

A ECONOMIA DA SAÚDE E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A AVALIAÇÃO DA GESTÃO EM SAÚDE BUCAL

Fábio Solón Tarja¹
Leonardo Carnut²
Áquilas Mendes³

Resumo

A avaliação acerca do investimento financeiro para produzir bens e serviços, assim como do desperdício de recursos ou de sua má utilização, deve se tornar uma constante no processo de trabalho em saúde. Por isso, este artigo tem como objetivo discutir a contribuição que a economia da saúde pode dar a avaliação da gestão em saúde bucal, especialmente no que se refere à avaliação econômica em saúde. Para tanto, este artigo está estruturado em três partes. A primeira parte aborda a definição e contexto atual da economia da saúde. A segunda parte descreve as políticas públicas de saúde atuais e a sua relação com a área da economia da saúde. A terceira parte evidencia a importância da disciplina da economia da saúde, especialmente seu tema de avaliação dos custos, para a melhor gestão do campo da saúde bucal, explicitando algumas questões que deveriam ser respondidas pelos coordenadores de saúde bucal de forma economicamente embasada.

Descritores: Economia da Saúde, Políticas Públicas, Gestão em Saúde, Saúde Bucal.

¹Cirurgião-dentista. Professor Assistente de Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Comunitária da Universidade Federal do Piauí. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará.

²Sanitarista, Cientista Social e Cirurgião-dentista. Doutor em Saúde Pública (Política, Gestão e Saúde) pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP). Professor Adjunto da Universidade Federal de Minas Gerais.

³Professor Doutor Livre-Docente de Economia da Saúde da Faculdade de Saúde Pública da USP e do Departamento de Economia da PUC-SP.

INTRODUÇÃO

Dentre um dos temas do campo da economia da saúde, destaca-se a avaliação dos custos de serviços de saúde. Essa temática constitui necessidade vivenciada pelos gestores e equipes de saúde na tentativa de otimizar os recursos da máquina pública. Este tipo de análise orienta a fase de planejamento no que diz respeito à aquisição, alocação, conservação e utilização dos recursos pelas equipes de saúde, tendo em vista a necessidade de garantir melhor desempenho no processo de trabalho (MENDES, MARQUES, 2006).

Segundo Silva (2003), as avaliações econômicas dos serviços de saúde, como as avaliações dos custos das suas atividades e avaliações referentes ao custo-efetividade, por exemplo, subsidiam a tomada de decisão da equipe gestora, tanto na fase de planejamento, como também nas fases de programação orçamentária, acompanhamento e reavaliação. Desta forma, a avaliação econômica constituiria componente importante diante da lógica de gestão em saúde, enquanto movimento cíclico de planejamento, execução, monitoramento, avaliação e busca pela tomada de decisões de forma coerente com a realidade vivenciada e com os recursos disponíveis.

É importante ressaltar que, a partir de uma avaliação de custos em saúde, os gestores, profissionais e a própria comunidade, no seu exercício de controle social, podem sugerir, por exemplo, o que deve ser melhorado e aperfeiçoado no sistema de saúde como um todo. Podem contribuir inclusive quanto à discussão, identificação e elaboração de um plano de ações e serviços pautados em um diagnóstico situacional em saúde coerente com a situação epidemiológica e as necessidades do território (PIOLA e VIANNA, 1995).

É fato que a avaliação acerca do investimento financeiro para produzir bens e serviços, assim como do desperdício de recursos ou de sua má utilização, deve se tornar uma constante no processo de trabalho em saúde. Isso fundamentaria, cada vez mais, o exercício das atividades dos gestores e subsidiaria a oferta de ações e serviços de saúde, bem como a possibilidade de implantação de novas propostas de desenvolvimento de atividades. Neste sentido, as análises econômicas podem criar oportunidades de novas opções para otimização de recursos e melhorias dos serviços de saúde como um todo (PIOLA e VIANNA, 1995; ROCHA FILHO, 2009).

Silva (2003, p. 544) apresenta uma assertiva importante para justificar a necessidade de avaliação econômica constante da máquina pública. Ele explicita que:

“os recursos são limitados em relação às suas aplicações benéficas potenciais, daí porque para maximizar o bem-estar social é necessário ter em conta todos os efeitos daquelas decisões que afetam direta ou indiretamente a alocação dos recursos”.

Este mesmo autor comenta que este tipo de potencialização da máquina pública estaria relacionada com a possibilidade de diminuição das arbitrariedades na tomada de decisões sobre o uso dos recursos disponíveis. Assim, esta atividade configuraria um instrumento para melhorar a prática em saúde e também para obter melhores resultados a um custo que pode ser assumido pela comunidade.

Neste contexto, o processo de avaliação econômica em saúde deveria ser estendido a todas as áreas da saúde e a saúde bucal incluída nesta, não deve passar despercebida por esse

tipo de análise. Sendo assim, trataremos de discutir as possibilidades da avaliação econômica em saúde bucal no decorrer deste artigo. Para tanto, este artigo está estruturado em três partes. A primeira parte aborda a definição e contexto atual da economia da saúde. A segunda parte descreve as políticas públicas de saúde atuais e a sua relação com a Economia da Saúde. A terceira parte evidencia a importância da disciplina da economia da saúde, especialmente seu tema de avaliação dos custos, para a melhor gestão do campo da saúde bucal.

