

# **Eficiência dos gastos em saúde da Atenção Primária no SUS: uma revisão integrativa**

Maria Ondina Paganelli<sup>1</sup> (ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3445-7653>)

Áquilas Mendes<sup>2</sup> (ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5632-4333>)

<sup>1</sup>Aluna do Curso de Especialização em Economia e Gestão em Saúde da Faculdade de Saúde Pública (FSP), Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil

<sup>2</sup>Professor associado da Faculdade de Saúde Pública (FSP), Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil

## **Resumo**

Este estudo objetivou analisar o que tem sido produzido na literatura nacional sobre a eficiência dos gastos em saúde da Atenção Primária no SUS. Para isso, realizou-se uma revisão integrativa no portal da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), de artigos científicos, publicados em português, inglês e espanhol. Dois revisores independentes selecionaram as publicações pelo protocolo PRISMA. 6 artigos foram incluídos. Para a análise dos estudos incluídos foram identificados objetivo(s), método do estudo e organizado três abordagens de discussão: (a) eficiência relacionada a financiamento e gastos públicos em saúde; (b) eficiência relacionada a prestação de serviços/programas em saúde na APS; (c) a relação entre eficiência no financiamento/gastos e eficiência na prestação de serviços na APS. Com os resultados obtidos, foi possível concluir que a maioria dos estudos ao discorrer sobre a temática remete à eficiência como um de seus atributos, e tendem avaliar sobre a conceito da eficiência técnica. Outros analisam eficiência em relação a estimação de custos, e sob a perspectiva da produção de informações sobre custos como insumo para auxiliar gestores na tomada de decisão com gastos em saúde pública. Assim, é necessário ampliar os estudos sobre esse tema, especialmente sobre eficiência alocativa na Atenção Primária no SUS.

**Descritores:** Alocação de Recursos. Eficiência. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde.

## **Introdução**

O Sistema Único de Saúde (SUS) instituído há aproximadamente 34 anos, por meio da Constituição de 1988 e regulamentado pela Lei 8080 de 1990<sup>1</sup> proporciona assistência em saúde à aproximadamente 71% da população brasileira, sendo 47,9% com acesso direto às Unidades Básicas de Saúde (UBS), principal porta de entrada no SUS<sup>2</sup>.

O SUS é um sistema de saúde complexo coordenado pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estadual e Municipal da Saúde, sendo o governo federal o principal financiador da saúde pública. Para garantir seus princípios de integralidade, equidade e universalidade no acesso às ações e aos serviços de saúde foi instituída a descentralização político-administrativa para cada esfera de governo, com ênfase dos serviços para os municípios<sup>3</sup>. Assim, com a instituição do SUS ocorre o processo de municipalização das unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) com a expansão dos cuidados primários<sup>4</sup>.

Baseado em valores da Atenção Primária no mundo, em 1994, inicia-se a transição do modelo assistencial médico hegemônico, centrado na lógica hospitalar, para um modelo de atenção que viabilizasse o princípio da integralidade das ações de saúde. Nesse momento surge o Programa Saúde da Família (PSF), e o modelo para saúde pública brasileira se consolida com o termo de “Atenção Básica à Saúde” (ABS). A primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é instituída apenas em 2006<sup>4,5</sup>, e revisada em 2011 e 2017<sup>6,7</sup>.

Observa-se que na PNAB de 2017 os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde são considerados equivalentes, de forma a associar ambos os princípios e as diretrizes da Constituição. Contudo, o termo Atenção Básica foi um constructo específico da implementação do SUS, sendo apenas modificado com a PNAB 2017, passando para Atenção Primária à Saúde, com alterações significativas no seu conteúdo, muito mais direcionado à uma atenção reduzida, permitindo a possibilidade de abertura para a lógica privatizante<sup>5,8</sup>.

Nesse cenário, a APS se ratifica como coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS), primeiro nível de atenção, responsável pela resolutividade das ações e serviços dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde, e como principal porta de entrada do sistema de saúde<sup>9</sup>.

Portanto, fica sob a responsabilidade da gestão municipal de saúde a organização dos fluxos e contrafluxos dos usuários pelos diferentes pontos da Rede, além de garantir a longitudinalidade, integralidade, coordenação, centralidade na família, abordagem familiar e orientação comunitária<sup>10</sup>.

Paralelamente ao avanço do processo de municipalização, expansão do Programa Estratégia de Saúde da Família e estruturação do sistema como RAS faz-se necessário a adequação de políticas que possa financiar as ações e serviços de saúde, e manter o princípio da equidade para garantir a alocação de recursos do nível federal aos entes subnacionais<sup>11</sup>.

Assim, o artigo 35 da Lei Orgânica da Saúde institui a forma de alocação de recursos a Estados, Distrito Federal e Municípios, priorizando as questões epidemiológicas. Além das Normas Operacionais Básicas (NOBs), NOB 93 e NOB 96, definindo como competência dos municípios a execução preferencial das ações e serviços de saúde<sup>1,12</sup>.

Apenas em 2012, por meio da Lei Complementar n.141, artigo 17, foi legalizado a forma de alocação dos recursos federais para municípios respeitando os critérios de necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde<sup>8,13,14</sup>. Contudo, em 2019, por meio da Portaria n.2979 foi criada uma nova forma de alocação dos recursos federais à APS dos municípios, com características que rompem com a construção da Atenção Básica anterior<sup>8,15</sup>.

Esse novo modelo de alocação de recursos financeiros da APS define a combinação de um conjunto de critérios, agrupados em três componentes: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas.

Características distintas são consideradas para cada componente. O cálculo para capitação ponderada é baseado no quantitativo da população cadastrada por Equipes de Saúde da Família (eSF) e equipe de Atenção Primária (eAP), com atribuição de peso por pessoa, considerando os critérios de vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e classificação geográfica. Antes o cálculo era realizado na forma per capita conforme a população total do município, por meio do Piso de Atenção Básica (PAB) Fixo<sup>15</sup>.

Vale destacar que, esse novo modelo de repasse de recursos financeiros evidencia e amplia a desigualdade entre os cidadãos ao acesso à saúde, ao considerar a atenção associada ao cadastramento dos indivíduos mais pobres<sup>16</sup>. Essa situação torna ainda maior o desafio dos gestores municipais em relação aos recursos financeiros utilizados e o quanto irão lograr em benefício da população.

Assim, esse cenário remete a análise da gestão dos recursos financeiros da atenção primária à saúde dos municípios, em termos de eficiência e eficácia, mais especificamente a eficiência alocativa de recursos. Vale comentar que, na Constituição Federal de 88 o

princípio da eficiência é exigido como obrigação constitucional da administração pública, inclusive na área da saúde.

Entende-se que a gestão dos recursos financeiros da atenção primária à saúde dos municípios depende da habilidade dos gestores em desempenhar suas tarefas constitucionais em função de dois princípios fundamentais: a equidade e eficiência.

Segundo Le Grand (1988) citado por Giraldes<sup>17</sup> enquanto o conceito de eficiência corresponde à maximização dos resultados para recursos prefixados, a equidade pode ter diferentes interpretações que dependem dos valores das pessoas que os utilizam.

Como uma resposta tradicional para justificar qualquer sistema de saúde, Campos<sup>18</sup> define eficiência em duas dimensões: a eficiência técnica, sendo a minimização dos inputs para um dado output, e a eficiência econômica distributiva, como a maximização dos ganhos em bem-estar social nos diferentes arranjos alternativos de recursos.

No âmbito das políticas públicas, a literatura traz as definições de eficiência mais utilizadas na gestão em saúde no SUS são definidas nas áreas disciplinares: Ciência Econômica (classificada em Econômica e Fiscal), Economia da Saúde (classificada em Técnica e Distributiva) e Estudos de avaliação de políticas públicas (Classificada em Instrumental e política)<sup>12,19</sup>.

