

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

GRAZIELLE CUSTÓDIO DAVID

**ATENÇÃO PRIMÁRIA NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS ENTRE 2007-2010:
DESEMPENHO, GASTO, EFICIÊNCIA E DISPARIDADES**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientadora: Profa. Dra. Helena Eri Shimizu
Co-orientador: Prof. Dr. Everton Nunes da Silva

BRASÍLIA
2015

GRAZIELLE CUSTÓDIO DAVID

ATENÇÃO PRIMÁRIA NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS ENTRE 2007-2010:
DESEMPENHO, GASTO, EFICIÊNCIA E DISPARIDADES

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

BANCA EXAMINADORA

Helena Eri Shimizu
Universidade de Brasília – UnB

Fabíola Sulpino Vieira
Ministério da Saúde – MS

Mônica Viegas Andrade
Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG

Walter Massa Ramalho
Suplente
Universidade de Brasília - UnB

Dedico esta dissertação a meu irmão, a quem prometi viver uma vida com significado social, meu maior exemplo de amor e de luta pela vida.

AGRADECIMENTOS

À Deus, meus pais, minha família, minhas amigas e amigos. Essenciais na minha vida.

Ao meu amado companheiro e à sua família pela acolhida em Brasília. Esse mestrado só se tornou real pelo total apoio de vocês.

Aos meus orientadores Profa. Dra. Helena e Prof. Dr. Everton, por todo apoio e orientação nesta jornada. Pela frequente troca de emails e reuniões para finalizar os artigos. E pelas oportunidades de estágio de docência, atividade que anseio exercer.

Às integrantes da banca examinadora, Dra. Fabíola, Profa. Dra. Monica, e ao Prof. Walter, pelas valorosas contribuições que virão.

A todos os colegas e professores do Mestrado em Saúde Coletiva da UnB pela troca de conhecimento e apoio constantes. Aos trabalhadores da UnB, em especial do Departamento de Saúde Coletiva, de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e da Faculdade de Saúde.

A todos os colegas do Cebes e demais integrantes dos movimentos sociais e da reforma sanitária pela luta constante rumo a um SUS cada vez mais justo, equitativo, universal, gratuito e de qualidade para todos.

Aos trabalhadores do Ministério da Saúde do DATASUS, do Fundo Nacional de Saúde, do SIOPS, da SEGEPS, do DESID, da Transparência E-SIC, que direta ou indiretamente me ajudaram com o acesso aos dados, com as dúvidas solucionadas e com a troca de ideias. Admiro o trabalho de vocês.

À Capes pela bolsa de demanda social para o Mestrado.

A todos que de alguma forma me auxiliaram e contribuíram para que o mestrado fosse finalizado.

RESUMO

Introdução: Diante das demandas financeiras cada vez maiores no campo da saúde, e dos escassos recursos disponíveis, avaliações das políticas nesta área se tornaram cada vez mais importantes. **Objetivos:** Este estudo tem por objetivo estimar o efeito dos gastos no desempenho da atenção primária à saúde, a eficiência econômica da atenção primária e averiguar possíveis disparidades. **Método:** O estudo foi elaborado em duas etapas: 1) Utilizou-se o método econométrico de regressão quantílica para estimar o efeito na variável resposta (desempenho da atenção primária) de variáveis explicativas (gasto em saúde, IDHM, proporção de casas com banheiro e água encanada, *dummies* por grupos homogêneos e *dummies* regionais) nos diversos percentis da distribuição condicional. A base de dados foi composta por dados dos municípios brasileiros entre 2007 e 2010, em decorrência do período do Índice de Desempenho do SUS- IDSUS (variável dependente). Utilizou-se o valor total médio *per capita* alocado na Atenção Primária ao longo desses quatro anos como variável explicativa, obtidos por meio do Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). 2) Realizou-se de um estudo ecológico transversal, baseado em dados dos municípios brasileiros no período 2007-2010 referentes ao desempenho (IDSUS da Atenção Primária) e aos gastos totais médios *per capita* em saúde, ambos referentes à atenção primária (SIOPS). Para identificar eventuais disparidades os municípios foram agrupados por regiões brasileiras e por grupos homogêneos. **Resultados:** As evidências geradas neste estudo suportam os seguintes resultados: na etapa 1 - i) nos municípios brasileiros a atenção primária tem melhor desempenho do que os demais níveis de cuidado; ii) pelo menos 10% dos municípios brasileiros investiram menos que as transferências do governo federal; iii) há uma relação positiva entre gasto e desempenho da Atenção Primária; e iv) há grandes disparidades regionais em relação ao gasto e o desempenho da Atenção Primária no Brasil. Na etapa 2 - i) a dificuldade de estruturação da atenção primária nas grandes cidades (grupos homogêneos 1 e 2) e no Norte; ii) as transferências federais favoreceram os municípios com mais necessidades, visando à equidade; iii) a existência de inexecução orçamentária em alguns municípios brasileiros referente à APS, principalmente nos grupos homogêneos 1 e 4 e nas regiões Norte e Nordeste; e iv) a grande contribuição em termos de eficiência do grupo 6 e do Nordeste na relação gasto/desempenho da atenção primária. **Conclusão:** Estes dados são importantes para orientar o planejamento das políticas públicas de saúde, especialmente com relação ao seu financiamento e à promoção da redução das disparidades.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; eficiência em saúde; disparidades em saúde; economia da saúde; desempenho em saúde; gastos em saúde.

ABSTRACT

Introduction: Considering the increasing financial demands in health, assessments of policies in this field have become increasingly important to guide more efficient use of scarce resources. **Objectives:** This study aims to estimate the effect of health expenditure in the performance of Primary Health Care, economic efficiency of Primary Care and investigate possible disparities. **Method:** The study was prepared in two steps: 1) We used the econometric method of quantile regression to estimate the effect on the dependent variable (performance of primary care) of explanatory variables (health expenditure, HDI, proportion of houses with bathroom and canalized water, regional dummies and homogenous group dummies) in the different percentiles of the conditional distribution. The database consisted of data from Brazilian municipalities between 2007 and 2010, due to the SUS Performance - IDSUS (dependent variable). We used the average total amount allocated per capita in primary care over these four years as an explanatory variable, obtained from the Information System on Public Health Budgets (SIOPS). 2) We conducted a cross-sectional ecological study, based on data from Brazilian municipalities 2007-2010 on performance (IDSUS of Primary Care) and average of total expenditure per capita on health (SIOPS), both of which refer to primary care. To identify any disparities, municipalities were grouped by Brazilian regions and homogeneous groups of socioeconomic factors / health system characteristics of municipalities. **Results:** The evidences from this study support the following results: In step 1 - i) in Brazilian municipalities primary care has better performance than the other levels of care; ii) at least 10% of Brazilian municipalities invested less than the transfers from the federal government; iii) there is a positive relationship between expenditure and performance of primary care; and iv) there are large regional disparities in spending and the performance of Primary Care in Brazil. Step 2 - i) the difficulty of structuring primary care in large cities (homogeneous groups 1 and 2) and in the North; ii) federal transfers favored municipalities with more needs, aiming to equity; iii) the existence of non-execution of the budget by some Brazilian municipalities on the primary care, especially in homogeneous groups 1 and 4 and in the North and Northeast regions; and iv) the great contribution in terms of efficiency from the homogeneous group and 6 and the Northeast on the relation spent / performance of primary care. **Conclusion:** These data are important to guide the planning of public health policies, especially regard to funding and promoting the reduction of disparities.

Keywords: primary health care; efficiency in health; health disparities; health economics; health performance; spending on health.

LISTA DE FIGURAS

Referencial Teórico

Figura 1 - Fases do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

Figura 2 - Composição dos indicadores do Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (IDSUS)

Figura 3 - Pesos dos indicadores – análise de componentes principais do Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (IDSUS)

Artigo 1

Figura 1 – Gasto total per capita médio aplicado na atenção primária 2008-2010 e dummies regionais, tendo como referência a região Sudeste; dummies grupos homogêneos, tendo o GH6 como referência; variável IDHM e variável proporção de casas com banheiro e água canalizada.

LISTA DE TABELAS

Referencial Teórico

Tabela 1 – Quatorze indicadores de acesso potencial ou obtido do Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (IDSUS)

Tabela 2 – Dez indicadores de efetividade do Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (IDSUS)

Tabela 3 – Grupos Homogêneos

Artigo 1

Tabela 1 – Estatísticas descritivas do desempenho em saúde, das transferências federais para a APS, dos gastos totais per capita aplicados na atenção primária nos municípios brasileiros entre 2008-2010, a preços de julho de 2014, do IDHM e da proporção de casas com banheiros e água canalizada

Tabela 2 – Resultados do efeito do gasto médio per capita em saúde e de variáveis regionais na distribuição condicional do desempenho da atenção primária nos municípios brasileiros entre 2007-2010, por regressão quantílica e mínimos quadrados ordinários

Artigo 2

Tabela 1 – Média e desvio padrão dos indicadores selecionados e notas atribuídas aos municípios brasileiros referentes ao Índice de Desempenho do SUS na Atenção Primária (IDSUS-AP) para o período 2007-2010, por região brasileira e grupo homogêneo, Brasil

Tabela 2 - Média e desvio padrão do valor da transferência federal per capita e do valor do gasto total municipal per capita dos municípios para o período 2008-2010, por grupo homogêneo e por regiões, Brasil

Tabela 3 - Número e Percentual de municípios que não executaram o valor transferido pela União no período 2008-2010, por grupo homogêneo e por região brasileira, Brasil

Tabela 4 - Distribuição da relação entre as notas do IDSUS-AP e gasto total médio per capita dos municípios brasileiros no período 2007-2010 segundo categorias AA, AB, BA e BB, por grupos homogêneos e regiões brasileiras, Brasil

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PAB – Piso da Atenção Básica

AB – Atenção Básica

OMS – Organização Mundial de Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

IDSUS - Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde

IPEA – Instituto de Pesquisa Aplicada

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

PRO-ADESS – Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde

IDB – Indicadores e Dados Básicos

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OPAS – Organização Pan Americana de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

OECD – Organização para a Cooperação Econômica e o Desenvolvimento

AHRQ – Agência para a Pesquisa em Cuidados em Saúde e Qualidade

SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade

SIA – Sistema de Captação do Atendimento

SIH – Sistema de Informação Hospitalar

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SI-PNI – Sistema de Informação da Política Nacional de Imunização

IDSE – Índice de Desenvolvimento Socioeconômico

ICS – Índices de Condições de Saúde

IESSM – Índice de Estrutura do Sistema de Saúde do Município

MAC – Média e Alta Complexidade

ASPS – Ações e Serviços Públicos em Saúde

FPE – Fundo de Participação dos Estados

FPM - Fundo de Participação dos Municípios

ITR – Imposto territorial rural

DESID – Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento

CNS – Conselho Nacional de Saúde

STN/MF – Secretaria do Tesouro Nacional / Ministério da Fazenda

COAP - Contrato Organizativo de Ação Pública

SVS – Secretária de Vigilância em Saúde

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SE – Secretaria Executiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 OBJETIVOS.....	13
2.1 Objetivo Geral.....	13
2.2 Objetivos Específicos.....	13
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
3.1 Atenção Primária à Saúde.....	14
3.2 Índice de Desempenho do SUS (IDSUS).....	20
3.3 Gastos.....	27
3.3.1 Financiamento da Atenção Básica.....	28
3.3.2 Sistema de Orçamento Público em Saúde (SIOPS).....	29
3.4 Avaliação de Eficiência em Saúde.....	31
3.5 Disparidades em saúde.....	33
4 MÉTODOS.....	34
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	38
5.1 Artigo 1 – Efeito do gasto em saúde no desempenho da atenção primária nos municípios brasileiros entre 2007-2010: uma aplicação de regressão quantílica.....	38
5.2. Artigo 2 – Atenção Primária à Saúde nos municípios brasileiros: Eficiência e disparidades.....	53
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
REFERÊNCIAS.....	72

1. INTRODUÇÃO

Os sistemas de saúde constituem um dos setores-chave da economia nos países. Em um contexto em que os recursos são limitados, os Estados devem fazer escolhas de alocação para gerir a oferta de ações e serviços em saúde.

Nessa perspectiva, os sistemas de saúde são fortemente regulados pelos poderes públicos, sendo as principais alocações de recursos definidas por decisões políticas e institucionalizadas, por meio de critérios explícitos de alocação, onde se destaca a eficiência. Desta forma, a avaliação econômica de eficiência é importante ferramenta para determinar as alocações ótimas em saúde¹.

Considerando que a atuação do Estado brasileiro na área social, onde se insere a saúde, vem sendo ampliada na última década, as pesquisas que avaliem as políticas nesta área se tornaram cada vez mais importantes, requerendo avaliações para orientar a aplicação com melhores relações de custo-desempenho, tornando mais eficiente o uso dos recursos disponíveis.

A eficiência trata da capacidade de um sistema de funcionar com menores custos sem diminuir os resultados desejáveis² e alcançar os resultados desejados com a melhor relação de custo-efetividade dos recursos³. A eficiência em saúde é pensada como a relação entre o custo e o impacto dos serviços sobre a saúde da população, mantido um nível de qualidade determinado⁴.

A Política Nacional de Atenção Primária foi selecionada para ser avaliada, neste estudo, por representar a estratégia de reorganização do sistema de saúde. Ela é conceituada como o “conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades”⁵.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), iniciada em 1994, foi regulamentada nacionalmente em 1998, representando a principal proposta para estruturar a APS no país. Em 2006, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), termo pelo qual é conhecida a APS no Brasil, sendo posteriormente atualizada em 2011⁶. O financiamento da Atenção Primária é realizado com recursos dos três entes federados: municípios, estados e União⁷. As transferências financeiras realizadas pela União aos municípios ocorrem por meio

do Bloco de Financiamento da Atenção Básica, composto pelo: i) Piso da Atenção Básica Fixo (PAB-Fixo), composto por recurso *per capita*; e ii) Piso da Atenção Básica Variável (PAB-Variável), composto por recursos condicionados à implantação de estratégias prioritárias⁵.

Apesar dos diversos aprimoramentos realizados para melhorar as formas de financiamento da Atenção Básica, sobretudo demandados pelos municípios que operacionalizam, com dificuldades, as ações e serviços deste nível de atenção, são escassos os estudos que avaliem mais profundamente a relação entre gasto e desempenho da Atenção Básica nos municípios brasileiros.

Ademais, algumas iniciativas tem sido implementadas no financiamento da Atenção Básica, nos últimos anos, com o propósito de reduzir as disparidades regionais, todavia continuam requerendo análises mais detalhadas para verificar o alcance do princípio de equidade preconizado pelo SUS.

2. OBJETIVOS

Geral:

- Avaliar a relação entre gasto e desempenho da Atenção Básica nos municípios brasileiros entre 2008 e 2010.

Específicos:

- Analisar o financiamento e a execução orçamentária da Atenção Primária nos municípios;
- Estimar o efeito dos gastos no desempenho e a eficiência da Atenção Primária;
- Identificar eventuais disparidades regionais ou de fatores socioeconômicos/ características do sistema de saúde dos municípios na Atenção Primária, tanto em relação aos gastos quanto em relação ao desempenho.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Atenção primária em saúde - Atenção Básica

As características da Atenção Primária à Saúde (APS) foram formuladas pela primeira vez pelo “Relatório Dawson”, em 1920, na Grã-Bretanha, distinguindo três níveis principais de serviços de saúde: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escola. Ele serviu como base para o Sistema Nacional de Saúde britânico (NHS) de 1948 e influenciou vários sistemas de saúde pelo mundo, tendo sido, inclusive, tema de pauta da nossa III Conferência Nacional de Saúde já em 1963. Este relatório forneceu um contraponto ao liberalismo estadunidense do “Relatório Flexner”, formulado em 1911 e baseado no reducionismo e no individualismo da atenção à saúde⁹.

Em 1978 a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) realizaram a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética, onde catalogaram a atenção primária como doutrina e propuseram um acordo e uma meta entre seus países membros para atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000, por meio da APS¹⁰. No evento foi elaborada a Declaração de Alma-Ata. Três ideias principais permearam esta Declaração: (1) tecnologia adequada às necessidades das pessoas, cientificamente sólida e financeiramente viável; (2) crítica à super especialização da assistência à saúde e completa dependência dos profissionais de saúde; (3) ligação entre saúde e desenvolvimento¹¹.

A APS foi projetada para ser o novo centro dos sistemas de saúde pública, o que requer uma abordagem intersetorial nas questões de saúde, como: educação em saúde, moradia adequada, água potável, saneamento básico. Além disso, o link entre saúde e desenvolvimento tinha implicações políticas: a saúde deveria ser um instrumento para o desenvolvimento e não meramente um bioproduto do progresso econômico¹². A Declaração conceituou APS como cuidados essenciais à saúde, baseados em tecnologias acessíveis, que levam os serviços de saúde o mais próximo possível dos lugares de vida e trabalho das pessoas, constituindo assim, o primeiro nível de contato com o sistema nacional de saúde e o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção¹³.

A Declaração de Alma-Ata foi criticada por ser muito ampla, idealista e por ter prazo irreais. Uma crítica comum foi que o slogan “Saúde para todos até 2000” não era viável. Em 1979, a Fundação Rockefeller patrocinou uma Conferência na Itália intitulada “Saúde e Populações em Desenvolvimento”, onde analisaram as causas específicas

relacionadas com a mortalidade infantil nos países pobres: diarreia e doenças provocadas por falta de imunização. Eles enfatizaram objetivos alcançáveis e planos mais custo-efetivos via APS Seletiva¹¹. A APS Seletiva era uma proposta de pacote de intervenções técnicas de baixo custo para lidar com as principais doenças dos países pobres: monitoramento do crescimento infantil, técnicas de re-hidratação oral, amamentação e imunização¹⁴. Ambas as propostas foram conduzidas ao longo dos anos, sem serem diretamente confrontadas internacionalmente, mas disputando recursos de patrocinadores e sendo adotadas parcialmente conforme arranjos políticos entre os organismos internacionais e os países em desenvolvimento, o que promoveu um entendimento diverso do que seria APS, podendo ser entendida como um dos níveis de atenção onde ocorre o primeiro contato, ou um programa focalizado e seletivo, ou ainda uma estratégia de reorientação de sistemas de saúde¹⁵.

