

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

*Eficiencia del gasto en salud en la atención primaria en el SUS:
una revisión integradora*

Efficiency of health expenditures in SUS primary care: an integrative review

Maria Ondina PAGANELLI⁽¹⁾
Áquilas MENDES^(1,2)

Recebido: 18 set 2022

Revisado: 17 out 2022

Aceito: 26 out 2022

Autor de correspondência

Maria Ondina Paganelli
ondina.mop@gmail.com

Como citar:

Paganelli MO, Mendes Á. Eficiência dos gastos em saúde da atenção primária no SUS: uma revisão integrativa. J Manag Prim Health Care. 2022;14:e007. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v14.1286>

Conflito de interesses:

Os autores declaram não haver nenhum interesse profissional ou pessoal que possa gerar conflito de interesses em relação a este manuscrito.

Copyright:

Este é um artigo de acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC-BY-NC). Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original.



⁽¹⁾ Universidade de São Paulo – USP, Faculdade de Saúde Pública – FSP, São Paulo, SP, Brasil.

⁽²⁾ Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC SP, São Paulo, SP, Brasil.

Resumo

Este estudo tem como objetivo analisar o que tem sido produzido na literatura nacional sobre a eficiência dos gastos em saúde da Atenção Primária no Sistema Único de Saúde – 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. Da leitura sistematizada dos títulos e resumos de 252 publicações identificadas pela sintaxe final foram considerados seis artigos 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 Atenção Primária à Saúde – APS; (c) a relação entre eficiência no financiamento/gastos e eficiência na prestação de serviços na Atenção Primária à Saúde. 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 o 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; Sistema Único de Saúde; Eficiência; Atenção Primária à Saúde.

Resumen

Este estudio tiene como objetivo analizar lo producido en la literatura nacional sobre la eficiencia del gasto en salud en la atención primaria del *Sistema Único de Saúde* – SUS. Para ello, se realizó una revisión integradora en el sitio web de la *Biblioteca Virtual de Saúde* – BVS de artículos científicos, publicados en portugués, inglés y español. A partir de la lectura sistemática de los títulos y resúmenes de 252 publicaciones identificadas por la sintaxis final, se consideraron incluidos seis artículos. Para el análisis de los estudios incluidos, se identificaron objetivo(s), método de estudio y se organizaron tres enfoques de discusión: (a) eficiencia relacionada con el financiamiento y gasto público en salud; (b) la eficiencia relacionada con la provisión de servicios/programas de salud en la *Atenção Primária à Saúde* – APS; (c) la relación entre la eficiencia en el financiamiento/gasto y la eficiencia en la prestación de servicios en APS. Con los resultados obtenidos, fue posible concluir que la mayoría de

los estudios al discutir el tema se refieren a la eficiencia como uno de sus atributos, y tienden a evaluar el concepto de eficiencia técnica. Otros analizan la eficiencia en relación a la estimación de costos, y desde la perspectiva de producir información sobre costos como insumo para auxiliar a los gestores en la toma de decisiones con el gasto público en salud. Por lo tanto, es necesario ampliar los estudios sobre este tema, especialmente sobre la eficiencia asignativa en la atención primaria en el SUS.

Palabras-claves: Asignación de Recursos; Sistema Único de Salud; Eficiencia; Atención Primaria de Salud.

Abstract

This study aims to analyze what has been produced in the national literature on the efficiency of health expenditures in *Sistema Único de Saúde* – SUS (Unified Health System) primary care. For this, an integrative review was carried out on the website of the *Biblioteca Virtual em Saúde* – BVS of scientific articles, published in Portuguese, English and Spanish. From the systematic reading of the titles and abstracts of 252 publications identified by the final syntax, six articles were considered included. For the analysis of the included studies, objective(s), study method were identified and three discussion approaches were organized: (a) efficiency related to financing and public health expenditures; (b) efficiency related to the provision of health services/programs in primary care; (c) the relationship between efficiency in funding/spending and efficiency in service delivery in Primary Health Care – PHC. With the results obtained, it was possible to conclude that most studies when discussing the theme refer to efficiency as one of its attributes, and tend to evaluate the concept of technical efficiency. Others analyze efficiency in relation to cost estimation, and from the perspective of producing information on costs as an input to help managers in decision making with public health expenditures. Thus, it is necessary to expand studies on this topic, especially on allocative efficiency in unified health system primary care.

Keywords: Resource Allocation; Unified Health System; Efficiency; Primary Health Care.

