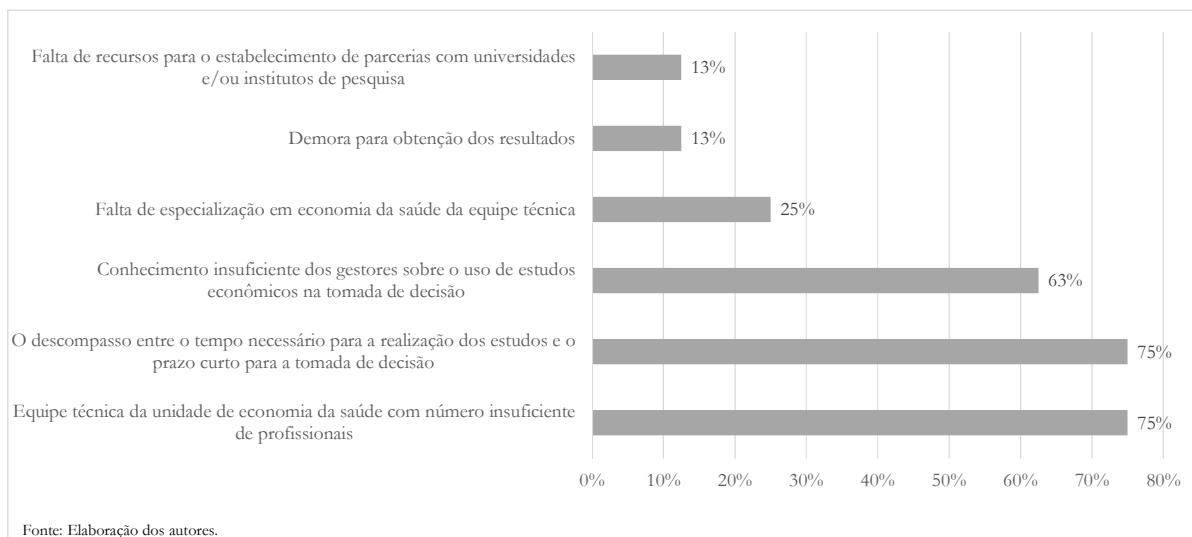
Estudo realizado / Decisão apoiada	Estudos de custos	Análises de impacto orçamentário	Análises dos gastos	Avaliações de custo-efetividade	Avaliações de custo-benefício	Avaliações de custo-utilidade	Estudos sobre a sustentabilidade financeira e as dimensões fiscais do financiamento da saúde	Estudos sobre os mercados e preços de medicamentos e outras tecnologias em saúde
Incorporação de uma nova tecnologia	Unidade D	Unidade D			Unidade D			
Construção e/ou reforma de unidades de saúde	Unidade B							
Custeio dos serviços de saúde existentes ou novos	Unidade A, Unidade B, Unidade C, Unidade D, Unidade F, Unidade H	Unidade D	Unidade F					
Medidas de incentivo à melhora do desempenho das unidades de saúde	Unidade D, Unidade F	Unidade D	Unidade F		Unidade D			
Pactuação da participação de cada esfera de governo no financiamento global do SUS ou de políticas, programas ou intervenções específicas em saúde			Unidade G				Unidade G	
Prorrogativa da alocação de recursos	Unidade D	Unidade D			Unidade D			
Definição de valores de ressarcimento/pagamento por procedimentos ou serviços de saúde prestados								Unidade E

Fonte: Elaboração dos autores.

No gráfico 1, são apresentadas as principais barreiras para o uso dos estudos econômicos na tomada de decisão pelos gestores, segundo a percepção dos gerentes dos NES. Destaca-se a insuficiência de profissionais na equipe técnica da unidade, o descompasso entre o tempo necessário para a realização dos estudos e o prazo curto para a tomada de decisão, além do conhecimento insuficiente dos gestores sobre o uso de estudos econômicos no processo decisório de intervenções em saúde.