A GESTÃO PÚBLICA E A ECONOMIA DA SAÚDE

A gestão pública tem passado por uma série de transformações ao longo da história do país. Isso tem sido acelerado, significativamente, no século XX. De acordo com Fischer (1984), a partir dos anos 1930, a administração pública teve um enfoque teórico fortemente mecanicista. Contudo, apesar de ainda apresentar uma estrutura rígida, inflexível, que tem resistido à evolução e democratização da sociedade, desde esta época, o setor público brasileiro tem vivenciado período de transformação e modernização (TORRES, 2004).

Em se tratando do setor da saúde, alguns autores percebem o surgimento de uma ‘Nova Gestão Pública’ que foi estimulada a partir do processo de ruptura e transformação social recente e mais enfaticamente discutida ainda na década de 1980. Denhardt (2004) descreve como produto deste processo um ‘Novo Serviço Público’ que seria uma alternativa para esta nova conformação administrativa. Nesta lógica, a proposta do ‘Novo Serviço Público’ estaria inspirada na teoria política democrática e participativa (OLIVEIRA, 2005).

Como resultado da democratização do Estado, a administração pública ganhou novas e complexas atuações. A área da saúde, assim como a educação, lazer, previdência social, relações de trabalho, exigiu uma postura diferenciada no que diz respeito ao processo de monitoramento e avaliação sistemática, própria da adoção do paradigma gerencialista principalmente por meio da modalidade de gestão por resultados (GARCES, SILVEIRA, 2004). Isso se dá face à necessidade de uma perfeita compreensão dos sistemas e serviços de saúde aliado a complexidade dos recursos públicos, financiamento e investimentos envolvidos neste processo.

Numa perspectiva mais ampla, Grateron (1999) conceitua o termo gestão como sinônimo de administração, uma vez que tem sido relacionado com o processo de tomada de decisões e o controle de bens. Em se tratando do poder público, a gestão adotaria um conceito semelhante tendo em vista a necessidade de elaboração de um diagnóstico de situação, programação das ações e serviços ofertados e controle dos bens alheios. A partir deste entendimento, o gestor teria como objetivo o planejamento e oferta de serviços e obras de caráter público coerentes financeiramente com recolhimento dos impostos sem desequilibrar a balança das receitas e despesas públicas.

Segundo o *Project Management Body of Knowledge* (PMBOK, 2004), a gestão é a aplicação de conhecimento, habilidades, ferramentas e técnicas às atividades, a fim de atender aos seus requisitos de maneira coerente com os princípios já anteriormente destacados. É válido ressaltar que estes quesitos demonstram a necessidade de integração com os diversos setores ligados à área de conhecimento em discussão na perspectiva de agregar valores e aglutinar esforços para a conquista dos objetivos e metas.

No âmbito da gestão pública, é esperada do gestor uma postura sábia frente aos recursos públicos para poder cumprir suas obrigações sociais internas. Esta atuação integra

um contexto bastante peculiar, tendo em vista a limitação e escassez de recursos públicos aliadas à reivindicação constante da população sobre ações, serviços e bens que garantam a qualidade de vida. Estas considerações justificam a necessidade de discutir conceitos econômicos como eficácia e eficiência nas atividades que realizam os gestores do setor público, com o objetivo de subsidiar, ainda mais, a tomada de gestão.

Diante disso, Grateron (1999) defende que a atividade do setor público deve ser medida e avaliada. Tal consideração poderia ser aplicada mediante a utilização de ferramentas, parâmetros ou indicadores, que decorram da eficiência e eficácia de modo que possam integrar os relatórios da entidade. Destaca, ainda, que os orçamentos, os planos, sistemas de informações e de controle constituem as principais ferramentas destinadas à otimização da gestão.

Segundo Montanha (2009), a partir desta nova lógica conceitual, a atividade de gestão tem implicado em ações como coordenar, articular, negociar, planejar, acompanhar, controlar, avaliar e auditar o sistema de saúde em nível municipal, estadual e nacional”. Este tipo de gestão vem sendo fundamentado por meio de bases normativas atuais, como as Normas Operacionais Básicas (NOB) e as Normas Operacionais e de Assistência à Saúde (NOAS), que foram formuladas com o intuito de implementar o SUS.

Dessa forma, é preciso que se considere, no contexto da complexidade do processo de gestão, o conceito normativo de gestão definido pela NOB SUS 01/96. Esta norma, ao consolidar a plena responsabilidade do poder público municipal por ações e serviços de saúde e aperfeiçoar a própria organização do sistema, definiu gestão como a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde, por meio das funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, execução, acompanhamento, controle e avaliação (BRASIL, 1996). Esse conceito normativo de gestão vem sendo apreendido e utilizado pelo conjunto dos municípios ao longo da implementação da gestão descentralizada do SUS. Dito de outra maneira, no âmbito do sistema de saúde do País, esse conceito vem sendo socialmente construído⁴.

Após a implementação das Normas Operacionais do SUS, em 2006, representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Ministro da Saúde assinaram o Pacto pela Saúde - Consolidação do SUS. O Pacto pela Saúde foi resultado de um esforço das três esferas de governo no sentido de responder aos temas cruciais debatidos na 12ª Conferência Nacional de Saúde no que se refere à gestão do SUS. Por meio deste documento foram detalhadas as Diretrizes Operacionais para os Pactos em Defesa do SUS, pela Vida e de Gestão.