Define-se, de forma geral, a Atenção Primária à Saúde (APS) como uma plataforma de organização da atenção à saúde direcionada para responder de forma a) regionalizada, respeitando as idiossincrasias de determinado local; b) contínua, evidenciando uma política de Estado e não somente de Governo; e c) sistematizada, consentânea com os princípios e diretrizes de um sistema sanitário, por exemplo, o Sistema Único de Saúde (SUS). A APS atua na maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades¹⁶.

Os sistemas de saúde orientados pela APS estão associados a melhores resultados com custos menores, maior nível de satisfação da população, avançados índices de saúde e menor uso de medicamentos, mostrando a superioridade destes quando comparados com os sistemas orientados pela lógica hospitalocêntrica, voltados para as especialidades médicas curativas ao invés de preventivas¹⁷.

Os sistemas de saúde, quando organizados com base na atenção primária à saúde, apresentam melhores possibilidades de desempenho. Isso se deve à acessibilidade, à função de integração, e à própria organização e racionalização dos recursos, tanto básicos como especializados, que são direcionados à promoção, manutenção e melhoria da vida¹⁸.

A APS tornou-se uma referência para os países que objetivavam construir sistemas de saúde universais. No Brasil, o Movimento da Reforma Sanitária conseguiu que a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde de 1990 viabilizassem a reorientação do modelo assistencial. A principal proposta para estruturar a APS no país foi a Estratégia Saúde da Família (ESF), iniciada em 1994, com recursos financeiros garantidos por meio da Norma Operacional Básica (NOB-96) e regulamentada nacionalmente em 1998. Em 2006, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), termo pelo qual é conhecida a APS

no Brasil, tendo sido atualizada em 2011. Esta conceitua Atenção Básica (AB) como o “conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades”. Nesta Portaria o Ministério da Saúde equipara os termos Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica. Nela consta que a ESF - Estratégia de Saúde da Família - visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. A ESF apresenta alguns princípios organizativos: (1) prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, resolutiva, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita; (2) intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta; (3) eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; (4) humanizar as práticas de saúde por meio do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população; (5) proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais; (6) contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde; (7) fazer com que a saúde seja reconhecida com um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida; (8) estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício social⁶.

Ainda de acordo com a Portaria n. 2.488 de 21 de outubro de 2011 do Ministério da Saúde, a ESF deve contar com uma equipe multidisciplinar, composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal. O número de agentes comunitários de saúde (ACS) deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas. A Portaria n. 2355 de 10 de outubro de 2013 atualizou esta relação, determinando que cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 2.000 pessoas¹⁹.

No Brasil, a acentuada desigualdade social estende suas consequências ao sistema de saúde, fazendo com que a atenção primária do SUS seja priorizada para as classes mais desfavorecidas economicamente. Em si, isso não é um problema, pelo contrário, trata-se justamente de uma opção relacionada à equidade do sistema em busca de oferecer acesso à grande maioria da população. Porém, torna-se conceitualmente relevante quando a atenção primária é entendida por alguns como “medicina para pobres”, ou quando não se organiza os demais níveis tecnológicos de acordo com tais princípios equitativos²⁰.

Existe uma ausência de equidade nos níveis de atenção e tecnologia: em todas as regiões do Brasil houve crescimento, a partir de 2003, nos valores *per capita* dos recursos federais para a atenção básica, sendo que as regiões que se destacaram por apresentarem ao longo do tempo os maiores valores foram a Nordeste e a Norte. Porém, quando são analisados os valores dos recursos federais *per capita* referentes às transferências de média e alta complexidades (mais caros e de alta tecnologia), o resultado é inverso, as regiões sul e sudeste (mais ricas) se destacam²¹.

Do ponto de vista público, é possível notar uma pretensa homogeneidade conceitual e ideológica, responsável por inibir as possibilidades de variação nos arranjos assistenciais da ESF, necessárias às singularidades locais de um país continental. Do ponto de vista privado, omitem qualquer consideração ao sistema suplementar, deixando-o mais uma vez livre para falar de si próprio²². Essa exclusão do sistema suplementar do debate da Atenção Primária deve ser pensada sob pelo menos dois pontos de vista. Primeiro, se colaboraria para restringir o universo crítico das políticas de saúde àquelas pessoas já previamente sensibilizadas, reforçando a alienação da classe média formadora de opinião neste campo. Segundo, contribuindo de forma indireta no processo da “cidadania regulada” originária nas políticas de saúde varguistas, quando as pessoas dependentes da saúde pública foram induzidas a se verem como cidadãos de segunda ordem em relação aos usuários da assistência médica previdenciária²³.

Tais considerações nos levam à essencial reflexão da necessidade de se efetivar o SUS para toda a população brasileira para se alcançar de fato a reorganização do sistema de saúde brasileiro, mesmo frente à atual lógica de organização que mistura o público, o privado e o seguro. Vários países europeus seguem esta lógica tendo um *gatekeeper* (médico generalista ou clínico geral ou médico de família) de primeiro contato obrigatório, considerado instrumento fundamental para permitir a coordenação dos cuidados. O generalista é o principal profissional médico de primeiro contato em 11 dos países da União Europeia, apesar das diferenças individuais de tipo de sistema e organização de saúde de cada país. A

vinculação a este profissional é obrigatória, deve ser realizada por iniciativa do cidadão e perto do local onde vive²⁴.

De acordo com dados disponíveis no sítio eletrônico do Departamento de Atenção básica do Ministério da Saúde²⁵, no Brasil, a cobertura populacional pela atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família ainda é baixa, em dezembro de 2014 a média nacional era de 64,76% de cobertura da população pelos ACS e 57,16% de cobertura pelas equipes da ESF. Em janeiro de 2007, ano inicial do estudo, a média era de 57,62% de cobertura da população pelos ACS e 47,32% de cobertura pelas equipes da ESF.

Com o objetivo de ampliar o acesso e qualificar a Atenção Básica no Brasil, o Ministério do Brasil propôs o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), sendo este um dos componentes da Política Nacional de Atenção Básica.

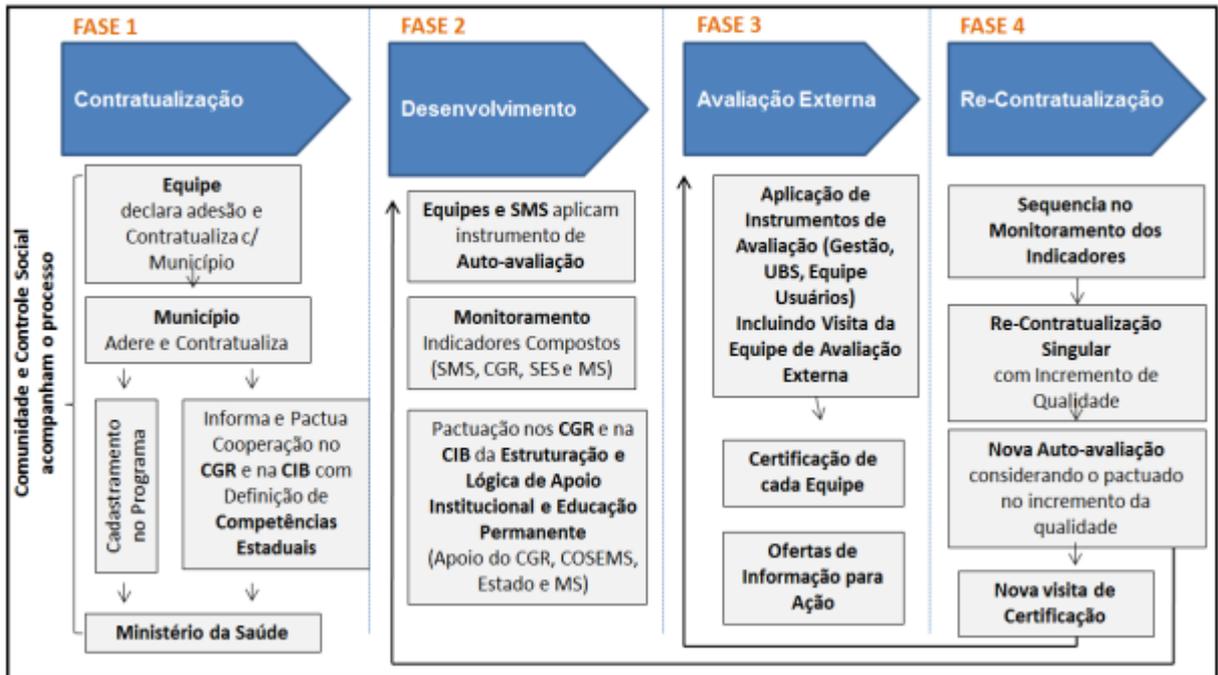
Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

De acordo com a Portaria n. 2488 de 2011⁵, o Programa busca induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde em todo o Brasil. Ele se dará por meio do monitoramento e avaliação da atenção básica, e está atrelado a um incentivo financeiro para as gestões municipais que aderirem ao programa. O incentivo de qualidade é variável e dependente dos resultados alcançados pelas equipes e pela gestão municipal. Este incentivo será transferido a cada mês, tendo como base o número de equipes cadastradas no programa e os critérios definidos em portaria específica do PMAQ.

Este programa pretende induzir a implantação de processos que ampliem a capacidade de gestão nas três esferas de governo, dentre os seus desafios estão: aprimorar a rede física, melhorar o acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), aprimorar as condições de trabalho das equipes, reduzir a rotatividade dos profissionais, aprimorar os processos de gestão, reduzir a sobrecarga das equipes devido ao número excessivo de pessoas vinculadas e sob responsabilidade das equipes, aprimorar a integração das equipes com a rede de apoio diagnóstico e terapêutico, ampliar a integralidade e a resolutividade das práticas, adequar o financiamento²⁶.

O PMAQ está organizado em quatro fases. A primeira é chamada de “Adesão e Contratualização”, a segunda de “Desenvolvimento”, a terceira de “Avaliação Externa” e a quarta, que na verdade representa o começo de um novo ciclo, denomina-se “Recontratualização”²⁷.

Figura 1: Fases do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica



Fonte: Brasil, 2011

Elaborado por: Lopes & Scherer, 2013

Outro indicador que realiza uma avaliação da atenção básica é o IDSUS – Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde.

3.2 IDSUS – Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde

O IDSUS tem como objetivo avaliar: (1) o desempenho do SUS nos municípios, regiões de saúde, regiões brasileiras e no Brasil, quanto ao cumprimento de seus princípios e diretrizes; (2) o acesso e a efetividade nos diferentes níveis de atenção - básica, especializada ambulatorial e hospitalar e urgências e emergências e (3) deficiências, no sentido de aprimorar o SUS. Esta avaliação é realizada por meio de indicadores simples e compostos e deve ser contemplada no pacto de compromisso entre as esferas de gestão do SUS²⁸.

O foco da avaliação está no “SUS que atende os residentes de cada município brasileiro”, abrangendo os diferentes níveis de atenção realizados tanto no município do usuário do SUS, quanto nas cidades polos de referência da atenção de uma região, de um estado ou do país. O IDSUS oferece uma visão aproximada do SUS, permitindo instaurar práticas de avaliação e monitoramento para identificar os seus principais problemas, e principalmente, subsidiar a elaboração de pactos entre os gestores, com metas e compromissos para a contínua construção de um SUS que responda mais aos direitos de cidadania e de saúde do povo brasileiro²⁹. O modelo avaliativo do IDSUS foi construído e colocado para consulta pública entre abril e junho de 2011 junto a técnicos e dirigentes do Ministério da Saúde e outras instituições como CONASS, CONASEMS, IPEA, ABRASCO, FIOCRUZ, Ministério do Desenvolvimento Social. Posteriormente, foi aprovado por resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT)²⁸.

Os indicadores utilizados para compor o IDSUS têm como fonte: Pacto pela Saúde, PRO-ADESS, IDB, IPEA, IBGE e instituições internacionais (OPAS/OMS, OECD, AHRQ). Eles foram agrupados em duas linhas avaliativas - acesso e efetividade – e para cada nível assistencial – atenção básica, atenção ambulatorial, atenção hospitalar geral, atenção hospitalar especializada. Os indicadores estão distribuídos nas tabelas abaixo:

Tabela 1: Quatorze indicadores de acesso potencial ou obtido do IDSUS

14 Indicadores de Acesso Potencial ou Obtido
Atenção Básica
Cobertura Populacional estimada pelas equipes básicas de saúde
Cobertura Populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal
Proporção de nascidos vivos com mães com 7 ou mais consultas de pré-natal
Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Média Complexidade
Razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos e da mesma faixa etária
Razão exames citopatopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e da mesma faixa
Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente

Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade selecionados e população residente
Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Alta Complexidade, Referência da Média e Urgência /Emergência

Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados e população residente
 Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade e população residente
 Proporção de procedimentos ambulatoriais de média complexidade realizados para não-residentes
 Proporção de internações de média complexidade realizadas para não residentes
 Proporção de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados para não-residentes
 Proporção de internações de alta complexidade realizadas para não residentes
 Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente

Fonte: Manual do IDSUS (Brasil, 2012).

E são dez os indicadores de efetividade:

Tabela 2: Dez indicadores de efetividade do IDSUS:

10 Indicadores de Efetividade
Atenção Básica
Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera
Proporção de cura de casos novos de hanseníase
Taxa de incidência de sífilis congênita
Proporção de internações sensíveis à atenção básica (ISAB)
Média anual da ação coletiva de escovação dental supervisionada
Proporção de exodontia em relação aos procedimentos
Cobertura com a vacina tetravalente em menores de um ano
Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Média Complexidade e Urgência e Emergência
Proporção de parto normal
Proporção de óbitos, nas internações em UTI, de menores de 15 anos
Proporção de óbitos, nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM)

Fonte: Manual do IDSUS (Brasil, 2012).

Os parâmetros adotados para o IDSUS foram os melhores resultados esperados para os indicadores. Em seguida, dividem-se os resultados obtidos pelos parâmetros e é dada uma nota de 0 a 10 – percentual do parâmetro para medir a distância entre a situação atual e a situação objetivo do município/ estado / união para o indicador. As notas obtidas para cada indicador compõem as notas de Acesso ou de Efetividade, que formam o IDSUS. Uma exceção foram os indicadores de acesso à atenção especializada em que os parâmetros foram os resultado médios encontrados nos municípios brasileiros para evitar que os baixos resultados fossem devido à baixa oferta ao invés de baixo acesso.

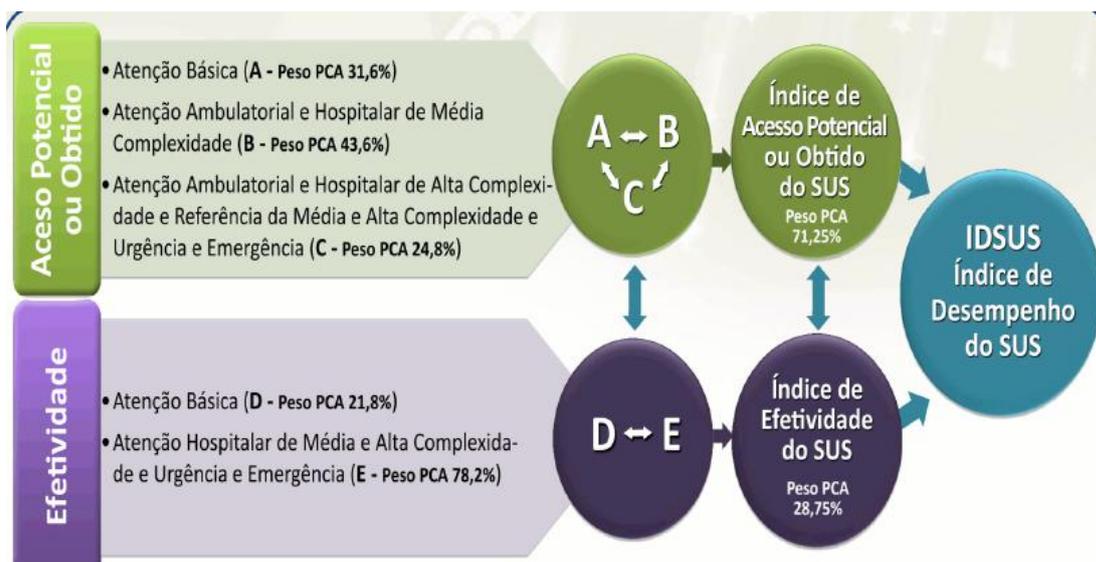
Foram realizados também métodos estatísticos aplicados. Para o cálculo dos indicadores simples foram realizados: a padronização indireta por faixa etária e sexo, bayes

empírico e média de um ou mais anos. Para a seleção de indicadores simples mais pertinentes e agrupamentos destes em indicadores compostos foi realizada a correlação linear simples. E para a ponderação dos indicadores simples, no cálculo dos indicadores compostos intermediários e dos índices mais gerais, foi utilizada a análise de componentes principais.

O período avaliado foi de 2007 a 2010, sendo que entre 2007 a 2009 foram coletados os indicadores com dados de nascidos (SINASC), das doenças (SINAN) e de óbitos (SIM). Entre 2008 a 2010 foram coletados os indicadores com dados de atendimentos – SIA e SIH. E apenas 2010 os dados de mamografia, de equipes (CNES) e de imunização (SI-PNI). Além disso, foi feita uma média de 3 anos para os dados: soma dos dados de 3 anos / população de 2010 x 3.

Os métodos estatísticos aplicados também foram utilizados para dar peso aos indicadores simples e compostos do IDSUS, conforme quadro abaixo:

Figura 2: Composição dos Indicadores do IDSUS:



Fonte: CGMA/Demas/SE/MS - Manual do IDSUS (Brasil, 2012).