GRÁFICO 1

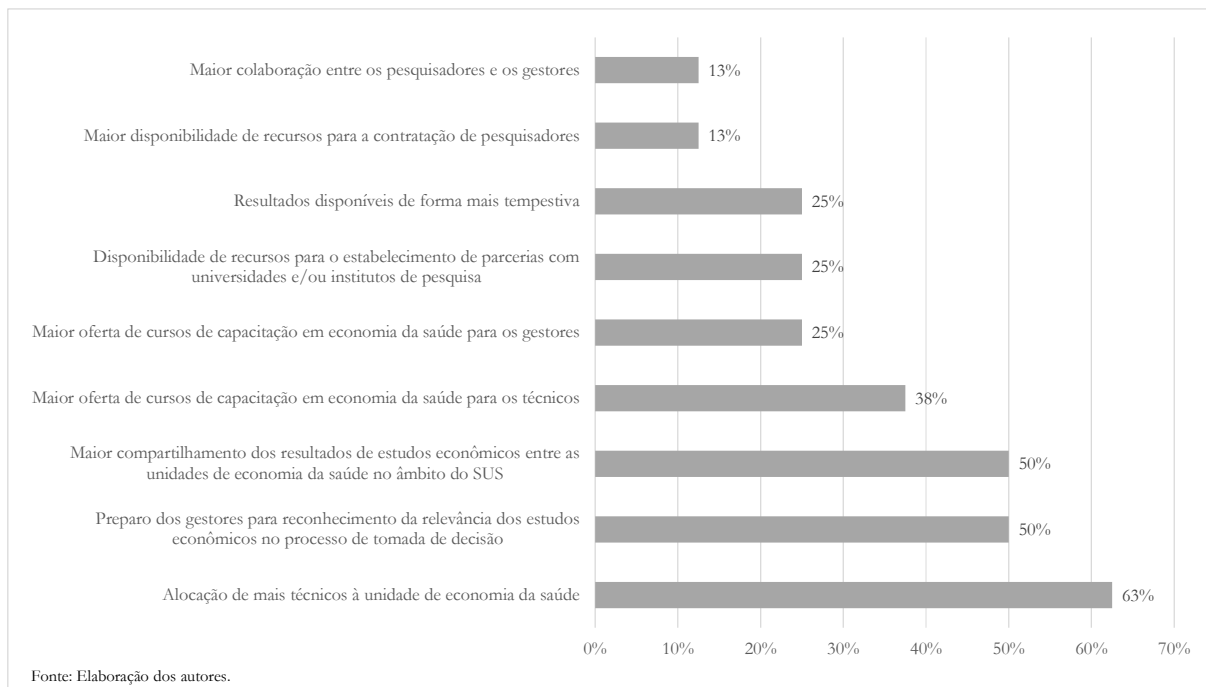
Principais barreiras para o uso dos estudos econômicos na tomada de decisão pelos gestores segundo os gerentes dos núcleos/unidades de economia da saúde



E são apontados como principais incentivos para uso desses estudos: i) a alocação de mais técnicos ao NES; ii) o preparo dos gestores para o reconhecimento da relevância dos estudos econômicos no processo de tomada de decisão; e iii) maior compartilhamento dos resultados dos estudos entre os NES (gráfico 2).

GRÁFICO 2

Incentivos ao uso dos estudos econômicos na tomada de decisão em saúde, segundo os gerentes de núcleos/unidades de economia da saúde



Quanto à influência atual dos estudos econômicos nas decisões no âmbito do SUS e sobre o financiamento da saúde, a metade dos gerentes julga que esta influência ainda é baixa (4 de 8 respondentes), enquanto os outros quatro se dividiram, igualmente, avaliando-a como moderada e alta. Em relação à autoavaliação do conhecimento em economia da saúde, cinco deles o consideram como bom, dois como razoável e um como insuficiente. A figura 2 apresenta uma síntese dos resultados obtidos na pesquisa.

FIGURA 2

Síntese dos aspectos considerados e dos principais resultados obtidos, com base nas respostas dos gerentes dos Núcleos de Economia da Saúde participantes da pesquisa

Aspectos considerados	Principais resultados
Estrutura	<ul style="list-style-type: none"> • NES formalizados na estrutura da secretaria de saúde, em sua maioria • Equipes pequenas • Maioria dos gerentes com formação em economia da saúde
Principais temas trabalhados	<ul style="list-style-type: none"> • Financiamento e gasto • Gestão de custos • Alocação de recursos
Demandas recebidas de unidades da própria secretaria e parcerias externas	<ul style="list-style-type: none"> • Pouco frequente o recebimento de demandas para realização de estudos • A maioria dos NES não tem parceria com instituições de ensino e pesquisa
Estudos realizados (principais)	<ul style="list-style-type: none"> • Estudos de custos • Análises de gastos • Análises de impacto orçamentário
Decisões apoiadas (principais)	<ul style="list-style-type: none"> • Custeio dos serviços de saúde existentes ou novos • Medidas de incentivo à melhora do desempenho das unidades de saúde
Barreiras para uso dos estudos econômicos (principais)	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiência de profissionais na equipe técnica da unidade • Descompasso entre o tempo necessário para a realização dos estudos e o prazo curto para a tomada de decisão • Conhecimento insuficiente dos gestores sobre o uso de estudos econômicos na tomada de decisão em saúde
Incentivos para o uso dos estudos econômicos (principais)	<ul style="list-style-type: none"> • Alocação de mais técnicos ao NES • Preparo dos gestores para o reconhecimento da relevância dos estudos econômicos no processo de tomada de decisão • Maior compartilhamento dos resultados dos estudos entre os NES

O que revelam as respostas dos gerentes dos NES e quais contribuições trazem para a formulação de políticas de fortalecimento da economia da saúde no SUS?

