

Nota Técnica

Uso de Estudos Econômicos no Sistema Único de Saúde: Percepção e Atitudes de Tomadores de Decisão

Nº 33

Disoc

Diretoria de Estudos e Políticas Sociais

Fevereiro 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**

João Alberto De Negri

**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

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

Fernanda 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>

USO DE ESTUDOS ECONÔMICOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: PERCEPÇÃO E ATITUDES DE TOMADORES DE DECISÃO

Fabiola Sulpino Vieira^a

Edvaldo Batista de Sá^b

Viviane Rocha de Luiz^c

Blenda Leite Saturnino Pereira^d

Sinopse

Este trabalho tem por objetivos descrever e analisar a percepção e as atitudes de tomadores de decisão do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre o uso atual e potencial de estudos econômicos na tomada de decisão sobre intervenções em saúde. Realizou-se pesquisa exploratória, observacional e transversal, utilizando-se de questionário estruturado para a coleta de dados. A amostragem foi por conveniência, totalizando 111 sujeitos da pesquisa (secretários de saúde dos estados, do Distrito Federal, dos municípios com população igual ou superior a 500 mil habitantes, incluindo as capitais, e dirigentes das secretarias e departamentos do Ministério da Saúde). A taxa de resposta total da pesquisa foi de 46,8% (n = 52); 90,4% (n = 47) dos respondentes disseram utilizar estudos econômicos. Esses estudos são utilizados para subsidiar especialmente a tomada de decisão sobre a alocação de recursos, o custeio de serviços de saúde e a incorporação de tecnologias. As principais formas de acesso são a produção por equipe interna da organização, a busca em bases de dados de literatura científica e as ferramentas da internet. Foram identificadas como principais barreiras ao uso desses estudos a falta de capacitação da equipe interna, a baixa tempestividade na elaboração e sua irrelevância para o SUS. Os principais facilitadores para a ampliação do uso dos estudos econômicos foram a relevância para o SUS, o compartilhamento dos trabalhos, a capacitação de gestores e equipes, bem como a tempestividade em sua elaboração. Por fim, conclui-se que os tomadores de decisão reconhecem a importância desses estudos no processo decisório de intervenções em saúde, reportam o uso, mas identificam barreiras para sua utilização. A ampliação da oferta de capacitação, de compartilhamento dos estudos produzidos e de sua elaboração sob a perspectiva do sistema público são temas para a formulação de políticas que visem ampliar sua influência na tomada de decisão. A institucionalização do uso do conhecimento e das ferramentas de economia da saúde no SUS dependem de decisão política e de visão de médio e longo prazos, além de investimentos em pessoas e sistemas de informação, para que as iniciativas tenham continuidade em diferentes governos.

^a 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.

^b 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.

^c Mestre em economia da saúde. Assessora técnica do Conselho Nacional de Secretários de Saúde. E-mail: vivirochaluiz@conass.org.br.

^d 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. Avaliação econômica em saúde. Sistema Único de Saúde.

Introdução

Os objetivos deste trabalho são descrever e analisar a percepção e atitudes de tomadores de decisão do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre o uso atual e potencial de estudos econômicos na informação de decisões sobre intervenções em saúde, entendidas como políticas, programas e tecnologias.

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, os estudos sobre custos (de procedimentos, serviços de saúde etc.), 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, entendendo-se evidências como fatos utilizados para apoiar conclusões - vão além do rol de avaliações econômicas mencionadas (Lomas et al, 2005).

Nesse contexto, a evidência local - que é a evidência disponível de um serviço específico, no qual a decisão sobre uma alternativa de intervenção será tomada - é muito relevante, e a informação sobre os custos das alternativas e sobre os recursos disponíveis é imprescindível, considerando a eventual implementação e entrega da alternativa (Lewin et al, 2009). Assim, importa não apenas obter informações sobre os sistemas nacionais e sobre as instâncias locais de gestão, mas utilizá-las nesses sistemas e níveis de gestão.

Atualmente, um dos grandes desafios que se apresentam a esses sistemas diz respeito ao equilíbrio entre a demanda crescente por serviços e tecnologias sanitárias e a sustentabilidade financeira do sistema, de forma a assegurar o acesso, segundo os preceitos do direito à saúde de cada país.

Alguns fatores são apontados como determinantes para a ampliação do gasto com saúde: 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 de serviços de saúde, aumentando a utilização de recursos e, conseqüentemente, a renda de médicos e de outros provedores (Palangkaraya e Yong, 2009).

Nessa situação, a economia da saúde, enquanto disciplina que agrega os campos de conhecimento da economia e das ciências da saúde, pode ter um papel relevante no processo de tomada de decisão sobre intervenções em saúde pública (Hartz e John, 2009; Edwards et al,

2013), sendo igualmente importante discutir os meios pelos quais os tomadores de decisão acessam essas informações especializadas.

Em uma definição sucinta, Williams (1986) se refere à economia da saúde como a ciência que trata de “tudo sobre adiar a morte e reduzir os impostos”. Esta definição expressa a racionalidade deste campo do conhecimento, que busca contribuir com a identificação de políticas efetivas para assegurar a atenção necessária à saúde, fazendo o melhor uso possível dos recursos.

Já Del Nero (2002), com uma visão mais social, focada no setor saúde, 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”.

Em contexto internacional, algumas pesquisas já foram conduzidas com o objetivo de investigar a percepção e as atitudes dos tomadores de decisão sobre o uso de estudos econômicos no âmbito do sistema de saúde, especialmente de países europeus. No Brasil, não foram identificadas pesquisas nacionais sobre o uso desses estudos por gestores do SUS. A economia da saúde tem sido difundida recentemente no país, avançando mais rapidamente com a oferta de cursos de pós-graduação a partir dos anos 2000. Entretanto, pouco se sabe sobre o seu uso atual e sobre as possibilidades de ampliação desse uso, sob a perspectiva dos tomadores de decisão, ou seja, gestores do SUS nos três níveis de governo. Entender esse contexto é fundamental para que se formulem políticas que visem estimular e ampliar o uso do conhecimento nesta área, a fim de que os recursos possam ser utilizados de forma mais eficiente e equitativa.