Para efeito de nosso trabalho, utilizamos o conceito de eficiência econômica de Sancho e Dain<sup>20</sup>, particularmente a “**eficiência econômica alocativa**”, também intitulada como “eficiência econômica distributiva” ou “eficiência econômica pura”. Segundo esses autores esse subtipo de eficiência refere-se ao menor custo social possível com a melhor distribuição considerada socialmente ótima.

Diante do atual modelo de financiamento de alocação de recursos financeiros, do cumprimento dos princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS para atender as necessidades em saúde dos munícipes, torna-se necessário identificar na literatura brasileira aspectos relevantes da eficiência dos gastos em saúde de forma que garanta recursos para a APS.

Nesta perspectiva, o objetivo desse trabalho é analisar a eficiência dos gastos em saúde da Atenção Primária à Saúde no SUS por meio da elaboração de uma revisão sistematizada da literatura.

## **Metodologia**

Para o presente estudo utilizou-se da revisão integrativa como metodologia para a coleta sistematizada de dados. Essa metodologia consiste na construção de uma análise ampla da literatura, com foco na eficiência dos gastos em saúde da APS do SUS. Parte-se da seguinte pergunta de pesquisa: O que a literatura brasileira apresenta sobre a eficiência dos gastos em saúde da Atenção Primária no SUS?

O desenho metodológico desta revisão foi estruturado em cinco etapas, sendo a sequência: elaboração da pergunta de pesquisa; identificação dos descritores; busca exploratória do material na literatura e leitura sistematizada dos títulos e resumos das publicações.

### **- Identificação dos descritores**

A partir da pergunta de pesquisa identificou-se os itens-chave: Eficiência-Gastos em Saúde e Atenção Primária à Saúde/SUS, utilizando o acrônimo Fenômeno-População-Contexto (FPC), respectivamente. Assim, procedeu-se à identificação dos descritores em língua portuguesa, por meio da base de dados dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

### **- Busca exploratória do material na literatura**

A busca exploratória foi realizada no Portal de base de dados - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme) utilizando os operadores Booleanos AND (entre os Polos: Fenômeno-População-Contexto) e OR (entre os itens-chave de cada Polo). Aqui cabe ressaltar que, para o descritor SUS foram realizadas duas estratégias de busca, utilizando SUS como descritor e como Título, sendo essa última definida como sintaxe final devido maior número de publicações obtidas.

Desta busca, sem recorte temporal, foram encontradas 252 publicações, por meio da sintaxe final: (mh:(((Eficiência) OR ("Análise Custo-Benefício") OR ("Análise Custo-Eficiência") OR ("Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde") OR ("Custos e Análise de Custo")))) AND (mh:(((("Gastos em Saúde") OR ("Recursos Financeiros em Saúde") OR ("Alocação de Custos") OR ("Alocação de Recursos") OR ("Alocação de Recursos para a Atenção à Saúde") OR ("Gastos Públicos com Saúde") OR ("Financiamento da Assistência à Saúde") OR ("Economia e Organizações de Saúde") OR ("Recursos em Saúde") OR ("Financiamento Governamental")))) AND (mh:((mh:(((("Atenção Primária à Saúde") OR ("Sistema Único de Saúde")))) OR (ti:(sus))))), realizada em 11 de novembro de 2022.

### **- leitura sistematizada dos títulos e resumos das publicações**

Da leitura sistematizada dos títulos e resumos das 252 publicações identificadas pela sintaxe final foram excluídos 07 estudos repetidos, obtendo um total de 245 publicações. Para análise de elegibilidade das publicações foram delineados os critérios de inclusão. Estes referiram-se a abordagem do termo eficiência relacionado com gasto, atenção primária e SUS; relacionado com financiamento e gastos públicos em saúde; e relacionado com prestação de serviços em saúde na Atenção Primária à Saúde. Além desses, foram incluídos na seleção para análise somente artigos científicos, publicados em português, inglês ou espanhol, e que abordassem apenas estudos realizados no Brasil.

Os artigos selecionados foram organizados no software Rayyan (Intelligent Systematic Review)<sup>21</sup>, e exportados para o Microsoft Excel.

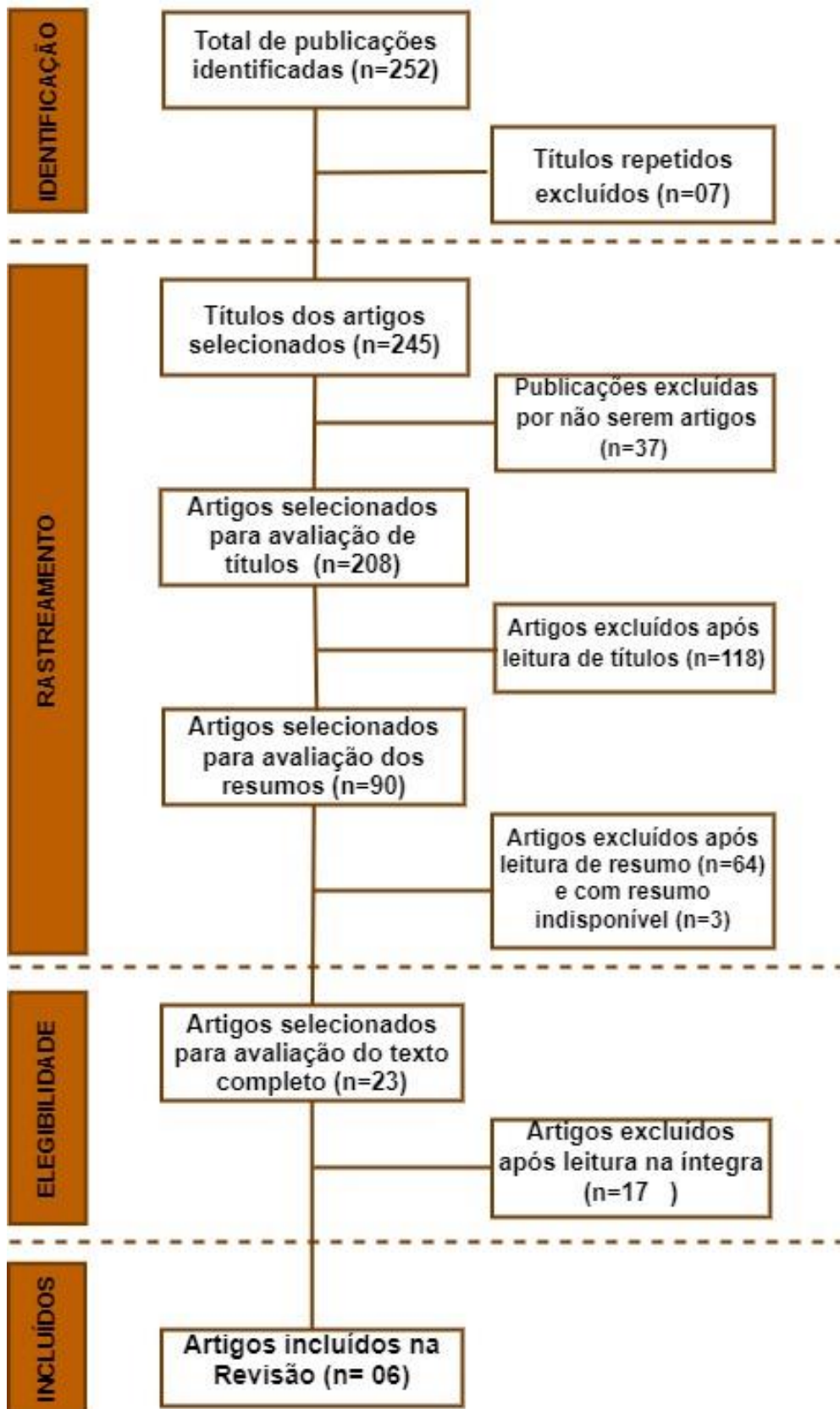
A partir dos critérios definidos foram excluídas 29 produções acadêmicas, sendo 01 Boletim; 03 Cartas ao Editor; 05 Comentários; 01 Documento Público; 03 Editoriais; 04 Monografias; 03 Notas Técnicas; 03 Resenhas; 04 Simpósio/Congresso; 02 Teses. Também foram excluídas 08 publicações por serem de outro idioma, restando 208 publicações.