Em primeiro lugar, destaca-se que, apesar dos esforços feitos desde 2002 até agora, inicialmente no âmbito do Projeto Economia da Saúde (Brasil e Reino Unido, 2007) e, a partir de 2004, por parte do Departamento de Economia da Saúde do Ministério da Saúde (Brasil, 2015a), o número de NES em secretarias de saúde ainda é muito baixo. Nesta pesquisa, identificaram-se apenas 11 (onze) deles em atividade em secretarias estaduais de saúde, sendo que em secretarias municipais, ainda que o gestor tenha informado a existência da unidade em três municípios,⁷ em nenhum deles houve confirmação da presença desta unidade em contatos feitos com áreas diferentes da secretaria.

Desde o início do incentivo à criação de NES em secretarias de saúde, várias medidas foram implementadas para dar sustentação a esta política, entre elas, a oferta de cursos de capacitação e formação em economia da saúde, dirigidos para técnicos e gestores do SUS, além de cooperação para a realização de eventos, como estímulo à divulgação da produção técnico-científica desses núcleos e à conformação de uma rede entre eles.

Quanto às iniciativas educacionais, destacam-se os cursos de curta duração de Iniciação em Economia da Saúde e de Gestão de Custos promovidos pelo próprio Departamento de Economia da Saúde, e os cursos de pós-graduação, oferecidos em parceria com universidades públicas: i) especialização em

⁷ O levantamento foi feito em pesquisa realizada com 19 secretários estaduais e 15 secretários municipais de saúde de um grupo que inclui capitais e municípios com mais de 500 mil habitantes. Ver Vieira et al (2017).

Economia da Saúde e Farmacoeconomia pela Universidade Pompeu Fabra de Barcelona (2003 a 2004); ii) especialização em Economia da Saúde, organizado pelo Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais (2005 a 2006); iii) especialização em Economia na Gestão dos Sistemas de Saúde pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (2005 a 2006); iv) especialização em Economia e Gestão em Saúde pela Universidade Federal do Ceará (2005 a 2006); v) especialização em Economia da Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (2005 a 2006); vi) especialização em Economia da Saúde à Distância pela Universidade de São Paulo (2012 a 2013); v) mestrado profissional em Gestão e Economia da Saúde pela Universidade Federal de Pernambuco (2012 -) (Brasil, 2015a) e vi) especialização em Economia da Saúde para Incorporação de Tecnologias em Saúde, à distância, pela Universidade Federal de Goiás (2016 -).⁸

No tocante à divulgação da produção técnico-científica, a parceria entre o Departamento de Economia da Saúde e a Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres) resultou na realização de diversos encontros para discussão do papel dos NES, apresentação de seus trabalhos e promoção da cooperação entre eles⁹, além da elaboração de estudo de caracterização desses núcleos e de levantamento de sua produção bibliográfica (Brasil, 2016a).

Destaca-se também a cooperação técnica entre o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento, e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), a qual tem sido bastante relevante para o desenvolvimento de diversas atividades na área de economia da saúde no país, entre elas, o apoio aos NES, para a elaboração de estudos econômicos e das contas de saúde, realização de eventos e capacitações, manutenção do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), do Banco de Preços em Saúde (BPS), do Sistema para Apuração e Gestão de Custos do SUS (ApuraSUS) e da Biblioteca Virtual em Saúde Economia da Saúde Brasil, entre outras atividades (Brasil, 2015b).

A criação de NES e a capacitação dos quadros das secretarias estaduais e municipais de saúde são vistas como meios para atrair profissionais e trabalhadores para a área de economia da saúde, fazendo com que a pesquisa nesse campo se amplie e seja desenvolvida de forma aplicada aos serviços do SUS (Mendes e Marques, 2006).

Nesse aspecto, verificou-se neste estudo que a maioria dos NES conta com poucos integrantes e que um deles tem apenas um trabalhador, que é o gerente da unidade, ou seja, não existe equipe, o que na prática, não configura exatamente a existência de uma unidade. No geral, constata-se o número baixo de profissionais dedicados ao NES, o que limita seu potencial de contribuição para a elaboração de estudos e implantação de ferramentas. A boa notícia é que no quesito da formação, a maioria dos gerentes participou de cursos de especialização em economia da saúde, sinalizando que a estratégia de oferta desses cursos mencionada anteriormente pode ter contribuído para tanto, logrando êxito quanto ao público-alvo, ou seja, técnicos de secretarias de saúde, e em relação à formação, para estimular a criação de NES. Além disso, pode ter contribuído para que a maioria dos gerentes auto-avaliassem o seu conhecimento em economia da saúde como bom (63%).