Os municípios brasileiros foram agrupados dentro do IDSUS em “Grupos Homogêneos” para uma melhor comparação entre eles. Foram utilizados três índices para caracterizar os municípios: índice de desenvolvimento socioeconômico (IDSE); índice de condição de saúde (ICS) e índice de estrutura do sistema de saúde do município (IESSM). Para o cálculo desses índices foram usados indicadores simples, cujo peso foi dado pela metodologia de análise de componentes principais. Os municípios foram agrupados segundo semelhança nos 3 índices pela análise de cluster K-means. O quadro abaixo indica os pesos de cada índice e indicadores.

Figura 3: Pesos dos Indicadores – Análise de componentes principais do IDSUS

ÍNDICES	INDICADORES	PARÂMETROS	PESOS (PCA)
Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (IDSE)	PIB municipal <i>per capita</i>	≥ R\$ 32 mil <i>per capita</i>	54,93%
	Proporção de famílias com Bolsa Família	0%	45,07%
Índice de Condições de Saúde (ICS)	Taxa de mortalidade infantil	≤ 8 óbitos por mil nascidos vivos	100%
Índice de estrutura do Sistema de Saúde do Município (IESSM)	Proporção de médicos da atenção básica e profissionais da vigilância em saúde	0,39%	12,24%
	Proporção de procedimentos ambulatoriais de média complexidade realizados para residentes	0,64%	12,31%
	Proporção de procedimentos ambulatoriais de média complexidade realizados para não residentes	0,90%	9,29%
	Proporção de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados para residentes	0,85%	11,08%
	Proporção de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados para não residentes	1,17%	9,80%
	Proporção de internações de média complexidade realizadas para residentes	0,37%	13,00%
	Proporção de internações de média complexidade realizadas para não residentes	0,72%	11,47%
	Proporção de internações de alta complexidade realizadas para residentes	0,94%	11,16%
	Proporção de internações de alta complexidade realizadas para não residentes	1,14%	9,65%

Fonte: Manual do IDSUS (Brasil, 2012).

A tabela abaixo caracteriza os seis grupos homogêneos:

Tabela 3: Seis Grupos Homogêneos

GRUPO	IDSE	ICS	IESSM	QTDE MUN
6	baixo	baixo	sem estrutura MAC*	2.184
5	médio	médio	sem estrutura MAC	2.039
4	baixo	baixo	pouca estrutura MAC	587
3	médio	médio	pouca estrutura MAC	632
2	alto	médio	média estrutura MAC	94
1	alto	médio	média estrutura MAC	29

*MAC: média e alta complexidade

Fonte: Manual do IDSUS (Brasil, 2012).

Os indicadores de acesso potencial da atenção básica são: cobertura estimada da população residente pelas equipes da atenção básica à saúde; cobertura estimada da população

residente pelas equipes de saúde bucal da atenção básica e índice de consultas de pré-natal, por local de residência da mãe.

Os indicadores de efetividade da atenção básica são: cobertura com a vacina tetravalente em menores de um ano; taxa de incidência de sífilis congênita em residentes menores de um ano; proporção de cura dos casos novos de hanseníase por local de residência; proporção de internações de residentes pelas condições mais sensíveis à atenção básica; média mensal de participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada e proporção de exodontia entre procedimentos odontológicos selecionados.

De acordo com as Fichas dos Indicadores do IDSUS²⁸, cada um dos indicadores da atenção básica têm os seguintes conceitos e parâmetros:

Cobertura estimada da população residente pelas equipes da atenção básica à saúde: Número médio mensal de equipes da atenção básica à saúde, para cada 3000 pessoas, em relação à população total residente no município e ano avaliado. São consideradas equipes da atenção básicas as compostas por equipes de saúde da família com carga horária de 40 horas semanais e as equivalentes, com 60 horas semanais somadas das especialidades: clínica médica, ginecologia e pediatria. Este indicador mensura a disponibilidade de recursos humanos da atenção básica para essa população. Uma maior cobertura indica um maior potencial de oferta de ações e serviços básicos para a população. O indicador mensura a existência de equipes e não o trabalho efetivamente realizado por eles, sendo uma aproximação da potencial oferta; ele pode ser complementado com informações sobre a quantidade e qualidade dos atendimentos realizados ou sobre procedimentos produzidos. Parâmetro: 100% de cobertura, considerando uma equipe para cada grupo de 3.000 habitantes no ano avaliado.

Cobertura estimada da população residente pelas equipes de saúde bucal da atenção básica à saúde: Número médio mensal de equipes de saúde bucal da atenção básica, para cada 3.000 pessoas, em relação à população total residente no município no ano avaliado. O indicador mede a disponibilidade de equipes de saúde bucal. Uma maior cobertura indica maior potencial de oferta de serviços de odontologia básica para a população. Parâmetro: 50% de cobertura considerando uma equipe de saúde bucal da atenção básica para grupo de 3.000 habitantes no ano avaliado.

Índice de consultas de pré-natal, por local de residência da mãe: Indicador composto advindo dos indicadores que medem o percentual de nascidos vivos de mães residentes que fizeram sete o mais, de 4 a 6 ou de 1 a 3 consultas de pré-natal, em determinado município e período, em relação ao total de nascidos vivos de mães residentes no

mesmo município e período. Este contribui para a análise das condições de acesso da assistência pré-natal. Parâmetro: 90% das mães com sete consultas ou mais.

Cobertura com a vacina tetravalente em menores de um ano: Número de doses da vacina tetravalente aplicada em crianças menores de um ano contra difteria, coqueluche, tétano e *Haemophilus influenzae* tipo B em relação ao total. Estima o nível de proteção da população de menores de um ano contra doenças evitáveis pela vacina tetravalente, mediante o cumprimento do esquema básico de vacinação. Parâmetro: 95% de cobertura.

Taxa de incidência de sífilis congênita em residentes menores de um ano: Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano residentes em um determinado município por nascidos vivos de mães residentes no mesmo município, no mesmo período considerado. Expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada ao longo do período de gestação. De acordo com dados do Ministério da Saúde, entre 2008-2011, houve uma tendência de aumento do número de casos por mil, em todas as regiões brasileiras. Indicam que é provável que tal fato se deve à melhoria do diagnóstico, o que pode indicar o primeiro passo para o controle da doença, ressaltando-se a importância desse diagnóstico durante o pré-natal. Parâmetro: um caso por mil nascidos vivos no ano.

Proporção de cura dos casos novos de hanseníase por local de residência: Percentual de curados entre os casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera, residentes em um território, no período avaliado. Representa o êxito no tratamento de tuberculose, a consequente diminuição da transmissão da doença, além de verificar indiretamente a qualidade da assistência aos pacientes. Limitação: não avalia qualquer insuficiência na detecção de casos novos (subnotificação). Parâmetro: 85% de cura.

Proporção de internações de residentes pelas condições mais sensíveis à atenção básica: Percentual de internações pelas condições mais sensíveis à atenção básica entre as internações clínicas, de residentes em um determinado município, no período considerado. Esse indicador pressupõe que são necessárias internações para o tratamento clínico de uma gama de afecções e que dentre essas existe um conjunto de causas mais sensíveis à efetividade da atenção básica e que, portanto, proporções dessas internações podem ser evitadas por ações mais qualificadas de cuidado desenvolvidas nesse nível da atenção à saúde. Os exemplos mais típicos são as doenças evitáveis pela imunização, as infecciosas intestinais, pneumonias, asma, diabetes e hipertensão, entre outras. Este indicador é usado para avaliar a efetividade do cuidado na atenção básica, assim como o desenvolvimento de ações de regulação do acesso à internação hospitalar. Uma limitação desse indicador é que por ser uma proporção de todas as internações clínicas realizadas, não mede a adequação da quantidade dessas

internações em relação às necessidades epidemiológicas e aos determinantes sociais de saúde. Parte dessa limitação, na avaliação do IDSUS, é contrabalançada pelos resultados do indicador “razão entre internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente”. Dados do Ministério da Saúde indicam que entre 2008-2012 existe uma ligeira tendência de queda da proporção de internações sensíveis à atenção básica. Parâmetro: 28,6% equivalem à proporção média de internações pelas condições mais sensíveis à atenção básica para residentes dos municípios de referência.

Média mensal de participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada: Razão entre o número médio mensal de residentes que participaram de ação coletiva de escovação dental supervisionada no ano e a população de determinado município, no ano avaliado. Estima a proporção de pessoas que tiveram acesso à escovação dental com orientação/supervisão de um profissional de saúde bucal, visando à prevenção de doenças bucais, mais especificamente cárie dentária e doença periodontal. Parâmetro: oito participantes por cem habitantes – média dos municípios que têm cobertura de ESF ou equipes de THD/ACD maior que 60%.

Proporção de exodontia entre procedimentos odontológicos selecionados: Percentual das extrações dentárias em relação à soma de procedimentos selecionados (rol que inclui as extrações), produzidos para residentes em determinado município e ano. Quanto menor o percentual, maior a qualidade do tratamento ofertado pela odontologia do município. Parâmetro: 8%.

Quando o IDSUS foi divulgado, críticas em falas políticas foram feitas a ele, tendo Médici³⁰ sido quem as estruturou em formato de artigo, onde pontuou as seguintes questões que se relacionam diretamente com a Atenção Básica: o IDSUS apresenta indicadores de acesso com peso exagerado às variáveis associadas a média e alta complexidade e um peso menor às variáveis de atenção básica, consagrando a tradição equivocada no Brasil de ter um sistema de saúde que não dedica a atenção necessária aos temas de atenção básica. Além disso, os indicadores não refletem os desafios epidemiológicos da próxima década, especialmente no que se refere à cobertura de doenças crônicas não transmissíveis. O processo de envelhecimento da população brasileira requer que a atenção básica volte-se para a promoção e prevenção de doenças crônicas e seus fatores de risco; assim, indicadores associados ao acompanhamento e monitoramento de casos de diabetes, hipertensão, obesidade deveriam estar incluídos nas variáveis que monitoram a cobertura da atenção básica. Outro indicador importante que deveria ser acrescido seria um associado ao tema de regulação do cuidado. Na ponderação a atenção básica foi novamente relegada, tendo

os indicadores de acesso à ela peso de apenas 30% enquanto para média e alta complexidade é de 70% e os indicadores de efetividade igualmente têm peso de 20% para a atenção básica e 80% para média e alta complexidade. O autor defende a impossibilidade de ter um indicador sintético único capaz de medir o desenvolvimento dos sistemas de saúde nos municípios brasileiros, devido às reais diferenças nos níveis de complexidade dos sistemas de saúde em cada um deles; apesar de considerar importante o uso de indicadores sintéticos para alinhar objetivos, medir resultados, estabelecer incentivos e/ou distribuir recursos. Mas para isso acredita que os indicadores devem passar por longos testes, pilotos de implantação, substituição e teste de novas variáveis, até que se prove sua viabilidade e adequação técnica.

O Ministério da Saúde, em apresentação disponibilizada em seu site³¹, debate muitas destas críticas. Com relação à seleção de indicadores, diz que análises estatísticas permitiram selecionar os melhores dados e indicadores mais confiáveis, relevantes e calculáveis para todos os municípios brasileiros. Com relação à crítica de que usa parâmetros iguais para realidades diferentes, diz que os parâmetros selecionados são os de acesso e efetividade por nível de atenção, que devem ser iguais em todos os municípios, estados e nacionalmente; além disso, realiza uma desagregação por grupo homogêneo para melhor análise destas realidades diferentes. Com relação à afirmação de que um painel de indicadores seria melhor que um indicador composto, o Ministério da Saúde afirma que o IDSUS se propõe a ser, ao mesmo tempo, um indicador sintético com no mínimo oito indicadores compostos e também um painel de indicadores, formado por 24 indicadores simples, podendo ter outros complementares via Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP). Indicadores compostos, assim como os simples, devem ser tomados como marcadores de aspectos da realidade e não como uma explicação exaustiva da realidade como um todo.

Apesar do PMAQ e do IDSUS avaliarem o SUS por meio de diversos indicadores e critérios, uma avaliação que leve em consideração critérios econômicos ainda requer estudos.

3.3 Gastos

3.3.1 Financiamento da Atenção Básica

Com a Constituição Federal de 1988³², a saúde passou a ser um direito no Brasil, com destinação obrigatória de recursos financeiros dos três entes federados para seu financiamento. Porém, a construção da forma, do percentual e dos valores mínimos desta

destinação foi um longo processo. Em 2000, foi aprovada a Emenda Constitucional n^o29³³, que só veio a ser regulamentada pela Lei Complementar n^o141 em 2012.

De acordo com a Lei Complementar n^o 141 de janeiro de 2012³⁴ cabe à União aplicar no SUS o total correspondente aos gastos no ano anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação do PIB do mesmo ano. Estados devem aplicar em saúde, no mínimo, 12% de suas receitas de arrecadação de impostos, enquanto os municípios 15% de seus recursos próprios. O Distrito Federal deve aplicar 12% de suas receitas de arrecadação de impostos característicos de estado e 15% de suas receitas de arrecadação de impostos característicos de municípios; acrescidos das transferências constitucionais.

O financiamento da atenção primária à saúde (APS) é igualmente tripartite. Em 1996, a Norma Operacional Básica do SUS, NOB-96³⁵, instituiu transferências federais para os municípios considerando a população, com base *per capita*, por meio do Piso da Atenção Básica PAB-Fixo e com base em pactuações relacionadas a ações e programas, através do Piso da Atenção Básica PAB-Variável. Este último foi utilizado como indutor para a implementação da Estratégia Saúde da Família. Já em 2006, por meio do Pacto pela Saúde³⁶, foram instituídos os cinco blocos de financiamento das transferências federais, sendo um deles referente à atenção básica, e os demais: média e alta complexidade, vigilância em saúde, assistência farmacêutica, gestão e investimento na rede. Dos gastos totais do Ministério da Saúde com ações e serviços de saúde, 23,5% foram gastos com APS³⁷.

O financiamento federal da APS é composto por itens⁵. O primeiro está relacionado com o recurso per capita, é um valor fixo, mensal, automático, calculado com base na população municipal e os valores podem variar entre R\$23,00 a R\$28,00 habitante/ano (Portaria n.1409/2013)³⁸. O segundo item é composto por recursos para projetos específicos, destinados a suprir especificidades de municípios que não estão contempladas nos demais componentes do bloco da atenção básica, com o objetivo de enfrentar situações geradoras de iniquidades. O terceiro item é composto por recursos de investimento/estruturação e são repassados no momento de implantação das equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) para estruturação das unidades básicas de saúde.

O quarto item é composto por recursos para estratégias e programas prioritários, como Saúde da Família, Saúde Bucal, Agentes Comunitários de Saúde, Atenção Domiciliar, Academias da Saúde, Saúde na Escola, entre outros. Os valores mensais repassados por Equipe de Saúde da Família podem variar entre R\$ 7.130,00 a R\$10.695,00 equipe/mês. O quinto item está relacionado com os recursos que são condicionados a resultados de avaliação

do acesso e qualidade da APS, onde se destaca o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Cada equipe de APS que adere ao PMAQ-AB recebe, no momento do contrato, 20% do valor integral do incentivo denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica. De acordo com a classificação de desempenho alcançada no processo de certificação, o município poderá receber maiores percentuais do valor integral do incentivo financeiro por equipe de saúde da família e de saúde bucal (Portaria n.562/2013)³⁹.

As transferências federais do Bloco da Atenção Básica para o municípios são realizadas através das transferências fundo-a-fundo de saúde, o fundo é uma conta especial aberta diretamente para este fim, para facilitar o acompanhamento e o controle social. Os registros contábeis relativos aos recursos repassados são disponibilizados aos Conselhos de Saúde. A prestação de contas dos valores que foram recebidos e aplicados devem ser aprovadas nos Conselhos e encaminhadas ao Tribunal de Contas e à Câmara Municipal (Lei n.141/2012)⁵.

Com relação aos custos da atenção primária à saúde, o custo com recursos humanos representa em torno de 60% dos custos totais dos serviços de uma equipe de Saúde da Família. Em 2010, o custo total de uma equipe era de aproximadamente R\$40.755,25; neste ano, o Ministério da Saúde transferiu para os municípios, para financiar uma equipe de saúde da família modalidade II (a mais frequente) R\$13.756,00, representando 33,75% do custo total, sendo o restante financiado com as transferências estaduais e o gasto próprio municipal⁴⁰.

3.3.2 SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

Durante a crise do financiamento do Sistema Único de Saúde ocorrida no início da década de 1990, o Conselho Nacional de Saúde aprovou resolução, com os objetivos de: (1) estabelecer um sistema denominado Sistema de Vigilância sobre a Receita, que propiciasse transparência e controle à receita da União, com ênfase na origem da arrecadação do Tesouro Nacional e sua destinação, e (2) apoiar o desenvolvimento de pesquisas destinadas a apurar o perfil do financiamento e do gasto em saúde. Apesar desses esforços, alguns problemas persistiam. Havia ainda muitas dificuldades no preenchimento das planilhas, além de sérias preocupações sobre a confiabilidade dos dados. Em 1999, o Ministério da Saúde, em parceria com a Procuradoria Geral da República e com apoio do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho

Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), estruturou um grupo de trabalho no âmbito da Secretaria de Gestão de Investimentos, com o objetivo de internalizar os esforços para aprimoramento e condução desse sistema de informações. Estruturou-se, então, o Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), com equipe sediada no Ministério da Saúde, enquanto o desenvolvimento das soluções em tecnologia de informação continuava sob a responsabilidade de equipe do Datasus. As portarias interministeriais n. 529, de 30 de abril de 1999, e n. 1.163, de 11 de outubro de 2000, publicadas pelo Ministério da Saúde e pela Procuradoria Geral da República, regulamentaram o Siops no âmbito do ministério e reforçaram o processo de institucionalização do sistema⁴¹.

O Siops funciona como ferramenta de coleta e organização de dados sobre receitas totais e despesas em ações em serviços públicos de saúde (ASPS) no âmbito dos estados, dos municípios e do Distrito Federal, sendo considerado importante instrumento de planejamento, gestão e controle social do SUS. Ele tem por objetivos: (1) contribuir para a padronização das informações contábeis; (2) dar visibilidade às informações sobre financiamento e gastos em saúde; (3) instrumentalizar os mecanismos e ações de controle social em saúde; (4) oferecer subsídios às áreas de planejamento, gestão e avaliação das políticas públicas em saúde; e (5) permitir o acompanhamento da execução orçamentária⁴².