Na seção que segue, apresenta-se o estado da arte das iniciativas para a institucionalização do uso do conhecimento e das ferramentas de economia da saúde no SUS, a fim de propiciar uma visão geral sobre esta questão no sistema e sobre o contexto no qual atuam os gestores da saúde. A seguir, abordam-se os métodos utilizados na realização da pesquisa sobre a percepção e as atitudes dos tomadores de decisão, para, na sequência, apresentar suas respostas. Na próxima seção, discutem-se os resultados da pesquisa e as informações geradas que são contribuições para a formulação e implementação de política que vise à institucionalização do uso desse conhecimento e ferramentas no SUS. Por fim, são apresentadas considerações sobre esta agenda, sinalizando para algumas ações relevantes à efetividade desta política.

Iniciativas para a institucionalização do uso do conhecimento e das ferramentas de economia da saúde no SUS

O processo de institucionalização do uso do conhecimento e adoção de ferramentas de economia da saúde no SUS^e teve início de forma mais sistematizada com o desenvolvimento do projeto “Economia da Saúde – PES: reforçando sistemas de saúde para reduzir desigualdades”, no período de 2002 a 2005, fruto de parceria entre o Brasil e o Reino Unido. As atividades do projeto foram desenvolvidas com a participação do Ministério da Saúde, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e do Departamento para o Desenvolvimento Internacional (DFID) 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).

O desenvolvimento desta cooperação constituiu incentivo à criação de unidades de economia da saúde, com sua inclusão na estrutura de organizações do SUS, o que se concretizou, inicialmente, com o Departamento de Economia da Saúde no Ministério da Saúde em 2003 e os Núcleos de Economia da Saúde (NES) em duas secretarias estaduais de saúde, Bahia e Ceará, em 2002, ainda que a formalização destes tenha ocorrido apenas em 2006 e 2007, respectivamente (Brasil e Reino Unido, 2007; Brasil, 2016a).

Atualmente, o Ministério da Saúde conta com: i) o Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (DESID), que elabora estudos, mantém sistemas de informação e implementa políticas para a disseminação da informação em economia da saúde no SUS; ii) o Departamento de Ciência e Tecnologia (DCIT), que elabora diretrizes para a realização de estudos e contrata pesquisas, inclusive do campo da economia da saúde; e iii) o Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGTIS), que coordena a Comissão Nacional para a Incorporação de Tecnologias em Saúde e fomenta a realização de estudos e pesquisas (Brasil, 2016b).

Desde 2003, o DESID incentiva a criação de NES em secretarias de saúde, o que fez com que o número ampliasse para nove unidades em secretarias estaduais, segundo levantamento recente. Essas unidades desenvolvem atividades relacionadas à elaboração de estudos econômicos e à implantação de ferramentas de economia da saúde. Não foram identificadas unidades desta natureza em secretarias municipais de saúde (Brasil, 2016).

^e O conceito de institucionalização se refere ao processo de consolidação de procedimentos e atitudes para uso de estudos econômicos e de ferramentas de economia da saúde na tomada de decisão sobre intervenções em saúde no âmbito das organizações do SUS.

Portanto, o DESID e os NES são as unidades organizacionais dedicadas à realização de estudos e à adoção de ferramentas de economia da saúde no SUS. Isso mostra que a maioria dos gestores estaduais e municipais não contam com unidade interna especializada neste tema, com a competência para assessorá-los no processo decisório de intervenções em saúde.

A pesquisa e os questionários

Realizou-se uma pesquisa exploratória, observacional e transversal de percepção e atitudes de tomadores de decisão do SUS sobre o uso de estudos econômicos no processo de tomada de decisão em saúde.

A amostragem foi não probabilística, por conveniência, incluindo-se na amostra três grupos de tomadores de decisão, segundo as três esferas de gestão do SUS, totalizando 111 sujeitos da pesquisa, a saber: 27 secretários de saúde dos estados e do Distrito Federal; 45 secretários de saúde dos municípios com população igual ou superior a 500 mil habitantes, incluindo as capitais; e 39 dirigentes das secretarias e departamentos do Ministério da Saúde, conforme estrutura organizacional vigente à época da coleta de dados. Para se referir aos sujeitos desta pesquisa, de forma geral, preferiu-se adotar o termo “tomadores de decisão” ao invés de “gestores”, porque, no âmbito do SUS, a denominação “gestor” está mais associada às figuras do ministro e secretários de saúde, e este trabalho incluiu também secretários e diretores de departamentos do Ministério da Saúde, os quais têm importante papel nos processos decisórios de intervenções em saúde no sistema.

Para a coleta de dados, foram desenvolvidos dois questionários para autopreenchimento, contendo em sua maioria questões fechadas, observando recomendações formuladas por Vieira (2009). Um deles para ser aplicado aos secretários de saúde dos estados, DF e municípios e outro, adaptado deste primeiro, para aplicação aos dirigentes do Ministério da Saúde. As questões foram inspiradas em pesquisas prévias realizadas em contexto internacional (Hoffman e Graf von der Schulenburg, 2000; De Pouvourville, 2005), sendo acrescentadas de outras com o objetivo de melhor captar a realidade nacional e do SUS sobre o tema estudado. As seguintes dimensões foram tratadas nos questionários: a) extensão do conhecimento sobre economia da saúde; b) uso atual e potencial de estudos econômicos; e c) barreiras e incentivos ao uso de estudos econômicos.

O questionário destinado aos gestores estaduais e municipais foi submetido a pré-teste em dezembro de 2015, participando deste processo quatro secretários de saúde de municípios que não fazem parte da amostra, e três ex-secretários estaduais de saúde. O pré-teste não foi feito para o questionário destinado aos dirigentes do Ministério da Saúde porque o instrumento a ser aplicado a esses dirigentes difere do primeiro em poucas questões que se aplicam apenas ao contexto nacional.

A pesquisa contou com o apoio institucional do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), que foi relevante para a logística envolvendo a aplicação dos instrumentos de coleta de dados. Foram utilizadas as seguintes estratégias para obtenção das respostas: a) submissão dos questionários

e convite para participação durante duas reuniões organizadas pelo Conass, para o caso de gestores estaduais; b) por correio eletrônico para os gestores municipais e estaduais (neste último caso, para os que não tinham participado das reuniões); e c) por correio convencional para os dirigentes do Ministério da Saúde (com pedido de apoio à pesquisa ao Secretário-Executivo) e secretários de estados e municípios que não enviaram resposta depois de findo o prazo dado no convite inicial.