Mais recentemente, outra base normativa, agora o decreto 7.508 de 28 de junho de 2011, foi apresentado com o objetivo de regulamentar a Lei Orgânica da Saúde Nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Esta base normativa dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e será o eixo ordenador do complexo de saúde no país.

Soma-se à normatização da gestão em saúde a ideia de que a atual organização em Redes de Atenção à Saúde tem exigido, cada vez mais, o controle da máquina pública na perspectiva de manutenção dos princípios de eficácia, efetividade, eficiência e economicidade. Podemos inferir que a função administrativa é algo amplo, cabendo ao gestor

⁴Para uma discussão sobre o processo de gestão do SUS e a produção da política de saúde e seus conflitos, ver Campos (1989 e 1991 *apud* Mendes, 2005, p.34-35).

a incorporação de uma visão sistêmica, uma vez que parte do entendimento das relações de interdependência entre os diversos componentes de uma organização.

Esse contexto de normalização do SUS e a demanda por mais eficiência e maior eficácia na gestão do sistema de saúde dialogam com a disciplina da economia da saúde.

Saes (2000) considera a incorporação da economia da saúde um auxílio indispensável na determinação das prioridades da gestão em saúde. Isso se justifica pelo fato de que a aplicação dos conhecimentos e habilidades desta disciplina propicia o contato com metodologias e/ou instrumentos gerenciais de avaliação econômica a partir de uma análise sistemática das ações e serviços realizados no sistema de saúde como um todo.

Embora haja diferentes visões sobre economia, de acordo com Samuelson (1976) *apud* Del Nero (2002, p.20), à economia pode ser definida como:

“estudo de como os homens e a sociedade escolhem, com ou sem o uso de dinheiro, a utilização de recursos produtivos limitados, que têm usos alternativos, para produzir bens e distribuí-los como consumo, atual ou futuro, entre indivíduos e grupos na sociedade. Ela analisa os custos e os benefícios da melhoria das formas de distribuir os referidos recursos.”

Na realidade, essa interpretação sobre economia procura conciliar recursos escassos com necessidades ilimitadas. Por sua vez, há outra visão que se refere à economia como a forma como os homens se organizam para produzir e distribuir a riqueza (CASTRO & LESSA, 1999).

No setor saúde a definição de economia tem aplicação direta, uma vez que há disponibilidade limitada dos recursos, além de centralização no processo decisório para tornar possível a distribuição da riqueza. Estes dois fatores têm agravado o andamento e articulação do sistema de saúde, na medida em que se percebe dificuldade de planejamento adequado dos recursos em saúde por parte da equipe gestora. Talvez isso se justifique pela ausência de conhecimento específico dos administradores em saúde ou mesmo pela dificuldade operacional da equipe como um todo.

Em geral, várias outras dificuldades técnicas inviabilizam o processo de trabalho em saúde, a saber: bens e serviços distribuídos de forma incoerente com as características e estrutura do sistema de saúde, análise econômica de custos e benefícios deficiente, falhas nas formas de distribuição e futura programação da intervenção no setor.

Conforme Del Nero (2002, p.20), a economia da saúde seria a aplicação do conhecimento econômico ao campo das ciências da saúde, em particular como elemento contributivo à administração dos serviços de saúde. Este mesmo autor apresenta outra proposta de definição para a economia da saúde:

“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”.

Outros autores versam sobre a definição de economia da saúde e traduzem um olhar significativo em relação ao conteúdo interdisciplinar que esta disciplina possibilita. Segundo Pereira (2002) *apud* Raggio (2006), a economia da saúde corresponde a “aplicação da ciência econômica aos fenômenos e problemas associados ao tema da saúde”.

Rubio Cébrián (1995) *apud* Gomes (2009, p. 41) delinea o conceito de economia da saúde como:

“Disciplina dentro da administração sanitária que estuda a oferta e a demanda dos serviços sanitários, assim como as consequências da política de investimento sanitário nos diversos modelos de provisão de serviços de saúde”.

Este mesmo autor menciona, ainda, que esta disciplina propicia o estudo da relação entre a racionalização das ações e serviços planejados e programados para o setor saúde e as consequências da política de investimento sanitário. A partir deste conceito temos a idéia de que o campo de atuação da economia da saúde sugere um movimento cíclico dentro da gestão em saúde, uma vez que as consequências do investimento observado anteriormente poderão subsidiar a discussão das próximas etapas de planejamento e programação. Neste sentido, a economia da saúde é vista como um campo de análise sistemática que investiga as principais necessidades de saúde de determinado grupo comunitário e orienta a tomada de decisão na tentativa de oferecer ações e serviços coerentes com o contexto investigado (RUBIO CEBRIÁN, 1995 *apud* GOMES, 2006).

De certa forma, a definição de economia da saúde de Cebrián parece ser mais abrangente que a de Del Nero, pois menciona o financiamento, a produção, a distribuição e o consumo dos bens e serviços. Já a de Del Nero se centra na otimização das ações, o que significa que dá prioridade à melhor utilização dos recursos. Dessa forma, é importante ressaltar que há duas tensões permanentes na economia da saúde. Por um lado, destaca-se a busca pela otimização dos recursos, sempre escassos e, de outro, a busca por garantir o melhor estado de saúde possível para uma população, seja prevenindo a doença, seja prestando os serviços adequados.