O Siops pode ser desmembrado em três componentes: (1) um endereço eletrônico público situado no portal do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br/sis/siops); (2) os programas de declaração de municípios e estados; e (3) um banco de dados centralizado pelo ministério. No preenchimento da declaração, o usuário é assistido por recursos de “ajuda” que apresentam esclarecimentos sobre cada campo do programa, reduzindo as dificuldades do processo. Estão presentes também, no programa, vários “filtros de consistência”, que alertam e, conforme o caso, impedem o usuário de informar um dado impreciso, promovendo a padronização e maior qualidade das informações prestadas. O sistema efetua cálculos com o objetivo de verificar a consistência dos dados, consolidar as informações e evitar a dupla contagem de recursos. Essas verificações antecedem ao momento da transmissão dos dados para o Datasus. Os filtros internos verificam a consistência das informações em relação ao conjunto dos dados declarados pelo ente, enquanto os filtros externos conferem a fidedignidade da informação em relação a outras bases de dados. Dentre os filtros internos, merecem destaque a verificação da duplicidade de dados entre as despesas da administração direta e indireta, o limite superior para o percentual de recursos próprios aplicados em saúde e a despesa própria per capita de saúde. Dentre os filtros externos, destacam-se as transferências do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde (Transferências

Fundo a Fundo) e os recursos repassados pelo Ministério da Fazenda a estados e municípios provenientes do Fundo de Participação de Estados e Municípios (FPE, FPM), a lei complementar 86/97 (Lei Kandir) e a cota parte do Imposto Territorial Rural (ITR)⁴¹.

No processo de institucionalização do Siops, entendeu-se oportuna a existência de duas instâncias para apoio às atividades do Núcleo Técnico do Siops, que está vinculado à Coordenação-Geral de Economia da Saúde do Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (DESID), que integra a Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde. A Câmara Técnica de Orientação e Avaliação é uma das instâncias de apoio ao Núcleo Técnico, sendo constituída por representantes do CONASS, do CONASEMS, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), da Secretaria do Tesouro Nacional (STN/MF), do Datasus, de órgãos do Ministério da Saúde (SVS, SAS, SE), da Procuradoria Geral da República e de entidades de pesquisa envolvidas com saúde no Brasil; à ela compete a proposição de ações para o aperfeiçoamento dos instrumentos de coleta de informações e da análise das informações geradas pelo sistema. A outra instância de apoio ao Núcleo Técnico são os núcleos estaduais de apoio ao Siops, cujas atividades são: estimular a adesão dos municípios ao processo de alimentação do Sistema; qualificar a informação e a integralidade dos dados enviados, entre outras. É composto no geral pela Associação dos Municípios, pelo Conselho Estadual de Saúde, pelo Datasus estadual, pelo Ministério Público Estadual, pela Secretaria Estadual de Saúde e pelas Secretarias Municipais de Saúde, indicadas pelo Cosems⁴².

3.4 Avaliação de Eficiência em Saúde

Os sistemas de saúde constituem um dos setores-chave da economia nos países. Em um contexto em que os recursos são limitados, os Estados são forçados a fazer escolhas de alocação para gerir a oferta de ações e serviços em saúde. Os sistemas de saúde são fortemente regulados pelos poderes públicos e as principais alocações de recursos são definidas por decisões políticas e institucionalizadas, por meio de critérios explícitos de alocação, onde se destaca a eficiência. Desta forma, a avaliação econômica de eficiência se destaca como importante ferramenta para determinar as alocações ótimas em um contexto em que o mercado não é o modo desejável de regulação¹.

Várias características intrínsecas aos sistemas de saúde impedem que os métodos clássicos da economia possam ser diretamente aplicados a estes sistemas. Primeiro porque a saúde não é um bem nem um serviço, é um estado: o ser humano está ou não com boa saúde. Assim, ao contrário dos cuidados, a saúde não se negocia em um “mercado da saúde”.

Diretamente, o que é desejável é a saúde e não os cuidados. Segundo alguns problemas de saúde (como doenças contagiosas) e algumas intervenções (como vacinas) afetam outras pessoas que não aquelas diretamente envolvidas na intervenção. Terceiro, a saúde é caracterizada pela incerteza: da ocorrência da doença, da certeza do diagnóstico e da resolutividade do tratamento⁴³.

Diante das incertezas, há a necessidade de recorrer aos profissionais de saúde. Neste momento, estes são colocados no lugar do paciente-consumidor para a tomada de decisão. Em termos ideais, os profissionais de saúde tomariam as mesmas decisões que os pacientes se dispusessem dos mesmos conhecimentos. Porém, eles não são agentes econômicos perfeitos: muitas vezes não deixam de lado suas preferências pessoais ou são influenciados por mudança no modo de remuneração⁴³.

Frente às particularidades do “mercado da saúde”, foram implementados variados mecanismos de regulação e regulamentação: a maioria dos países adotou um sistema de saúde coletivo; o profissionalismo dos profissionais de saúde se fundamentou no controle de qualidade pelos pares e na adoção de código de deontologia; governos implementaram mecanismos de regulação dos preços e dos critérios de alocação dos serviços. Porém, estas ações não são suficientes para determinar a alocação de recursos em saúde¹.

Entretanto, é preciso observar que a eficiência não permite agregar valores como a equidade de acesso e o respeito às liberdades individuais, sendo necessário sempre considerar estes valores na tomada de decisão. Ao Estado Democrático compete encontrar a alocação dos recursos que permita um equilíbrio adequado entre esses três valores de eficiência, equidade e liberdade individual¹. Complementando, no contexto das políticas públicas que visam o bem-estar social, a eficiência deve ser vista como a combinação da racionalidade econômica com os valores liberdade, igualdade, justiça e defesa do bem-estar⁴⁴.

A eficiência é a habilidade de obter o maior ganho em saúde ao menor custo⁴⁵. É uma utilização otimizada dos recursos disponíveis para se obter o máximo de benefícios ou resultados⁴⁶. Eficiência trata-se da capacidade de um sistema de funcionar com menores custos sem diminuir os resultados desejáveis², alcançando resultados desejados com a melhor relação de custo-efetividade dos recursos³. A eficiência em saúde é pensada como a relação entre o custo e o impacto dos serviços sobre a saúde da população, mantido um nível de qualidade determinado⁴.

3.5 Disparidades Regionais em Saúde

A Constituição Federal dita que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza”, tendo como objetivos “erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais”, bem como “promover o bem de todos sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação”³².

A situação de saúde da população é um dos importantes fatores de análise do desenvolvimento, à medida que mostra o sucesso ou fracasso de um Estado na promoção das necessidades mais básicas da população. A saúde pode ser vista, também, como elemento promotor de desenvolvimento de um Estado, já que influencia, por exemplo, a produtividade da oferta de trabalho⁴⁸.

A equidade da saúde, para promover a justiça social, requer perspectivas multidimensionais, incluindo, pelo menos, aspectos à distribuição justa da assistência à saúde, evitando a discriminação ou a restrição do acesso aos cuidados de saúde em razão, por exemplo, das condições socioeconômicas ou geográficas⁴⁹.

Disparidades em saúde referem-se às diferenças nos níveis de saúde de grupos socioeconômicos ou regionais distintos. Padrões diferenciados de saúde em grupos populacionais são determinados por diversos aspectos: investimento desigual de recursos para a saúde, carência de investimento em políticas sociais. As desigualdades em saúde podem ser agravadas em razão de determinantes demográficos e ambientais, e de acesso aos bens e serviços de saúde e de políticas sociais⁵⁰.

O estado de saúde da população brasileira apresenta-se díspar entre os estados da federação no Brasil, consequência das diferenças no acesso e na qualidade dos serviços prestados à população que, de certa forma, estão relacionadas às diferenças nas condições socioeconômicas, hábitos e condições de vida, somando-se, portanto, às demais iniquidades às quais a população brasileira está submetida. Desse modo, a desigualdade social em saúde parece não só contribuir, como também alimentar o ciclo de desigualdade e pobreza vigente⁵¹.

Embora o setor de saúde possa fazer muito contra as disparidades entre grupos sociais e regionais, a eliminação das desigualdades sociais e econômicas mais evidentes requer políticas amplas, que melhorem no longo prazo e de forma permanente a situação dos desfavorecidos na sociedade, implicando na necessidade de uma reestruturação social⁵².

4 MÉTODO

A dissertação foi elaborada com resultados no formato de dois artigos, cada um com um método próprio.

Em ambos os artigos, a base de dados é composta por dados dos municípios brasileiros do período 2008 a 2010. A escolha desse período foi em decorrência do IDSUS (variável dependente), que foi construído com dados deste período, pelo Ministério da Saúde, a partir de dez indicadores de acesso e efetividade da APS: i) cobertura estimada da população residente pelas equipes da atenção básica à saúde; ii) cobertura estimada da população residente pelas equipes de saúde bucal da atenção básica; iii) proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas pré-natal; iv) índice de consultas de pré-natal, por local de residência das mães; v) cobertura com a vacina tetravalente em menores de um ano; vi) taxa de incidência de sífilis congênita em residentes menores de um ano; vii) proporção de cura dos casos novos de hanseníase por local de residência; viii) proporção de internações de residentes pelas condições mais sensíveis à atenção básica; ix) média mensal de participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada; e x) proporção de exodontia entre procedimentos odontológicos selecionados²⁸.

No artigo 1 utilizou-se o método econométrico de regressão quantílica para estimar o efeito na variável resposta (desempenho da atenção primária) de variáveis explicativas (gasto em saúde; *dummies* regionais; *dummies* por grupos homogêneos; IDHM e proporção de casas com banheiro e água canalizada) nos diversos percentis da distribuição condicional. Os coeficientes foram estimados por meio de *bootstrap*, com 1.000 repetições. Também foram estimados coeficientes por meio dos mínimos quadrados ordinários, para comparação.

Utilizou-se o valor total médio *per capita* alocado na APS ao longo desses três anos como variável explicativa, que compreende as transferências realizadas pela União e pelos estados mais os recursos próprios dos municípios. Esses dados foram obtidos por meio do Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), por meio do Bloco de Financiamento da Atenção Básica, disponibilizado pelo Ministério da Saúde¹⁴. Esses dados foram deflacionados a preços de julho de 2014, utilizando-se a série histórica do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁵³. Para obtenção dos valores *per capita* de cada município, foram utilizados os dados do Censo Brasileiro de 2010, elaborado pelo IBGE⁵⁴. Tanto o desempenho (variável dependente) quanto o gasto total médio *per capita* (variável

explicativa) na atenção primária sofreram transformação logarítmica (logaritmo natural), no intuito de permitir relações não lineares entre elas. Também foram construídas variáveis *dummies* para as regiões brasileiras, tendo como referências a região Sudeste. Para as análises estatísticas, foi utilizado o *software* STATA/SE versão 12.

No artigo 2 foi realizado um estudo ecológico transversal, baseado em dados dos municípios brasileiros relacionados ao desempenho e aos gastos em saúde, ambos referentes às ações e serviços da atenção primária. O índice de desempenho da atenção primária e seu respectivo gasto total médio *per capita* foram estratificados em duas categorias, alto (A) e baixo (B), levando-se em consideração a média nacional do período sob investigação. Assim, obtiveram-se quatro grupos:

- i) AA, municípios com alto desempenho e alto gasto total médio *per capita*;
- ii) AB, municípios com alto desempenho e baixo gasto total médio *per capita*;
- iii) BA, municípios com baixo desempenho e alto gasto total médio *per capita*;
- iv) BB, municípios com baixo desempenho e baixo gasto total médio *per capita*.

Para fins desta análise, consideraram-se os municípios do grupo AB eficientes em termos econômicos, visto que obtiveram desempenho acima da média nacional (*output*) com recursos financeiros *per capita* aplicados na atenção primária abaixo da média nacional (*input*); os municípios do grupo BA, por sua vez, foram considerados ineficientes, pois apresentaram desempenho abaixo da média nacional e utilizaram recursos financeiros *per capita* acima da média nacional.

O Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde da Atenção Primária (IDSUS-AP) foi utilizado como medida de desempenho dos municípios brasileiros. Este índice pode assumir valores entre zero (pior desempenho) e dez (melhor desempenho); além disso, todos os indicadores tinham uma meta previamente estabelecida pelo Ministério da Saúde, motivo pelo qual alguns dos resultados ultrapassaram 100%, por terem superado a meta.

O gasto total médio *per capita* foi obtido do Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), por meio do Bloco de Financiamento da Atenção Básica. Optou-se pela média dos valores declarados pelos municípios de 2008 a 2010, para manter a correspondência temporal com o IDSUS-AP; o ano de 2007 foi excluído da análise porque 78% dos municípios não declaram o valor despendido na atenção primária, o que enviesaria

substancialmente a média amostral dessa variável, nos demais anos a média de não declaração por parte dos municípios foi de apenas 6%. O gasto refere-se ao valor total aplicado na atenção primária pelos municípios, o qual é constituído por financiamento tripartite (recursos próprios dos municípios, acrescidos das transferências da União e dos estados). Esses dados foram deflacionados a preços de julho de 2014, utilizando-se a série histórica do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística²⁸.

Para identificar eventuais disparidades regionais e de fatores socioeconômicos/características do sistema de saúde dos municípios, estes foram agrupados por regiões brasileiras e por grupos homogêneos. Segundo metodologia adotada pelo Ministério da Saúde, os grupos homogêneos são uma forma de agrupar os municípios dentro da metodologia do IDSUS, onde foram utilizados três índices para caracterizá-los: índice de desenvolvimento socioeconômico (IDSE); índice de condição de saúde (ICS) e índice de estrutura do sistema de saúde do município (IESSM). Com base nesses índices, foram criados seis grupos homogêneos (GH)²⁸:

- i) GH 1, com 29 municípios, apresenta alto índice de desenvolvimento econômico, médio índice de condição de saúde e médio índice de estrutura do sistema de saúde do município;
- ii) GH 2, com 94 municípios, apresenta alto índice de desenvolvimento econômico, médio índice de condição de saúde e médio índice de estrutura do sistema de saúde do município;
- iii) GH 3, com 632 municípios, apresenta médio índice de desenvolvimento econômico, médio índice de condição de saúde e baixo índice de estrutura do sistema de saúde do município;
- iv) GH 4, com 587 municípios, apresenta baixo índice de desenvolvimento econômico, baixo índice de condição de saúde e baixo índice de estrutura do sistema de saúde do município;
- v) GH 5, com 2.039 municípios, apresenta médio índice de desenvolvimento econômico, médio índice de condição de saúde e baixíssimo índice de estrutura do sistema de saúde do município, por não apresentar nenhuma estrutura de média e alta complexidade.
- vi) GH 6, com 2.184 municípios, apresenta baixo índice de desenvolvimento econômico, baixo índice de condição de saúde e baixíssimo índice de estrutura do

sistema de saúde do município, por não apresentar nenhuma estrutura de média e alta complexidade.

Por se tratar de dados secundários e disponíveis à sociedade no sítio eletrônico do Ministério da Saúde, não foi necessário submeter este estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Artigo 1 – Artigo em análise, submetido em 04/01/2015 e no formato padrão da revista.

Efeito do gasto em saúde no desempenho da atenção primária nos municípios brasileiros entre 2008-2010: uma aplicação de regressão quantílica

The effect of health expenditure on primary health care performance in municipalities in Brazil between 2008 and 2010: an application of quantile regression

Grazielle Custódio David¹, Everton Nunes da Silva², Helena Eri Shimizu³

RESUMO

Estudos que avaliam a correlação entre gasto em saúde com desempenho são escassos no Brasil. Este estudo tem por objetivo estimar o efeito dos gastos em saúde no desempenho da Atenção Primária à Saúde; além de controlar por variáveis regionais, no intuito de verificar eventuais desigualdades no Brasil. Utilizou-se o método econométrico de regressão quantílica para estimar o efeito na variável resposta (desempenho da atenção primária) de variáveis explicativas (gasto em saúde e *dummies* regionais) nos diversos percentis da distribuição condicional. A base de dados é composta por dados de todos os municípios brasileiros entre 2008 e 2010. A escolha desse período foi decorrência do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde - IDSUS (variável dependente). Utilizou-se o valor total médio *per capita* alocado na Atenção Primária à Saúde ao longo desses quatro anos como variável explicativa, obtidos por meio do Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). As evidências geradas neste estudo suportam os seguintes resultados: i) os municípios brasileiros têm maior vocação para atuar na APS, visto que seu desempenho é maior nesse cuidado que nos demais (incluindo cuidados de média e alta complexidade); ii) alguns municípios brasileiros enfrentam dificuldades em executar o orçamento previsto para Atenção Primária, dado que 10% deles informaram que investiram menos que as transferências do governo federal por meio do Bloco de Financiamento da Atenção Básica; iii) há uma relação positiva entre gasto e desempenho da Atenção Primária; e iv) há grandes disparidades regionais em relação ao gasto e o desempenho da Atenção Primária no Brasil. Estas informações são importantes para direcionar o planejamento das políticas públicas de saúde,

especialmente com relação ao seu financiamento e à promoção da redução das desigualdades regionais no Brasil.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) teve seu primeiro grande marco na Conferência de Alma-Ata, onde foi conceituada como cuidados essenciais à saúde, baseados em tecnologias acessíveis e abordagem intersetorial, com o objetivo de aproximar os serviços de saúde aos lugares de vida e trabalho das pessoas, além de estabelecê-la como primeiro contato de um processo integral de atenção¹. A APS tornou-se uma referência para os países que buscavam construir sistemas de saúde universais², sobretudo porque está associada a melhores resultados em saúde a custos menores, maior nível de satisfação da população e menor uso de medicamentos quando comparados com os sistemas orientados pela lógica hospitalocêntrica³. Ademais, os sistemas de saúde organizados com base na APS apresentam melhores possibilidades de desempenho⁴.