Introdução

O Sistema Único de Saúde – SUS instituído há aproximadamente 34 anos, por meio da Constituição de 1988 e regulamentado pela Lei 8080 de 1990¹ 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.²

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, quando analisados os distintos gestores do sistema. 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.³ 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.⁴

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,^{4,5} e revisada em 2011 e 2017.^{6,7}

Observa-se que na PNAB de 2017 os termos Atenção Básica e APS 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 APS, com alterações significativas no seu conteúdo, muito mais direcionado à uma atenção reduzida, permitindo a possibilidade de abertura para a lógica privatizante.^{5,8}

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.⁹ 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.¹⁰

Paralelamente ao avanço do processo de municipalização, expansão do Programa Estratégia 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.¹¹ Assim, o artigo n. 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.^{1,12}

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.^{8,13,14} 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.^{8,15}

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.¹⁵

Características distintas são consideradas para cada componente. O cálculo para captação ponderada é baseado no quantitativo da população cadastrada por equipes de saúde da família e equipe de atenção primária, 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 Fixo – PAB/Fixo.¹⁵

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. 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.¹⁶

Assim, esse cenário remete à análise da gestão dos recursos financeiros da APS dos municípios, em termos de eficiência e eficácia, mais especificamente a eficiência alocativa de recursos. Vale comentar que, na Constituição Federal de 1988 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 APS dos municípios depende da habilidade dos gestores em desempenhar suas tarefas constitucionais em função de dois princípios fundamentais: a eficiência e a equidade.

Segundo Le Grand (1988) citado por Giraldes¹⁷ 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, Campos¹⁸ 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, as definições de eficiência utilizadas na gestão em saúde no SUS são classificadas nas seguintes 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).^{12,19}

Para efeito de nosso trabalho, utilizamos o conceito de eficiência econômica de Sancho e Dain,²⁰ particularmente a **eficiência econômica alocativa**, também intitulada como **eficiência econômica distributiva** ou **eficiência econômica pura**. Segundo os 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 APS no SUS, por meio da elaboração de uma revisão sistematizada da literatura.

Metodologia

Objetivo e pergunta da revisão

Para o presente estudo utilizou-se da revisão integrativa como metodologia para a coleta sistematizada de dados. Esta metodologia consiste na construção de uma análise ampla da literatura, com foco na eficiência dos gastos em saúde da APS no 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?²¹

Fontes de dados e estratégia de busca

A partir da elaboração da pergunta norteadora da pesquisa, o desenho metodológico desta revisão foi estruturado em três etapas, sendo a sequência: 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-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 2021.

Leitura sistematizada dos títulos e resumos das publicações

Da leitura sistematizada dos títulos e resumos das 252 publicações identificadas pela sintaxe final foram excluídos sete 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 APS. Além destes, 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*),²² e exportados para o Microsoft Excel.