Outra definição apresentada à economia da saúde evidencia que se trata de uma “disciplina que integra as teorias econômicas, sociais, clínicas e epidemiológicas, a fim de estudar os mecanismos e os fatores que determinam e condicionam a produção, a distribuição, o consumo e o financiamento dos bens e dos serviços de saúde” (BRASIL, 2005).

Campos (1985) afirma que a economia da saúde está relacionada, ainda, a três fatores: a consciência da escassez, a imperiosidade das escolhas e a necessidade de elas serem precedidas da avaliação dos custos e das consequências das alternativas possíveis. É válido destacar que todos os fatores apresentados estão relacionados ao campo da economia da saúde, seja por meio do estudo direto dos recursos envolvidos em seu planejamento e execução, seja pelas consequências financeiras que podem ser geradas a partir de sua aplicação.

Em geral, estamos tratando de dois eixos diferenciados que exigem atenção constante. Isso se justifica pelo fato de que o processo de trabalho no setor da saúde envolve uma dinamicidade particular frente às necessidades observadas no cotidiano e, ainda, agrega consequências de outras linhas aqui identificadas como condicionantes e determinantes do

processo saúde-doença-cuidado. O setor da economia, entendida aqui como uma ciência social, também deve envolver uma prática dinâmica, contudo, a lógica de financiamento e aplicação de recursos parece ser estática. Isso gera a necessidade de estudos de planejamento, gerenciamento de riscos, monitoramento e avaliação constantes, já que a má gestão dos recursos pode ocasionar efeito cascata nos setores afins.

A partir deste ponto de vista, torna-se inquestionável, cada vez mais, a definição do papel dos serviços de saúde no sistema econômico. Campos (1985) *apud* Del Nero (2002, p. 21) comenta que a economia da saúde possibilita de forma coerente a avaliação de uma série de variáveis, como por exemplo:

“sistema de produção e distribuição de serviços de saúde, as formas de medir o impacto de investimentos em saúde, o estudo de indicadores e níveis de saúde correlacionados a variáveis econômicas, o emprego e os salários de profissionais de saúde e a oferta de mão-de-obra, a indústria da saúde no capitalismo avançado, o comportamento do prestador de serviços e suas relações com o consumidor, a análise de custo-benefício, de custo-efetividade e de custo-utilidade de serviços ou bens específicos, além de análise das políticas de saúde em vários níveis”.

Neste sentido, podemos dizer que o processo de trabalho de gestão pública e a economia da saúde parecem ser indissociáveis.

Segundo Silva (2003), a preocupação com os custos em saúde e a utilização racional dos recursos justifica o desenvolvimento de estudos na área, bem como incentivo ao processo de formação de profissionais especialistas na tentativa de incorporar maior racionalidade na aplicação dos recursos financeiros, materiais e humanos.

Diante desta necessidade observada, este mesmo autor retrata que a criação da Associação Brasileira de Economia da Saúde — ABrES, fundada em Brasília-DF, em 1989, constituiu um dos marcos importantes para a economia da saúde no Brasil. Trata-se de uma sociedade civil, de âmbito nacional, dotada de personalidade jurídica de direito privado, com natureza e fins não lucrativos. Segundo esse autor, a ABrES procura reunir profissionais de diversas áreas afins da economia da saúde na perspectiva de contribuir para o desenvolvimento, a difusão e a aplicação de técnicas, métodos e conhecimentos (SILVA, 2003).

Ugá e Santos (2005) retratam que a reforma do sistema de saúde brasileiro e seu financiamento constituiu condição relevante para a disseminação da análise de economia da saúde no país. Isso tem gerado, ainda hoje, a necessidade de discussão acerca do financiamento da saúde, bem como dos instrumentos para regulação do sistema de saúde e análise microeconômica em gestão.

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE ATUAIS FRENTE À ECONOMIA DA SAÚDE

Ao se reconhecer, portanto, o setor saúde como essencial na dinâmica macroeconômica dos sistemas capitalistas avançados, podemos perceber como as políticas

publicas sanitárias apresentam-se em consonância com o ciclo de investimentos adotado pelo país.

Por exemplo, o Programa *Mais Saúde*, lançado em 5 de dezembro de 2007 pelo presidente da República, foi elaborado com o objetivo de consubstanciar o plano de investimento e atuação prioritária do Ministério da Saúde para o quadriênio 2008-2011. Este Programa compõe a estratégia nacional de desenvolvimento associada ao Programa de Aceleração do Crescimento no âmbito da saúde (PAC-Saúde) e antevê a aplicação de recursos neste setor (VIANNA, 2008).

A apresentação deste Programa reiterou a relevância do elo entre saúde e desenvolvimento socioeconômico e incorporou a lógica de pensamento defendida no Modelo Sistêmico das Finanças Públicas defendido por Saldanha (2006). Isso esteve declarado, a partir da seguinte citação:

“um país somente pode ser denominado desenvolvido se seus cidadãos forem saudáveis, o que depende tanto da organização e do funcionamento do sistema de saúde quanto das condições gerais de vida associadas ao modelo de desenvolvimento vigente” (BRASIL, 2008a).