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF), iniciada em 1994, foi regulamentada nacionalmente em 1998, representando a principal proposta para estruturar a APS no país. Em 2006, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), termo pelo qual é conhecida a APS no Brasil, posteriormente atualizada em 2011. Esta conceitua APS como um “conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades”. Ademais, estabelece a ESF como reorientadora de todo o sistema, contando com uma equipe multidisciplinar, composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (pessoas da própria comunidade que atuam junto à sociedade na promoção de saúde e prevenção de doenças); podendo somar à equipe, profissionais de saúde bucal⁵.

A meta de 100% de cobertura populacional pela ESF ainda não foi alcançada no Brasil, sendo que, em junho de 2014, esta era 87% no Nordeste; 79% no Norte; 65% no Centro-Oeste; 58% no Sul e 50% no Sudeste⁶. Alguns instrumentos têm sido aplicados para mensurar o desempenho das ações de saúde no país, dentre eles o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), que utiliza indicadores simples e compostos, os quais são

agrupados em duas linhas avaliativas (acesso e efetividade) para cada nível assistencial (atenção básica, atenção ambulatorial, atenção hospitalar geral e especializada)⁷.

No Brasil, o financiamento da APS é realizado com recursos dos três entes federados: municípios, estados e União⁸. As transferências financeiras realizadas pela União aos municípios ocorrem por meio do Bloco de Financiamento da APS, composto pelo: i) Piso da Atenção Básica Fixo (PAB-Fixo), composto por recurso *per capita*; e ii) Piso da Atenção Básica Variável (PAB-Variável), composto por recursos condicionados à implantação de estratégias prioritárias⁹.

Estudos que avaliam a correlação entre gasto em saúde com desempenho são escassos no Brasil. Este estudo tem por objetivo estimar o efeito dos gastos em saúde no desempenho da APS; além de controlar por variáveis regionais, no intuito de verificar eventuais desigualdades da APS no Brasil.

MÉTODO

Utilizou-se o método econométrico de regressão quantílica para estimar o efeito na variável resposta (desempenho da atenção primária) de variáveis explicativas (gasto em saúde e *dummies* regionais) nos diversos percentis da distribuição condicional. A regressão quantílica é definida com a minimização da soma ponderada dos valores absolutos dos resíduos¹⁰, tendo várias vantagens em relação aos mínimos quadrados ordinários: é menos sensível a presença de *outliers*; gera estimadores mais robustos quando a distribuição não é gaussiana; utiliza a totalidade dos dados para estimar os quantis; permite obter um mapeamento mais detalhado do efeito das covariáveis na distribuição condicional da variável resposta, visto que os coeficientes do intercepto e das variáveis explicativas podem variar ao longo da distribuição condicional da variável resposta^{11,12,13}. Os coeficientes foram estimados por meio de *bootstrap*, com 1.000 repetições. Também foram estimados coeficientes por meio dos mínimos quadrados ordinários, para comparação.

A base de dados é composta por dados de todos os municípios brasileiros entre 2008 e 2010. A escolha desse período foi decorrência do IDSUS (variável dependente), que foi construído com dados deste período, pelo Ministério da Saúde, a partir de dez indicadores de acesso e efetividade da APS: i) cobertura estimada da população residente pelas equipes da atenção básica à saúde; ii) cobertura estimada da população residente pelas equipes de saúde bucal da atenção básica; iii) proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas pré-natal; iv) índice de consultas de pré-natal, por local de residência das mães; v) cobertura

com a vacina tetravalente em menores de um ano; vi) taxa de incidência de sífilis congênita em residentes menores de um ano; vii) proporção de cura dos casos novos de hanseníase por local de residência; viii) proporção de internações de residentes pelas condições mais sensíveis à atenção básica; ix) média mensal de participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada; e x) proporção de exodontia entre procedimentos odontológicos selecionados⁷.

Utilizou-se o valor total médio *per capita* alocado na APS durante o período de 2008-2010 como variável explicativa, que compreende as transferências realizadas pela União e pelos estados mais os recursos próprios dos municípios. O ano de 2007 foi excluído do banco de dados porque havia falta de dados informados com gastos em APS em 78% dos municípios; já nos demais anos, esta porcentagem reduziu significativamente (em torno de 5%). Além disso, dos 5,565 municípios brasileiros, nós obtivemos todos os dados avaliados de 4,706 deles. Esses dados foram obtidos por meio do Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), disponibilizado pelo Ministério da Saúde¹⁴. Esses dados foram deflacionados a preços de julho de 2014, utilizando-se a série histórica do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁵, e convertidos a moeda americana, aplicando a taxa de câmbio de 1US\$=2,26R\$. Para obtenção dos valores *per capita* de cada município, foram utilizados os dados do Censo Brasileiro de 2010, elaborado pelo IBGE¹⁶. Tanto o desempenho (variável dependente) quanto o gasto total médio *per capita* (variável explicativa) na APS sofreram transformação logarítmica (logaritmo natural), no intuito de permitir relações não lineares entre elas¹⁷.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e a proporção de casas com banheiro e fornecimento de água canalizada foram introduzidos no modelo econométrico, a fim de controlar a heterogeneidade observada relacionada aos determinantes de saúde. Ambas as variáveis fornecidas pelo PNUD em 2010. Variáveis dummy também foram criadas para: i) as regiões geográficas do país, usando o Sudeste como caso-referência; e ii) observada heterogeneidade entre os municípios, levando a definição adotada pelo Ministério da Saúde, que dividiu os municípios brasileiros em seis grupos homogêneos (GH1, GH2, GH3, GH4, GH5 e GH6), usando o HG6 como caso-referência. A racionalidade por trás dos grupos homogêneos é que existem grandes disparidades entre os municípios em termos de fatores socioeconômicos (PIB per capita e Bolsa-Família), estado de saúde (taxa de mortalidade infantil) e prestação de serviços (proporção de médicos e de procedimentos ambulatoriais e

hospitalares por habitantes). GH1 corresponde aos municípios que obtiveram os melhores escores para os indicadores e o GH6 os piores.

Verificou-se ainda multicolinearidade no modelo completo (todas as co-variáveis em conjunto), através do teste de fator de inflação da variância (FIV). A média FIV foi 2,09, indicando que não parece ter uma combinação linear quase perfeita entre as co-variáveis.

Para as análises estatísticas, foi utilizado o *software* STATA/SE versão 12. Por se tratar de dados secundários de acesso público, não foi necessário submeter este estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

Foram analisados dados dos 4,706 municípios brasileiros. A Tabela 1 apresenta o desempenho médio dos municípios em duas categorias: i) atenção primária; e ii) cuidados de saúde em geral, levando em consideração a atenção primária e cuidados ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade. Em uma escala de 0 a 10, a nota média da atenção primária foi de 8,12 (SD95% 1,52) para o período analisado. No entanto, ao se analisar os percentis da distribuição, percebe-se grande variação da nota média, oscilando entre 5,82 (10º percentil) e 9,67 (90º percentil), correspondendo a uma diferença de 66%. Em relação ao desempenho global dos cuidados em saúde dos municípios, a nota média foi de 5,72 (SD95% 0,83), sendo menor a variação entre o 10º e o 90º percentis da distribuição, próxima a 45% (4,70 *versus* 6,83, respectivamente).

Tabela 1: Estatísticas descritivas das co-variáveis incluídas no modelo econométrico, tendo os municípios como base de análise, Brasil.

Variáveis	A Performance apenas APS	B Performance saúde total	C Transf. Federal para APS	D Gasto total com APS	E Gasto Total com APS menos transf. federal (D-C)	F Proporção de casas com banheiro e água encanada	G Índice de Desenv. Humano IDHM
Número de observações	4,706	4,706	4,706	4,706	4,706	4,706	4,706
Média (desvio padrão)	8.12 (1.52)	5.72 (0.83)	23.97 (10.04)	65.20 (49.98)	41.23 (48.21)	81.74 (21.43)	0.66 (0.07)
10 th percentil	5.82	4.70	11.17	20.03	-0,04	47.58	0.56

25 th percentil	7.53	5.18	17.57	30.76	4.83	69.71	0.60
50 th percentil	8.64	5.68	23.78	52.03	27.71	92.33	0.67
75 th percentil	9.16	6.28	30.08	84.77	60.82	98.17	0.72
90 th percentil	9.67	6.83	35.20	126.08	101.09	99.42	0.75

Legenda:

A - Desempenho dos municípios na APS

B - Desempenho dos municípios no cuidado em saúde

C - Transferências federais aos municípios para uso na atenção primária (*per capita*, em US\$), entre 2008-2010D - Total de recursos dispendidos pelos municípios na atenção primária (*per capita*, em US\$), entre 2008-2010E - Diferença entre o recurso total dispendido pelos municípios e o que foi recebido do governo federal (*per capita*, em US\$), entre 2008-2010

F - Proporção de casas com banheiro e água encanada, em 2010

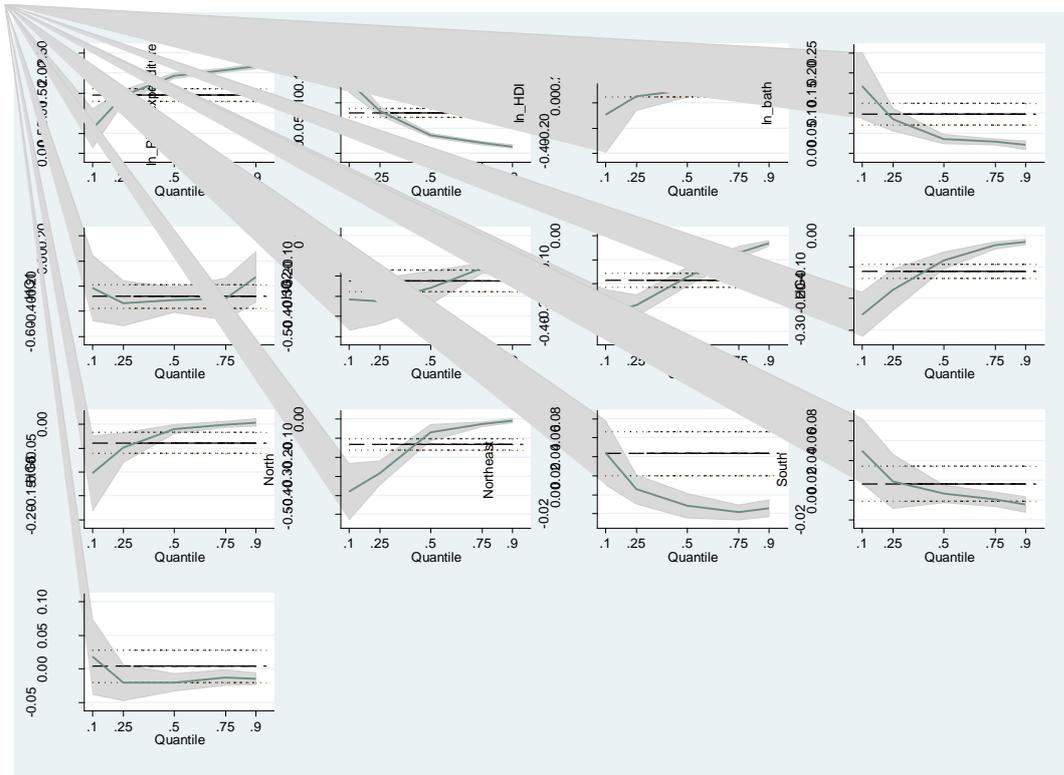
G - Índice de Desenvolvimento Humano municipal, em 2010.

Nota: Os gastos totais *per capita* foram deflacionados com base em julho de 2014 por meio do Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, disponibilizado pelo IBGE. Os valores foram convertidos a moeda americana, pela taxa de câmbio de 1º de julho de 2014 (1US\$ = 2.26 R\$).

Na Tabela 1, também são apresentados os dados sobre os recursos totais médios gastos *per capita* na atenção primária no período 2008-2010, em termos reais, a preços de julho de 2014. No quadriênio, os municípios brasileiros aplicaram em média US\$ 65,20 por habitante/ano, sendo que US\$ 23,97 provieram de transferência de recursos do governo federal. Verificou-se uma variação de 6,29 vezes no gasto total *per capita*/ano aplicado pelos municípios, ao se comparar o 90º com o 10º percentil; já a variação das transferências do governo federal foi relativamente menor, na ordem de 3,15 vezes. É importante destacar que pelo menos 10% dos municípios executou menos que o valor recebido da transferência federal para atenção primária em saúde, através do Bloco de Financiamento da Atenção Básica, como pode se visto na coluna E.

A Figura 1 mostra as variáveis incluídas no modelo econométrico. Em todas as covariáveis, as estimativas por regressão quantílica apresentaram efeitos assimétricos na distribuição condicional do índice de desempenho da atenção primária dos municípios brasileiros, evidenciando que as estimativas por mínimos quadrados ordinários trazem informações limitadas, visto que se obtém apenas um coeficiente para a média condicional. No caso do gasto na atenção primária, verificou-se que os 10º e 25º percentis apresentaram coeficientes maiores do que os 75º e 90º percentis; sinalizando um possível padrão de retornos decrescentes do gasto em saúde, pois na medida em que o desempenho da atenção básica aumenta, são necessários cada vez mais recursos para aumentar seu índice.

Figura 1: Variáveis do modelo econométrico avaliadas por regressão quantílica.



Na Tabela 2, são apresentados coeficientes estimados pelo modelo econométrico por regressão quantílica e por mínimos quadrados ordinários. Em ambos os métodos, o gasto total médio *per capita* aplicado na atenção primária apresentou um efeito positivo no desempenho da atenção primária dos municípios brasileiros no período 2008-2010; todos os coeficientes foram significativos ao nível de significância de 1%. No caso da estimativa por mínimos quadrados ordinários, encontrou-se que um aumento de 10% da variável gasto aumentaria em média 0,8% o desempenho da atenção primária, mantendo-se constantes as demais variáveis. Quando se analisam os resultados obtidos por meio de regressão quantílica, verifica-se um mapeamento mais detalhado desse efeito: no 10º percentil da distribuição condicional, um aumento de 10% da variável gasto aumentaria 1,4% o desempenho da atenção primária (quase duas vezes maior que a estimativa oriunda da regressão linear); ao passo que, no 90º percentil, esse efeito é de 0,13% no desempenho da atenção primária (quase sete vezes menor que a estimativa oriunda da regressão linear), para o mesmo aumento de 10% do gasto; quanto se compara o 10º ao 90º percentil da distribuição condicional, essa diferença é ainda maior, de 10,7 vezes.

Determinantes da saúde também foram introduzidos no modelo. Índice de Desenvolvimento Humano leva em consideração a renda, expectativa de vida e educação em

cada município, tendo um efeito positivo sobre o desempenho da APS. No entanto, o coeficiente de MQO parece superestimar o seu efeito em comparação com os resultados de regressão quantílica: um aumento de 10% no IDH leva a um aumento de 17,2% no desempenho APS (MQO), enquanto que no percentil 90 seu efeito foi de 12,6% (regressão quantílica). Além disso, nos quantis inferiores (10 e 25), essa variável não teve associação estatisticamente significativa com a variável resposta. Outro determinante de saúde analisado foi a proporção de residências com banheiro e fornecimento de água canalizada, como substituto da situação do saneamento em cada município. Como esperado, esta variável teve um efeito positivo sobre o desempenho da APS, tendo sido o efeito maior na porção inferior da variável resposta (no percentil 10, um aumento de 10% na proporção de residências com banheiro e água encanada disposição leva a um aumento de 16,8% sobre o desempenho da APS) do que na porção superior da distribuição (no percentil 90, um aumento de 10% na proporção de residências com banheiro e fornecimento de água canalizada leva a um aumento de 2,0% sobre o desempenho da APS).

Tabela 2: Resultados da regressão quantílica e mínimos quadrados ordinários demonstrando o efeito da média do gasto per capita com atenção primária à saúde e a distribuição condicional das variáveis regionais no desempenho da atenção primária à saúde nos municípios, Brasil

Covariáveis	MQO	Regressão Quantílica				
		10	25	50	75	90
log APS gasto	.0809913* (.005078)	.1427054* (.0108429)	.0842048* (.0056566)	.0364593* (.0032608)	.0202904* (.0022154)	.013574* (.0014838)
log IDHM	.1724738* (.0637983)	-.0945714 (.1580815)	.0551646 (.068892)	.1048882* (.0310438)	.1163349* (.0256265)	.1261122* (.0229788)
log banheiro	.0978802* (.0163606)	.1680526* (.0485434)	.0840781* (.0155355)	.0359944* (.0069441)	.0287064* (.0057697)	.0206755* (.0066047)
GH1	-.2830847* (.0474179)	-.215750*** (.1311356)	-.3376244* (.0733751)	-.3103635* (.0532266)	-.3032809* (.085318)	-.130032*** (.0765396)
GH2	-.2234152* (.0280219)	-.3174836* (.0584948)	-.3245205* (.0440359)	-.2580032* (.0539508)	-.1612803* (.0204785)	-.1170593* (.0359864)
GH3	-.1858116* (.0151305)	-.3233246* (.0358027)	-.2910422* (.0205179)	-.1718039* (.0148736)	-.0709721* (.0115479)	-.0328709* (.0059004)
Gh4	-.1137647* (.0134755)	-.2511986* (.0336547)	-.1731759* (.0267747)	-.0788065* (.0131676)	-.0307778* (.0061593)	-.0208348* (.0053167)
Gh5	-.0393248* (.010193)	-.103442* (.0257908)	-.0494462* (.0119929)	-.0105755** (.0049652)	-.0005245 (.0036954)	.0035566 (.0044703)
Norte	-.13509* (.0185665)	-.3804775* (.070172)	-.2836643 (.0351303)	-.0725993* (.0243955)	-.0288225* (.0070083)	-.0120412** (.0052073)
Nordeste	.0434602* (.0116797)	.0438809*** (.0235509)	.0056673 (.0114241)	-.0115344** (.0056647)	-.0184179* (.0037158)	-.0143111* (.0050506)

Sul	.0161578 (.0090606)	.0494257** (.023945)	.0187055 (.011597)	.0059769 (.0043777)	.0002203 (.0035773)	-.00483 (.0030054)
Centro-Oeste	.0041377 (.0104629)	.0180586 (.0286194)	-.0206468 (.0128539)	-.020077* (.0066088)	-.0127674** (.0053161)	-.0149559* (.0040331)
Constante	1.446639* (.0909853)	.6139705** (.2604968)	1.429159* (.0880155)	1.925982* (.0427638)	2.06638* (.0356054)	2.159947* (.035737)

Nota: * corresponde a *p-value* menor que 0,01; ** corresponde a *p-value* menor que 0,05; *** corresponde a *p-value* menor que 0,10.