Na sequência, foi efetuada leitura sistematizada dos títulos e resumos dos resultados encontrados, sendo excluídos 118 e 67 publicações, respectivamente, conforme critérios de inclusão acima mencionados. Restaram para leitura na íntegra 23 artigos. A exclusão de 64 resumos foi categorizada em artigos com aspectos gerais da APS e que não dialogavam com a pergunta de pesquisa (n=32); artigos que se referiam a países da América Latina em geral (n=06); artigos que não se referiam a eficiência ou gastos na APS (n=23); e artigos que se referiam a outro nível de atenção à saúde (n=03). Além desses, 03 resumos foram excluídos por não estarem disponíveis para leitura.

Dos 23 artigos elegíveis para leitura na íntegra, 16 foram excluídos por apresentarem dados da Atenção Primária à Saúde de outro país e 01 publicação indisponível para leitura na íntegra. Assim, foram incluídas na revisão integrativa 06 publicações. Importante destacar que duas das seis publicações selecionadas são Textos para Discussão do IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, considerados estudos e pesquisas revisados por pares.

As etapas acima mencionadas estão apresentadas na Figura 1 referente ao processo de seleção dos artigos incluídos nesta revisão integrativa.

Figura 1: Fluxograma Prisma do processo de seleção dos artigos incluídos na revisão. 2022



Fonte: Elaboração própria.

## Resultados e Discussão

Na metodologia de busca sistematizada, demonstrada na Figura 1, grande parte das publicações foi excluída por apresentar dados da Atenção Primária à Saúde de outro país ou por possuir aspectos gerais da APS sem dialogar com a pergunta de pesquisa.

Após leitura na íntegra dos 6 artigos incluídos nesta revisão, extraíram-se deles os seguintes conteúdos: autor(es)/ano, objetivo(s), método do estudo e as abordagens sobre o conteúdo dos artigos relacionados (Quadro 1).

Quadro 1: Síntese dos artigos incluídos segundo autor/ano, objetivo, método do estudo e principais abordagens sobre eficiência. 2021.

| Autor/A no        | Objetivos  | Método do Estudo   | Abordagem sobre eficiência relacionada a financiamento e gastos públicos em saúde  | Abordagem sobre eficiência relacionada a prestação de serviços/programas em saúde na APS   | Abordagem sobre a relação entre eficiência no financiamento/gastos e eficiência na prestação de serviços na APS  |
|-------------------|--|--|--|--|--|
| Vieira, 2017      | Discute a relevância da produção e do uso da informação de custos do Sistema Único de Saúde (SUS) como insumo para os processos decisórios sobre o seu financiamento e gestão. | Análise da literatura técnico-científica   | Comenta que a obtenção de melhorias nas dimensões, financiamento e a gestão, depende necessariamente de decisão política. Indica que a formulação de uma política pública implica tomar decisões com o propósito de transformar a realidade atual do SUS, por meio da definição de objetivos e estratégias de atuação e da alocação de recursos para atingir os objetivos estabelecidos. | Aborda duas óticas para a aplicação da gestão de custos: primeira diz respeito à visão macro de um gestor do SUS nas esferas federal, estadual e municipal; e a segunda, à visão dos gerentes de unidades de saúde. Também argumenta que os métodos de custeio por absorção e por atividades em unidades de saúde se complementam na produção da informação de custos. | Aponta que a produção e o uso da informação de custos na tomada de decisão, tanto para a gestão do sistema de saúde quanto para o gerenciamento de estabelecimentos de saúde, são atividades complementares e fundamentais para o uso eficiente dos recursos do SUS. |
| Mazon et al, 2015 | Avalia a eficiência técnica na utilização dos recursos do SUS.   | Utiliza o método da Análise Envoltória de Dados (DEA) e o Índice de Eficiência Técnica em Saúde (IETS), em 2010. | A eficiência está associada a forma de aplicação dos recursos municipais em saúde, destacando que em 7 municípios de Santa Catarina essa aplicação correspondeu à 23,5% do total de impostos, sendo superior ao total dos municípios do estado, com média de 12,04%, em 2010.  | A maior aplicação de recursos dos 7 municípios não correspondeu ao melhor desempenho do indicador de mortalidade geral, isto porque seu coeficiente de mortalidade geral (6,44 óbitos por mil hab) não acompanha a redução em relação à média do Estado de SC (5,5 óbitos por mil hab).  | Indica que a maior eficiência na aplicação dos recursos não assegura melhor resultado em saúde. Isso ficou demonstrado pelo baixo desempenho do indicador de mortalidade geral. Argumenta pela suposta ineficiência técnica observada nos municípios estudados.      |

Fonte: elaboração própria



Quadro 1 (continua): Síntese dos artigos incluídos segundo autor/ano, objetivo, método do estudo e principais abordagens sobre eficiência. 2021.

| Autor/Ano          | Objetivos  | Método do Estudo  | Abordagem sobre eficiência relacionada a financiamento e gastos públicos em saúde  | Abordagem sobre eficiência relacionada a prestação de serviços/programas em saúde na APS  | Abordagem sobre a relação entre eficiência no financiamento/gastos e eficiência na prestação de serviços na APS  |
|--------------------|--|---|--|---|--|
| Santos et al, 2015 | Estimar os custos do Programa Municipal de Controle da Dengue de Goiânia-GO, Brasil.   | Estudo de custo, descritivo, sob a perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS). Micro custeio, no período de 2009 a 2010. | A análise sobre a eficiência é relacionada à abordagem sobre a estimação de custos do Programa.  | Apresenta alguns resultados da estimativa de custos do Programa, sendo seu custo mensal per capita de R\$1,04 no período epidêmico e de R\$ 0,75 no período endêmico. Indica também as fontes de recursos dos custos, referindo-se a 84% relacionados a recursos humanos.   | De forma indireta apresenta a relação entre o excedente de custo decorrente das epidemias e a possibilidade de ser investido no período endêmico em atividades que visam a diminuição dos focos de transmissão do vetor da dengue, minimizando o efeito das epidemias em seu comportamento cíclico. Também argumenta que o custo adicional resultante das epidemias de dengue fornece subsídios para um melhor planejamento das atividades de prevenção e controle da infecção e que o excedente de custo proveniente dos picos epidêmicos seria suficiente para a prevenção e controle de aproximadamente mais 3 meses endêmicos.   |
| Furtado, 2014      | Estimar níveis de eficiência e seus determinantes para municípios, baseados nos gastos com pessoal municipal, indicadores municipais e resultados de oferta de serviço público de saúde. | Análise Exploratória; Análise Envoltória de Dados (DEA) e Análise de Modelos Econômicos, no período 2000-2010.            | A análise sobre eficiência está associada a taxa de crescimento geométrico anual do salário médio positiva para 96% dos municípios, sendo maior na região Nordeste em relação ao Sul e Sudeste. Além disso, indica que a taxa de crescimento geométrico da massa salarial <i>per capita</i> apresenta aumentos maiores nos municípios do Nordeste, Norte e Centro-Oeste. No entanto, não houve alterações na análise sobre as despesas com Atenção Básica à saúde em cada município, seguindo distribuição normal. | O aumento no salário e nos gastos com pessoal municipal, principalmente da região Nordeste, Norte e Centro-Oeste não reflete na eficiência da prestação de serviços públicos de saúde. Fica demonstrado nos resultados da função excesso (ineficiência) que o Nordeste é a região com pior indicador no Brasil, comparado as outras regiões que apresentam indicadores mais eficientes que a média brasileira. Sudeste e Sul são as regiões com melhor desempenho. Entre os piores depois do Nordeste segue Norte e por último Centro-Oeste. A análise da Taxa geométrica de crescimento da proporção de mortalidade infantil por causas evitáveis indica distribuição heterogeneia pelo país, com resultados positivos e negativos nas Unidades Federativas, porém apresenta predominância de resultados piores no Nordeste seguido pela região Norte. | A análise entre os investimentos em pessoal do funcionalismo público municipal e seu desempenho em relação à capacidade de oferta de qualidade de atenção básica à saúde dos municípios identifica a heterogeneidade de performance municipal, com especificidades espaciais e determinantes idiossincráticos. Isso ficou demonstrado, por meio dos resultados regionais apontando a dificuldade da prestação de serviços públicos dos municípios da região Nordeste, muito embora os salários e os gastos tenham aumentado na região no período. Destaca-se que os óbitos infantis ocorridos poderiam ter sido evitados por ações de promoção de saúde. Os resultados podem contribuir como instrumentos para a formulação, monitoramento, avaliação e aprimoramento da política pública no país. |