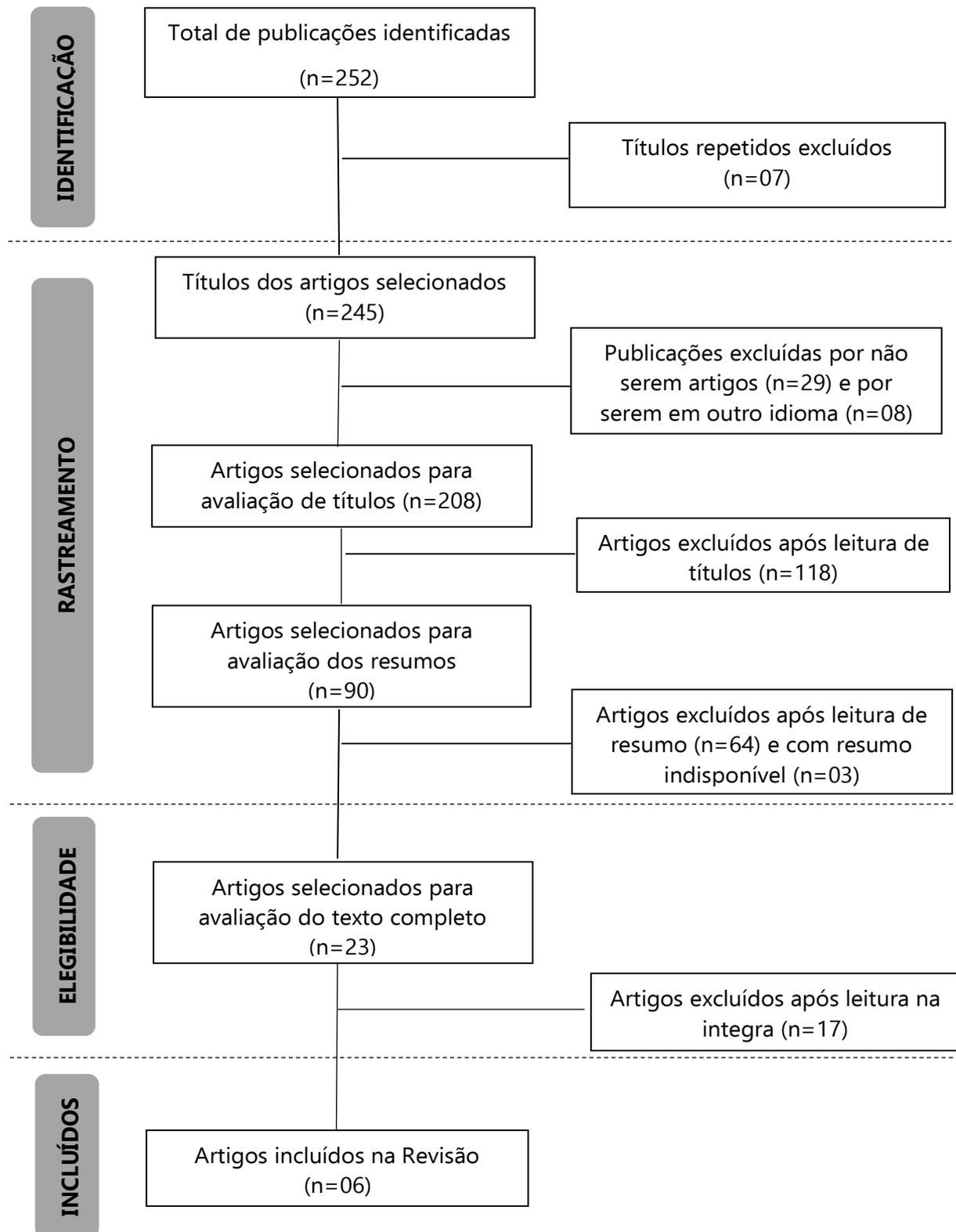
A partir dos critérios definidos foram excluídas 29 produções acadêmicas, sendo um boletim; três cartas ao editor; cinco comentários; um documento público; três editoriais; quatro monografias; três notas técnicas; três resenhas; quatro simpósio/congresso; duas teses. Também foram excluídas oito publicações por serem de outro idioma: francês (3), russo (1), alemão (1), húngaro (1), holandês (1) e dinamarquês (1), 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. Das 67 publicações, 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, três resumos foram excluídos por não estarem disponíveis para leitura. Restaram para leitura na íntegra 23 artigos.

Dos 23 artigos elegíveis para leitura na íntegra, dezesseis foram excluídos por apresentarem dados da APS de outro país e uma publicação indisponível para leitura. Assim, foram incluídas na revisão integrativa seis publicações. Importante destacar que duas das seis publicações selecionadas são "Textos para Discussão" do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, 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 do processo de seleção dos artigos incluídos na revisão



Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

Análise dos dados

As etapas de extração e análise dos resultados dos seis artigos foram desenvolvidas por dois revisores (M.O.P. e A.M.) de forma independente.

Com o objetivo de extrair e analisar os dados dos estudos incluídos, um instrumento foi elaborado a partir da pergunta e objetivo da pesquisa. Esse instrumento compreende os seguintes conteúdos: autor(es)/ano, objetivos, método do estudo e três abordagens sobre o conteúdo dos artigos relacionados.

As abordagens são: (1) Abordagem sobre eficiência relacionada a financiamento e gastos públicos em saúde; (2) Abordagem sobre eficiência relacionada a prestação de serviços/programas em saúde na APS; e (3) Abordagem sobre a relação entre eficiência no financiamento/gastos e eficiência na prestação de serviços na APS.

Os conteúdos foram extraídos após leitura na íntegra realizada pelos revisores.

Resultados e Discussão

Nesta revisão foram selecionados seis estudos publicados entre 2011 e 2017. Na metodologia de busca sistematizada, demonstrada na Figura 1, grande parte das publicações foi excluída por apresentar dados da APS de outro país ou por possuir aspectos gerais da APS sem dialogar com a pergunta da pesquisa.