Vale a pena notar duas evidências relacionadas com os grupos homogêneos. O primeiro indica que municípios com piores indicadores tiveram melhor desempenho na APS, uma vez que o sinal dos coeficientes foram negativos quando relacionados com o GH6 (dummy designado como caso-referência). A segunda indica que essa relação inversa é maior na porção inferior do desempenho da APS, declinando à medida que avançamos para a porção superior. Tomando o GH3 como um exemplo, há uma diferença em termos de desempenho relacionadas com a APS do GH6 de 32,33% no percentil 10, que é reduzido para 3,28% no percentil 90.

Em relação às *dummies* regionais, as disparidades são ainda maiores entre as regiões brasileiras, particularmente no norte do país, comparado ao sudeste (*dummy* de referência). Pelas estimativas de mínimos quadrados ordinários, os municípios do Norte teriam um desempenho menor do que os situados na região Sudeste, representando uma redução média de 13,5%. Quando se analisam pontos específicos da distribuição condicional, percebe-se que esse efeito negativo é maior nos percentis inferiores, chegando a uma redução de 28,0% no 10º percentil; ao se deslocar para os percentis maiores, a magnitude dos coeficientes diminui, chegando a um efeito de 1,2% no 90º percentil. Padrão inverso ocorre na região Sul, pois os municípios sulistas apresentaram desempenho maior do que os do Sudeste nos percentis inferiores da distribuição condicional da variável resposta (4,9%), sendo que este efeito positivo se reduz ao se aproximar da mediana, passando a ser estatisticamente insignificante nos 75º e 90º percentis.

DISCUSSÃO

As evidências geradas neste estudo suportam os seguintes resultados: i) os municípios brasileiros têm maior vocação para atuar na APS, visto que seu desempenho é maior nesse cuidado que nos demais (incluindo cuidados de média e alta complexidade); ii) alguns municípios brasileiros enfrentam dificuldades em executar os valores transferidos

através do bloco de financiamento da atenção básica, dado que pelo menos 10% deles informam investimento menor que os valores das transferências do governo federal, quando avaliado o gasto com atenção básica pelos municípios através da análise por bloco de financiamento do SIOPS; iii) há uma relação positiva entre gasto e desempenho da APS; e iv) há grandes disparidades regionais em relação ao gasto e o desempenho da APS no Brasil.

Verificou-se que o desempenho médio da APS nos municípios brasileiros é maior que o do total dos cuidados em saúde (8,12 versus 5,72, respectivamente). Dois aspectos podem estar associados a este resultado. O primeiro refere-se ao tamanho populacional dos municípios, pois mais de 70% possuem população de até 20 mil habitantes¹⁸ o que não permite escala suficiente para disponibilizar cuidados de média e alta complexidade¹⁹. O segundo está associado à mudança de percepção do governo brasileiro em relação ao financiamento da saúde, o qual tem priorizado a APS na alocação dos recursos disponíveis.

Segundo o Relatório do Banco Mundial sobre o sistema público de saúde brasileiro, entre 1988 e 2010, o número de equipes de saúde da família aumentou de 4.000 para mais de 31.600, com cobertura alcançando mais de 50% da população brasileira; além disso, as transferências federais para a APS foram superiores às transferências para a média e alta complexidade, em termos relativos. Essa realocação de recursos a favor da APS auxiliou na redução da natureza hospitalocêntrica do sistema de saúde²⁰. Esse aumento de recursos para a APS iniciou em 1997, por meio da NOB-96, com uma mudança qualitativa no financiamento da saúde pública pela União ao repassar recursos para os municípios ao invés de realizar pagamentos diretos a prestadores e ao priorizar as transferências para a APS²¹. Outro ponto importante para a ampliação da APS foi a criação do PAB-Fixo, além do reajuste que ocorreu em 2003 no valor do gasto *per capita* com APS e da implantação do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), com o objetivo de impulsionar a expansão e a qualificação desta estratégia²².

Em relação aos problemas de execução orçamentária mencionados acima, os municípios brasileiros são legalmente obrigados a devolverem os valores não executados das transferências financeiras recebidas, que podem ser realocadas, normalmente ao final do exercício financeiro, para o pagamento da dívida ou a amortização de juros, ou ser contada no cálculo de superávit primário²³. Assim, as falhas na execução orçamentária que podem ocorrer por ingerência ou por dificuldade técnica ou por problemas na modalidade de transferência, resultam em perdas para o sistema público de saúde, e conseqüentemente para a sociedade, que deixa de receber investimentos na APS. A inexecução orçamentária da APS foi observada também no Distrito Federal: mesmo com a pior cobertura de ESF do Brasil e

tendo um dos piores índices de desempenho do SUS, foi observada a execução de apenas 21,85% do orçamento da atenção básica²⁴.

Observou-se que os municípios do 90^o percentil aplicam 6,29 vezes mais recursos próprios na APS do que os municípios do 10^o percentil (US\$ 123,08 versus US\$ 20,03, respectivamente) e que a União repassa um valor três vezes maior para os municípios do 90^o percentil em relação aos do 10^o (US\$ 32,20 versus US\$ 11,17, respectivamente). Uma explicação para essa questão é que os municípios do 90^o percentil possivelmente têm maior capacidade operacional de aderir a programas específicos e receber verba do PAB-Variável. Entre 2007 e 2010, o PAB Variável cresceu 30% a mais do que o PAB fixo²⁵.

As desigualdades regionais na APS, com destaque para a região Norte, são observadas em todos os níveis da assistência à saúde. Somente o gasto em saúde não é capaz de resolver o seu desempenho, sendo necessário lidar com outros determinantes socioeconômicos, políticos, culturais e ambientais²⁶. Estes têm gerado desafios à sociedade brasileira por séculos, sendo o Brasil um dos líderes mundiais em desigualdade de renda. Apesar disso, nos últimos anos, determinantes sociais e diferenças regionais que afetam os indicadores da saúde têm progressivamente reduzido, especialmente com a melhoria do saneamento básico e da educação básica; além dos programas de transferência de renda condicional (Bolsa Família) que se somam para garantir o sistema de proteção social e aprimorar as condições de vida da população brasileira beneficiada²⁷. Compatível com os dados encontrados neste estudo, de que quanto menor o quantil de desempenho da APS, maior é o impacto do IDHM e da proporção de casas com banheiro e água canalizada.

Soma-se a isso a introdução da ESF, como principal estratégia da APS, que prioriza as regiões mais pobres – Norte e Nordeste – na implantação das equipes²⁸. Essa priorização foi observada também no financiamento: em todas as regiões do Brasil houve crescimento nos valores *per capita* dos recursos federais para a APS, tendo sido maiores para as regiões Nordeste e Norte, possivelmente numa tentativa do governo federal em minimizar essas disparidades regionais²⁹, ainda tão amplas e presentes³⁰. Foi observada a mesma lógica de equidade na transferência do recurso federal para a APS através dos grupos homogêneos, com maiores valores transferidos para o GH6 e os menores para o GH1.

Ressalta-se ainda que o GH6 apresentou melhor desempenho que todos os demais grupos homogêneos, especialmente nos quantis menores da regressão quantílica. Dos municípios da região Nordeste, 74% deles encontram-se no GH6; nesta região houve uma maior priorização da Estratégia Saúde da Família, que está relacionada com melhor

desempenho da atenção básica³¹, possível explicação para o melhor desempenho no Nordeste e no GH6.

É importante destacar algumas das limitações do presente estudo. A primeira diz respeito ao fato de que o cálculo do Ministério da Saúde do índice de desempenho da APS usa dados coletados durante todo o período de quatro anos (2007 a 2010) e não mostra a tendência na evolução dos indicadores d APS ao longo do período, mas sim medidas isoladas relacionadas a um ano específico neste período. No entanto, este é o único índice de desempenho nacional da APS disponível no Brasil, que abrange todos os municípios. A segunda limitação está relacionada ao fato de que os dados relativos ao gasto total médio per capita com APS são baseados em informações declaradas pelos municípios, o que, necessariamente, não foi auditado pelo governo federal. A este respeito, 4.334 municípios (77% dos municípios brasileiros) não declararam o montante dos fundos alocados na APS em 2007, motivo pelo qual foi excluído este ano da análise. A qualidade da declaração melhorou substancialmente nos anos seguintes, diminuindo a percentagem de valores em falta a 6% ao ano. Foram excluídos os valores em falta, no período 2008-2010, o que resultou em uma amostra de 4.706 municípios com informações completas.

CONCLUSÃO

Neste estudo, realizou-se uma avaliação do efeito do gasto com APS no seu desempenho. Observou-se que existe uma correlação direta entre eles: o aumento no gasto implica aumento no desempenho. Também se verificou que existe desigualdades significantes entre as regiões do Brasil: nos municípios com pior desempenho da APS (10^o percentil), a diferença é ainda maior, dependendo da região analisada; enquanto esta diferença é praticamente inexistente entre os municípios com melhor desempenho da APS (90^o percentil). Os resultados também apontam que pelo menos 10% dos municípios não executaram o orçamento transferido pela União. Esses achados são importantes para apoiar o planejamento das políticas públicas de saúde, especialmente com relação ao seu financiamento e à promoção da redução das desigualdades regionais.

REFERÊNCIAS

1. WHO. Primary Health Care. Report of the international conference on primary health care [Internet]. USSR: Alma-Ata, 1978 <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011.pdf> (accessed Aug 05,2014).

2. OPAS/WHO. Renewing primary healthy in the Americas. Washington: OPAS, 2007 <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19055en/s19055en.pdf> (accessed Aug 12, 2014).
3. Starfield B. Primary Care: balancing health needs, services and technology. New York: Oxford University Press, 1998 http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf (accessed: Ju 10, 2014).
4. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within organization for economic cooperation and development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res.* Jun 2003; 38(3):831-865. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1360919/> (accessed: Aug 16, 2014).
5. Brazil. Ministry of Health. Portaria n. 2.488. Brasília, 2011. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html (accessed: Sep 01, 2014).
6. Brazil. Ministry of Health. Department of Primary Health Care http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php Acesso em 23/08/2014 (accessed: Sep 01, 2014).
7. Brazil. Ministry of Health. Performance index of the National Health System. <http://189.28.128.182/i3geo/sage/abremapa.php?id=1> (accessed: Mar 15, 2013).
8. Jurberg C, Humphreys G. Brazil's march towards universal coverage. *Bull World Health Organ* 2010, 88:646-647 <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/9/10-020910.pdf> (accessed: Aug 26, 2014).
9. Brasil. Ministry of Health. Department of Health Care. Department of Primary Care. National Basic Care Policy. Brasilia: Ministry of Health, 2012 <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> (accessed Aug 13, 2014).
10. Koenker R, Bassett G. Regression quantile. *Econometrica* 1978, 46:33-50.
11. Koenker R, Hallock K. Quantile regression [Electronic version]. *Journal of Economic Perspectives* 2001, 15(4):143-156 <http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/hrpubs/19/>
12. Silva EN; Porto Junior SS. Financial system and economic growth: an application of quantile regression. *Econ. Apl.* [online] 2006, 10(3):425-442. ISSN 1413-8050.
13. Le Cook B, Manning WG. Measuring racial/ethnic disparities across the distribution of health care expenditures. *Health Services Research* 2009; 44 (5): 1603–1621.
14. Brazil. Ministry of Health. Information System on Public Health Budget <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops> (accessed: Aug 15, 2014).

15. IBGE. Brazilian Institute of Geography and Statistics. National Index of Consumer Prices Large: [updated 08/08/2014] http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/precos/inpc_ipca/defaultinpc.sht. (accessed Aug 23, 2014).
16. IBGE. Brazilian Institute of Geography and Statistics. Census 2010 <http://censo2010.ibge.gov.br/> (accessed: Aug 15, 2014).
17. Wooldridge, JM. Introductory Econometrics: a modern approach. [2 ed] Thomson South Western, 2003.
18. IBGE. Brazilian Institute of Geography and Statistics. Survey of Basic Municipal Information. 2011 <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/2011/default.shtm> (accessed: Oct 1, 2014).
19. Piola et. al. Health in Brazil: some questions about the Unified Health System (SUS). Brasília: IPEA 2009 <http://www.cepal.org/brasil/publicaciones/sinsigla/xml/4/35734/LCBRSR200SaudenoBrasil.pdf> (accessed: Oct 01, 2014).
20. Gragnolati M, Lindelow M, Couttolenc B. Twenty years of health system reform in Brazil. Washington, DC: The World Bank 2013 <http://documents.worldbank.org/curated/en/2013/01/17899895/twenty-years-health-system-reform-brazil-assessment-sistema-unico-de-saude> (accessed: Aug 12, 2014).
21. Marques R, Mendes A. Basic Health Attention and Family Health Program (PSF): new directions for health policy and funding? *Ciência & Saúde Coletiva* 2003; 8(2):403-415 http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200007 (accessed: Aug 28, 2014).
22. Solla JJSP, et al. Recent changes in federal funding from the National Health System: Basic Health Care. *Rer. Bras. Saude Mater. Infant* 2007; 7(4) http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292007000400018 (accessed: Aug 25, 2014).
23. Salvador ES. Public fund in Brazil: Financing and destination of Social Security funds (Thesis). Brasília University. 2008. <http://repositorio.unb.br/handle/10482/3893> (accessed: July 13, 2014).
24. David GC, Cunha JRA. The Public Health Budget in the Federal District in 2011: analysis of the right to primary health care. *Tempus: Actas de Saúde Coletiva* 2013; 7:63-77 <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1275/1137> (accessed em Sep 03, 2014).
25. Brazil. Ministry of Health. Portal Health with Transparency. 2014. <http://aplicacao.saude.gov.br/portalthtransparencia/index.jsf> (Accessed: Aug 15, 2014).

26. Sousa, MF. The family health program in Brazil: analysis of access to basic care. *Rev Bras Enferm*, Brasília, 2008; 61(2):153-8 http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000200002&script=sci_arttext (accessed: Oct 03, 2014).
27. Vicotra CG, et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *The Lancet* 2011; 377:2042-2053 [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60055-X/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60055-X/abstract) (accessed: Oct 04, 2014).
28. Facchini LA, et al. Evaluation of the effectiveness of Primary Health Care in South and Northeast Brazil: methodological contributions. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24 Sup 1:S159-S172 <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/20.pdf> (accessed: Oct 03, 2014).
29. Castro ALB, Machado CV. The politics of primary health care in Brazil: notes on regulation and federal funding. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, abril 2010; 26(4):693-705 <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n4/12.pdf> (accessed: Sep, 8, 2014).
30. Paim J, et al. The brazilian health system: history, advances and challenges. *The Lancet* 2011; 377:1778-1797. http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2730/1/Paim_Travassos_Almeida_etal.pdf (accessed: Oct 5, 2014).
31. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, et.al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à saúde em municípios das regiões sul e nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. Rio de Janeiro: *Cad. Saúde Pública* 24(S1)159-172, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/20.pdf> Acesso em: 05/05/2015.

5.2 Artigo 2 – Artigo no formato da revista ao qual foi submetido.

Atenção Primária à Saúde nos municípios brasileiros: Eficiência e disparidades.

Primary Health Care in Brazilian municipalities: efficiency and disparities.

Grazielle Custódio David¹, Helena Eri Shimizu², Everton Nunes da Silva³

RESUMO

Objetivo: Analisar a eficiência da Atenção Primária à Saúde, além de averiguar possíveis disparidades em saúde. **Método:** Estudo ecológico transversal, baseado em dados dos municípios no período 2008-2010 referentes ao IDSUS-AP e ao gasto total médio *per capita*, estratificado por região e grupos homogêneos. **Resultados:** Dificuldade de estruturação da atenção primária nas grandes cidades e no Norte; as transferências federais favoreceram os municípios com mais necessidades; maior eficiência encontrada no grupo homogêneo 6 e no Nordeste. **Conclusão:** Estas informações podem contribuir para aprimorar o planejamento das políticas públicas, visando à equidade e à eficiência da atenção primária.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; eficiência em saúde; disparidades em saúde; economia da saúde; desempenho em saúde.

ABSTRACT

Objective: To evaluate primary healthcare efficiency and verify possible health disparities. **Method:** Cross-sectional ecological study based on municipalities data for the period 2008 - 2010 related to IDSUS-AP and the total average expenditure per capita, stratified by region and homogeneous groups. **Results:** Difficulty of structuring the primary healthcare in large cities and in the north region; federal transfers favored municipalities with more health needs; greater efficiency found in homogeneous group 6 and in the Northeast. **Conclusion:** These results may help to improve the planning of public policies aimed to improve equity and efficiency of primary health care.

Keywords: primary health care; efficiency in health; health disparities; health economics; health performance.

Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho.

Declaro que a autora Grazielle Custódio David recebeu bolsa CAPES durante a realização do mestrado que teve como um dos seus produtos este artigo; porém, não houve interferência da instituição financiadora em nenhuma etapa de elaboração do artigo.

Atenção Primária à Saúde nos municípios brasileiros: Eficiência e disparidades.

INTRODUÇÃO

Em um contexto em que os recursos são limitados, o Estado deve fazer escolhas ótimas para gerir a oferta de ações e serviços de saúde, no intuito de aumentar os resultados à população, em termos de longevidade e de qualidade de vida. Nesse sentido, a análise econômica torna-se uma ferramenta importante para sinalizar alternativas eficientes em saúde (BROUSSELLE; LACHAINE; CONTANDRIOPOULOS, 2013).