Cinco dos oito NES estão formalizados por meio da publicação de ato administrativo que os insere na estrutura organizacional da secretaria de saúde, seja como Coordenação, Núcleo ou Divisão de Economia da Saúde. Contudo, ainda que a maioria esteja formalizada na organização, a institucionalidade do NES¹⁰ parece aquém das possibilidades, considerando, inclusive, que no âmbito da própria secretaria de saúde a qual eles pertencem, apenas dois deles são frequentemente ou muito frequentemente demandados por outras unidades para a realização de trabalhos. Isso revela que em

⁸ Informações sobre o curso estão disponíveis em: <https://economiasaude.iptsp.ufg.br/n/88582-aberto-edital-especializacao-em-economia-da-saude>. Acesso em: 11 jan. 2017.

⁹ Ver "Anais Abres" no sítio eletrônico: <http://abresbrasil.org.br/>.

¹⁰ Refere-se ao reconhecimento do papel do NES na instituição.

termos de institucionalização, ou seja, de consolidação de procedimentos e de atitudes em relação aos NES e quanto ao uso dos estudos e das ferramentas em economia da saúde na tomada de decisão nas organizações do SUS, muito ainda precisa ser feito.

Em estudo que teve por objetivo descrever as experiências de fortalecimento da capacidade de aplicar evidências científicas na tomada de decisão em saúde em quatro países, Hawkes e colaboradores (2015) utilizaram o conceito das Nações Unidas para capacidade, que é a “habilidade dos indivíduos, instituições e sociedades de executar funções, resolver problemas, estabelecer e alcançar objetivos de uma maneira sustentável”, e afirmaram que a capacidade pode ser melhorada aos níveis individual, organizacional e institucional.

As iniciativas para tanto, no nível individual, envolvem a oferta de treinamento e a transferência de conhecimento para os indivíduos em um determinado sistema. No âmbito organizacional, estão relacionadas ao fortalecimento de sistemas para habilitar a organização a operar efetiva e eficientemente. Já no nível institucional, mais difícil de atingir, as estratégias para sua melhoria incluem a elaboração de normas e regras sobre a tomada de decisão do governo, por exemplo, o estabelecimento de procedimentos para uso das evidências na tomada de decisão (Hawkes et al, 2015).

Os resultados desta pesquisa junto aos gerentes dos NES permitem concluir que ainda é longo o caminho para o fortalecimento da capacidade dos NES na produção de estudos e implantação de ferramentas de economia da saúde, e das secretarias de saúde no uso dos estudos econômicos na tomada de decisão em saúde. As iniciativas no tocante ao desenvolvimento das capacidades individuais para o alcance desses objetivos já são realizadas há alguns anos, observando-se resultados positivos quanto ao aumento da produção na área e à alocação de pessoal formado em economia da saúde para os NES. Entretanto, no âmbito organizacional e institucional, muito ainda precisa ser feito.

A maioria das secretarias estaduais de saúde e, até onde se sabe, todas as secretarias de saúde das capitais e municípios com mais de 500 mil habitantes, não contam com uma unidade de economia da saúde, embora estas secretarias sejam responsáveis por executar parcela expressiva do orçamento da saúde do país, tendo significativa autonomia para tanto. Ademais, aquelas que possuem NES, em sua maioria, parecem valorizar pouco e não potencializar a atuação desta unidade, o que aumentaria suas contribuições para o desenvolvimento da efetividade e da eficiência no uso dos recursos disponíveis, haja vista o número reduzido de profissionais alocados ao trabalho e a baixa frequência de demandas das demais unidades da secretaria por estudos. Com isso, depreende-se que não existem normas, no âmbito dessas instituições, para determinar que as decisões, ou pelo menos algumas delas, sejam informadas por evidências econômicas antes de serem tomadas.