Os conteúdos extraídos dos seis artigos estão relacionados no Quadro 1.²³⁻²⁸

Quadro 1. Síntese dos artigos incluídos segundo autor/ano, objetivos, método do estudo e principais abordagens sobre eficiência, 2022

| 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 |
|----------------------------|--|--|---|--|---|
| Vieira, 2017 ²³ | Discute a relevância da produção e do uso da informação de custos do Sistema Único de Saúde 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 gestão, depende necessariamente de decisão política. Indica que a formulação de uma política pública implica tomar decisões com o propósito de | 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 | 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 Sistema Único de Saúde. |

| 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 |
|---|--|---|--|--|--|
| | | | 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. | de saúde se complementam na produção da informação de custos. | |
| Mazon et al., 2015²⁴ | Avalia a eficiência técnica na utilização dos recursos do Sistema Único de Saúde. | Utiliza o método da Análise Envoltória de Dados (DEA) e o Índice de Eficiência Técnica em Saúde, em 2010. | A eficiência está associada a forma de aplicação dos recursos municipais em saúde, destacando que em sete 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 sete municípios não correspondeu ao melhor desempenho do indicador de mortalidade geral, isto porque seu coeficiente de mortalidade geral (6,44 óbitos/mil habitantes) não acompanha a redução em relação à média do Estado de SC (5,5 óbitos/mil habitantes). | 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. |
| Santos et al., 2015²⁵ | 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. Micro custeio, no período de 2009 a 2010. | A análise sobre a eficiência está relacionada à abordagem sobre a estimação de custos do Programa. | Apresenta alguns resultados da estimativa de custos do Programa, sendo seu custo mensal <i>per capita</i> 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 |

| 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 |
|-----------------------------------|--|---|--|---|--|
| | | | | | o excedente de custo proveniente dos picos epidêmicos seria suficiente para a prevenção e controle de aproximadamente mais 3 meses endêmicos. |
| Furtado, 2014²⁶ | 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 Econométricos, 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. Não houve alterações na análise sobre as despesas com a Atenção Básica à Saúde. | 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 | 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. |

| 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 |
|--|--|---|--|---|--|
| | | | | região Norte. | |
| Rabetti e Freitas, 2011 ²⁷ | 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 hipertensão. Apenas 11 municípios (16,7%) são eficientes quanto aos cuidados com hipertensão 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 hipertensão arterial sistêmica 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 Estratégia Saúde da Família como um todo. |
| Macinko et al., 2011 ²⁸ | Avaliar a influência das mudanças na atenção primária e na oferta hospitalar nas taxas de internações sensíveis à atenção ambulatorial 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 seis vezes do número médio anual de consultas médicas | A ampliação da cobertura do PSF corresponde aos resultados positivos sobre a Taxa de internações sensíveis à atenção ambulatorial. A correlação indica que as áreas com maiores taxas de internação por CSAP previstas foram aquelas com maior oferta de leitos hospitalares privados ou sem fins lucrativos e com baixa (< | Aponta a relação entre a redução acentuada das taxas de internação por CSAP com a ampliação do acesso à assistência médica básica, por meio da expansão do PSF. |

| 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 |
|-----------|-----------|------------------|---|--|---|
| | | | <i>per capita.</i> | 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. | |

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

Legenda: CSAP: Causas Sensíveis à Atenção Primária; PSF: Programa Saúde da Família.

Pode-se observar que 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, ou 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 financiamento e gastos em saúde, não sendo específica para a APS. Isso ratifica a escassez de publicações no Brasil sobre a eficiência dos gastos em saúde da APS.²⁷

Outro ponto a destacar, é que a maioria dos autores avaliaram a eficiência sobre gastos em saúde e à prestação de serviços, sob uma perspectiva mais restrita, de eficiência técnica, sem ênfase à análise da eficiência alocativa.²⁰

Assim, para análise dos resultados representados no Quadro 1, organizou-se o conteúdo em três abordagens: (1) eficiência relacionada a financiamento e gastos públicos em saúde; (2) eficiência relacionada a prestação de serviços/programas em saúde na APS; e (3) a relação entre eficiência no financiamento/gastos e eficiência na prestação de serviços na APS.

1) Abordagem sobre eficiência relacionada a financiamento e gastos públicos em saúde

Nesse tema, Vieira²³ 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, conseqüentemente 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.