A eficiência em saúde é pensada como a relação entre o custo e o impacto dos serviços sobre a saúde da população, mantido um nível de qualidade determinado (VIACAVA et.al., 2012). A eficiência refere-se à capacidade de um sistema de funcionar com menores custos sem diminuir os resultados, com vistas a obter a melhor relação de custo-efetividade possível desejáveis (DONABEDIAN, 2003).

São poucos os estudos que avaliam a eficiência em saúde no Brasil. A maioria dos artigos realizados recentemente refere-se à avaliação de ações, procedimentos e serviços de saúde específicos, com foco na média e alta complexidade. Especificamente relacionado à atenção primária, foram encontrados quatro estudos: dois com escopo estadual (São Paulo e Espírito Santo), outro voltado aos municípios da região Sudeste e o último aos municípios brasileiros; todos utilizaram como método de avaliação a Análise Envoltória de Dados (DEA).

Considerando o aumento do gasto público na área social nas últimas décadas (TCU, 2012), torna-se premente conduzir pesquisas que o avaliem, no intuito de orientar a aplicação mais eficiente dos recursos disponíveis, especialmente os gastos relacionados à Atenção Primária, que representa a principal estratégia de reorganização do sistema de saúde, cujo propósito é desenvolver atenção integral que impacte na situação de saúde e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades, de acordo com a Portaria GM/MS n. 2.488/2011.

O financiamento da Atenção Primária é tripartite, financiado pelos três entes federados; a União transfere aos municípios os recursos financeiros por meio do bloco de financiamento da atenção primária, na modalidade fundo a fundo, o qual é constituído pelos pisos da atenção básica: i) fixo (PAB fixo), composto por recurso *per capita*; e ii) variável (PAB variável), composto por recursos destinados à implantação de estratégias prioritárias (PIOLA et.al., 2009).

A expansão da Atenção Primária tem sido significativa. No final de 2013, havia 36 mil equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), 300 mil agentes comunitários de saúde e 23 mil equipes de saúde bucal (RODRIGUES et.al., 2014). Apesar destes avanços, o seu financiamento tem sido problemático, sobretudo porque ainda é insuficiente (MENDES; MARQUES, 2014).

Apesar das estratégias para aprimorar o financiamento da Atenção Primária, sabe-se que os municípios convivem com diversos tipos de dificuldades, especialmente os de pequeno porte que não contam com recursos próprios suficientes para financiar as despesas não cobertas pelo governo federal (MENDES; MARQUES, 2014), o que indica a necessidade analisar com maior profundidade a distribuição mais equitativa dos recursos para o melhor desempenho do sistema de saúde.

Desta forma, este estudo tem por objetivo avaliar a eficiência econômica da atenção primária à saúde nos municípios brasileiros, além de averiguar possíveis disparidades regionais e de fatores socioeconômicos/ características do sistema de saúde, considerando o gasto e o desempenho da atenção primária no Brasil no período 2008-2010.

MÉTODO

Trata-se de um estudo ecológico transversal, baseado em dados dos municípios brasileiros no período 2008- 2010 referentes ao desempenho e aos gastos em saúde, ambos atinentes às ações e serviços da atenção primária. O índice de desempenho da atenção primária e seu respectivo gasto total médio *per capita* foram estratificados em duas categorias, alto (A) e baixo (B), levando-se em consideração a média nacional do período sob investigação. Assim, obtiveram-se quatro grupos:

- v) AA, municípios com alto desempenho e alto gasto total médio *per capita*;
- vi) AB, municípios com alto desempenho e baixo gasto total médio *per capita*;
- vii) BA, municípios com baixo desempenho e alto gasto total médio *per capita*;
- viii) BB, municípios com baixo desempenho e baixo gasto total médio *per capita*.

Para fins desta análise, consideraram-se os municípios do grupo AB eficientes em termos econômicos, visto que obtiveram desempenho acima da média nacional (*output*) com recursos financeiros *per capita* aplicados na atenção primária abaixo da média nacional

(*input*); os municípios do grupo BA, por sua vez, foram considerados ineficientes, pois apresentaram desempenho abaixo da média nacional e utilizaram recursos financeiros *per capita* acima da média nacional.

O Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde da Atenção Primária (IDSUS-AP) foi utilizado como medida de desempenho dos municípios brasileiros, o qual foi disponibilizado pelo Ministério da Saúde em 2012. É composto por indicadores de acesso e efetividade da atenção primária, com dados do período de 2007-2010 (BRASIL, 2012). Este índice pode assumir valores entre zero (pior desempenho) e dez (melhor desempenho). São dez indicadores que caracterizam o IDSUS-AP, sendo três referentes ao acesso (cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção primária; cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde bucal; e proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas pré-natal) e sete referentes à efetividade (proporção de internação sensível à atenção primária; taxa de incidência de sífilis congênita; proporção de cura de novos casos de tuberculose pulmonar bacilífera; proporção de cura de novos casos de hanseníase; cobertura com vacina tetravalente em menores de um ano; média da ação de escovação dental supervisionada; e proporção de exodontia em relação aos procedimentos odontológicos). Todos os indicadores tinham uma meta previamente estabelecida pelo Ministério da Saúde, motivo pelo qual alguns dos resultados ultrapassaram 100%, por terem superado a meta.

O gasto total médio *per capita* foi obtido do Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) do Ministério da Saúde por meio do Bloco de Financiamento da Atenção Básica. Optou-se pela média dos valores declarados pelos municípios de 2008 a 2010, para manter a correspondência temporal com o IDSUS-AP; o ano de 2007 foi excluído da análise porque 79,3% dos municípios não declaram o valor despendido na atenção primária, o que enviesaria substancialmente a média amostral dessa variável. Já para os anos 2008, 2009 e 2010, a porcentagem dos municípios que não declaram o valor despendido com APS caiu para 8,8%, 7,5% e 6,2%, respectivamente. Os municípios sem esses dados foram excluídos da amostra; assim, dos 5.565 municípios brasileiros à época, a amostra do estudo conta com 4.706. O gasto refere-se ao valor total aplicado na atenção primária pelos municípios, o qual é constituído por financiamento tripartite (recursos próprios dos municípios, acrescidos das transferências da União e dos estados). Esses dados foram deflacionados a preços de julho de 2014, utilizando-se a série histórica do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014).

Para identificar eventuais disparidades regionais e de fatores socioeconômicos/características do sistema de saúde dos municípios, estes foram agrupados

por regiões brasileiras e por grupos homogêneos. Segundo metodologia adotada pelo Ministério da Saúde, os grupos homogêneos são uma forma de agrupar os municípios dentro da metodologia do IDSUS, onde foram utilizados três índices para caracterizá-los: índice de desenvolvimento socioeconômico (IDSE); índice de condição de saúde (ICS) e índice de estrutura do sistema de saúde do município (IESSM). Com base nesses índices, foram criados seis grupos homogêneos (GH) (BRASIL, 2012).

- vii) GH 1, com 29 municípios, apresenta alto índice de desenvolvimento econômico, médio índice de condição de saúde e médio índice de estrutura do sistema de saúde do município;
- viii) GH 2, com 94 municípios, apresenta alto índice de desenvolvimento econômico, médio índice de condição de saúde e médio índice de estrutura do sistema de saúde do município;
- ix) GH 3, com 632 municípios, apresenta médio índice de desenvolvimento econômico, médio índice de condição de saúde e baixo índice de estrutura do sistema de saúde do município;
- x) GH 4, com 587 municípios, apresenta baixo índice de desenvolvimento econômico, baixo índice de condição de saúde e baixo índice de estrutura do sistema de saúde do município;
- xi) GH 5, com 2.039 municípios, apresenta médio índice de desenvolvimento econômico, médio índice de condição de saúde e baixíssimo índice de estrutura do sistema de saúde do município, por não apresentar nenhuma estrutura de média e alta complexidade.
- xii) GH 6, com 2.184 municípios, apresenta baixo índice de desenvolvimento econômico, baixo índice de condição de saúde e baixíssimo índice de estrutura do sistema de saúde do município, por não apresentar nenhuma estrutura de média e alta complexidade.

Por se tratar de dados secundários e disponíveis à sociedade no sítio eletrônico do Ministério da Saúde, não foi necessário submeter este estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta os dados descritivos referentes ao índice de desempenho da atenção primária nos 4,706 municípios brasileiros, os quais refletem informações coletadas no período 2007-2010, além de alguns indicadores individuais sobre acesso e efetividade que

compuseram o IDSUS-AP. De um modo geral, a média nacional do IDSUS-AP foi relativamente alta, correspondendo a 8,11 (DP95% 1,53). Observou-se que os grupos de municípios avaliados com os menores índices de desenvolvimento econômico, de condição de saúde e de estrutura do sistema de saúde foram os que apresentaram maiores notas do IDSUS-AP: grupos homogêneos 5 e 6 obtiveram nota 8,54 (DP95% 1,34) e 8,25 (DP95% 1,34), respectivamente; enquanto os grupos homogêneos 1 e 2 obtiveram nota 6,21 (DP95% 1,52) e 6,7 (DP95% 1,47), respectivamente. Em termos regionais, o Norte se distancia das demais regiões em relação ao IDSUS-AP, com nota 7,23 (DP95% 1,91), enquanto as outras ficaram muito próximas à média nacional.

Ao se analisar os grupos homogêneos referentes aos indicadores selecionados de acesso e efetividade da atenção primária, percebe-se diferenças substanciais. Os grupos homogêneos 5 e 6 ultrapassaram a meta previamente estabelecida de cobertura populacional da atenção primária (125,40% e 115,80%, respectivamente – os valores acima de 100% ocorrem porque existem mais equipes de saúde da atenção básica em relação à população coberta, do que é preconizado pela norma), ao passo que os grupos homogêneos 1 e 2 ficaram abaixo da meta (61% e 64%, respectivamente). A meta estabelecida para cobertura populacional da saúde bucal era de 50%, a qual foi ultrapassada pelos grupos homogêneos 4, 5 e 6 (61,9%, 93,5% e 93,2%, respectivamente). Com relação ao indicador de internação sensível à atenção básica, a meta não deveria superar 28%; todavia, somente os grupos homogêneos 1 e 2 a alcançaram (26,9% e 28,2%, respectivamente). A taxa de sífilis congênita é alta em todos os grupos em relação à meta estabelecida de 1 caso em 1.000 nascidos vivos por ano, tendo o grupo homogêneo 3 a menor taxa (1,32/1.000 nascidos) e o grupo homogêneo 1 a maior (2,96/1.000 nascidos). Em relação à cobertura da vacina tetravalente em menores de um ano, apenas o grupo homogêneo 1 não atingiu a meta estabelecida de 95%, apesar de ter apresentado um elevado percentual de cobertura (93%).

Tabela 1: Média e desvio padrão dos indicadores selecionados e notas atribuídas aos municípios brasileiros referentes ao Índice de Desempenho do SUS na Atenção Primária (IDSUS-AP) para o período 2007-2010, por região brasileira e grupo homogêneo, Brasil

AP- Acesso		AP – Efetividade			IDSUS - AP
(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)
Cob. AP (%)	Cob. Saúde Bucal (%)	Tx intern. sens. à AP (%)	Tx sífilis cong.	Cob. vacina tetra (%)	IDSUS-AP

n	4.706	4.706	4.706	1.531	4.706	4.706
Média Nacional						
Brasil	110,3 (48,43)	83,6 (49,15)	37,7 (11,20)	2,20 (1,40)	107,1 (27,12)	8,11 (1,53)
Grupo Homogêneo						
1	61,0 (20,43)	28,3 (16,59)	26,9 (5,53)	2,96 (2,66)	93,0 (5,37)	6,21 (1,52)
2	64,0 (18,80)	35,3 (19,22)	28,2 (6,37)	1,92 (1,85)	95,0 (7,56)	6,7 (1,47)
3	75,3 (29,95)	48,3 (30,21)	32,3 (8,71)	1,32 (1,06)	101,0 (33,06)	7,22 (1,71)
4	85,0 (31,95)	61,9 (32,87)	44,0 (11,22)	1,95 (1,87)	103,3 (23,78)	7,34 (1,72)
5	125,4 (56,38)	93,5 (55,26)	34,2 (9,59)	2,46 (0,44)	109,4 (25,68)	8,54 (1,34)
6	115,8 (39,54)	93,2 (43,84)	41,5 (11,22)	2,81 (0,96)	108,4 (27,54)	8,25 (1,34)
Região Brasileira						
N	87,3 (38,91)	65,2 (40,64)	41,9 (11,17)	2,21 (1,59)	104,6 (26,99)	7,23 (1,91)
NE	106,6 (32,99)	85,6 (39,79)	43,4 (11,60)	2,38 (1,31)	104,7 (23,03)	8,15 (1,30)
CO	104,4 (43,83)	87,6 (43,66)	37,4 (9,73)	2,66 (2,30)	109,6 (26,18)	8,28 (1,22)
SE	116,1 (59,57)	83,2 (56,52)	34,0 (9,54)	1,64 (1,10)	110,8 (32,37)	8,20 (1,56)
S	117,3 (50,31)	84,4 (51,86)	33,4 (9,46)	2,06 (1,05)	104,4 (23,52)	8,35 (1,46)

Notas: Desvio padrão entre parênteses; (a) cobertura populacional com atenção primária; (b) cobertura populacional com saúde bucal; (c) taxa de internações sensíveis à atenção primária; (d) taxa de sífilis congênita por mil nascidos vivos; (e) cobertura com vacina tetravalente em menores de um ano; (f) nota do índice de desempenho do SUS da atenção primária; (n) número de observações municipais constantes no IDSUS.

Em relação às regiões, Sul e Sudeste apresentaram a maior cobertura populacional da atenção primária (117,4% e 116,1%, respectivamente), enquanto o Norte apresentou a menor (87,3%), sendo a única região que ficou abaixo da meta. O Nordeste e o Centro-Oeste obtiveram a maior cobertura populacional com saúde bucal (85,6% e 87,6%, respectivamente), enquanto o Norte obteve a menor (65,2%); apesar disso, todas as regiões ultrapassaram a meta de 50% de cobertura de saúde bucal. O indicador de internação sensível à atenção primária é mais alto no Nordeste e no Norte (43,4% e 41,9%, respectivamente) e mais baixo no Sul e Sudeste (33,4% e 34%, respectivamente), sendo importante ressaltar que todas as regiões não alcançaram a meta de ter no máximo 28% de taxa de internações de condições sensíveis à atenção primária. A taxa de incidência de sífilis congênita é alta em todas as regiões, sendo a menor taxa no Sudeste (1,64 casos/1.000 nascidos) e a maior no

Centro-Oeste (2,66 casos/1.000 nascidos). A cobertura da vacina tetravalente está acima da meta em todas as regiões.

A Tabela 2 sumariza os dados financeiros médios *per capita* aplicados na atenção primária referentes aos 4.706 municípios brasileiros no período 2008-2010, em relação às transferências da União e ao valor total aplicado nesta linha de cuidado. Nacionalmente, a média *per capita* das transferências federais aos municípios foi de R\$ 54,61 (DP95% 29,71) entre 2008 e 2010, enquanto o valor total médio *per capita* aplicado na atenção primária foi de R\$ 136,99 (DP95% 164,03). Observou-se que as transferências federais seguem um padrão voltado à equidade, pois houve maior repasse de recursos aos municípios com maiores dificuldades no período 2008-2010, tanto por grupo homogêneo [GH1 R\$ 27,38 (DP95% 9,61) *versus* GH6 R\$ 67,07 (DP95% 27,67)] quanto por região [Sudeste R\$ 46,65 (DP95% 168,67) *versus* Norte R\$ 66,37 (DP 95% 31,99)].

Tabela 2: Média e desvio padrão das transferências federais *per capita* e do gasto total *per capita* dos municípios para a atenção primária no período 2008-2010, por grupo homogêneo e por regiões, Brasil

	2008		2009		2010		2008-2010	
	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)	(h)
	Transf. fed. <i>per capita</i> (R\$)	Gasto total <i>per capita</i> (R\$)	Transf. fed. <i>per capita</i> (R\$)	Gasto total <i>per capita</i> (R\$)	Transf. fed. <i>per capita</i> (R\$)	Gasto total <i>per capita</i> (R\$)	Transf. fed. média <i>per capita</i> (R\$)	Gasto total médio <i>per capita</i> (R\$)
Média Nacional								
Brasil	46,37 (28,63)	127,15 (309,71)	54,76 (30,61)	130,67 (156,25)	62,70 (33,11)	153,15 (172,41)	54,61 (29,71)	136,99 (164,03)
Grupos Homogêneos								
1	21,21 (8,66)	56,58 (71,14)	32,93 (10,07)	60,45 (81,05)	28,00 (10,59)	98,56 (121,64)	27,38 (9,61)	71,86 (77,21)
2	31,97 (10,07)	55,22 (71,00)	27,50 (11,11)	69,90 (84,29)	30,99 (11,64)	80,24 (82,42)	30,15 (10,54)	68,45 (67,84)
3	27,61 (16,19)	80,94 (102,46)	33,04 (18,09)	94,44 (109,79)	37,66 (10,50)	114,55 (129,98)	32,77 (17,56)	96,64 (96,56)
4	43,59 (20,96)	63,24 (77,46)	51,39 (21,64)	79,29 (68,25)	59,75 (24,30)	95,37 (76,21)	51,57 (21,52)	79,30 (56,97)
5	42,82 (25,55)	147,83 (192,45)	50,20 (27,69)	170,65 (199,75)	56,55 (28,42)	200,25 (219,93)	49,85 (26,58)	172,91 (176,83)
6	56,53 (28,52)	141,97 (447,17)	67,10 (28,90)	120,70 (121,67)	77,58 (31,61)	139,28 (133,07)	67,07 (27,67)	133,98 (175,42)

Regiões Brasileiras								
N	56,69 (32,30)	88,69 (95,18)	66,10 (32,04)	97,02 (89,62)	76,34 (37,71)	114,16 (106,71)	66,37 (31,99)	96,88 (77,33)
NE	54,76 (26,42)	127,52 (480,25)	64,83 (26,41)	99,62 (96,22)	74,60 (27,93)	116,21 (104,24)	64,68 (25,51)	114,00 (176,64)
CO	53,06 (32,40)	140,61 (186,73)	59,75 (32,65)	157,65 (174,26)	69,84 (33,37)	182,81 (190,63)	60,88 (31,92)	160,35 (168,46)
SE	39,17 (24,59)	132,82 (177,68)	46,91 (31,31)	154,64 (187,45)	53,88 (31,28)	182,42 (59,49)	46,65 (168,53)	156,62 (168,67)
S	42,15 (23,87)	142,00 (161,46)	49,31 (25,94)	159,51 (171,68)	54,41 (26,69)	184,80 (183,98)	48,62 (24,27)	162,43 (147,74)

Notas: Desvio padrão entre parênteses; valores deflacionados a preços de julho de 2014, com base no IPCA-IBGE, (a) transferências federais *per capita* aos municípios brasileiros referentes à atenção primária em 2008; (b) gasto total *per capita* aplicado na atenção primária pelos municípios brasileiros em 2008, considerando o financiamento tripartite (União, estado e município), avaliando através do bloco de financiamento da atenção básica; (c) transferências federais *per capita* aos municípios brasileiros referentes à atenção primária em 2009; (d) gasto total *per capita* aplicado na atenção primária pelos municípios brasileiros em 2009, considerando o financiamento tripartite (União, estado e município); (e) transferências federais *per capita* aos municípios brasileiros referentes à atenção primária em 2010; (f) gasto total *per capita* aplicado na atenção primária pelos municípios brasileiros em 2010, considerando o financiamento tripartite (União, estado e município); (g) transferências federais médias *per capita* aos municípios brasileiros referentes à atenção primária entre 2008 e 2010; (h) gasto total médio *per capita* aplicado na atenção primária pelos municípios brasileiros entre 2008 e 2010, considerando o financiamento tripartite (União, estado e município).