A provisão de estudos relevantes para a secretaria de saúde também poderia se concretizar por meio do estabelecimento de parcerias externas, do NES ou da secretaria com instituições de ensino e pesquisa. Mas esta também não é a realidade para sete dos oito núcleos. Essas parcerias poderiam ser utilizadas para a realização de estudos mais complexos, em termos metodológicos e de uso de recursos, tais como pessoal especializado e tempo, deixando para o NES a realização de estudos sobre temas que demandam rápida produção de informação, por exemplo, sobre custos de procedimentos e de serviços; valores de ressarcimento por serviços prestados; financiamento do próprio sistema. Esses estudos, elaborados mais tempestivamente, poderiam subsidiar decisões que fazem parte do dia a dia do sistema de saúde que envolvem pressões de grupos de interesse e pouco tempo disponível para a sua concretização. Com isso, efetivar-se-ia a complementariedade entre o trabalho feito pelos NES e aquele produzido pelas universidades e institutos de pesquisa nesta área (Vieira, 2016).

Por exemplo, na Austrália, a produção de estudos econômicos por grupos internos ou externos aos departamentos de saúde variou de acordo com as questões levantadas pelo governo. A respeito deste

fato, a avaliação feita é de que questões sobre o custo e o efeito de intervenções que estão sendo implementadas localmente podem ser difíceis de serem respondidas por grupos externos e de que os gestores procuram respostas para questões muito práticas, algo que pode não corresponder prontamente aos interesses ou área de especialidade de grupos externos (Madden et al, 2009).

No Brasil, no âmbito do Ministério da Saúde, pesquisadores externos realizam avaliações econômicas de tecnologias em saúde, sendo contratados a partir de chamadas públicas que geralmente ficam sob a gestão da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, enquanto estudos sobre o impacto orçamentário da incorporação de tecnologias, custos de procedimentos e de serviços de saúde, entre outros, ficam a cargo de equipe interna, especialmente do Departamento de Economia da Saúde. A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) leva em consideração, no processo de avaliação das tecnologias em saúde, avaliações econômicas comparativas dos benefícios e dos custos das tecnologias demandadas em relação às tecnologias já incorporadas, bem como estudos de impacto orçamentário, para informar a decisão final de incorporação das tecnologias (Brasil, 2011).

No caso dos NES, verificou-se que os temas atuais dos estudos são financiamento, gasto e gestão de custos, não sendo realizadas avaliações econômicas de custo-efetividade e custo-utilidade, que são comumente realizadas para comparar tratamentos, especialmente medicamentos, sendo menos aplicadas para programas. A não realização dessas avaliações se justifica também pelo fato de que as decisões sobre a incorporação de tecnologias em saúde se dão no âmbito da Conitec. Ademais, são estudos mais complexos que demandam equipes capacitadas e, por isso, difíceis de serem feitos pelos NES, especialmente na situação em que se encontram, com equipe bastante reduzida. Nesse contexto, chamou a atenção o fato de o gerente da unidade D ter informado realizar avaliação econômica de custo-benefício, técnica pouco usual para a comparação de intervenções em saúde.

Outra questão importante é que a maioria dos NES realiza estudos sobre custos dos serviços de saúde, algo que pode estar relacionado à indução do Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento do Ministério da Saúde, por meio de apoio técnico-financeiro para implantação do Programa Nacional de Gestão de Custos e para a adoção do Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS (ApuraSUS) por parte das secretarias de saúde (Brasil, 2006; Brasil, 2013b; Brasil, 2013c).

No tocante às barreiras para o uso dos estudos econômicos na tomada de decisão em saúde, os gerentes dos NES identificaram o número insuficiente de técnicos na equipe, o descompasso entre o tempo necessário para a realização dos estudos e o prazo curto para a tomada de decisão, além do conhecimento insuficiente dos gestores sobre o uso dos estudos neste processo, como os principais fatores que dificultam a ampliação desse uso, algo que seria previsível, considerando os problemas de estrutura dessas unidades e a baixa procura para a sua realização por parte de outras unidades da própria secretaria de saúde.

Problemas esses que se resolveriam, na visão desses gerentes, com a alocação de mais técnicos para o NES, com o preparo dos gestores para reconhecimento da relevância dos estudos econômicos no processo de tomada de decisão em saúde e com maior compartilhamento dos resultados dos estudos entre os Núcleos. Em 2011, foi proposta e criada, em âmbito nacional, a Rede de Economia da Saúde para a Gestão do SUS (Rede Ecos) com os objetivos de avançar na integração dos NES, dos Núcleos de Apoio ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Neasiops), da rede da Biblioteca Virtual em Saúde Economia da Saúde Brasil (BVS Ecos) e do Banco de Preços em Saúde (BPS), a fim de fomentar a institucionalização da economia da saúde no SUS, com conseqüente incorporação do conhecimento dessa área no processo decisório em saúde (Vieira e Sousa, 2012).

