

das diferentes formas de organização econômica; observação da interlocução dos diferentes valores introjetados e do foco de atenção em cada forma organizativa; a projeção da EPS como um campo emergente para atuação profissional do Serviço Social.

¹ email: aguia10@terra.com.br

PT 150

CUSTOS DO PSF EM MUNICÍPIOS DO ESTADO DA BAHIA

AUTORES: EDYARA SANTANA (INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA/UFBA)
PAULO HENRIQUE DE ALMEIDA (FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS/UFBA)
SEBASTIÃO LOUREIRO (INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA/UFBA)
CLAUDIA D'AREDE (INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA/UFBA)
INDAIÁ DO BRASIL DIAS (INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA/UFBA)

RESUMO

Estudos de descrição e análise de custos de programas e serviços de saúde constituem-se em importante ferramenta para a análise de viabilidade financeira - um dos componentes fundamentais do planejamento - e para um melhor gerenciamento do sistema de saúde. Inexistem, todavia, estudos deste tipo que considerem a realidade do Programa de Saúde da Família - PSF no estado da Bahia e que possam contribuir para a discussão de possibilidades de expansão e universalização do PSF nos municípios do estado, onde a cobertura atual está em torno de 25%, apesar do reconhecimento de seu papel estratégico na reorganização da atenção básica e na mudança de modelo de atenção à saúde.

O estudo tomou como objeto o Programa de Saúde da Família em municípios de diferentes portes no estado da Bahia, selecionados conforme o grau de consolidação do PSF, nos quais verificava-se o funcionamento em conformidade com as normas e diretrizes do Ministério da Saúde, nível de organização e de compromisso da Gestão Municipal com a reorganização do sistema de saúde, equipes ampliadas (com odontologia) e localização em diferentes macro-regiões.

A análise teve como objetivos descrever e analisar os custos médios de funcionamento da equipe de PSF (mínima e com odontologia) e comparar os custos estimados com os encontrados em outros estudos, estimando o volume de recursos necessários para se alcançar uma cobertura de 100% nos municípios estudados. Utilizou-se como metodologia de apuração de custos a aplicação do sistema de custeio por absorção, com coleta de dados nos municípios selecionados. Foram apurados os custos com salários e encargos sociais dos profissionais das equipes, equipamento ou material permanente da unidade, material de consumo, medicamentos, vacinas, exames laboratoriais, despesas de transporte e despesas administrativas.

Os resultados do estudo confirmam a importância do item despesas com pessoal na composição dos custos do PSF, e apontam para a necessidade de se fortalecer, junto aos municípios, uma cultura de apuração de custos, dada a inexistência de centros de custeio organizados para apuração dos gastos do PSF, bem como de se repensar o financiamento do Programa, sobretudo para municípios de médio e grande porte.

¹ Edyara de Moraes Santana. Instituto de Saúde Coletiva/UFBA (edyara@ufba.br)

PT 151

UMA REFLEXÃO SOBRE O FINANCIAMENTO DO SETOR SAÚDE NA ARGENTINA: O SISTEMA DE OBRAS SOCIAIS E O SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE.

FÁBIO RENATO DA SILVA E HENRIQUE MACHADO GUIMARÃES VIEIRA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO GRANDE DO SUL - UERGS

Introdução

Os países da América Latina possuem diferentes sistemas de assistência à saúde. Com exceção do Sistema Único de Saúde brasileiro, os sistemas Latino-Americanos são fragmentados e não integrais.

Ao contrário do Brasil que possui um sistema público de saúde integral, que é financiado pela população em geral, a Argentina possui um Sistema Público de Saúde, responsável pela atenção básica incompleta de toda a população, e um Sistema de Obras Sociais, o qual é responsável pela atenção à saúde dos trabalhadores formais e de suas famílias. Por diferenças na organização do financiamento e na conseqüente atenção, encontramos falhas e muitas necessidades administrativas a serem supridas.

A partir desse mosaico de realidades, buscamos explorar o modelo de financiamento do Sistema de Obras Sociais e do Sistema Público de Saúde, ambos argentinos, para estabelecer

parâmetros do que é mais eficiente do ponto de vista de financiamento da saúde em países subdesenvolvidos: sistemas fragmentados ou sistemas unificados.