Contudo, tem-se observado algumas lacunas entre a evolução do modelo universal do SUS e o processo de desenvolvimento econômico. Isso pode ser caracterizado pela dificuldade de articulação da saúde com as demais políticas públicas, associado à iniquidade de acesso ao SUS, distribuição territorial desigual da oferta de bens e serviços de saúde, predomínio de um modelo burocratizado de gestão do sistema e de suas unidades de produção de serviços e subfinanciamento do SUS (BRASIL, 2008a).

Diante deste contexto, o Programa Mais Saúde procura articular a dimensão econômica e a dimensão social da saúde a partir da lógica de trabalho voltada para 7 eixos. São eles: promoção da saúde; atenção à saúde; complexo industrial da saúde; força de trabalho em saúde; qualificação da gestão; participação e controle social; e cooperação internacional (BRASIL, 2008a).

Vale ressaltar que estes eixos buscam garantir de forma integrada o cumprimento dos princípios defendidos pelo SUS em associação ao padrão de desenvolvimento nacional voltado para a qualidade de vida de seus cidadãos. Desta forma, é indiscutível a incorporação de ferramentas de controle para que se possa efetivar a implementação desta estratégia de trabalho.

Diante disso, destaca-se o eixo intitulado Qualificação da Gestão que trata das seguintes temáticas: Desenvolvimento de sistema integrado de planejamento, informação, monitoramento, controle e avaliação das ações de saúde, com foco nos repasses federais; fortalecimento do Sistema Nacional de Auditoria do SUS; implementação de complexos reguladores; modernização da gestão dos hospitais filantrópicos por meio de contratos de gestão; aprovação de projeto de lei complementar e das leis ordinárias necessárias para implantar o modelo de fundação estatal de direito privado nos hospitais públicos federais (BRASIL, 2008a).

Vale ressaltar que este eixo conta com um recurso total previsto discriminado em duas rubricas: assegurado e expansão. De um total de R\$ 65,1 bilhões assegurados e garantidos como parte do Plano Plurianual (PPA/2008) foram disponibilizados R\$ 1.339.350.000 para o

eixo de Qualificação da Gestão e outros R\$ 603.634.813 dependem de recursos adicionais para expansão das ações, que venham em substituição ao que anteriormente se previa como destinado à saúde por intermédio do aumento de repasses da extinta CPMF (BRASIL, 2008a).

Esta proposta veio fortalecer a gestão pública, a partir dos setores de Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria dos serviços e sistemas de saúde. Isso possibilitou a incorporação de novas estratégias de trabalho, além de adoção de indicadores, parâmetros e metas junto ao processo decisório em saúde.

Mais recentemente, têm-se discutido acerca da regulamentação da Lei Orgânica da Saúde Nº 8.080 por meio do Decreto Nº 7.508 de 28 de junho de 2008. Segundo Santos (2011), este tem incorporado importante papel de regular a estrutura organizativa do SUS nos seus detalhes, tão necessários para a sua consolidação e melhoria permanente da sua gestão. Esta mesma autora comenta que este decreto tem o seguinte propósito:

“visa a transparência da sua estrutura organizativa com a finalidade de garantir maior segurança jurídica na fixação das responsabilidades dos entes federativos para que o cidadão possa, de fato, conhecer, em detalhes, as ações e os serviços de saúde ofertados nas regiões de saúde, em suas redes assistenciais” (SANTOS, 2011).

Neste sentido, é válida a incorporação de estratégias que possibilitem a análise da gestão do SUS como condição *sine qua non* para a efetivação do Sistema Único de Saúde em sua totalidade. Segundo Santos (2011):

“A gestão do SUS precisa ser transparente, deixando às claras quais os serviços, as ações de saúde, as responsabilidades, as atribuições, os recursos financeiros que garantirão a efetividade do direito à saúde do cidadão nas redes assistenciais, permitindo, assim, à população o exercício da democracia participativa, princípio constitucional do SUS.”

A ECONOMIA DA SAÚDE E A GESTÃO EM SAÚDE BUCAL

Mudanças expressivas foram observadas no sistema de saúde brasileiro nas últimas décadas. A garantia dos princípios de universalidade, equidade e integralidade tem exigido uma postura diferenciada em relação à melhoria da qualidade de vida do brasileiro e à avaliação econômica da adoção de novos programas e tecnologias em saúde (BRASIL, 2008b).

Na odontologia, a incorporação do cirurgião-dentista na Equipe de Saúde da Família, bem como a adoção da Política Nacional de Saúde Bucal a partir de 2004, agregou uma diferença significativa no incentivo financeiro destinado à saúde no país. Desta forma, o monitoramento e a avaliação tornaram-se uma necessidade constante, tanto no quesito de observação da melhoria da condição de saúde bucal do brasileiro, como também na implicação financeira que estaria relacionada a essas ações (FERREIRA; LOUREIRO, 2006).