A coleta de dados foi feita entre os meses de janeiro e março de 2016 para dirigentes do Ministério da Saúde e de março a junho para os gestores estaduais e municipais de saúde, tendo sido solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes. O projeto de pesquisa foi submetido à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) por meio do Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (Sisnep), sendo analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (Parecer nº 1.338.190, de 25/11/2015).

Realizou-se análise exploratória dos dados, de forma agregada, elaborando-se tabelas e gráficos.

Respostas dos tomadores de decisão do SUS

A taxa de resposta total da pesquisa foi de 46,8% (n = 52), sendo de 70,4% (n = 19) para secretários estaduais de saúde, 33,3% (n = 15) para secretários de saúde das capitais e municípios com população igual ou superior a 500 mil habitantes e de 46,2% (n = 18) para dirigentes do Ministério da Saúde. Considerando as Regiões Geográficas e apenas os secretários estaduais e municipais, a taxa de resposta foi de 25% (2 respondentes em 8) na Região Centro-Oeste, 43% (6 em 14) na Norte, 55% (11 em 20) na Nordeste, 71% (5 em 7) na Sul e 43% (10 em 23) na Região Sudeste. A figura 1 apresenta a descrição e a frequência de variáveis que caracterizam os respondentes da pesquisa.

FIGURA 1

Perfil dos respondentes quanto ao sexo, idade, escolaridade, graduação e experiência.

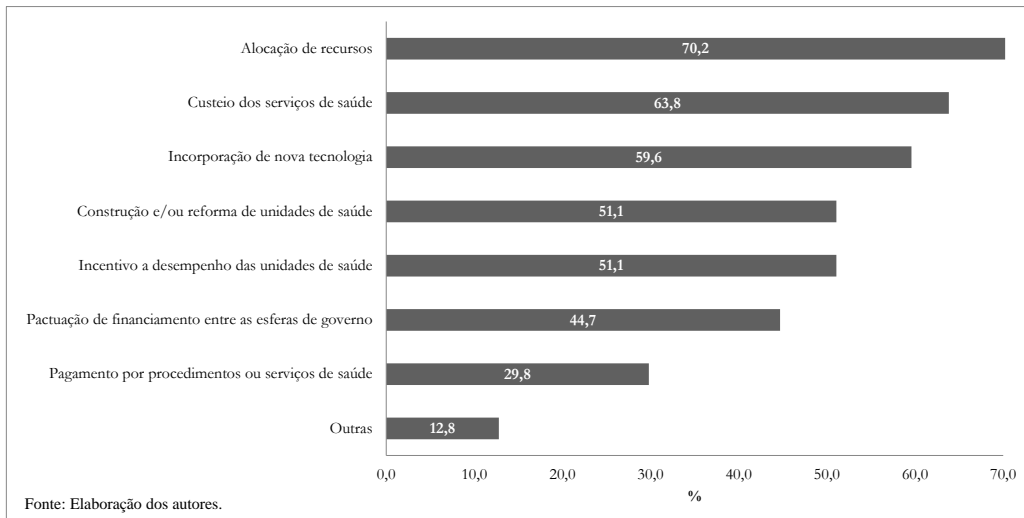
Sexo %	Feminino 26,92	Masculino 73,08				
Idade %	até 39 anos 19,23	40 a 49 anos 26,92	50 a 59 anos 30,77	60 ou mais 23,08		
Escolaridade %	Ensino superior 9,62	Especialização 42,31	Mestrado 25,00	Doutorado 15,38	Pós-doutorado 7,69	
Graduação %	Administração 1,92	Direito 19,23	Economia 3,85	Medicina 51,92	Demais Ciências da Saúde 7,69	Outras 15,38
Experiência tempo	Mínima 1 mês	Mediana 10 anos e 6 meses	Média 11 anos e 9 meses	Máxima 31 anos		

Fonte: Elaboração dos autores.

Disseram utilizar estudos econômicos no processo de tomada de decisão em saúde 90,4% (n = 47) dos respondentes. Esses estudos são considerados na informação de diversas decisões, conforme frequência apresentada na figura 2.

FIGURA 2

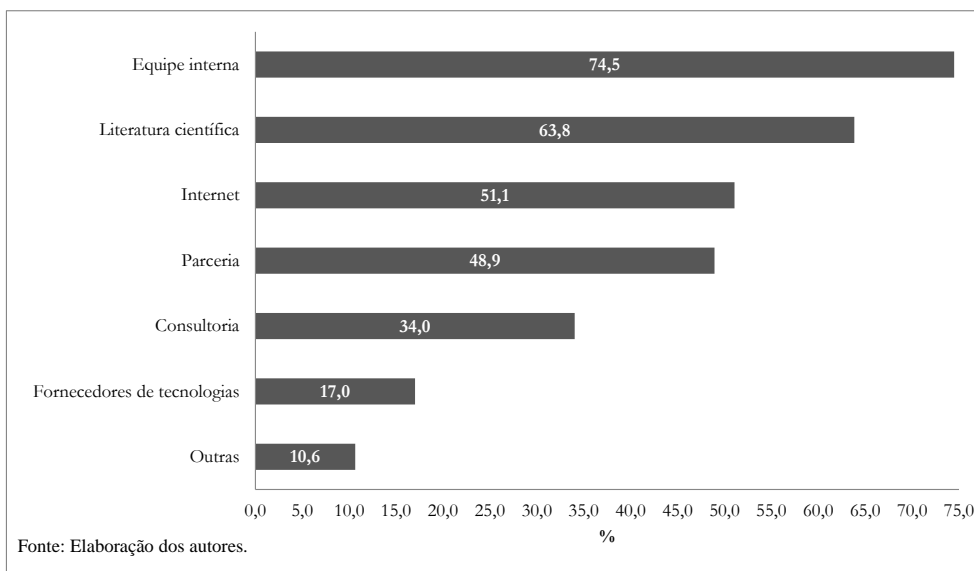
Uso de estudos econômicos no processo de tomada de decisão, segundo o tipo de decisão.