Esta pesquisa foi realizada no âmbito disciplina Financiamento em Saúde do Curso de Administração de Sistemas e Serviços de Saúde, da UERGS, e objetivou trazer subsídios para uma discussão mais profunda acerca dos modelos de financiamento da assistência à saúde promovida através do Estado, o qual foi implantado pelo país vizinho, comparando-o com as vantagens e desvantagens em relação ao modelo brasileiro.

Objetivos

Fazer um panorama geral do financiamento dos dois principais sistemas de saúde na Argentina, abordando o processo de estruturação destes;

Abordar o processo de descentralização do Sistema Público de Saúde e o processo de regulação do Sistema de Obras Sociais e as conseqüências desses processos;

Refletir sobre a administração dos recursos escassos no Sistema Público de Saúde e no Sistema de Obras Sociais;

Fazer reflexões sobre as influências no setor saúde da Argentina das mudanças dos cenários mundiais, especialmente, no que se refere ao declínio do Welfare State e o surgimento do neoliberalismo;

Comparar os indicadores dos principais sistemas de saúde argentinos com os do SUS brasileiro.

Metodologia

Pesquisa documental e bibliográfica.

Conclusões

Ao concluirmos esta pesquisa, observamos: a importância da administração estatal nos recursos destinados a atenção à saúde da população; a relevância da participação da população tanto no controle, bem como na definição de políticas sociais; os sistemas de saúde na Argentina, bem como os sistemas de saúde dos demais países da América Latina, estão em fase de amadurecimento, principalmente no que se refere a conceitos de equidade, qualidade e eficiência; a falta de mecanismos de controle de eficiência é um dos graves problemas dos dois sistemas de saúde na Argentina; a fragmentação de sistemas de saúde coordenados pelo Estado aumentam os indicadores de ineficiência e dificultam a obtenção de equidade e integralidade; a importância dos sistemas universais unificados nos países da América Latina.

PT 152

CONHECIMENTO DOS RESPONSÁVEIS PELA CONTRATAÇÃO DE PLANOS E SEGUROS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SOBRE A REGULAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR EM EMPRESAS DA REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE, RS

FOSSATI, FERNANDO JOSE MEDEIROS; ROSA, ROGER DOS SANTOS; BORDIN, RONALDO. UFRGS/DEPTO. DE MEDICINA SOCIAL E PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DA GESTÃO EM SAÚDE.

Introdução: a regulamentação da saúde suplementar provocou adaptações nos planos e seguros privados de saúde nem sempre conhecidas pelas empresas contratantes. **Objetivo:** avaliar o grau de conhecimento de responsáveis pela contratação da assistência suplementar à saúde em empresas da região metropolitana de Porto Alegre (RMPA), RS. **Metodologia:** entrevistas semi-estruturadas com encarregados da escolha/contratação de plano/seguro-saúde de 15 empresas de diferentes setores produtivos da RMPA (cerca de 6.500 empregados) no trimestre final de 2001. Doze empresas têm + 5 anos; 10 têm + 100 empregados e 3 menos de 50; 4 contrataram mais de uma modalidade de assistência (5 medicina de grupo, 5 cooperativa médica, 5 seguro-saúde e 4 auto-gestão). **Resultados:** 8 entrevistados (53,3%) conheciam as modalidades de assistência e 7 (46,7%) "já ouviram falar". Fatores mais importantes na escolha do plano/seguro-saúde: custo e tipo de cobertura (10 citações, 66,6%), e rede de credenciados (5 ou 33,3%). Órgão mais conhecido: Superintendência de Seguros Privados (atuante no modelo inicial bipartite de regulação porém não mais à época da pesquisa) (60%), Agência Nacional de Saúde Suplementar (46,7%), Conselho de Saúde Suplementar (6,7%), e nenhum (26,7%). Três (20%) conhecem muito a Lei 9.656/98, 7 (46,7%) pouco, e 5 (33,3%) desconhecem. Dez (66,6%) não recebem dados epidemiológicos sobre a população beneficiária, 3 (20%) mensalmente e 2 (13,3%) eventualmente. Onze (73,3%) não sabem o que seria "mais interessante para a empresa" em relação a doenças e lesões pré-existentes. **Conclusões:** o expressivo desconhecimento do marco regulatório-legal, das características epidemiológicas e a pouca preocupação com a rede preferencial podem conduzir a escolhas inadequadas ou mesmo sub-utilização do plano escolhido. Sugere-se

que as empresas aprimorem os responsáveis pela área considerando que governo, operadoras e associações de consumidores já se encontram melhor preparados.