Passados quase seis anos desde a sua criação, a Rede Ecos não alcançou seus propósitos e a cooperação entre as instituições, técnicos e pesquisadores não se estabeleceu de forma articulada,

conformando uma verdadeira rede de política pública. Sobressaem as ações isoladas e a cooperação bilateral como, por exemplo, entre o Ministério da Saúde e a Universidade Federal de Pernambuco para a oferta do Mestrado Profissional em Gestão e Economia da Saúde, ou entre o Ministério da Saúde e uma determinada secretaria de saúde para a implantação do Programa Nacional de Gestão de Custos.

Além disso, as iniciativas do Ministério da Saúde, focadas no desenvolvimento da economia da saúde no SUS, dependem mais do esforço do Departamento de Economia da Saúde sem que se constituam efetiva prioridade entre as diretrizes e políticas incentivadas e coordenadas pelo órgão. Com isso, até o momento, não se observam pactuações que tenham este objetivo explícito entre os três gestores do sistema.

Em síntese, o que se observa, apesar do esforço para estimular a criação de NES, é que ainda é pequeno o número de secretarias com unidades próprias dedicadas à economia da saúde. Com ou sem crise econômica, a pressão sobre os orçamentos da saúde faz com que o uso dos recursos seja uma preocupação rotineira em razão de alguns fatores, tais quais: i) o aumento da longevidade; ii) o aumento dos custos associados aos cuidados a indivíduos terminais; iii) os avanços tecnológicos da medicina moderna, resultando no uso de tecnologias mais caras; iv) o aumento da demanda por serviços de saúde, levando a maiores taxas de internação, internações mais longas e a maior uso de produtos farmacêuticos e serviços diagnósticos; e v) a demanda induzida pelos prestadores, aumentando a utilização de recursos de saúde e, conseqüentemente, a renda de médicos e de outros provedores de saúde (Palangkaraya e Yong, 2009). Ademais, adiciona-se outra questão importante para compor o rol de desafios atuais do SUS, que é o congelamento, em termos reais, do gasto federal com saúde até 2036, aprovado recentemente por meio da Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016 (Brasil, 2016b), que impõe limite para o gasto federal com saúde, o que reduzirá o valor per capita alocado nos próximos anos, apesar de a população brasileira estar em processo de envelhecimento (Vieira e Benevides, 2016).

Todas as dificuldades levantadas nesta pesquisa parecem contribuir para que a metade dos gerentes dos NES avaliem que a influência dos estudos econômicos na tomada de decisão no SUS ainda seja baixa. Ou seja, é preciso aperfeiçoar a política de incentivo à criação de NES em secretarias de saúde, desenvolvendo estratégias para que os estudos econômicos sejam mais utilizados nos processos decisórios de políticas, programas e tecnologias em saúde.

Pires e Gomide (2016), em análise sobre como os arranjos institucionais condicionam as capacidades estatais disponíveis e afetam os resultados de políticas públicas, chegaram à conclusão de que os arranjos que induzem altas capacidades técnico-administrativas, envolvendo organizações profissionalizadas e mecanismos de coordenação intra e intergovernamentais podem promover melhor desempenho das políticas no que se refere à entrega de resultados. Assim como os arranjos que promovem altas capacidades político-relacionais, abrangendo agentes políticos e mecanismos de participação da sociedade civil, podem elevar as possibilidades de revisão, aprendizado e inovação nas políticas. Os achados destes autores sinalizam para condicionantes potenciais do sucesso na implementação de políticas públicas, entre eles, as capacidades técnico-administrativas e os mecanismos de coordenação intra e intergovernamentais.

Questões como a necessidade de se garantir o acesso universal, integral e igualitário a bens e serviços de saúde em um contexto de rápida evolução tecnológica, com expressivos impactos sobre o gasto com saúde, elevam o nível de prioridade da adoção de estratégias para fomentar a política de incentivo ao uso do conhecimento e de ferramentas de economia da saúde no SUS, de forma articulada, envolvendo além dos gestores do sistema nos níveis federal, estadual e municipal, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e os Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (Cosems), com pactuação das medidas nas

instâncias gestoras do sistema, Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Considerações finais

É importante reconhecer os esforços empreendidos nos últimos quinze anos para incentivar o uso dos estudos econômicos na tomada de decisão em saúde, capitaneados pelo Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento, em parceria com diversos atores no âmbito do SUS, com universidades, a Organização Pan-Americana da Saúde e a Associação Brasileira de Economia da Saúde. Mas também é preciso admitir que os resultados obtidos até então estão aquém do que seria desejável como contribuição ao desenvolvimento da capacidade de gestão e ao uso ótimo dos recursos disponíveis por parte das organizações públicas de saúde do país.