Vieira²³ correlaciona as ações restritivas sobre o financiamento referente a emenda constitucional (EC) n. 95 de 2016, que congelou o gasto público por 20 anos, e aponta um sistema de saúde dependente de recursos financeiros suficientes e definidos, 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.

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.

Nesse contexto, Mazon *et al.*²⁴ 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 sete municípios que compõem 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.²⁹

Mazon *et al.*²⁴ demonstraram, por meio dos indicadores **despesa total com saúde sob responsabilidade do município e receita própria aplicada em Saúde conforme a (EC) n. 29 (%)**, que a aplicação de recursos municipais em saúde dos sete 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 foram melhores naqueles municípios que aplicaram mais recursos conforme a EC 29.³⁰

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.³⁰

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\$ 335,40 por habitante/ano. Esse valor superou ao gasto médio *per capita* do SUS do total de municípios do estado de Santa Catarina, no valor de R\$ 274,30, configurando um gasto *per capita* acima da média estadual/anual.²⁴

Já o estudo de Furtado²⁶ aborda sobre o assunto sob o ponto de vista da qualidade da prestação de serviço ofertada na APS, associada com a taxa de mortalidade infantil nas diferentes regiões do país.

Furtado²⁶ cita que os municípios, no âmbito do modelo descentralizado, são responsáveis pela ABS, 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, quando comparados aos dos funcionários do Sudeste ou do Sul. 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 a APS, 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, apresentando heterogeneidade no país.²⁶⁻³¹

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.³²

Corroborando os dados da OMS, Mendes¹² 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 Freitas²⁷ e Macinko *et al.*²⁸ analisaram a eficiência da APS, por meio das ações e da Estratégia Saúde da Família – ESF e do PSF, respectivamente.

A ESF 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 Freitas²⁷ 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 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 de 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.

Macinko *et al.*²⁸ avaliam a efetividade da atenção primária no Brasil, citando a implantação do PSF como um novo e robusto modelo de atenção primária. Além disso, destacam mudanças concomitantes no setor hospitalar brasileiro, inclusive no sistema de pagamento de hospitais contratados pelo governo.

Nesse cenário, os autores consideram 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 de 1999 a 2007, e o número médio anual de consultas médicas *per capita* aumentou quase seis vezes. Complementando 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.*²⁵ 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.³³

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 SUS. 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 trabalho do Ministério da Saúde sobre eficiência de custo estaria relacionada a gastos específicos em saúde da APS.³³

Santos *et al.*²⁵ apontam 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.

2) 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.^{23, p. 15}

Nesse sentido, a autora aborda a aplicação da gestão de custos sob duas ópticas. 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.²³

A segunda óptica 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.²³

A fim de contribuir com o processo de mensuração de custos, Vieira²³ 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.*²⁴ e Furtado²⁶ 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 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.³⁴

No estudo de Furtado²⁶ 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 de 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.*,²⁴ os municípios selecionados apresentaram 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 Freitas²⁷ e Macinko *et al.*²⁸ utilizaram como indicador de resultado dados sobre a taxa de internações potencialmente evitadas por Causas Sensíveis à Atenção Primária – CSAP, para analisar a eficiência da APS, por meio das ações da ESF e PSF, respectivamente. Apesar desse indicador expressar resultados e informações decorrentes dos serviços de internação da atenção terciária, ele é indicado para analisar a atenção primária.³¹

Caminal *et al.*³⁵ 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. 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 APS.

O estudo de Rabetti e Freitas²⁷ demonstrou que, do total de 66 municípios, apenas 11 municípios (16,7%) são eficientes quanto aos cuidados com hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. Destes, nove (81,9%) tornaram-se referência para outros ineficientes. Por sua vez, sobraram 55 (83,3%) municípios como ineficientes.

Para Macinko *et al.*²⁸ os indicadores de resultado identificaram que as taxas de internação por CSAP diminuíram cerca de um terço, com uma redução média anual de 4,5%. Contrário a estes dados, as taxas de hospitalização sem CSAP foram maiores com uma variação percentual média anual de 1,4%.

Os autores^{27,28} 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.*²⁵ relacionando eficiência à 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\$ 11.791.404,00 (82%), estadual com o valor de R\$ 383.527,00 (3%) e federal a quantia de R\$ 2.220.887,00 (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 no SUS.

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

De acordo com o resultado desta revisão, é possível observar que quatro dos seis estudos^{24,26-28} analisaram os dados sobre eficiência, correlacionando indicadores sobre

financiamento e gastos públicos com os resultados da prestação de serviços à população definida, como demonstrado no Quadro 1.