Fonte: elaboração própria

Quadro 1 (continua): Síntese dos artigos incluídos segundo autor/ano, objetivo, método do estudo e principais abordagens sobre eficiência. 2021.

| Autor/<br>Ano                 | Objetivos  | Método<br>do Estudo   | Abordagem sobre<br>eficiência relacionada a<br>financiamento e gastos<br>públicos em saúde   | Abordagem sobre<br>eficiência relacionada a<br>prestação de<br>serviços/programas em<br>saúde na APS   | Abordagem sobre a relação entre<br>eficiência no financiamento/gastos e<br>eficiência na prestação de serviços na<br>APS   |
|-------------------------------|--|---|--|--|--|
| Rabetti e<br>Freitas,<br>2011 | Avaliar a eficiência da Estratégia Saúde da Família nas ações relacionadas à hipertensão   | Estudo avaliativo, transversal quantitativo e Análise Envoltória de Dados (DEA), em 2007. | A análise da eficiência da APS está relacionada as ações desenvolvidas pelo Programa Estratégia Saúde da Família, apontando que a produção de serviços de atenção à hipertensão arterial sistêmica é de 37,8% de um total de 66 municípios catarinenses de pequeno porte. Enquanto que, 41 municípios (62,2%) foram ineficientes, em relação aos serviços de cadastro no Sistema de Informação sobre Hipertensão e Diabetes, atendimento individual e visita domiciliar para usuários com hipertensão. | O quantitativo de municípios com produção de serviços eficientes não corresponde aos melhores desfechos assistenciais na produção de resultados, calculada por meio da "Taxa de internações potencialmente evitadas por causas sensíveis a atenção primária, ligadas aos cuidados da HAS". Apenas 11 municípios (16,7%) são eficientes quanto aos cuidados com HAS na atenção básica. Destes, nove (81,9%) tornaram-se referência para outros ineficientes. Do total de 66 municípios, 55 (83,3%) são ineficientes.                      | A eficiência na produção de serviços relacionados à HAS é maior sobre a produção de resultados, porém nenhuma é superior a 50%. Argumenta que o município é considerado ineficiente para uma ação específica, e não para a atuação da ESF como um todo.  |
| Macinko<br>et al, 2011        | Avaliar a influência das mudanças na atenção primária e na oferta hospitalar nas taxas de internações sensíveis à atenção ambulatorial (SCA) entre adultos no Brasil | Estudo ecológico transversal, de séries temporais, no período de 1999 a 2007              | A eficiência está relacionada a ampliação da cobertura do Programa Saúde da Família da Atenção Primária, aumentando de 13% para cerca de 64% da população brasileira, com aumento de quase 6 vezes do número médio anual de consultas médicas per capita.  | A ampliação da cobertura do PSF corresponde aos resultados positivos sobre a Taxa de internações sensíveis à atenção ambulatorial (SCA). A correlação indica que as áreas com maiores taxas de internação por SCA previstas foram aquelas com maior oferta de leitos hospitalares privados ou sem fins lucrativos e com baixa (< 25%) cobertura de PSF. Por outro lado, as taxas mais baixas previstas foram observadas para áreas com alta (> 75%) cobertura de PSF e muito poucos leitos hospitalares privados ou sem fins lucrativos. | Aponta a relação entre a redução acentuada das taxas de internação por SCA com a ampliação do acesso à assistência médica básica, por meio da expansão do PSF. É suposto que, com a expansão do PSF há melhor diagnóstico, tratamento ou manejo das doenças crônicas que compõem a maior parte da lista de internações de SCA, principalmente na faixa etária acima de 60 anos. Além disso, há o fornecimento gratuito de medicamentos essenciais para controle da hipertensão e diabetes. Outro ponto a destacar, é o papel do Agente Comunitário de Saúde, integrante do PSF, que rastreia ativamente populações que apresentam fatores de risco associados a DCNT e encaminha à Atenção Primária à Saúde. |

Fonte: elaboração própria

Os artigos são, em sua maioria, estudos primários que avaliam a eficiência na utilização de recursos do SUS, seja por correlação entre indicadores de estrutura e resultados, por estimativa de custo, e até por análise da literatura científica sobre a produção e uso de informação de custos que auxilie na tomada de decisão sobre financiamento e gestão.

Também foi diversa a abordagem da eficiência sobre o financiamento e gastos em saúde, não sendo específica da Atenção Primária à Saúde. Isso ratifica a escassez de publicações no Brasil da APS<sup>22</sup>.

Outro ponto a destacar, é a abordagem adotada pelos autores ao avaliar a eficiência sobre gastos em saúde e à prestação de serviços, que não se configura como sendo uma ênfase à análise da eficiência alocativa, tal como conceito de Sancho e Dain<sup>20</sup>, mas sob uma perspectiva mais restrita de eficiência.

Para a maioria dos estudos, a eficiência está relacionada ao gasto e uso de determinado conjunto de insumos, e não deixa claro se o objetivo da análise sobre a eficiência é sob a perspectiva da maximização do nível de saúde dado um orçamento, e em alguma medida, a equidade.

Para a análise dos resultados dos artigos incluídos nesta revisa, organizou-se em três abordagens: 1) sobre eficiência relacionada a financiamento e gastos públicos em saúde; 2) sobre eficiência relacionada a prestação de serviços/programas em saúde na APS; 3) Abordagem sobre a relação entre eficiência no financiamento/gastos e eficiência na prestação de serviços na APS.

### **Abordagem sobre eficiência relacionada a financiamento e gastos públicos em saúde**

Nesse tema, Vieira<sup>23</sup> discute sobre a relevância da informação de custos relacionando com a garantia de direitos. Todo e qualquer tipo de direito para ser protegido ou aplicado precisa de recursos públicos, que por sua vez tem custos, consequentemente para serem assegurados é necessário alocar recursos públicos. No âmbito do direito focado na política de saúde, destaca dois grandes desafios do SUS: o financiamento e a gestão.

Vieira<sup>23</sup> correlaciona as ações restritivas sobre o financiamento referente a emenda constitucional (EC) 95 de 2016 e aponta um sistema de saúde dependente do bloco de financiamento, para ser organizado e eficiente na execução de ações e serviços em saúde.