Este cenário implicou, ainda, na necessidade de adoção de uma postura diferenciada dos gestores em saúde. Sendo assim, os técnicos da Secretaria Municipal de Saúde ou

Coordenadores Municipais de Saúde Bucal, por exemplo, necessitariam reunir uma série de informações para subsidiar o processo de tomada de decisões. Diante disso, algumas questões deveriam ser respondidas, a saber:

- A avaliação periódica da saúde bucal da população é quesito relevante? Qual a frequência que esta ação deve ser realizada?
- Qual o corpo técnico que deverá executar este tipo de avaliação da condição de saúde bucal da população? Devem ser contratados novos cirurgiões-dentistas? É viável deslocar um profissional da rede de serviços para a realização desta atividade? Outros profissionais poderiam ser agregados neste processo de trabalho? Quais?
- Que tipos de exames complementares devem compor o rol de um estabelecimento de saúde do nível básico? Um aparelho e tomadas radiográficas deve ser adquirido para cada centro de saúde? É possível implantar um centro de referência municipal para este tipo de exame? É viável terceirizar este tipo de serviço?
- Tomadas radiográficas deverão ser realizadas em todos os casos clínicos?
- Aplicação Tópica de Flúor (ATF) deve ser oferecida aos pacientes que já recebem água fluoretada e tem acesso regular à dentifícios com flúor?
- Procedimento endodôntico deverá ser realizado em uma única sessão?
- Pacientes com terceiros molares impactados sem sintomatologia deverão ser submetidos à procedimento cirúrgico?
- Pacientes com Necessidade Especial sempre devem ser submetidos à anestesia geral?

Em geral, as respostas a todas essas perguntas eram ditadas pela experiência individual e prévia de cada gestor e profissional. Contudo, atualmente, é possível contar com novas estratégias para auxiliar a tomada de decisões. Uma destas estratégias é a adoção de revisões sistemáticas e da Prática Baseada em Evidências, que constitui um processo que busca reunir todos os ensaios que se encaixam em critérios preestabelecidos a fim de responder uma questão clínica específica (CARDOSO, 2010).

Sendo assim, poderiam ser apontadas as respostas para as seguintes perguntas:

- A intervenção proposta é eficaz e efetiva?
- Qual a sua disponibilidade e factibilidade?

Aliado a isso, a equipe gestora e profissionais de saúde da ponta deveriam refletir juntos acerca de algumas questões elementares no que diz respeito às análises econômicas aplicadas à saúde, como por exemplo:

- Qual a dimensão do custo das ações propostas?
- Como se compara com alternativas disponíveis?

Neste sentido, seria possível analisar se um novo programa ou uma nova tecnologia poderia ser mais efetiva que um tratamento padrão e se isso não implicaria no acréscimo de custo. Seria possível, ainda, avaliar se a adoção desta estratégia resultaria em economia para o próprio sistema de saúde como um todo (BRASIL, 2008b).

De forma complementar a este padrão geral, em se tratando do setor de saúde e, mais especificamente, a saúde bucal, é indispensável avaliar periodicamente as ações e serviços realizados sob pelo menos dois pontos de vista: os custos de sua produção; e, os efeitos sobre o estado de saúde da população.

Segundo Drumond e colaboradores (1997), é importante esclarecer as diferenças entre análise de custos e avaliação econômica. A primeira se relaciona com a avaliação dos custos de um procedimento ou programa; a segunda, com análises comparativas de ações alternativas quanto a custos e conseqüências. Neste caso, o principal objetivo é identificar, quantificar e comparar os custos e as alternativas consideradas.

Este mesmo autor revela que as avaliações econômicas, por sua vez, podem ser parciais e totais ou completas. As avaliações parciais examinam apenas custos ou apenas resultados, enquanto que, as avaliações totais ou completas têm por objeto os custos e também os seus resultados.

Para contribuir com esta análise, o Ministério da Saúde publicou, em 2008, a obra intitulada “Avaliação Econômica em Saúde: desafios para gestão no Sistema Único de Saúde” em que são utilizadas quatro conceitos conhecidos da Economia da Saúde e importantes, a saber:

- a) custo-efetividade – neste tipo de avaliação econômica, os benefícios estariam relacionados com os efeitos ocasionados na saúde e, por isso, não seriam expressos em termos monetários. Assim, poderiam ser citadas diversas situações como, por exemplo, pacientes livres de lesões de cárie ou doença periodontal para verificar o impacto de uma ação ou serviço de saúde implantados em determinado local e período ou mesmo os efeitos da fluoretação das águas em comparação à uma comunidade sem acesso à água fluoretada;
- b) custo-utilidade – nesta oportunidade, seria realizada uma avaliação a partir dos efeitos expressos em qualidade de vida ajustada por ano. Assim, seria possível a comparação de diferentes intervenções como a avaliação entre pacientes beneficiados pelo serviço de prótese ou ortodontia, por exemplo;
- c) custo-benefício – constitui uma técnica analítica derivada da teoria econômica que enumera e compara custos líquidos de uma intervenção. Neste caso, haveria a necessidade de observação dos benefícios gerados na saúde, por meio do desenvolvimento destas ações. Desta forma, poderíamos calcular o valor de um programa de prevenção de Lesões Potencialmente Malignas (LPM) realizado em determinado local e período e, ainda, relacionar à cobertura populacional que foi beneficiada com este tipo de ação. Neste caso, por exemplo, o cálculo poderia ser definido a partir dos custos variáveis totais por paciente, anualmente, enquanto os benefícios poderiam ser definidos como diferenças no incremento de lesões neste mesmo local de cobertura do programa em determinado período;
- d) custo-minimização – este tipo de avaliação econômica compara os custos de procedimentos ou programas para alcançar um objetivo determinado, cujas conseqüências supõem-se que sejam equivalentes. Aqui, seria utilizado o rol de procedimentos odontológicos propriamente ditos e mensurado informações como a capacidade instalada ou potencial produtivo de uma Equipe de Saúde Bucal, por exemplo.