Autor: Fernando José Medeiros Fossati (e-mail: fossati@tj.rs.gov.br)

PT 153

MODELOS DE BENEFÍCIO FARMACÊUTICO: EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS

GABRIELA BITTENCOURT GONZALEZ MOSEGUI¹, CID MANSO DE MELLO VIANNA²

, PEREGRINO, C.A F^{1,2}

¹CURSO DE FARMÁCIA - UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

RUA DO BISPO, 83 - CEP 20261-060 - RIO DE JANEIRO (RJ)

E-MAIL: GABRIELA.MOSEGUI@PREDIAL.NET.COM.BR; E-

MAIL: GABRIELA.MOSEGUI@ESTACIO.BR

²PROGRAMA DE ESTUDOS EM ECONOMIA DA SAÚDE/INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL - UERJ

RUA: SÃO FRANCISCO XAVIER, 524, 7º ANDAR/ BLOCOS D E E - CEP 20559-900 - RIO DE JANEIRO (RJ)

E-MAIL: CMMV@UERJ.BR

Introdução: O Brasil tem consumo *per capita* de medicamentos de aproximadamente US\$ 40 / ano. Entretanto, 48% dos medicamentos são adquiridos por somente 15% da população com renda acima de 10 salários mínimos. Por sua vez, esta parcela se constitui no maior mercado das operadoras de saúde suplementar. Isto configura um mercado privado privilegiado, de alto poder de consumo e disposto a aceitar o financiamento do risco do uso de fármacos no tratamento de doenças. No Brasil, as operadoras do setor de saúde suplementar têm buscado modelar benefício e assistência farmacêuticas, usando experiências internacionais como exemplo. **Objetivo:** O objetivo geral deste estudo é apontar quais os mecanismos de benefício farmacêutico utilizados em vários países e seus instrumentos regulatórios. **Metodologia:** Realizou-se uma revisão bibliográfica extensa sobre o tema. **Resultados:** Vários países têm experimentado modelos de benefício farmacêutico com maiores ou menores graus de sucesso. Austrália, Canadá, França, Espanha, EUA e Argentina tiveram suas experiências analisadas. As implementações do benefício farmacêuticas envolvem inúmeras variáveis que incluem as características das seguradoras, dos segurados, dos médicos prestadores e do próprio modelo de prestação de serviços médicos adotado pelo Estado. Existem ferramentas de controle de custo que visam maior envolvimento dos segurados na escolha do medicamento e dos médicos nos custos envolvidos. **Discussão e Conclusão:** Correlacionamos tendências dos modelos de benefício, em particular, no setor público de saúde. A adoção programas de assistência farmacêutica e gerenciamento de doenças pode promover o suporte necessário para alcançar resultados bastante efetivos neste sentido. Os modelos de benefício farmacêutico mostram-se bastante desenvolvidos e amplamente implementados pelas operadoras de saúde de um modo geral, mas no Brasil ainda falta muita experiência nas formas de gerenciamento e controle destes modelos. Em consequência, não se têm procedimentos adequados e padronizados de seleção de medicamentos.

Gabriela Bittencourt Gonzalez Mosegui gabriela.mosegui@predialnet.com.br

PT 154

IMPACTO EMENDA CONSTITUCIONAL 29/2000 NOS GASTOS COM SAÚDE NO MUNICÍPIO DO AGRESTE PERNAMBUCANO

AUTORES: SOUZA, M. GEISIANE C. DE; ARAÚJO, J. LUIZ DO A. C.

INSTITUIÇÃO: FIOCRUZ; CPQAM; NESCE

Através da Constituição de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde criando e regulamentando o SUS ficou garantido ao setor saúde um financiamento a partir de recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS), que tem como fontes de receita as contribuições sociais. Em 1993, frente a uma crise previdenciária insustentável vinculou-se a contribuição social incidente sobre a folha de salários para o custeio das despesas previdenciárias tendo então esse orçamento sofrido uma perda em torno de 50% de sua receita, além disso outras importantes contribuições sociais são permanentemente disputadas por outras áreas do governo e sofrerem constantes questionamentos jurídicos. Buscando amenizar tais perdas e incertezas, foi criada em 1994 um imposto temporário incidente sobre as movimentações financeiras bancárias com arrecadação vinculada restritamente ao financiamento de ações e serviços de saúde estando até hoje prorrogado com o nome de Contribuição Provisória Sobre Movimentação Financeira. Mais recentemente, foi aprovada a Emenda Constitucional 29/