Acrescenta que a rotatividade de gestores da saúde nas três esferas de governo dificulta a implantação de políticas com resultados a médio e longo prazos.

Nesse contexto, a autora destaca a relevância da produção de informação de custos do SUS como insumo para os processos decisórios sobre o seu financiamento e gestão, principalmente para subsidiar os gestores nas decisões de alocações de recursos.

Em relação ao tema discutido acima, Mazon et al.<sup>24</sup> consideram que o financiamento não tem sido suficiente para assegurar recursos que garanta condições adequadas de saúde da população, apesar do SUS apresentar pontos positivos como a participação social e avanços em relação aos determinantes sociais. Identifica a necessidade de tornar a alocação de recursos mais eficiente, por meio de medidas que possa reduzir a ineficiência nos serviços públicos municipais. Para isso, analisou a eficiência técnica dos gastos em saúde de 07 municípios que compõe a 25ª região de Santa Catarina.

Os autores definem a eficiência técnica como a relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos em determinada atividade, ou seja, a produção eficiente é aquela que maximiza os resultados obtidos com um dado nível de recursos ou minimiza os recursos necessários para obter determinado resultado<sup>25</sup>. Importante destacar aqui, que os autores definem o tipo de eficiência analisada no estudo.

Mazon et al.<sup>24</sup> demonstraram, por meio dos indicadores “despesa total com saúde sob responsabilidade do município” e “receita própria aplicada em Saúde conforme a emenda constitucional (EC) 29 (%)”, que a aplicação de recursos municipais em saúde dos 7 municípios foi superior ao total dos municípios do estado, sendo de 23,5% do total de impostos quando comparado a média de 12,04%, respectivamente. Destaca-se que esse último indicador permite analisar e comparar se os resultados assistenciais são melhores naqueles municípios que aplicaram mais recursos conforme a EC 29<sup>26</sup>.

Segundo a EC 29, estados e municípios devem alocar de suas receitas de impostos, compreendidas as transferências constitucionais, o percentual no mínimo 12% e 15%, respectivamente<sup>26</sup>.

Em relação ao indicador “despesa total com saúde sob responsabilidade do município”, os dados demonstraram que os municípios selecionados alcançaram a média da despesa total com saúde R\$ 335,4 por habitante/ano. Esse valor superou ao gasto médio per capita do SUS do total de municípios do estado de SC, no valor de R\$ 274,30, configurando um gasto per capita acima da média estadual/anual.

Com os valores acima mencionados, os autores apontam para falta de eficiência dos municípios selecionados analisando que a média geral do Índice de Eficiência Técnica em Saúde foi de apenas 0,515, quando comparado ao valor de alta eficiência acima de 0,800<sup>12</sup>. Assim, os resultados indicam os municípios selecionados tiveram maior alocação de recursos em relação à média geral dos municípios do Estado, porém não retrata melhor desempenho em relação ao indicador de mortalidade geral.

Já o estudo de Furtado<sup>27</sup> aborda sobre o assunto sob o ponto de vista da qualidade da prestação de serviço ofertada na Atenção Primária à Saúde, associada com a taxa de mortalidade infantil nas diferentes regiões do país.

Furtado<sup>27</sup> cita que os municípios, no âmbito do modelo descentralizado, são responsáveis pela atenção básica à saúde, e desempenham com habilidade suas tarefas constitucionais em função do tamanho e à qualidade da força de trabalho, além de investimentos em gastos de saúde. Considera implicitamente, que a força de trabalho municipal é central para distinguir a qualidade de serviços oferecidos ao público.

Nesse contexto, analisa a eficiência da prestação de serviços básicos de atenção à saúde, por meio de indicadores de gastos com pessoal no âmbito municipal em conjunto com gastos de despesas com a APS.

Os resultados demonstraram que a taxa de crescimento geométrico anual do salário médio foi positiva para 96% dos municípios, porém os dados indicam que os funcionários públicos do Nordeste receberam aumentos relativamente maiores no período (0,086), quando comparados aos dos funcionários do Sudeste (0,029) ou do Sul (0,035). O mesmo ocorreu para a taxa de crescimento geométrico da massa salarial per capita, onde aumentos maiores ocorreram nos municípios do Nordeste, Norte e Centro-Oeste.

Quanto ao segundo indicador, foram analisados dados sobre despesas com Atenção Básica à Saúde, utilizando a taxa anual de crescimento dos gastos municipais com atenção à saúde básica, também ponderada pela população. Este indicador verifica se existe relação entre aplicações crescentes em Atenção Básica e melhores resultados assistenciais. O estudo registrou que as despesas com atenção básica à saúde em cada município seguem um padrão de distribuição normal, porém apresentando heterogeneidade no país<sup>28</sup>.

O Relatório Mundial da Saúde, publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2010, já mostrava que não adianta dispor de recursos financeiros suficientes se sua aplicação for ineficiente. Estima-se que 20 a 40% dos recursos gastos em saúde

são desperdiçados, sendo necessário criar políticas públicas capazes de reduzir esta ineficiência na gestão<sup>29</sup>.

Corroborando os dados da OMS, Mendes<sup>12</sup> aponta que o aumento do gasto em saúde não significa, necessariamente, o alcance de maior eficiência na gestão dos seus recursos, ou seja, gastar mais pode não lograr melhor saúde. Além disso, o autor destaca que a eficiência deve ser analisada como subordinada à política de saúde e integrada ao complexo contexto do processo de gestão dessa política.

Os autores, Rabetti e Freitas<sup>22</sup> e Macinko et al.<sup>30</sup> analisaram a eficiência da APS, por meio das ações do Programa Saúde da Família e Estratégia Saúde da Família.

A Estratégia Saúde da Família representa o principal modelo de cuidados primários à saúde para a organização da APS no SUS. Composta por equipe multiprofissional é responsável por identificar as necessidades da população, organizando as demandas por serviços na Rede de Atenção à Saúde, ampliando a resolutividade e impacto na situação de saúde do cidadão, família e comunidade.

Rabetti e Freitas<sup>22</sup> abordam esse cenário sob a ênfase da insuficiência de recursos do SUS, da rápida expansão do sistema de saúde nos últimos anos e da estratégia de conversão do modelo de atenção básica com a criação da Estratégia da Saúde da Família (ESF). Os dados foram organizados em indicadores de insumos, identificados como produção de serviços, considerando: recurso financeiro (total aplicado pelo município para custeio da atenção básica), recurso material (horas semanais de ocupação de consultórios destinados a atenção básica) e força de trabalho (jornada semanal média das equipes de Saúde da Família por mês).

Os autores identificaram que de um total 66 municípios catarinenses de pequeno porte, 37,8% foram eficientes sobre a produção de serviços de atenção à hipertensão arterial sistêmica, relacionando a ineficiência dos demais aos serviços de cadastro no Sistema de Informação sobre Hipertensão e Diabetes, atendimento individual e visita domiciliar para usuários com hipertensão.

Sob o ponto de vista da discussão sobre financiamento e insuficiência dos recursos para assegurar acesso a bens e serviços de saúde, o estudo de Vieira<sup>23</sup>, aponta que tem sido utilizado indicadores de gasto público brasileiro comparados ao gasto da saúde suplementar, e que o gasto público com saúde no Brasil<sup>31</sup>.

Macinko et al.<sup>30</sup> avaliam a efetividade da atenção primária no Brasil, citando a implantação do programa Saúde da Família como um novo e robusto modelo de atenção

primária. Além disso, destaca mudanças concomitantes no setor hospitalar brasileiro, inclusive no sistema de pagamento de hospitais contratados pelo governo.

Nesse cenário, o autor considera a hipótese que a rápida expansão do PSF, na última década, tenha contribuído para melhor capacidade da atenção primária e maior resolutividade nos problemas comuns de saúde da população.