A partir desta compreensão, é pertinente incentivar a realização de análises econômicas como condição para a implantação de um projeto ou realização de ações e serviços bucal financiados com recursos públicos. Infelizmente, esta não é uma rotina desenvolvida pelos gestores, contudo, as tomadas de decisão nos sistemas de saúde deveriam estar fundamentadas em análises e avaliações econômicas pormenorizadas, aliadas à alocação de recursos segundo critérios específicos sem restrição quanto a assuntos políticos.

Drummond e colaboradores (1997), em um estudo clássico acerca dos métodos para a evolução econômica de programas de cuidado em saúde, sugere, ainda, que sejam adotados alguns critérios para este tipo de avaliação, dentre os quais podemos citar: Quais custos devem ser considerados? Como os custos poderiam ser estimados? Foram avaliados custos e conseqüências com credibilidade?

Outras estratégias foram sugeridas pelo Ministério da Saúde em relação à leitura crítica de estudos de análise econômica em saúde. Para isso, foi elaborado um roteiro com base em quatro eixos: indagação científica, validade interna, inferência estatística, validade externa e aplicabilidade (ver quadro 1).

Quadro 1. Roteiro de leitura crítica de uma análise econômica em saúde proposto pelo Ministério da Saúde em 2008.

INDAGAÇÃO CIENTÍFICA

1. Examine: título, autores, instituição (país de origem), revista e data da publicação.
2. Qual o objetivo do estudo?
3. Qual o tipo de análise econômica realizado?
4. Quais as alternativas que estão sendo comparadas?
5. Qual a hipótese do estudo?
6. Qual a perspectiva da análise?

VALIDADE INTERNA

7. Analise criticamente os seguintes aspectos:
 - a) as características da população em estudo;
 - b) as evidências da efetividade das intervenções;
 - c) aspectos dos custos das alternativas e suas conseqüências;
 - d) unidades utilizadas para medir efetividade e custo;
 - e) utilização de custo real versus valor de mercado; utilização de dólares internacionais;
 - f) aplicação de controle para diferenças no tempo, taxa de desconto.
8. Quais destas variáveis poderiam interferir nos resultados caso fossem alteradas?

INFERÊNCIA ESTATÍSTICA

9. Foram feitas análises de sensibilidade? Houve mudanças significativas nos resultados principais com pressupostos diferentes para as variáveis do estudo?

VALIDADE EXTERNA

10. As estimativas da efetividade e dos custos das intervenções são semelhantes às observadas em outras populações? É esperado que a proporção relativa do custo e da efetividade entre as alternativas avaliadas seja mantida em outras circunstâncias?

APLICABILIDADE

11. As intervenções estudadas são relevantes para outras realidades? Existem alternativas em vigência ou em consideração no nosso meio que não foram consideradas?
12. Quem são os principais usuários dos resultados?

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, 2008.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A incorporação dos conceitos de economia aplicada ao setor da saúde se torna indispensável na tentativa de alocar os recursos de forma crítica, tendo em vista a identificação de elementos que poderão ainda mais subsidiar a tomada de decisões. Isso se justifica, especialmente, quando se trata da gestão de recursos públicos. Estes devem ser geridos garantindo primeiramente o direito à saúde como base da gestão e em seguida os critérios econômicos que dialoguem constantemente a eficiência dos gastos com a equidade social. Além disso, é necessário realizar acompanhamento constante das conseqüências desta distribuição orçamentária e desenvolver proposta de ajuste sistemático, caso sejam identificados problemas na área.

Em se tratando das ações e serviços públicos em saúde bucal, ainda, é muito reduzido o número de estudos acerca das análises de custos e economia da saúde propriamente dita. Contudo, percebemos a necessidade de aproximação destes dois eixos na tentativa de otimizar os recursos disponíveis para este setor, bem como incorporar mais dinamicidade na gestão da máquina pública.

Para isso, é importante considerar os conceitos de Prática Baseada em Evidências na tentativa de subsidiar o processo de trabalho e a tomada de decisão em saúde. Sabemos que esta conduta é bastante complexa, contudo, o emprego de evidências clínico-epidemiológicas na gestão em saúde bucal se justifica mesmo entendendo que o processo decisório apresenta-se bastante complexo e inúmeros fatores técnicos, políticos, sociais, culturais e éticos estão envolvidos.