Os outros dois artigos^{23,25} analisaram o tema eficiência relacionando com a estimação de custos e a relevância da produção e uso de informação de custos do SUS para seu financiamento e gestão. Esses dois estudos responderam parcialmente à pergunta de pesquisa.

Os indicadores utilizados pelos estudos estão demonstrados no Quadro 2. Para apresentação dos indicadores, esta revisão adotou como denominação: indicadores de estrutura e indicadores de resultado, conforme estudo de Mendes.¹² Assim, os indicadores de estrutura referem-se aos recursos financeiros empregados, e os indicadores de resultado 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

| Autor/Ano | Indicadores de estrutura | Indicadores de resultado |
|--|--|---|
| Mazon LM, Mascarenhas LPG, Dallabrida VR, 2015 ²⁴ | Despesa total com saúde sob responsabilidade do município (R\$) Receita própria aplicada em Saúde conforme a Emenda Constitucional 29 (%) | Coefficiente de Mortalidade Geral |
| Furtado BA, 2014 ²⁶ | Gastos com pessoal Despesas com Atenção Básica à Saúde | Coefficiente de Mortalidade Infantil |
| Rabeti AC, Freitas SFT, 2011 ²⁷ | Recurso financeiro (total aplicado pelo município para custeio da atenção básica) Recurso material (horas semanais de ocupação de consultórios destinados a atenção básica) Força de trabalho (jornada semanal média das equipes de Saúde da Família por mês) | Taxa de internações potencialmente evitadas pela atenção primária relacionadas à hipertensão arterial sistêmica |
| Macinko J, Oliveira VB, Turci MA, Guanais FC, Bonolo PF, Lima-Costa MF, 2011 ²⁸ | Renda <i>per capita</i> % de domicílios com água potável - % Taxa de analfabetismo da população > 15 anos % da população atendida pelo Programa Saúde da Família % de leitos hospitalares, por 10.000 (público e privado ou sem fins lucrativos) % da população com Plano de saúde privado Consultas médicas, <i>per capita</i> | Taxa de internações sensíveis à atenção ambulatorial |

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

A partir dos Quadros 1 e 2, observamos que os resultados apresentados pelos autores Mazon *et al.*²⁴, Furtado²⁶ e Rabetti e Freitas²⁷ convergem quanto a análise sobre a eficiência 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.*²⁴ apontam que a maior eficiência na aplicação dos recursos não logrou em melhor resultado em saúde, contraposto ao alto coeficiente de mortalidade geral. Ao analisarem 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, argumentam sobre suposta ineficiência técnica observada nos municípios estudados.

Ainda em relação ao indicador mortalidade, Furtado²⁶ aponta que os óbitos infantis ocorridos poderiam ter sido evitados por ações de promoção de saúde na APS. Porém, ressalta que os resultados podem contribuir como instrumentos para a formulação, monitoramento, avaliação e aprimoramento da política pública no país.

Rabetti e Freitas²⁷ identificaram que a eficiência na produção de serviços relacionados à hipertensão artéria sistêmica (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.

Por outro lado, Macinko *et al.*²⁸ relacionam a redução das taxas de internação por CSAP com a expansão do PSF, desenvolvido na APS no SUS.

Os autores atribuem a eficiência entre o financiamento do PSF na APS e a prestação de serviços, as seguintes condições: atividades desenvolvidas pela equipe, sendo o melhor diagnóstico, tratamento ou manejo das doenças crônicas que compõem a maior parte da lista de internações de CSAP, principalmente na faixa etária acima de 60 anos. Destacam 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 doenças crônicas não transmissíveis e encaminha à APS.

Santos *et al.*²⁵ e Vieira²³ respondem a 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.

Vieira²³ discute a relevância da produção e do uso da informação de custos do SUS como insumo para os processos decisórios sobre o seu financiamento e gestão. A autora

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.

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

Finalmente, os autores Santos *et al.*²⁵ 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\$ 2.622.620,00 no período epidêmico em relação ao endêmico, sendo suficiente para a prevenção e controle da Dengue de aproximadamente mais três meses endêmicos. Assim, o resultado do estudo fornece subsídios para um melhor planejamento das atividades de prevenção e controle da infecção.