Para demonstrar tal hipótese, os autores identificaram que o PSF ampliou a cobertura de 13% para cerca de 64% da população brasileira, no período, e o número médio anual de consultas médicas per capita aumentou quase 6 vezes. Complementado os dados do estudo, identificaram que a renda média per capita aumentou ligeiramente ao longo do tempo, que os marcadores das condições de vida apresentaram melhorias, além do aumento da porcentagem de casas com água potável e a redução das taxas de analfabetismo.

Por último, e sob a perspectiva de análise econômica sobre custos, Santos et al.<sup>32</sup> relacionam a eficiência à abordagem sobre a estimação de custos do Programa Municipal de Controle da Dengue, referente aos períodos endêmico (maio-setembro/2010) e epidêmico (outubro/2009-abril/2010) da doença, no município de Goiânia, Estado de Goiás, com o planejamento e a tomada de decisão do gestor.

As Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue, publicada pelo Ministério da Saúde em 2009, auxiliou gestores estaduais e municipais quanto as atividades a serem implementadas para prevenção e controle, em períodos de baixa transmissão (não epidêmico ou endêmico) ou em situações epidêmicas, reduzindo assim o impacto negativo das epidemias de dengue, inclusive a ocorrência de óbitos<sup>33</sup>.

Segundo as Diretrizes Nacionais, o financiamento das ações e serviços para enfrentamento e redução do impacto da dengue sobre a saúde da população compete de forma solidária entre as três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde. Porém, enfatiza que as ações executadas na APS, financiadas pelos recursos fixos e variáveis do Piso de Atenção Básica, vigentes em 2009, estão relacionadas diretamente com a prevenção e o controle da dengue. Nesse sentido, a análise do autor sobre eficiência de custo estaria relacionada a gastos específicos em saúde da APS<sup>33</sup>.

Santos et al.<sup>32</sup> aponta que o Brasil por ser país endêmico de transmissão da dengue, torna-se necessária a realização de análises estimativas de custo de programas locais voltados à prevenção e controle da infecção.

## **Abordagem sobre eficiência relacionada a prestação de serviços/programas em saúde na APS**

Sobre a segunda abordagem, Vieira destaca:

É claro que o uso da informação de custos nas discussões sobre o financiamento do sistema de saúde não pode se dar de forma descolada de considerações sobre eficiência e, nesse quesito, a produção de informação de custos mais uma vez é essencial para possibilitar o que se tem chamado de gestão de custos<sup>23(15)</sup>.

Nesse sentido, a autora aborda a aplicação da gestão de custos sob duas óticas. A primeira diz respeito à visão macro de um gestor do SUS nas esferas federal, estadual e municipal. Para esses gestores sinaliza os usos potenciais da informação de custos, como: a precificação de ações e serviços de saúde; a elaboração e monitoramento de contratos de gestão; a promoção da eficiência no uso dos recursos; a gestão de tecnologias em saúde e a gestão da própria organização.

A segunda refere-se aos gerentes de unidades de saúde, apontando como usos potenciais a negociação de valores recebidos, decisão sobre modelos mais eficientes para a execução de serviços e gestão da própria unidade, com melhoria da produtividade, do uso de recursos e estabelecimento de medidas para evitar desperdícios.

A fim de contribuir com o processo de mensuração de custos, Vieira<sup>23</sup> sugere entre as opções metodológicas o custeio por absorção e o custeio por atividades, métodos que se complementam na produção da informação de custos. Considera que tanto para o gestor do sistema de saúde, quanto para o gerente da unidade de saúde, pode ser utilizado o custeio por absorção, suficiente para informar várias decisões sobre a alocação de recursos em saúde, e por possuir informação de custos mais completa.

No entanto, a autora pondera que, para o gerente da unidade de saúde o custeio por atividades pode produzir uma riqueza imensa de conhecimento para aperfeiçoamento de processos e atividades, porém esse método de custeio pode causar mudanças em processos ao longo do tempo, exigindo a alocação de recursos para novo mapeamento dos fluxos e atividades, bem como do consumo de recursos.

Os autores, Mazon et al.<sup>24</sup> e Furtado<sup>27</sup> utilizaram para análise da eficiência na utilização dos recursos do SUS e na APS, indicadores referentes ao coeficiente de mortalidade geral e infantil, respectivamente. Esse indicador é considerado um índice clássico na mensuração da situação de assistência à saúde de um determinado local.



De acordo com informações do IPEA, a meta a ser alcançada até 2030 em relação a taxa de Mortalidade na Infância (menores de 5 anos de idade) estimada é de 8,3 por 1.000 nascidos vivos<sup>34</sup>.

No estudo de Furtado<sup>27</sup> o indicador de coeficiente de mortalidade infantil foi utilizado contrapondo-se aos indicadores de gastos com pessoal e despesas na APS para avaliar quanto cada município é capaz de reduzir sua taxa de óbito em crianças, por meio de políticas públicas da APS. O autor considerou uma política pública eficiente quando a proporção mortalidade infantil por causas não facilmente evitáveis fosse de 100%, ou seja, se nenhuma morte por causa evitável ocorrer como indicador igual a 1. Apesar dos resultados apontarem valores negativos para a maioria dos municípios, foi considerado distribuição espacial heterogênea, com resultados positivos e negativos nas Unidades da Federação. Porém, as regiões Nordeste e Norte foram as piores com valores -0,036 e -0,012, respectivamente.

Para Mazon et al.<sup>24</sup>, os municípios selecionados apresentam coeficiente de mortalidade geral superior à média do Estado de Santa Catarina, sendo 6,44 e 5,5 óbitos por mil habitante, respectivamente. A eficiência dos municípios associada a aplicação de recursos não correspondeu aos resultados esperados quanto a redução da taxa de mortalidade geral.

Os autores, Rabetti e Freitas<sup>22</sup> e Macinko et al.<sup>30</sup> utilizaram como indicador de resultado dados sobre a Taxa de internações potencialmente evitadas por causas sensíveis à atenção ambulatorial (SCA), para analisar a eficiência da APS, por meio das ações do Programa Saúde da Família e Estratégia Saúde da Família. Apesar desse indicador expressar resultados e informações decorrentes dos serviços de internação da Atenção Terciária, ele é indicado para analisar a Atenção Primária<sup>28</sup>.

Caminal et al.<sup>35</sup> utilizaram uma amostra de 248.050 altas correspondentes a 2.248.976 habitantes da Catalunha em 1996 com dados de taxa de internação, a fim de elaborar uma lista de Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial (ACSC). Essa lista apresenta marcadores de efetividade da APS, com o propósito de estabelecer condições de saúde favoráveis, passíveis de intervenções, além de proporcionar redução das taxas de hospitalização por essas causas.

A falta efetiva de atendimento na Atenção Primária, por meio de diagnóstico e tratamento precoce, prevenção e acompanhamento de doenças crônicas, além da promoção à saúde, sobrecarrega o atendimento de urgência e emergência, progredindo

para a internação hospitalar. Desta forma, esse indicador permite expressar a qualidade e eficiência da Atenção Primária à Saúde.

O estudo de Rabetti e Freitas<sup>22</sup> demonstrou que, do total de 66 municípios, apenas 11 municípios (16,7%) são eficientes quanto aos cuidados com HAS na atenção básica. Destes, nove (81,9%) tornaram-se referência para outros ineficientes. Sobrando 55 (83,3%) municípios como ineficientes.

Para Macinko et al.<sup>30</sup> os indicadores de resultado identificaram que as taxas de internação por SCA diminuíram cerca de um terço, com uma redução média anual de 4,5%. Contrário a estes dados, as taxas de hospitalização sem SCA foram maiores com uma variação percentual média anual de 1,4%.