2000 determinando a União um ajuste anual do orçamento destinado ao Ministério da Saúde que garanta a reposição das perdas com a inflação e que acompanhe o aumento real do PIB, além de determinar que Estados e Municípios aloquem as ações e serviços de saúde um percentual 12 e 15% de suas receitas próprias respectivamente até o ano de 2004, partindo do percentual de 7% no ano de 2000. Objetivando conhecer o impacto da E.C. 29/2000 sobre os gastos locais com saúde num município do Agreste pernambucano no período de 1999 a 2002, realizamos um estudo descritivo tendo como fontes de informações boletins financeiros mensais fornecidos pela secretaria de finanças do município de São Joaquim do Monte. Observamos que nos anos de 1999 e 2000 o percentual de recursos de seu orçamento próprio alocado ao setor saúde já ultrapassava os 15%. Em 2001 esse percentual retrocedeu para 13% voltando para 15,98% em 2002. Por fim, os resultados concluem que esse município antes mesmo da aprovação da E.C. 29/2000 já disponibilizava um percentual de recursos a saúde condizentes com as determinações dessa emenda e apesar de retroceder esse percentual em um único ano continua dentro dos resoluções legais.

Maria Geisiane Carvalho de Souza

Email: geisianec.souza@bol.com.br

PT 155

FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: A EXPERIÊNCIA DO SIOPS

HUGO VOCURCA TEIXEIRA - MINISTÉRIO DA SAÚDE

MARCELO GOUVÊA TEIXEIRA - MINISTÉRIO DA SAÚDE

Este artigo apresenta características do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde - SIOPS, tece breves comentários sobre a estratégia de coleta e os dados coletados e exemplifica algumas de suas potencialidades enquanto instrumento de apoio à gestão. O SIOPS reúne informações sobre o financiamento e o gasto com saúde pública de municípios, estados e da união, constituindo-se em banco de dados único no âmbito das políticas sociais no Brasil. Produzindo informações com regularidade e com qualidade crescente, o Sistema conforma-se como uma importante fonte de dados para a realização de estudos pelas instituições de pesquisa, para o exercício do acompanhamento e fiscalização pelos órgãos de controle e para a gestão e avaliação das ações no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Tais informações podem viabilizar o aprimoramento da gestão, a disseminação de experiências bem sucedidas entre os entes federados, e a adequada distribuição dos gastos entre investimento e custeio e entre as esferas governamentais, tendo em vista o dimensionamento das redes de atenção, dentre outras questões.

PT 156

CUSTO EFETIVIDADE DA VACINA CONTRA INFLUENZA

INÊSDOURADO, ANDREIA SANTOS, SÉRGIO CUNHA, MARIA Y. T. ICHIHARA, EDVAN CHAVES, VIRGINIA GOES, SEBASTIÃO LOUREIRO.

INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA, UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA; LONDON SCHOOL OF HYGIENE AND TROPICAL MEDICINE, INGLATERRA; FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, MINISTÉRIO DA SAÚDE. APOIO: MS/IPEA/DFID (REINO UNIDO).

INTRODUÇÃO. Tem sido demonstrado que a vacinação contra influenza previne hospitalização e morte associada a doenças causada pelo vírus da influenza na população idosa. Entretanto, a quase totalidade dos estudos foi conduzida nos Estados Unidos e Europa Ocidental, e não existem informações apropriadas para se estimar o impacto e custo dessa vacinação em países em desenvolvimento ou em regiões tropicais.

OBJETIVOS. (1) Estimar a efetividade da vacina contra influenza na redução de internamentos por doença respiratória aguda na população com idade de 60 anos ou mais; (2) estimar o custo unitário médio para tratamento de um paciente com idade de 60 anos ou mais internado com doença respiratória aguda; (3) Estimar o custo total para implementação da campanha de vacinação contra influenza na população com idade de 60 anos ou mais nos anos de 2001.

METODOLOGIA. Desenho de estudo. (1) Estimativa da efetividade vacinal será realizada através do método de "screening" (Int J Epidemiol. 1993; 22(4):742-6); (2) o custo dos recursos utilizados referentes ao custo hospitalar e ao custo da vacina. **Local de estudo e campanha de vacinação:** cidade de Salvador, Bahia; campanha de vacinação de 2001. **População de estudo:** (1) indivíduos com idade de 60 anos ou mais durante o período de estudo; (2)