Perguntados sobre os tipos de estudos utilizados, com a possibilidade de apontar quantos itens necessários, os respondentes informaram o uso nas seguintes frequências: estudos de impacto orçamentário (68%), sobre os preços e custos (66%), gastos (62%) e de sustentabilidade financeira (55%). As avaliações econômicas típicas foram reportadas com a seguinte frequência: custo-efetividade (47%), custo-benefício (40%), custo-utilidade (19%) e custo-minimização (15%). As formas de acesso a eles estão descritas na figura 3.

FIGURA 3

Formas de acesso aos estudos econômicos.



Quanto à utilidade dos estudos econômicos para a informação de decisão sobre intervenções em saúde, dos 51 tomadores de decisão que responderam à pergunta, 80,4% (n = 41) considera que são muito úteis e 19,6% (n = 10) que são úteis, sendo que 100% concordam que devem ser

mais utilizados. Quando perguntados sobre a influência atual desses estudos na tomada de decisão no SUS, 50 participantes responderam à questão, dos quais 18% (n = 9) disseram que a influência é alta, 56% (n = 28) que é moderada e 26% (n = 13) que é baixa.

Os tomadores de decisão foram convidados a indicar, de um rol de possibilidades, as três principais barreiras para maior uso dos estudos econômicos no processo de tomada de decisão em saúde. Dos 52 respondentes, 17,3% (n = 9) indicaram mais do que três itens e suas respostas não foram consideradas. As frequências das respostas dadas pelos respondentes válidos (n = 43) são apresentadas na figura 4.

Quanto aos fatores que podem contribuir para a ampliação do uso dos estudos econômicos no SUS, os resultados constam da figura 5. Neste caso, solicitou-se também aos respondentes que escolhessem três itens, sendo que 31% (n = 16) marcaram mais de três opções e, por isso, as respostas foram desconsideradas. Assim, foram reportadas as respostas de 69% (n = 36) dos participantes.

No que se refere à existência de equipe interna dedicada exclusivamente ao trabalho em economia da saúde, dos 15 respondentes de secretarias municipais três disseram que sim; entre os secretários estaduais (n = 19), sete responderam afirmativamente e, no caso dos dirigentes do Ministério da Saúde, dos 17 que responderam esta questão, apenas um respondeu que desconhece a existência de equipe interna para este trabalho no órgão.

FIGURA 4

Principais barreiras para o uso dos estudos econômicos no processo de tomada de decisão em saúde.

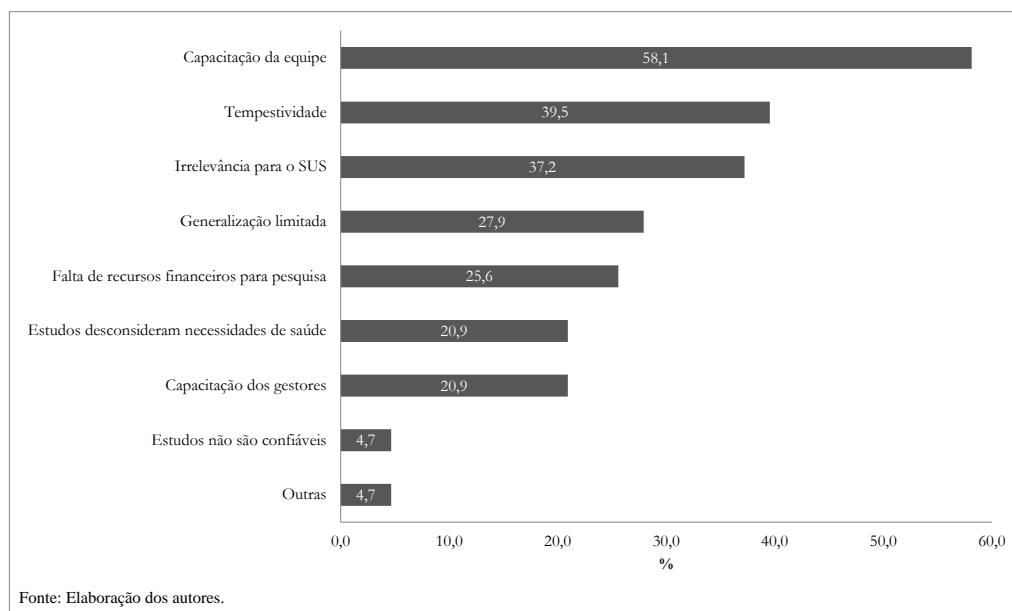
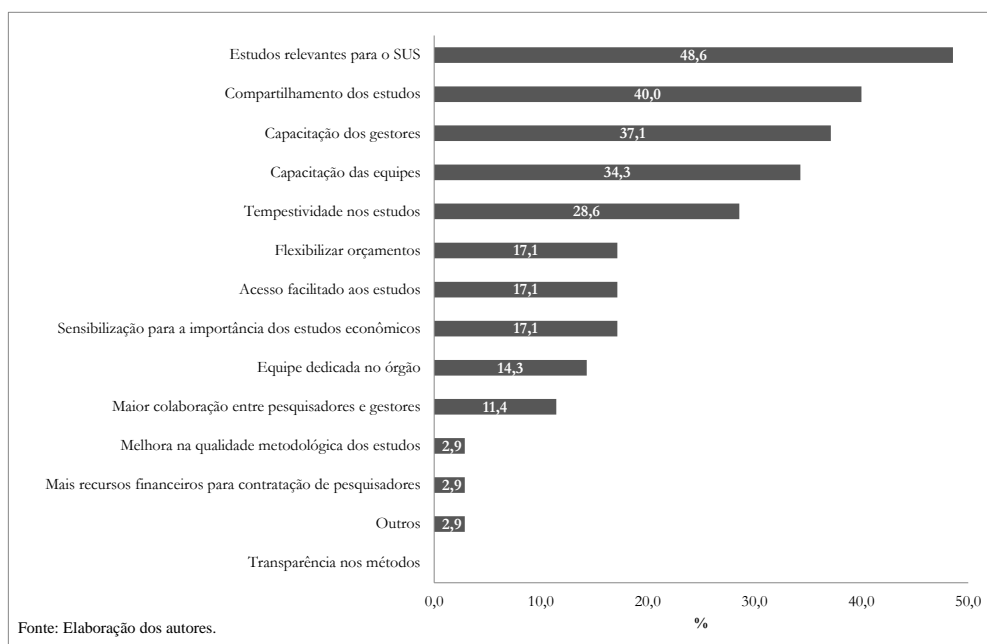


FIGURA 5

Facilitadores para o uso dos estudos econômicos no processo de tomada de decisão em saúde.