Os autores<sup>22,30</sup> buscam, por meio da avaliação da eficiência dos serviços da ESF da APS, subsidiar informações sobre como produzir serviços e resultados com maior eficiência, e melhorias para os demais municípios, a partir de ferramentas de gestão e planejamento.

Quanto aos resultados de Santos et al.<sup>32</sup> relacionando eficiência a estimação de custos do Programa Municipal de Controle da Dengue, demonstraram um custo mensal per capita de R\$1,04 no período epidêmico e de R\$ 0,75 no período endêmico. As fontes de recurso foram, municipal correspondente à R\$11.791.404 (82%), estadual com o valor de R\$383.527,00 (3%) e federal a quantia de R\$2.220.887 (15%), sendo do total de recursos de custos, 84% estão relacionados a recursos humanos.

O resultado aponta a utilização excessiva de recursos financeiros devido a ineficiência para estimação de custos na execução de um programa municipal de prevenção de doença, que tem como premissa ações e serviços desenvolvidos no âmbito da APS do SUS.

### **Abordagem sobre a relação entre eficiência no financiamento/gastos e eficiência na prestação de serviços na APS**

De acordo com o resultado dessa revisão, é possível observar que quatro dos seis estudos<sup>22,24,27,30</sup> relacionam e contrapõem os dados, por meio de indicadores para analisar a eficiência de recursos em saúde, correlacionando o financiamento e gastos públicos com os resultados da prestação de serviços à população definida, como demonstrado no Quadro 1.

Os outros dois artigos<sup>23,32</sup> analisaram o tema Eficiência relacionada à abordagem sobre a estimação de custos e a relevância da produção e uso de informação de custos do SUS para seu financiamento e gestão. Esses dois artigos responderam parcialmente à pergunta de pesquisa.

O Quadro 2 apresenta os indicadores utilizados nos estudos revisados. Essa revisão adotou a denominação de Indicadores de Estrutura e de Resultado, conforme estudo de Mendes<sup>12</sup>. Assim, os Indicadores de Estrutura referem-se aos recursos financeiros empregados em relação aos Indicadores de Resultado que expressam a situação de saúde da população, em outras palavras, o quanto é logrado em benefícios à população.

Quadro 2. Descrição dos Indicadores de Estrutura e Indicadores de Resultados dos artigos revisados, com exceção de dois artigos de Vieira e Santos.

| <b>Autor/Ano</b>        | <b>INDICADORES DE ESTRUTURA</b>   | <b>INDICADORES DE RESULTADOS</b>   |
|-------------------------|---|--|
| Mazon et al, 2015       | - Despesa total com saúde sob responsabilidade do município (R\$)<br>- Receita própria aplicada em Saúde conforme a EC 29 (%)   | - Coeficiente de Mortalidade Geral   |
| Furtado, 2014           | - Gastos com pessoal<br>- Despesas com Atenção Básica à saúde   | - Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI)  |
| Rabetti e Freitas, 2011 | - Recurso financeiro (total aplicado pelo município para custeio da atenção básica)<br>- Recurso material (horas semanais de ocupação de consultórios destinados a atenção básica)<br>- Força de trabalho (jornada semanal média das equipes de Saúde da Família por mês)   | - Taxa de internações potencialmente evitadas pela atenção primária relacionadas à HAS |
| Macinko et al, 2011     | - Renda per capita<br>- % de domicílios com água potável - %<br>Taxa de analfabetismo da população > 15 anos<br>- % da população atendida pelo Programa Saúde da Família<br>- % de leitos hospitalares, por 10.000 (público e privado ou sem fins lucrativos)<br>- % da população com Plano de saúde privado<br>- Consultas médicas, per capita | - Taxa de internações sensíveis à atenção ambulatorial (SCA)                           |

A partir dos Quadros 1 e 2, observamos que os autores Mazon et al.<sup>24</sup>, Furtado<sup>27</sup> e Rabetti e Freitas<sup>22</sup> convergem na análise sobre a ineficiência na utilização de recursos municipais da gestão em saúde, demonstrando que, apesar de maior aumento do gasto em saúde este não refletiu no melhor desempenho dos serviços públicos de saúde prestados à população.

Mazon et al.<sup>24</sup> aponta que a maior eficiência na aplicação dos recursos não logrou em melhor resultado em saúde, contraposto ao alto coeficiente de mortalidade geral. Ao analisar a eficiência técnica frente à premissa de que o crescimento do gasto total per capita em saúde deve contribuir para a melhoria dos indicadores de estrutura e de resultado, argumenta sobre suposta ineficiência técnica observada nos municípios estudados.

Ainda em relação ao indicador mortalidade, Furtado<sup>27</sup> aponta que os óbitos infantis ocorridos poderiam ter sido evitados por ações de promoção de saúde na Atenção Primária à Saúde. Porém, ressalta que os resultados podem contribuir como instrumentos para a formulação, monitoramento, avaliação e aprimoramento da política pública no país.

Rabetti e Freitas<sup>22</sup> identificaram que a eficiência na produção de serviços relacionados à HAS (37,8%) é superior sobre a eficiência na produção de resultados (16,7%), porém ambas não atingem 50% dos municípios selecionados. Os autores argumentam que a metodologia aplicada é capaz de avaliar a produtividade de serviços e resultados, bem como auxiliar na gestão dos municípios, estimando o gasto público em internações evitáveis, considerando a falta de eficiência na atenção primária.

Contrário aos resultados sobre ineficiência relatados acima, Macinko et al.<sup>30</sup> apresenta resultados promissores quando relaciona a redução das taxas de internação por SCA com a expansão do PSF, desenvolvido na APS do SUS.

A relação entre eficiência no financiamento de PSF na APS com a eficiência na prestação de serviços, é atribuída as atividades desenvolvidas pela equipe, sendo o melhor diagnóstico, tratamento ou manejo das doenças crônicas que compõem a maior parte da lista de internações de SCA, principalmente na faixa etária acima de 60 anos. Destaca ainda, pontos importantes como o fornecimento gratuito de medicamentos essenciais para controle da hipertensão e diabetes. Além do papel essencial do Agente Comunitário de Saúde, que integra o PSF, e rastreia ativamente populações que apresentam fatores de risco associados a DCNT e encaminha à Atenção Primária à Saúde.

Santos et al.<sup>32</sup> e Vieira<sup>23</sup> respondem à pergunta da pesquisa sob a análise da eficiência, considerando dimensões sobre financiamento e gestão dos recursos, além da estimação de custo de programa implementado no SUS. Ambos abordam sobre os recursos financeiros aplicados na saúde pública, sem avaliar indicadores de estrutura ou resultados.

Vieira<sup>23</sup> discute a relevância da produção e do uso da informação de custos do Sistema Único de Saúde (SUS) como insumo para os processos decisórios sobre o seu financiamento e gestão. O autor utiliza a literatura técnico-científica para apresentar conceitos e discutir questões metodológicas sobre a gestão de custo em saúde, organizado sob duas dimensões: o financiamento e a gestão. Comenta que a obtenção de melhorias nessas dimensões depende necessariamente de decisão política.

O autor destaca que a grande rotatividade de gestores da saúde dificulta a implantação e execução de políticas a médio e longo prazos, sendo necessário fomentar à implementação de políticas de Estado.

E finalmente os autores Santos et al.<sup>32</sup> correlacionam a eficiência entre os gastos em saúde em prestação de serviços, apontando em seu estudo que houve excedente de custo de controle da doença no valor de R\$2.622.620 no período epidêmico em relação ao endêmico, sendo suficiente para a prevenção e controle da Dengue de aproximadamente mais 3 meses endêmicos. Demonstra assim, a ineficiência da gestão municipal na estimação de custos e utilização dos recursos em saúde.