Diante dessas questões e compreendendo que os recursos financeiros no setor são findáveis, torna-se indispensável a agregação de conceitos e posturas da economia em saúde na prática de trabalho dos gestores, Coordenadores Municipais de Saúde Bucal, profissionais de saúde e da própria comunidade. Acreditamos que, assim, seria possível elaborar uma proposta de ação em saúde de forma coerente com a realidade vivenciada por estes atores.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 2.023, de 6 de novembro*. Dispõe sobre a NOB 01/96 – Norma Operacional Básica do SUS. *Diário Oficial da União*, 6 nov, 1996.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Glossário temático: economia da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 56 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Mais Saúde: direito de todos: 2008 – 2011. 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008a.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. Avaliação econômica em saúde: desafios para gestão no Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008b.104p.
5. CARDOSO, Jefferson Rosa. Revisão sistemática e prática baseada em evidências na tomada de decisão em saúde. *Fisioter Pesq.*, São Paulo, v. 17, n. 1, mar. 2010. Disponível em: http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502010000100001&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 06 mai 2012.
6. CASTRO, Antonio Barros de; LESSA, Carlos. Introdução à economia. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 36ed, 1999.
7. DEL NERO, C. R. O que é economia da saúde. In: PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. (Orgs.). Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde. Brasília: Ipea, 2002.
8. DENHARDT, Robert. Teoria Geral de Organizações Públicas. (trad. Prof. Francisco G. Heidemann), Thompson/ Wadsworth. 2004.
9. DRUMMOND MF, O'BRIEN BJ, STODDART GI, et al. Methods for the economic evaluation of health care programmes. 2nd ed. Oxford: University Press; 1997.
10. FERREIRA, Christiane Alves; LOUREIRO, Carlos Alfredo. Economia em saúde com foco em saúde bucal: revisão de literatura. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. Volume 15 - No 4 - out/dez de 2006.
11. FISCHER, Tânia. Administração pública como área de conhecimento e ensino: a trajetória brasileira. IN: Revista de Administração de Empresas. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas. Out/dez 1984.
12. GOMES, Fátima Meirelles Pereira. As interfaces entre a clínica, o complexo econômico-industrial da saúde e a organização dos serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde: o caso da fase pré-clínica do câncer do colo do útero. / Fátima Meirelles Pereira Gomes. Rio de Janeiro: s.n., 2009.
13. GRATERON, Ivan Ricardo Guevara. Auditoria de Gestão: Utilização de indicadores de gestão no setor público. Caderno de Estudos, FIPECAFI. Nº 21,1999. Acesso em 11.11.2011. Disponível em: <http://audicaixa.org.br>
14. HAIR, J. F. et al. Análise multivariada de dados. 5ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.
15. MENDES, Áquilas. *Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no Estado de São Paulo (1995–2001)*. [tese de doutorado]. Campinas/SP: Instituto de Economia. Universidade Estadual de Campinas; 422p, 2005. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000376445&opt=1>
16. MENDES, Áquilas Nogueira; MARQUES, Rosa Maria. Sobre a Economia da Saúde: campos de avanço e sua contribuição para a gestão da saúde pública no Brasil. In: Gastão Wagner de Sousa Campos; Maria Cecília de Souza Minayo; Marco Akerman; Marcos Drumond Júnior; Yara Maria de Carvalho. (Org.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 2006, v. , p. 259-293.
17. MONTANHA, Henrique Assumpção. Gestão em Saúde. Disponível em: <http://www.artigonal.com/gestao-artigos/gestao-em-saude-759846.html>. Acesso em 06 de mai de 2012.

18. OLIVEIRA, D. L. A 'Nova' Saúde Pública e a Promoção da Saúde Via Educação: Entre a Tradição e a Inovação. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005 maio-junho; 13(3):423-31.
19. PIOLA, S. F. & VIANNA, S. M. Economia da Saúde: Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde (S. F. Piola & S. M. Vianna, org.), Brasília, 1995: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.
20. RAGGIO, A. O que é isto: A Economia da Saúde? Texto apresentado no VII Congresso Nacional da Rede Unida. Curitiba, 15 a 18 julho de 2006. Disponível em: http://www.mct.com.br/marketing10/Conteudo/texto_econsaude_armando_raggio.pdf. Acesso em: 14 de novembro de 2011.
21. ROCHA FILHO, F. S.; SILVA, M. G. C. Análise de custos com pessoal e produtividade de equipes do programa de saúde da família em Fortaleza, Ceará. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n 03, p. 919-928, 2009.
22. SAES, S. G. Estudo bibliométrico das publicações em economia da saúde no Brasil, 1989-1998. 2000. Dissertação (Mestrado em Administração de Serviços de Saúde) — Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2000.
23. SALDANHA, Clezio. Introdução à Gestão Pública / Clezio Saldanha. São Paulo: Saraiva, 2006.
24. SANTOS, L. Lei 8.080/90 é regulamentada 21 anos depois: Decreto 7508/2011. Blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania. BVS. Julho/2011. Disponível em: <http://blogs.bvsalud.org/ds/2011/07/16/lei-8-08090-e-regulamentada-21-anos-depois-decreto-75082011/> Acesso em 14 de novembro de 2011.
25. SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. Economia da Saúde: da Epidemiologia à Tomada de Decisão. In: Rouquayrol, M.Z, Almeida Filho, N. *Epidemiologia e Saúde*. 6ª Ed., Rio de Janeiro: MEDSI, 2003: 533-565.
26. TORRES, Marcelo Douglas de Figueiredo. 2004. Estado, democracia e administração pública no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FGV.
27. UGÁ, M.A.D.; SANTOS, I. S. *Uma análise da equidade do financiamento do sistema de saúde brasileiro*. Relatório de Pesquisa. Projeto Economia da Saúde. Cooperação Técnica Brasil – Reino Unido, 2005. Disponível em: <http://www.opas.org.br/observatorio/arquivos/Destaque99.pdf>. Acesso em: 05 mai 2012
28. VIANNA, S.B. Evolução e perspectivas da pesquisa em Economia da Saúde no Brasil. Brasília: IPEA, novembro de 1998.