Em relação à participação em curso de economia da saúde, dos 50 respondentes 31 informaram que sim (62%), sendo que destes, 13% (n = 4) fizeram na modalidade de aperfeiçoamento, 26% (n = 8) curso de curta duração (até 80 horas), 13% (n = 4) especialização, 6% (n = 2) doutorado e 3% (n = 1) mestrado.

Por fim, sobre a autoavaliação do conhecimento em economia da saúde, dos 51 respondentes 5,9% (n = 3) julgam seu conhecimento como excelente, 19,6% (n = 10) bom, 60,8% (n = 31) razoável e 13,7% (n = 7) como escasso/insuficiente.

O que as respostas dos tomadores de decisão revelam e qual sua contribuição para a formulação de políticas?

A interação entre a academia, entendida como a área de educação e pesquisa, e o serviço, compreendido como o sistema de saúde, tem sido uma preocupação grande no Brasil. A principal discussão passa pela necessidade de maior articulação entre os dois subsetores do setor público, de forma a articular melhor as políticas, a fim de que a formação profissional e a pesquisa atendam às necessidades de pessoal e de evidências científicas para a tomada de decisão no âmbito do SUS. Nesse contexto, uma questão importante é saber se as evidências científicas têm sido utilizadas no processo decisório de políticas públicas de saúde e quais são os determinantes para tanto.

Este tipo de questão passou a ser investigada ainda na década de 1980 e se adensou efetivamente a partir da segunda metade da década de 1990. Um importante estudo foi publicado em 2000 com os resultados de pesquisa realizada pelo Euromet *group* com tomadores de decisão em nove países europeus. Os autores concluíram que, a despeito de atitudes positivas, o conhecimento de métodos por parte dos tomadores de decisão era limitado e

acabava por restringir o uso dos estudos econômicos. Também se destacaram dificuldades para realocação de orçamentos e questões de credibilidade e relevância dos estudos (Hoffmann e Graf von der Schulenburg, 2000).

Na América Latina, um estudo realizado em nove países, incluindo o Brasil, concluiu que a alocação de recursos se baseava principalmente em critérios políticos, séries históricas, áreas geográficas e grupos específicos de pacientes e doenças, existindo pouca evidência da realização e uso de estudos econômicos pelos sistemas de saúde (Iglesias et al, 2005). Mas isso pode mudar. Um levantamento realizado em 2013 no Brasil apontou crescimento do interesse de acadêmicos e gestores do SUS por estudos econômicos na área de saúde. O número de grupos de pesquisa em Economia da Saúde certificados na base de dados do Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq saltou de 51 em 2004 para 110 em 2013, e nove estados já haviam constituído núcleos de economia da saúde nas secretarias estaduais de saúde (Brasil, 2013).

Contudo, além do estudo feito em países da América Latina (Iglesias et al, 2005), não foram identificados trabalhos sobre a percepção e as atitudes dos gestores do SUS quanto ao uso dos estudos econômicos. Localizou-se apenas um trabalho a respeito das opiniões de participantes de um evento em economia da saúde quanto ao processo de avaliação de tecnologias em saúde no Brasil (Ferraz et al, 2011), o que reforça a importância da presente pesquisa.

A taxa de resposta de 46,8% foi satisfatória quando comparada com outros estudos. Por exemplo, em ensaio aleatorizado sobre o efeito do modo de resposta sobre a taxa de resposta para questionário aplicado a médicos na Austrália, obteve-se taxa de resposta de 12,9% para o envio on-line (com a possibilidade de que o respondente solicitasse posteriormente uma cópia por e-mail, telefone ou fax), de 20,7% para o modo sequencial misto (convite para preenchimento on-line, com envio após três semanas do questionário impresso com devolução paga) e de 19,7% para o modo simultâneo misto (on-line e impresso ao mesmo tempo) - (Scott et al, 2011).

Em nosso estudo, o uso de estratégias mistas para envio ou aplicação dos questionários favoreceu a taxa de resposta alcançada, com destaque especial para o convite feito a secretários estaduais em reuniões realizadas pelo Conass. O pré-contato com o respondente, assim como o uso de envelope com porte pago, o tamanho do questionário e o interesse no tema podem ter contribuído para tanto (Edwards et al, 2002).

Quanto à utilidade e ao uso dos estudos econômicos no processo decisório sobre intervenções em saúde, este trabalho identificou consonância entre o reconhecimento da utilidade e a afirmação de uso rotineiro. Contudo, a maioria dos respondentes (82%) reportou que a influência desses estudos ainda é moderada ou baixa, indicando que há espaço para utilizá-los mais nesses processos. Achados semelhantes foram obtidos em estudos internacionais (Galani e Rutten, 2008; Madden et al, 2009; Corbacho e Pinto-Prades, 2012).

Em relação ao uso dos estudos econômicos por tipo de decisão, o destaque para as decisões de alocação de recursos e custeio dos serviços mantém consonância com a observação de que os estudos mais utilizados foram de impacto orçamentário, preços, custos, gastos e de

sustentabilidade financeira, uma vez que essas decisões parecem estar mais relacionadas às atribuições dos entes municipais e estaduais, considerando o peso deles na amostra (34 em 52 respondentes), e que decisões de incorporação de tecnologias, em sua maioria, estão centralizadas na Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), coordenada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2011). Ainda assim, a incorporação de tecnologias figura entre os tipos de decisão mais frequentes em que os estudos econômicos são utilizados, sendo reportada majoritariamente por secretários de saúde, o que indica que os níveis regional e local estão tomando decisões a esse respeito.

Contudo, é interessante notar que as avaliações econômicas típicas são menos utilizadas. Esse resultado é consistente com as respostas para as formas de acesso aos estudos, na medida em que é menos provável que equipes internas das secretarias e do Ministério da Saúde, que são as principais fontes para acesso aos estudos, conduzam este tipo de análise. Segundo Galani e Rutten (2008), quanto maior o nível de descentralização, menor o impacto das avaliações econômicas e, portanto, a influência delas aumenta com o nível de centralização do sistema de saúde.