Ao correlacionar os estudos selecionados ao conceito sobre eficiência, adotado nessa revisão, observamos que não há relação direta com eficiência alocativa, como produção ao menor custo social de bens e serviços que mais valorizam a sociedade e a distribuição destes de forma socialmente ótima<sup>20</sup>.

Segundo Gil et al.<sup>36</sup>, na avaliação econômica em saúde, além de demonstrar que uma atividade é efetiva, precisa qualifica-la em termos de eficiência, compreendendo que eficiência é um critério a considerar em uma avaliação vis-à-vis na tomada de decisão.

No entanto, baseado nos estudos revisados que discorrem sobre a temática, verifica-se que a maioria se remete à eficiência como um de seus atributos. Seja, por exemplo, a eficiência entendida como sendo a minimização dos inputs para um dado output<sup>18</sup>; como à maximização dos resultados para recursos prefixados<sup>17</sup>, ou mesmo como a relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos em determinada atividade<sup>24</sup>.

Mesmo sob a análise dessa revisão que apresenta resultados obtidos nos estudos selecionados, é importante citar a limitação na busca e análise do objeto. Mesmo sendo objetivo do estudo analisar a literatura brasileira, a revisão utilizou uma única base de dados. Recomenda-se para estudos posteriores ampliar a busca em outras bases de dados, inclusive da literatura cinzenta.

## **Considerações finais**

Apesar da existência de estudos que abordem a eficiência em relação aos gastos em saúde e quantifique os benefícios prestados à população, a literatura científica mostra que pouco se discute sobre a eficiência em relação ao menor custo social possível com a melhor distribuição considerada socialmente ótima, ou seja, sobre a eficiência alocativa.

Dos 6 estudos incluídos nesta revisão integrativa, nenhum respondeu diretamente ao questionamento realizado, baseado na proposta de conceito sobre a eficiência alocativa.

Por outro lado, os estudos revisados apontaram a importância sobre a análise da eficiência de recursos em saúde, seja por indicadores que auxiliem gestores no planejamento e alcance de suas metas; por estimativas de custo de programas de saúde municipais, para melhorar a utilização dos recursos financeiros; ou seja sobre a relevância da produção de informações sobre custos como insumos para gestão e financiamento do SUS.

Considerando a insuficiência de estudos realizados no Brasil, torna-se necessário ampliar a pesquisa sobre esse tema, mais especificamente sobre eficiência alocativa na Atenção Primária no SUS.

## Referências

1. Brasil. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 19 set 1990.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 71% dos brasileiros têm os serviços públicos de saúde como referência [Internet]. 2020 [cited 2020 May 11]. Available from: <https://bvsms.saude.gov.br/71-dos-brasileiros-tem-os-servicos-publicos-de-saude-como-referencia/>
3. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
4. Mendes EV, Matos MAB, Evangelista MJ de O, et al. A Construção Social da Atenção Primária à Saúde [Internet]. 2nd ed. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; 2019. 192 p. Available from: <https://www.conass.org.br/biblioteca/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude-2a-edicao/>
5. Mendes Á, Carnut L, Guerra LD da S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. Saúde debate. 2018;42(spe1):224–43.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. 21 out 2011.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 22 set 2017.
8. Mendes Á, Carnut L. Crise do Capital, Estado e Neofacismo: Bolsonaro, Saúde Pública e Atenção Primária. Revista da Sociedade Brasileira de Economia Política. 2020;(57):174–210.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 30 dez 2010.
10. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 1st ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549 p.
11. Mendes Á, Marques RM. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. Saúde debate. 2014;38(103):900–16.
12. Mendes ÁN. 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]. [Campinas]: Universidade Estadual de Campinas; 2005.

13. Brasil. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o parágrafo 3º da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e outras providências. Diário Oficial da União. 14 jan 2012.
14. Carnut L, Mendes Á, Leite MG. Metodologias para alocação equitativa de recursos financeiros em saúde: uma revisão integrativa. *Saúde em Debate*. 2020;44(126):902–18.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União. 13 nov 2019.
16. Mendes A, Leonardo C. Novo modelo de financiamento para qual atenção primária à saúde? *Revista Domingueira da Saúde*. 2019;1–8.
17. Giraldes M do R. Distribuição de Recursos num Sistema Público de Saúde. In: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), editor. *Saúde: Capítulos de Livros [Internet]*. 1995 [cited 2022 Jul 17]. p. 167–90. Available from: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9780>
18. Campos AC de. Normativismo e incentivos: contributo da economia para a administração em saúde. In: PIOLA, S; VIANNA, S M. *Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde*. Brasília, DF: IPEA; 1995. p. 69–98.
19. Dermindo MP, Guerra LM, Verna Castro Gondinho B. O conceito eficiência na gestão da saúde pública brasileira. *Journal of Management & Primary Health Care*. 2020;(12):1–17.
20. Sancho LG, Dain S. Avaliação em Saúde e Avaliação Econômica em Saúde: introdução ao debate sobre seus pontos de interseção. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(3):765–74.
21. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*. 2016 Dec 5;5(1):210.
22. Rabetti A de C, de Freitas SFT. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(2):258–68.
23. Vieira FS. Produção de Informação de Custos para a Tomada de Decisão no Sistema Único de Saúde: Uma Questão para a Política Pública. Brasília, DF: IPEA. (Texto para discussão, n. 2314); 2017. p. 1–50.
24. Mazon LM, Mascarenhas LPG, Dallabrida VR. Eficiência dos gastos públicos em saúde: Desafio para municípios de Santa Catarina, Brasil. *Saúde e Sociedade*. 2015;24(1):23–33.
25. Pereira J. *Economia da Saúde. Glossário de Termos e Conceitos*. 4th ed. Lisboa: Edição da Associação Portuguesa de Economia da Saúde; 2004. 1–49 p.
26. Brasil. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao ato das disposições



constitucionais transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da União. 14 set 2020.

27. Furtado BA. Heterogeneidades e idiosincrasias: eficiências municipais na saúde básica a partir de gastos com pessoal. IPEA, editor. Brasília, DF: IPEA. (Texto para discussão, n. 1971); 2014. p. 1–55.
28. Artur De Souza A, Maciel De Faria Marques A, Machado Boina T, Guerra M, Avelar A. Gestão No SUS: Um Estudo De Indicadores Financeiros Da Saúde E A Produção De Resultados Assistenciais Em Municípios Mineiros [Internet]. Available from: [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)
29. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial da saúde. O financiamento da cobertura universal: o caminho para a cobertura universal [Internet]. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44371/9789899717848\\_por.pdf?sequence=33&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44371/9789899717848_por.pdf?sequence=33&isAllowed=y). 2010 [cited 2022 Jul 19]. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44371/9789899717848\\_por.pdf?sequence=33&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44371/9789899717848_por.pdf?sequence=33&isAllowed=y)
30. Macinko J, de Oliveira VB, Turci MA, et al. The Influence of Primary Care and Hospital Supply on Ambulatory Care-Sensitive Hospitalizations Among Adults in Brazil. *American Journal of Public Health*. 2011;101(10):1963–70.
31. Vieira FS, E Benevides RPDS. O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado. *Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas*. 2016;10(3):1–28.
32. Santos SM dos, Amorim F, Ferreira I de A, et al. Estimativa de custos diretos do Programa Municipal de Controle da Dengue de Goiânia-GO. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2015;24(4):661–70.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue [Internet]. Ministério da Saúde, editor. Brasília; 2009. 1–160 p. Available from: <http://www.saude.gov.br/bvs>
34. da Silva ERA, Peliano AM, Chaves JV. Caderno ODS Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades. Vol. 3, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Brasília, DF: IPEA. ; 2019. p. 1–40.
35. Caminal J, Starfield B, Sánchez E, et al. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *European Journal of Public Health*. 2004;(14):246–51.