Decisão política, regulamentação sobre o uso das evidências econômicas na tomada de decisão em saúde e investimento em pessoas e sistemas de informação são fundamentais. Uma vez garantidos os recursos financeiros, é possível implementar algumas ações para fomentar a institucionalização do uso do conhecimento e de ferramentas de economia da saúde no SUS.

A primeira ação diz respeito à ampliação do número de técnicos e gestores formados e capacitados em economia da saúde, o que constitui grande desafio, considerando a oferta atual de cursos e a necessidade de focalização do público-alvo, prioritariamente do SUS. Para reduzir os custos e ao mesmo tempo garantir abrangência nacional da oferta, os cursos na modalidade à distância são particularmente importantes, a exemplo das iniciativas já desenvolvidas pelo Ministério da Saúde em parceria com a Universidade de São Paulo e a Universidade Federal de Goiás. Vale a pena também investir em cursos de capacitação mais abrangentes, que sensibilizem os técnicos para questões básicas como, por exemplo, os preços das tecnologias e os custos dos serviços de saúde.

Esta sensibilização já seria uma atividade da segunda ação, que é o incentivo à cultura do uso de evidências econômicas na tomada de decisão em saúde. A sua implementação depende de decisão dos gestores com o propósito de desenvolver as capacidades organizacional e institucional no tocante a esta finalidade. Não basta a existência de uma unidade de economia da saúde no Ministério da Saúde ou na secretaria de saúde. É preciso estabelecer regras e procedimentos para o uso dos estudos econômicos, sejam os elaborados pela equipe interna ou a síntese das evidências originárias da literatura científica. A regulamentação, neste caso, é uma sinalização da prioridade da política e uma determinação estabelecida pelo líder da organização, a ser cumprida no seu âmbito.

A terceira ação diz respeito ao fomento aos NES existentes. Como se constatou neste estudo, a estrutura da maioria deles é insuficiente, em termos de número de profissionais. Mas também não resolve a situação alocar técnicos que não tenham formação na área. Primeiro seria preciso formá-los e/ou capacitá-los. Isso dificultaria o aumento rápido da produção de estudos, na eventualidade de uma regulamentação que determinasse às demais unidades da secretaria de saúde a consulta ao NES para obtenção de evidências econômicas. Esta situação explicita a necessidade de um bom planejamento para as ações, pensando-se as articulações entre elas.

Isso remete também à quarta ação, que se refere à criação de NES nas secretarias que não os tenham, mas ponderando se a existência da unidade faz sentido frente às decisões que são tomadas. O porte da secretaria, que está diretamente relacionado ao tamanho do município, em termos populacionais, e à complexidade dos serviços de saúde oferecidos, precisa ser considerado. Não se justifica o esforço de ter um núcleo de economia da saúde nos locais onde existem poucas unidades de saúde. Nesses casos, o preparo de gestores e gerentes da secretaria para o uso de evidências produzidas por outras secretarias no âmbito do SUS e para a implantação de ferramentas pode ser suficiente. Daí a relevância do compartilhamento de informações.

A quinta ação está relacionada à efetivação da colaboração entre as organizações do SUS e as instituições de ensino e pesquisa. Em 2011, a Rede de Economia da Saúde para a Gestão do SUS foi criada, mas na prática não se concretizou como meio para o fortalecimento da cooperação entre os seus atores, visando ao fortalecimento da economia da saúde no sistema de saúde. Isso é algo que depende de decisão política, regulamentação e investimento. A efetivação da rede é fundamental para a aceleração do processo de formação e capacitação de pessoal, realização de pesquisas voltadas às necessidades do SUS, além do compartilhamento da produção técnico-científica, com otimização dos recursos disponíveis. Isso evitaria que os NES elaborassem estudos já feitos por outros núcleos ou instituições de pesquisas, cujos resultados pudessem ser generalizáveis e, portanto, aplicáveis à realidade local.

Para finalizar, é preciso reconhecer que a alta rotatividade de profissionais, especialmente de secretários de saúde,¹¹ e os recursos disponíveis constituem dificuldades a serem superadas para a institucionalização do uso do conhecimento e das ferramentas de economia da saúde no SUS. Por isso, a necessidade de somar esforços e de vencer a visão de curto prazo para as políticas. Neste momento, pensar o futuro do sistema de saúde e planejar os serviços para atender a contingentes cada vez maiores de usuários idosos é essencial ao Estado brasileiro e, nesse aspecto, o uso de evidências econômicas na tomada de decisão em saúde é condição imprescindível à boa gestão dos recursos e à promoção da sustentabilidade financeira do sistema, visando à garantia de acesso universal, igualitário e integral aos bens e serviços de saúde no país.

Referências

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.