Ao correlacionar os estudos selecionados ao conceito sobre eficiência, adotado nesta 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.²⁰

Segundo Gil *et al.*³⁶ na avaliação econômica em saúde, além de demonstrar que uma atividade é efetiva, precisa qualificá-la em termos de eficiência, compreendendo que eficiência é um critério a considerar em uma avaliação vis-à-vis a 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*,¹⁸ como à maximização dos resultados para recursos prefixados.¹⁷ ou mesmo como a relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos em determinada atividade.²⁴

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

A gestão dos recursos financeiros da APS torna-se progressivamente mais desafiadora aos gestores, principalmente devido as novas formas de repasse instituídas nos últimos anos. Esse cenário, que remete à análise da gestão de recursos financeiros no âmbito

da eficiência alocativa, fez com que esta revisão buscasse na literatura resultados que possam subsidiar a gestão da APS, além de contribuir cientificamente com a sociedade e a academia para atualização do tema.

Apesar da literatura científica abordar sobre a eficiência em relação aos gastos em saúde e quantificar os benefícios prestados à população, os estudos mostram 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. Os resultados desta pesquisa ratificam essa informação, uma vez que, os seis estudos incluídos nesta revisão integrativa, abordam o tema sem considerar o conceito sobre a eficiência alocativa.

Os estudos revisados apontaram que a eficiência de recursos em saúde, pode ser analisada por indicadores de estrutura e resultados, ou por estimativas de custo de programas de saúde municipais, ou pela produção de informações sobre custos como insumos para gestão e financiamento do SUS.

Podemos reter e contribuir de forma mais eficiente, os resultados observados da abordagem entre a eficiência dos gastos em saúde com a eficiência da prestação de serviços desta revisão. Entre os diferentes estudos é consenso a necessidade de análise da eficiência dos gastos em saúde investidos na gestão da APS, uma vez que, eficiência é um critério a considerar em uma avaliação frente a tomada de decisão. Nesse sentido, o compilado de dados fornece subsídios tanto para um melhor planejamento das atividades sobre os gastos em saúde em prestação de serviços, quanto ao monitoramento da eficiência por meio de indicadores de estrutura e resultados. Importante ressaltar que os dados se complementam quanto as informações extraídas.

Apesar da escassez de estudos publicados sobre a importância da eficiência alocativa enquanto instrumento norteador para planejamento e gestão pública da APS no SUS, os resultados deste estudo podem direcionar para um debate em políticas públicas sobre a relação entre eficiência no financiamento e gastos com a eficiência na prestação de serviços na APS. Os resultados apontam maior eficiência em relação ao financiamento e gastos em saúde, sem apresentar igual eficiência nos resultados das ações e serviços realizados em benefício da população, a fim de lograr melhor saúde.

Considerando as limitações desta pesquisa e 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.

Contribuição autoral

A autora MOP participou da concepção, planejamento, análise, interpretação e redação do trabalho; e, o autor AM participou na interpretação e redação do trabalho. Ambos/todos os autores aprovaram a versão final encaminhada.

Referências

1. Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF: PR; 1990 [citado 26 jul. 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde: 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
3. Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. [Brasília, DF]: Senado; 1988 [citado 26 jul. 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm
4. Mendes EV, Matos MAB, Evangelista MJO, Barra RP. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília, DF: CONASS; 2019.
5. Mendes Á, Carnut L, Guerra L. Reflexões acerca do financiamento federal da atenção básica no sistema único de saúde. Saude Debate. 2018;42(spe 1):224-43. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S115>.
6. Ministério da Saúde (BR). 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) [Internet]. Brasília, DF: D Of Uniao; 21 out 2011 [citado 4 dez. 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 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) [Internet]. Brasília, DF: D Of Uniao; 22 set 2017 [citado 4 dez. 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

8. Mendes Á, Carnut L. Crise do capital, estado e neofacismo: Bolsonaro, saúde pública e atenção primária. *Rev Soc Bras Econ Polit* [Internet]. 2020 [citado 4 dez. 2021];(57):174-210. Disponível em: <https://revistasep.org.br/index.php/SEP/article/view/636>
9. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 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) [Internet]. Brasília, DF: D Of Uniao; 30 dez 2010 [citado 4 dez. 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html
10. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
11. Mendes Á, Marques RM. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. *Saude Debate*. 2014;38(103):900-16. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140079>.
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 n. 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o parágrafo 3. 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. Brasília, DF: D Of Uniao; 14 jan 2012 [citado 7 fev. 2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm
14. Carnut L, Mendes Á, Leite MG. Metodologias para alocação equitativa de recursos financeiros em saúde: uma revisão integrativa. *Saude Debate*. 2020;44(126):902-18. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012624>.
15. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 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 n. 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF: D Of Uniao; 13 nov 2019 [citado 29 mar. 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html
16. Mendes A, Leonardo C. Novo modelo de financiamento para qual atenção primária à saúde?. *Rev Domingueira Saude*. 2019;1-8.