Por outro lado, o fato de que a literatura científica aparece em segundo lugar entre as formas de acesso, parece pouco consistente com o achado dos principais estudos utilizados, uma vez que a maioria dos respondentes que marcou essa opção é de níveis subnacionais e que os estudos de impacto orçamentário, custos e preços são menos frequentes na literatura científica nacional.

Ainda sobre o acesso aos estudos, chama atenção a indicação da internet (Google) como terceira forma de obtenção dos estudos. Mesmo sendo possível obter estudos técnico-científicos por esta via, também se pode ter acesso a trabalhos de baixa qualidade, caso se tenha pouca noção sobre métodos para avaliação da qualidade dos estudos e das fontes de informação. A pesquisa no Google Acadêmico deve ser avaliada com critério, visto que é preciso ter conhecimento prévio sobre a qualidade dos periódicos que publicaram os trabalhos. O uso deste canal pode estar relacionado à facilidade de acesso e à gratuidade. Entretanto, é preciso lembrar que existem bases de dados de pesquisa bibliográfica, especializadas em saúde e em economia da saúde, disponibilizadas gratuitamente para os gestores da saúde, a exemplo da Biblioteca Virtual em Saúde Economia da Saúde Brasil (BVS ECOS).^f

As parcerias sem envolvimento de recursos financeiros e a contratação de consultoria também se destacaram como importantes fontes de acesso. A importância desta última é reforçada pela opinião dos respondentes a respeito das principais barreiras para o uso de estudos econômicos na tomada de decisão: a falta de recursos para a contratação de pesquisadores, que figura na quinta posição entre as principais barreiras apontadas pelos respondentes.

A interação com a academia para auxiliar a tomada de decisão é algo recorrente no *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), órgão responsável pela avaliação de tecnologias

^f A BVS ECOS é uma biblioteca virtual especializada no tema Economia da Saúde e pode ser acessada no endereço <http://economia.saude.bvs.br>.

e tratamentos no Reino Unido, reconhecido internacionalmente como modelo para a elaboração de recomendações que subsidiam este processo decisório. Contudo, mesmo em arcabouço organizacional tão avançado, existem diversas barreiras para o uso de estudos econômicos na tomada de decisão, que incluem: acesso dos gestores aos estudos (altamente relacionado com a questão da tempestividade), problemas metodológicos e incompatibilidade com outros objetivos como equidade (Bryan et al, 2007).

A incompatibilidade dos estudos econômicos com outros objetivos, como considerar as necessidades de saúde da população, foi apontada como uma das principais barreiras pelos respondentes desta pesquisa. Mas, neste quesito, o destaque ficou por conta da falta de equipes capacitadas nos órgãos pesquisados e a intempestividade, a irrelevância e a limitada generalização dos estudos econômicos.

Interessante notar que, apesar de os tomadores de decisão apontarem a falta de expertise das equipes técnicas como a principal barreira para o uso de estudos econômicos, as equipes internas foram apontadas com a principal fonte de estudos econômicos. Também merece destaque a baixa importância dada pelos respondentes para a confiabilidade dos estudos disponíveis, uma barreira geralmente apontada em estudos internacionais. Obviamente, a capacidade de avaliar se os estudos são confiáveis depende do nível de conhecimento dos tomadores de decisão dos métodos aplicados ou da existência de equipes técnicas capacitadas para fazer este tipo de avaliação. Isso reforça a necessidade de considerável esforço dirigido à formação dos tomadores de decisão e das equipes técnicas de todos os níveis sobre técnicas da economia da saúde e sobre a relevância desta informação para suas organizações.

No que se refere aos fatores que podem contribuir para o uso dos estudos econômicos, a relevância para o SUS e o compartilhamento entre as esferas de governo figuram em primeiro e segundo lugares entre os facilitadores, ficando a capacitação de gestores e equipes em terceiro e quarto lugares, o que de certa forma foi surpreendente, na medida em que a falta de capacitação da equipe foi reportada como principal barreira para uso desses estudos. A tempestividade também está entre os principais facilitadores, o que de certa forma remete para a existência de equipe interna dedicada à elaboração dos estudos e reforça a necessidade de sua capacitação. Esses achados são corroborados em revisão sistemática sobre o uso de evidências científicas (Oliver et al, 2014) e por estudos realizados na Austrália (Ross, 1995; Madden et al, 2009).

No tocante à disseminação e ao uso consistente de avaliações econômicas tanto no nível central quanto nos níveis locais do sistema de saúde no Reino Unido, Buxton (2006) recomenda a discussão de três questões. A primeira é a clareza sobre a base conceitual para determinar o limiar do custo-efetividade e garantir que existem evidências empíricas para defini-lo de forma adequada. O segundo é reconhecer que as avaliações econômicas implicam flexibilidade orçamentária temporal e cruzada dos serviços, algo que na prática não há no nível local. A terceira questão é que, com pressões acadêmicas para sofisticação crescente do "estado da arte" das avaliações econômicas, o sistema de saúde acaba conhecendo a relação de custo-efetividade de poucas tecnologias e têm pouco ou nenhum conhecimento para a maioria delas,

ou seja, o esforço das instituições de pesquisa se concentra nos métodos ao invés de produzir evidências sobre um número maior de tecnologias em saúde.

Quanto à formação ou capacitação em economia da saúde, o fato de que a maioria participou de curso específico ainda que de curta duração mas julga o próprio conhecimento razoável ou insuficiente, revela a importância das iniciativas de educação permanente focadas no tema. Nesse aspecto, é importante destacar que o presente estudo apresenta o retrato do conjunto de secretários de um determinado período. A rotatividade de secretários constitui uma dificuldade adicional e reforça a necessidade dos processos continuados de formação e capacitação. Por exemplo, 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).⁸ 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. Essa situação constitui também um importante desafio para a implementação de políticas no SUS, especialmente daquelas cujos resultados serão obtidos no médio ou longo prazos.

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) utilizam 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 afirmam que a capacidade pode ser melhorada nos níveis individual, organizacional e institucional.

As iniciativas no nível individual envolvem a oferta de treinamento e a transferência de conhecimento para as pessoas 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).