BRASIL; REINO UNIDO. Ministério da Saúde; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Department for International Development. *Projeto Economia da Saúde – PES: reforçando sistemas de saúde para reduzir desigualdades (2002-2005): relatório de atividades*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Gestão de Custos: manual técnico de custos, conceitos e metodologia*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. *Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011*. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Brasília, 2011. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7646.htm>. Acesso em: 12 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. *Núcleos de Economia da Saúde: orientações para implantação*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde; Associação Brasileira de Economia da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. *A produção de conhecimento em Economia da Saúde: uma perspectiva bibliográfica (2004 – 2012)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

¹¹ Uma análise dos cadastros de secretários estaduais de saúde no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) revela que, entre março de 2013 e dezembro de 2016 (período de 46 meses), onze estados, incluindo o Distrito Federal, tiveram três gestores no período (um gestor a cada 15 meses, em média) e cinco tiveram quatro secretários (aproximadamente um gestor por ano, em média). No caso das secretarias municipais de saúde, 2.835 (50,9%) tiveram apenas um gestor neste período; 1.848 (33,2%) delas contaram com dois (um gestor a cada 23 meses, em média) e 640 (11,5%) com três secretários (média de um gestor a cada 15 meses), havendo casos de quatro gestores (194 municípios), cinco (40 municípios) e até seis (11 municípios) em 46 meses.

_____. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. *Introdução à gestão de custos em saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. *PNGC: fazer mais e melhor com os recursos disponíveis*. Folder. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/programa_nacional_gestao_custos.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. *Estratégias para disseminação da informação em economia da saúde no SUS*. Série ECOS - Economia da Saúde para a Gestão do SUS. Eixo 1, volume 2. Brasília: Editora MS, 2015a.

_____. Organização Pan-Americana da Saúde - Opas; Ministério da Saúde. *Relatório de gestão dos termos de cooperação – 2015*. Brasília: Opas; Ministério da Saúde, 2015b.

_____. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde; Associação Brasileira de Economia da Saúde. *Os Núcleos de Economia da Saúde: histórico e produção bibliográfica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

_____. *Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016*. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, 2016b. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em: 12 jan. 2017.

DEL NERO, C.R. O que é Economia da Saúde. In: PIOLA, S.F.; VIANNA, S.M. (Org.). *Economia da Saúde: Conceitos e Contribuição para a Gestão em Saúde*. Brasília: Ipea, 2002.

DRUMMOND, M.F.; SCULPHER, M.J.; TORRANCE, G.W.; O'BRIEN, B.J.; STODDART, G.L. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Third edition. New York: Oxford University Press, 2005.

HAWKES, S. et al. Strengthening capacity to apply health research evidence in policy making: experience from four countries. *Health Policy and Planning*, May 7, p. 1-10, 2015.

MADDEN, L.; KIN G, L.; SHIELL, A. How do government health departments in Australia access health economics advice to inform decisions for health? A survey. *Australia and New Zealand Health Policy*, Melbourne, v. 6, n. 6, p. 1-7, 2009.

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*. Rio de Janeiro: Hucitec: Fiocruz, 2006. p. 259-293.

OPS - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Unidades o departamentos de economía de la salud en países de América Latina y el Caribe*. Boletín Informativo, Washington, n. 1, 2008.

PALANGKARAYA, A; YONG, J. Population ageing and its implications on aggregate health care demand: empirical evidence from 22 OECD countries. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, v. 9, p. 391-402, 2009.

PIRES, R.R.C.; GOMIDE, A.A. Governança e capacidades estatais: uma análise comparativa de programas federais. *Revista de Sociologia e Política*, v. 24, n. 58, p. 121-43, 2016.

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.; BENEVIDES, R.P.S. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. *Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas*, v. 10, n. 3, p. 1-28, 2016.

VIEIRA, F.S.; SÁ, E.B.; LUIZ, V.R.; PEREIRA, B.L.S. Uso de estudos econômicos no Sistema Único de Saúde: percepção e atitudes de tomadores de decisão. *Nota Técnica*. Brasília: Ipea, 2017. No prelo.

VIEIRA, F.S.; SOUSA, M.H.L. Rede de Economia da Saúde para a Gestão do SUS – Rede ECOS. *Análise Econômica*, Porto Alegre, v. 30, n. especial, p. 125-141, 2012.

VIEIRA, S. *Como elaborar questionários*. São Paulo: Atlas, 2009.

Missão do Ipea

Aprimorar as políticas públicas essenciais ao desenvolvimento brasileiro por meio da produção e disseminação de conhecimentos e da assessoria ao Estado nas suas decisões estratégicas

ipea Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

MINISTÉRIO DO
**PLANEJAMENTO,
DESENVOLVIMENTO E GESTÃO**