17. Giraldes MR. Distribuição de recursos num sistema público de saúde. In: Piola SF, Vianna SM, organizadores. Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde [Internet]. Brasília, DF: IPEA; 1995 [citado 11 jul. 2022]. p. 167-90. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9780>
18. Campos AC. Normativismo e incentivos: contributo da economia para a administração em saúde. In: Piola SF, Vianna SM, organizadores. Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde [Internet]. Brasília, DF: IPEA; 1995. p. 69-98. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/3036?mode=full>
19. Dermindo MP, Guerra LM, Gondinho BVC. O conceito eficiência na gestão da saúde pública brasileira: uma revisão integrativa da literatura. *J Manag Prim Health Care*. 2020;12:e11. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v12.972>.
20. Sancho LG, Dain S. Avaliação em saúde e avaliação econômica em saúde: introdução ao debate sobre seus pontos de interseção. *Cien Saude Colet*. 2012;17(3):765-74. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300024>.
21. Soares CB, Hoga LAK, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Silva DRAD. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(2):335-45. <https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400002000020>.
22. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan: a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev*. 2016;5(1):1-10. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>.
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; 2017. (Texto para discussão; 2314).
24. Mazon LM, Mascarenhas LPG, Dallabrida VR. Eficiência dos gastos públicos em saúde: desafio para municípios de Santa Catarina, Brasil. *Saude Soc*. 2015;24(1):23-33. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100002>.
25. Santos SM, Amorim F, Ferreira IA, Coelho GE, Itria A, Siqueira Júnior JB, et al. Estimativa de custos diretos do programa municipal de controle da dengue de Goiânia-GO. *Epidemiol Serv Saude*. 2015;24(4):661-70. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000400008>.
26. Furtado BA. Heterogeneidades e idiosincrasias: eficiências municipais na saúde básica a partir de gastos com pessoal. Brasília, DF: IPEA; 2014. (Textos para discussão 1971).

27. Rabetti AC, Freitas SFT. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. *Rev Saude Publica*. 2011;45(2):258-68. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000007>.
28. Macinko J, Oliveira VB, Turci MA, Guanais FC, Bonolo PF, Lima-Costa MF. The Influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil. *Am J Public Health*. 2011;101(10):1963-70. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.198887>.
29. Pereira J. Glossário de termos e conceitos. Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde; 2004. *Economia da Saúde*; p. 1-49.
30. Brasil. Emenda constitucional n. 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. Brasília, DF: D Of Uniao; 14 set. 2020 [citado 3 jul. 2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm#:~:text=EMENDA%20CONSTITUCIONAL%20N%C2%BA%2029%2C%20DE,e%20servi%C3%A7os%20p%C3%ABlicos%20de%20sa%C3%BAde
31. Souza AA, Marques AMF, Boina TM, Guerra M, Avelar EA. Gestão No SUS: um estudo de indicadores financeiros da saúde e a produção de resultados assistenciais em municípios mineiros. In: *Anais do 3o Encontro de Administração Pública e Governança*; 2008; Salvador, BA. Maringá, Paraná: Anpad; 2008 [citado 3 jul. 2022]. Disponível em: http://anpad.com.br/pt_br/index
32. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial da saúde: o financiamento da cobertura universal: o caminho para a cobertura universal. Lisboa: CPLP; 2011 [citado 3 jul. 2022]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44371/9789899717848_por.pdf?sequence=33&isAllowed=y
33. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretrizes nacionais para a prevenção e controle de epidemias de dengue. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.
34. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades. Brasília, DF: IPEA; 2019. (*Caderno ODS*; vol. 3).

35. Caminal J, Starfield B, Sánchez E, Casanova C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *Eur J Public Health*. 2004;(14):246-51. <https://doi.org/10.1093/eurpub/14.3.246>.

Minicurrículos

Maria Ondina Paganelli | <https://orcid.org/0000-0002-3445-7653>
<http://lattes.cnpq.br/1643313846733206>

Áquilas Mendes | <https://orcid.org/0000-0002-5632-4333>
<http://lattes.cnpq.br/7310723011915165>