Quanto ao desenvolvimento da capacidade de aplicar evidências econômicas na tomada de decisão no SUS, no nível individual, observou-se melhora com a ampliação da oferta de cursos de capacitação e formação em economia da saúde, embora seja preciso ampliar ainda mais esta oferta. Ao passo que, no tocante ao aperfeiçoamento das capacidades organizacional e

⁸ O cadastro de gestores da saúde no Siops é obrigatório para homologação de dados de despesas com saúde da União, dos estados, Distrito Federal e municípios, mediante uso de certificado digital. Como a periodicidade de envio dos relatórios é bimestral, o sistema registra as mudanças de secretários que por ventura tenham ocorrido e, assim, possibilita uma estimativa do número de gestores da saúde para um determinado período no Brasil.

institucional, os desafios se revelam maiores. A institucionalização do uso rotineiro das evidências econômicas depende de decisão política e da alocação de recursos para investir em pessoas, desenvolver e implantar sistemas de informação. Além disso, a superação da visão de curto prazo é imprescindível para que iniciativas nesse sentido sejam priorizadas e continuadas em diferentes governos.

Para ilustrar, o DESID no Ministério da Saúde desenvolveu e tem aprimorado o Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS (ApuraSUS), em parceria com o Departamento de Informática do SUS. Tem também se esforçado para implantar o Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), que envolve um conjunto de ações que visam promover a gestão de custos no sistema, por meio da geração, aperfeiçoamento e difusão de informações relativas a custos, em cooperação com secretarias de saúde.^h Ambos estão sendo trabalhados e oferecidos há alguns anos, contudo o SUS permanece tendo como grande dificuldade para sua gestão a falta de informação sobre seus custos.

Isso revela que até o momento este problema não foi tratado como relevante o suficiente para ser priorizado e assim ganhar espaço na agenda decisória dos governos. Nesse sentido, vale destacar a função indutora e reguladora do Ministério da Saúde na condução da política nacional de saúde (Lima et al, 2010). As capacidades individual, organizacional e institucional para uso dos estudos econômicos no SUS podem ser desenvolvidas a partir do estabelecimento de iniciativas, pactuadas pela União com estados, o Distrito Federal e os municípios, mas fortemente induzidas pelo Ministério da Saúde, por meio da proposição de políticas para a institucionalização da economia da saúde no SUS, regulamentação do uso das evidências econômicas e alocação de recursos para esta finalidade.

Sobre as limitações do presente estudo, uma delas diz respeito à delimitação da amostra municipal às capitais e municípios com população maior ou igual a 500 mil habitantes (0,7% do total de municípios), o que deixa de captar dados de gestores de saúde da maior parcela da federação. Contudo, vale destacar que é provável que os municípios abrangidos pela amostra desta pesquisa sejam aqueles que tomem mais decisões sobre a alocação de expressivo volume de recursos no sistema, em razão de seu porte populacional e da complexidade dos serviços de saúde que dispõem em seu território. Adicionalmente, não se pode deixar de mencionar o viés de participação. É possível que os tomadores de decisão mais sensíveis ao tema tenham sido os que participaram desta pesquisa.

Além disso, pelo fato de que se adotou método não probabilístico de amostragem neste trabalho, tendo sido a amostra constituída por conveniência, os resultados obtidos não são generalizáveis para o conjunto de tomadores de decisão do SUS. O desenho da pesquisa é exploratório, por isso sua contribuição reside no levantamento de questões que podem ser estudadas com mais profundidade em outros estudos (Oliveira, 2001).

^h Informações sobre ambas as iniciativas podem ser obtidas no sítio eletrônico do Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (DESID): <http://www.saude.gov.br/economiadasaude>. Acesso em: 19 jan. 2017.

Entretanto, apesar dessas limitações, os achados deste trabalho trazem contribuição relevante para a formulação de políticas que visem à ampliação do uso do conhecimento em economia da saúde no âmbito do SUS e ao aperfeiçoamento do processo de tomada de decisão, pois é recomendável que os tomadores de decisão do sistema tenham ciência da relevância dos aspectos econômicos que precisam ser considerados nesses processos e que usem estudos que os consideram na informação das decisões. Os recursos são escassos e precisam ser alocados de forma a promover a efetividade, a equidade e a eficiência das intervenções em saúde.

Assim, ficam explicitadas as seguintes agendas para políticas: a necessidade de aumentar a oferta de capacitação para gestores e equipes internas do Ministério da Saúde e secretarias de saúde, de compartilhar estudos e de elaborá-los sob a perspectiva do SUS. E, ainda que não explicitada diretamente entre os facilitadores do uso de estudos econômicos, a necessidade de se discutir o fortalecimento das equipes internas para produção e uso desses estudos, o que poderia ser feito institucionalmente com a estruturação de unidades de economia da saúde na organização de saúde.

Considerações finais

Nesta Nota Técnica, apresentou-se resultado de pesquisa que teve por objetivo investigar a percepção e as atitudes de gestores do SUS sobre o uso de estudos econômicos no processo de tomada de decisão sobre intervenções em saúde, ficando indicadas as possibilidades de implementação de políticas que visem catalisar o uso desses estudos, e com isso contribuir para a alocação mais equitativa e eficiente dos recursos disponíveis no sistema.

A estruturação de unidades de economia da saúde é apontada como um caminho importante para o fortalecimento das equipes internas do Ministério e secretarias de saúde, a exemplo da política já existente de implantação de Núcleos de Economia da Saúde em secretarias estaduais de saúde (Brasil, 2016a). Elas podem desempenhar papel relevante neste processo por produzirem estudos de forma mais tempestiva e afinados com a necessidade de informação dos gestores. Também podem contribuir para a implantação de instrumentos relevantes à produção de dados essenciais à realização desses estudos - como, por exemplo, sistemas de custos, banco de preços de tecnologias, entre outros.

Maior interação entre as universidades, institutos de pesquisa e o SUS é sempre desejável. A formação e a capacitação dos profissionais, dirigidas para as necessidades do sistema público de saúde, são medidas relevantes para a aplicação do conhecimento técnico-científico. Além disso, a pesquisa realizada por essas instituições cumpre papel essencial na produção de conhecimento e informação para o setor saúde, de forma que a atuação da academia e das equipes internas das unidades de economia da saúde desempenham atividades complementares (Vieira, 2016).

O envelhecimento da população brasileira, o prolongamento da vida com as novas tecnologias, que são utilizadas intensamente na sua fase terminal, a pressão para que sejam rapidamente incorporadas, seu alto custo, entre outros fatores, desafiam os gestores do SUS diuturnamente. Nesse contexto, o uso eficiente e equitativo dos escassos recursos da saúde constitui resultado

esperado da gestão. Para tanto, é preciso implantar políticas e fomentar as existentes para que a gestão se fortaleça. Os caminhos para o alcance deste objetivo passam não só pela adoção de medidas estruturais mais abrangentes, mas também pela formação e capacitação de técnicos e gestores do SUS para a produção e uso de evidências econômicas, pela estruturação de unidades de economia da saúde e pelo uso rotineiro dessas evidências na tomada de decisão.

Por fim, a institucionalização do uso do conhecimento e das ferramentas de economia da saúde no SUS depende de decisão política, de visão de médio e longo prazos para que as iniciativas tenham continuidade em diferentes governos, e de investimentos em pessoas e sistemas de informação.

Referências

BRASIL. *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. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7646.htm>. Acesso em: 4 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Associação Brasileira de Economia da Saúde. *A produção de conhecimento em economia da saúde: uma perspectiva bibliográfica (2004–2012)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:<http://abresbrasil.org.br/sites/default/files/a_producao_de_conhecimento.pdf>. Acesso em: 2 ago. 2016.

_____. 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.

_____. Decreto nº 8.901, de 10 de novembro de 2016. *Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde*. Brasília, 2016b. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2016/decreto/D8901.htm>. Acesso em: 19 jan. 2017.

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.

BRYAN, S.; WILLIAMS, I.; MCIVER, S. Seeing the NICE side of cost-effectiveness analysis: a qualitative investigation of the use of CEA in NICE technology appraisals. *Health Economics*, v. 16, n. 2, p. 179-193, 2007.

BUXTON, M.J. Economic evaluation and decision making in the UK. *Pharmacoeconomics*, v. 24, n. 11, p. 1133-1142, 2006.

CORBACHO, B.; PINTO-PRADES, J.L. Health economic decision-making: a comparison between UK and Spain. *British Medical Bulletin*, v. 103, n. 1, p. 5-20, 2012.

DE POUVOURVILLE, G. Results from a survey among French decision-makers. In: EBERHARDT, S.; STOKLOSSA, C.; GRAF VON DER SCHULENBURG, J.M. (editors). *Euromet 2004: The influence of economic evaluation studies on health care decision-making*. Amsterdam: IOS Press, 2005. p. 27-44.

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.

EDWARDS, P. et al. Increasing response rates to postal questionnaires. *BMJ*, v. 324, p. 1-9, 2002.

EDWARDS, R.T.; CHARLES, J.M.; LLOYD-WILLIAMS, H. Public health economics: a systematic review of guidance for the economic evaluation of public health interventions and discussion of key methodological issues. *BMC Public Health*, v. 13:1001, 2013.

FERRAZ, M.B.; SOÁREZ, P.C.; ZUCCHI, P. Health technology assessment in Brazil: what do healthcare system players think about it? *Sao Paulo Medical Journal*, v. 129, n. 4, p. 198-205, 2011.

GALANI, C.; RUTTEN, F.F. Self-reported healthcare decision-makers' attitudes towards economic evaluations of medical technologies. *Current Medical Research and Opinion*, v. 24, n. 11, p. 3049-3058, 2008.

HARTZ, S.; JOHN, J. Public health policy decisions on medical innovations: what role can early economic evaluation play? *Health Policy*, v. 89, n. 2, p. 184-192, 2009.

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.

HOFFMANN, C.; GRAF VON DER SCHULENBURG, J.M. The influence of economic evaluation studies on decision making. A European survey. The EUROMET group. *Health Policy*, v. 52, n. 3, p. 179-192, 2000.

HOFFMANN, C.; GRAF VON DER SCHULENBURG, J.M. The use of economic evaluation studies in health care decision-making. Summary Report. In: GRAF VON DER SCHULENBURG, J.M. (editor). *The influence of economic evaluation studies on health care decision-making*. A European survey. Amsterdam: IOS Press, 2000. p. 3-16.

IGLESIAS, C.P.; DRUMMOND, M.F.; ROVIRA, J. Health-care decision-making processes in Latin America: Problems and prospects for the use of economic evaluation. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, v. 21, n. 1, p. 1-14, 2005.

LEWIN, S.; OXMAN, A.D.; NAVIS, J.N.; FRETHEIM, A.; MARTI, S.G.; MUNABI-BABIGUMIRA, S. SUPPORT – Tool for evidence-informed policymaking in health 11: finding and using evidence about local conditions. *Health Research Policy and Systems*, v. 7, suppl. 1, S11, p. 1-14, 2009.

LIMA, LD. A coordenação federativa do sistema público de saúde no Brasil. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde* [online]. Vol. 3. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, p. 73-139, 2013.

LOMAS, J.; CULYER, T.; MCCUTCHEON, C.; MCAULEY, L.; LAW, S. *Conceptualizing and combining evidence for health system guidance*. Final Report. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation, 2005.

MADDEN, L.; KING, 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*, v. 6:6, 2009.

OLIVEIRA, T.M.V. Amostragem não probabilística: adequação de situações para uso e limitações de amostras por conveniência, julgamento e quotas. *Administração on Line*, v. 2, n. 3, 2001. Disponível em: < http://www.fecap.br/adm_online/art23/tania2.htm >. Acesso em: 8 fev. 2017.

OLIVER, K.; INNVAR, S.; LORENC, T.; WOODMAN, J.; THOMAS, J. A systematic review of barriers to and facilitators of the use of evidence by policymakers. *BMC Health Services Research*, v. 14, n. 2, 2014.

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.

ROSS, J. The use of economic evaluation in health care: Australian decision makers' perceptions. *Health Policy*, v. 31, p. 103-110, 1995.

SCOTT, A. et al. A randomised trial and economic evaluation of the effect of response mode on response rate, response bias, and item non-response in a survey of doctors. *BMC Medical Research Methodology*, v. 11, n. 126, p. 1-12, 2011.

WILLIAMS, A. Health economics: the cheerful face of the dismal science? IN: WILLIAMS, A. (ed.). *Health and economics*. Bristol: British Association for the Advancement of Science, 1986. p. 1-11.

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

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**