Em termos de grupos homogêneos e do gasto total médio *per capita* com a atenção primária no período 2008-2010, verifica-se que os grupos 5 e 6, mais pobres e com serviços de saúde menos densos tecnologicamente, foram os que tiveram maior valor *per capita* liquidado, correspondendo a R\$ 172,91 (DP95% 176,83) e R\$ 133,98 (DP95% 175,42), respectivamente; já os grupos homogêneos 1 e 2, mais ricos e com serviços de saúde mais densos tecnologicamente, liquidaram relativamente menos na atenção primária, com média no período de R\$ 71,86 (DP95% 77,21) e R\$ 68,45 (DP05% 67,84), respectivamente (Tabela 2).

Quanto às regiões brasileiras, observa-se dificuldade na contrapartida do gasto total médio *per capita* com atenção primária pelos municípios das regiões Norte e Nordeste, visto que, apesar de receberem as maiores transferências federais *per capita*, têm o menor gasto total *per capita*: Norte R\$ 96,88 (DP95% 77,03) e Nordeste R\$ 114,00 (DP95% 176,64); ao passo que a região Sul aplicou R\$ 162,43 (DP95% 147,74).

A Tabela 3 mostra os dados dos municípios brasileiros que informaram que liquidaram um valor total com atenção primária inferior ao valor transferido pela União, quando avaliado o gasto por meio do bloco de financiamento da atenção básica do SIOPS, e

excluídos os municípios que não informaram seus gastos. De um modo geral, observa-se uma tendência de diminuição da frequência de inexecução das transferências federais ao longo do período analisado (de 18,23% em 2008 para 13,28% em 2010, referente à média nacional). No entanto, ressalta-se que a frequência de inexecução ainda foi relativamente alta (10,75% na média nacional) no período 2008-2010. Essa tendência também é verificada nos grupos homogêneos e nas regiões.

Tabela 3: Percentual de municípios que não executaram o valor transferido pela União no período 2008-2010, por grupo homogêneo e por região brasileira, Brasil

	2008	2009	2010	2008- 2010
	(a)	(a)	(a)	(a)
	% mun. não exec.	% mun. não exec.	% mun. não exec.	% mun. não exec.
Média Nacional				
Brasil	18,23	13,79	13,28	10,75
Grupo Homogêneo				
1	37,50	45,83	25,00	25
2	29,27	26,83	17,07	19,51
3	19,34	16,79	12,23	12,04
4	29,51	14,75	14,14	15,57
5	15,34	11,7	10,77	9,08
6	16,69	16,13	15,46	9,83
Região Brasileira				
N	20,53	18,93	19,2	17,87
NE	23,24	16,85	15,94	12,22
CO	11,14	7,67	8,91	7,92
SE	13,69	13,69	12,12	7,95
S	19,11	14,13	10,53	10,71

Nota: (a) porcentagem dos municípios que não executaram o valor transferido pela União.

Especificamente aos grupos homogêneos, a inexecução das transferências da União pelos municípios para a atenção primária no período 2008-2010 foi maior no grupo homogêneo 1 (25,0%) e menor no grupo homogêneo 5 (9,08%). Em relação às regiões brasileiras, no mesmo período, o Norte e o Nordeste foram as regiões que menos executaram o valor transferido pela União direcionado à atenção primária (17,87% e 12,22%, respectivamente); enquanto o Centro-Oeste apresentou um menor percentual de municípios com inexecução dos repasses federais (7,92%) (Tabela 3).

A Tabela 4 apresenta a distribuição dos municípios brasileiros nas quatro categorias (AA, AB, BA e BB), pela qual se buscou identificar os municípios eficientes e ineficientes com respeito à atenção primária. Nacionalmente, a maior parte dos municípios (44,7%) encontra-se na categoria AB, considerada como a mais eficiente, por representar a melhor relação gasto/desempenho. Em termos de municípios ineficientes (categoria BA), totalizaram-se 8,72% do total de municípios. Foi possível observar também que 78,11% dos municípios brasileiros apresentam alto IDSUS-AP. Entre os municípios com baixo IDSUS-AP, 80,36% apresentam também baixo gasto.

Tabela 4: Resultados da análise de eficiência dos municípios brasileiros segundo categorias AA, AB, BA e BB no período 2007-2010, por grupos homogêneos e regiões brasileiras, Brasil

	AA %	AB %	BA %	BB %
	alto	alto	baixo	baixo
	IdsAB e	IdsAB e	IdsAB e	IdsAB e
	alto	baixo	alto	baixo
	gasto	gasto	gasto	gasto
Média Nacional				
Brasil	26,47	35,81	9,49	28,23
Grupo Homogêneo				
1	12,45	8,33	8,33	70,83
2	6,09	12,19	8,53	73,17
3	17,15	19,52	15,51	47,81
4	9,83	36,06	3,89	50,2
5	42,24	33,21	12,24	12,29
6	32,48	43,12	6,97	17,42
Regiões Brasileiras				
N	18,4	24	9,06	48,26
NE	21,78	47,66	5,61	24,85
CO	38,61	26,48	15,09	19,55
SE	40,78	25,67	12,05	21,4
S	43,21	29,17	9,97	17,54

Notas: AA, municípios com alto desempenho e alto gasto total médio *per capita*; AB, municípios com alto desempenho e baixo gasto total médio *per capita*; BA, municípios com baixo desempenho e alto gasto total médio *per capita*; BB, municípios com baixo desempenho e baixo gasto total médio *per capita*.

Nos grupos homogêneos 1, 2, 3 e 4, prevaleceram os municípios na categoria BB, chegando a mais de 70% nos grupos 1 e 2. Na categoria dos mais eficientes (AB), destaca-se o grupo 6, que obteve o maior percentual de municípios (43,12%). Em termos regionais, por sua vez, o Norte e o Nordeste obtiveram quase metade de seus municípios em uma categoria,

sendo o Norte na BB (48,26%) e o Nordeste na AB (47,66%). Cabe destacar que o Nordeste também apresentou o menor percentual de municípios na categoria BA, com 5,61% do total desta região.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo apontam as seguintes observações: i) a dificuldade de estruturação da atenção primária nas grandes cidades (grupos homogêneos 1 e 2) e no Norte; ii) as transferências federais favoreceram os municípios com mais necessidades, visando à equidade, em termos tanto dos grupos homogêneos quanto das regiões; iii) a existência de inexecução orçamentária em alguns municípios brasileiros referente à atenção primária, principalmente no grupo homogêneo 1 e nas regiões Norte e Nordeste, quando avaliados os gastos informados pelos municípios através do bloco de financiamento da atenção básica no SIOPS; iv) a grande contribuição em termos de eficiência do grupo homogêneo 6 e do Nordeste na relação gasto/desempenho da atenção primária.

A cobertura populacional da atenção primária no grupo homogêneo 1 e 2 ainda é muito baixa. A Estratégia Saúde da Família tem tido dificuldade de ser introduzida de forma ampla e substitutiva ao modelo assistencial tradicional nos grandes centros urbanos, com sistemas de saúde complexos. Nestas cidades, a Estratégia ainda é focalizada apenas em grupos populacionais de maior risco social e por meio apenas da expansão de cuidados mínimos (CAETANO; DAIN, 2002). Alguns desafios decorrem das desigualdades sociais e de acesso aos serviços de saúde e das diferentes combinações do *mix* público–privado nestes municípios, que acabam por concorrer para a consolidação do modelo de atenção primária preventiva (VIANA et.al., 2008).

O único indicador que foi melhor no grupo homogêneo 1 do que nos demais é o de internação sensível à atenção primária, considerado um indicador utilizado para avaliar os serviços de saúde e a capacidade de resolução deste nível de cuidado; assim, o acesso à atenção primária de qualidade razoável deveria reduzir este indicador (ANSARI; LADITKA J; LADITKA S, 2006). Porém, alguns autores argumentam que essas internações podem estar mais relacionadas com variáveis socioeconômicas do que com a efetividade da atenção primária, particularmente devido aos determinantes sociais do processo saúde-doença (REHEM, 2011).

As transferências federais para a atenção primária demonstraram ser realizadas de acordo com a equidade. Os grupos homogêneos 6, 5 e 4 e as regiões Norte e Nordeste são os

que receberam maior transferência *per capita*. Tanto a equidade quanto a ampliação do valor *per capita* transferido pela União são reforçados a partir de 2003 (CASTRO; MACHADO, 2010). Nesse ano, o Ministério da Saúde estabeleceu uma estratégia de correção progressiva, aumentando o PAB fixo, valor transferido *per capita*, sem necessidade de pactuações como ocorre no PAB variável. Além disso, com o objetivo de atingir um financiamento mais equitativo, a Portaria do Ministério da Saúde GM/MS nº 1.434/2004 pela primeira vez empregou indicadores de condições sociais como critério para diferenciar os repasses federais aos municípios (SOLLA et.al., 2007).

Apesar desta transferência federal mais equitativa para a atenção primária nas regiões Norte e Nordeste, a contrapartida não é adequada: estas são as regiões com maior percentual de inexecução do valor transferido pela União para os municípios através do bloco de financiamento da atenção básica. Esta inexecução ocorre também no grupo homogêneo 1. Uma possível razão para esta baixa execução orçamentária é a disponibilidade insuficiente de profissionais de saúde, especialmente médicos para atuarem nestas regiões, o que dificulta a aplicação dos recursos (MAFRA, 2011). Outro elemento que os municípios alegam para justificar a baixa execução orçamentária da atenção primária é que os valores transferidos pela União são excessivamente “carimbados”, isto é, têm uma destinação muito fechada, que nem sempre estão de acordo com a necessidade da realidade local (ASSIS et.al., 2007). Existe ainda a possibilidade de que, como os dados de execução orçamentária são informados pelos municípios, eles estejam sendo informado de maneira incorreta; isto é, apesar dos municípios receberem o recurso federal através do bloco de financiamento da atenção básica, podem estar informando o gasto em outro bloco. Ainda assim, sendo o SIOPS único no seu propósito, resta-nos avaliar o financiamento e a execução orçamentária com APS por meio dos dados ali contidos e trazer ao conhecimento este possível problema que exige uma melhor adequação da contabilidade dos municípios. Especialmente porque na Portaria GM/MS n.204/2007 seu Art. 6º determina que: “Os recursos referentes a cada bloco de financiamento devem ser aplicados nas ações e serviços de saúde relacionados ao próprio bloco”, não sendo possível o uso do recurso federal em bloco distinto do inicialmente determinado.

A contrapartida municipal/estadual é outro elemento importante do financiamento da atenção primária. Neste estudo, verificaram-se grandes diferenças na proporção entre o gasto total médio e o valor federal transferido para a atenção primária entre 2008 e 2010: a região Norte aplicou 1,45 vez o valor transferido, enquanto a região Sul aplicou 3,34 vezes. A baixa aplicação própria das regiões Norte e Nordeste era esperada, por serem regiões com

menor arrecadação tributária, tendo assim pouca capacidade de aplicação de recursos próprios (PIOLA et.al., 2009).

Nos grandes centros urbanos que compõem os grupos 1 e 2, existe uma preponderância de assistência de média e alta complexidade, com precária oferta de atenção primária; nesses municípios, o orçamento e a força de trabalho são voltados para os níveis secundários e terciários, não priorizando o primário (ASSIS et.al., 2007). Isto pode ocorrer pela dificuldade em conciliar a organização desses níveis de atenção – com maior densidade tecnológica, que demandam muitos recursos financeiros e humanos – com a estruturação da atenção primária. Além destas dificuldades, existe ainda uma cobrança social que constantemente demanda mais recursos para a média e alta complexidade, direcionando a escolha política dos gestores sobre o investimento dos recursos, que acaba por precarizar a atenção primária.

A maior parte dos municípios da região Nordeste e do grupo homogêneo 6 (onde estão 71,32% dos municípios nordestinos) encontram-se na categoria AB. A eficiência (relação menor gasto com maior desempenho) nordestina na atenção primária também foi observada em outro estudo realizado com dados de 2008, que utilizou indicadores do Pacto pela Saúde e o gasto realizado pelo município, por meio da metodologia Análise Envoltória de Dados (DEA) em 3.892 municípios brasileiros; ademais, as capitais foram consideradas ineficientes (DIAS, 2010). A eficiência do Norte também foi observada naquele estudo, sendo um ponto de divergência com nossos resultados.

Uma possível explicação para o Nordeste ser mais eficiente pode ser a alta adesão à Estratégia Saúde da Família, comparada às outras regiões. Na média do período 2007-2010, a cobertura populacional por agentes comunitários de saúde e por equipes de saúde da família foi de 85,7% e 69,8%, respectivamente, no Nordeste; enquanto nas demais regiões somente o Norte se aproximou da cobertura por agentes comunitários (80,8%), estando as demais em torno de 55%, e na cobertura por equipe saúde da família a média das demais regiões é bem inferior ao Nordeste, em torno de 46% (BRASIL, 2015). Já havia sido observado que o modelo de saúde da família está associado com melhor desempenho quando comparado com o modelo de atenção primária tradicional (FACCHINI et.al., 2006).

Algumas limitações relacionadas aos resultados deste estudo devem ser ressaltadas. A primeira está relacionada à opção de utilizar a média dos valores declarados pelos municípios de 2008 a 2010, tendo o ano de 2007 sido excluído da análise porque 79,3% dos municípios não declaram o valor despendido na atenção primária, o que enviesaria substancialmente a média amostral dessa variável; inicialmente o ano de 2007 seria utilizado

para fazer correspondência temporal com o IDSUS-AP. A segunda advém da forma como este índice foi calculado, a partir de coleta de indicadores ao longo de quatro anos (2007-2010) de forma pontual, não sendo possível obter uma tendência de evolução dos indicadores ao longo dos quatro anos. No entanto, este é o único índice de desempenho da atenção primária disponível no Brasil, em nível nacional e para todos os municípios brasileiros.

CONCLUSÃO

Este estudo avaliou a relação entre o gasto total médio *per capita* e o desempenho, ambos relacionados com a atenção primária, nos municípios brasileiros no período 2007-2010, com vistas a identificar a eficiência e possíveis disparidades. O Nordeste foi a região que obteve o maior número de municípios considerados eficientes na atenção primária (47,66%), isto é, apresentaram a melhor relação de menor gasto com maior desempenho. Resultado semelhante foi encontrado para o grupo de municípios com os piores indicadores socioeconômicos e de estrutura de saúde (grupo homogêneo 6), para o qual 43,12% dos municípios deste grupo foram considerados eficientes. Em termos de disparidade, o Norte apresentou a maior proporção de municípios (48,26%) com baixo desempenho e baixo gasto total médio *per capita* na atenção primária, bem como os municípios com melhores indicadores socioeconômicos e de estrutura de saúde (grupo homogêneo 1), com 70,83%. Também foi encontrada inexecução orçamentária entre 2008 e 2010 (10,75%), sinalizando que alguns municípios encontraram dificuldades em executar o valor transferido pela União para a atenção primária ou não informaram de maneira correta seus gastos com APS por meio bloco de financiamento da atenção básica, sendo que se destacaram os municípios da região Norte e Nordeste e aquele com melhores indicadores socioeconômicos e de estrutura de saúde (grupos homogêneos 1). Estas informações são importantes para orientar o planejamento das políticas públicas de saúde, especialmente com relação ao seu financiamento e à promoção da redução das desigualdades regionais, com o objetivo de aprimorar de forma equitativa e eficiente a atenção primária no Brasil. Ainda podem ser importantes para orientar a adequada capacitação dos municípios sobre como informar seus gastos no SIOPS.

REFERÊNCIAS

1. ANSARI, Z.; LADITKA, J.N.; LADITKA, S.B. Access to health care and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. *Med Care Res Rev*, v. 63, n. 6, p. 719-741, 2006. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17099123>. Acesso em 20/12/2014.
2. ASSIS, M.M.A.; JESUS, W.L.A.; NASCIMENTO, M.A.L.; SANTOS, A.M. Atenção Primária à Saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política, metodológica e prática. Rio de Janeiro, ENSP, 2007. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_228616371.pdf Acesso em 10/01/2014.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Índice de Desempenho do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://idsus.saude.gov.br/> Acesso em: 10/10/2014.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php Acesso em 23/08/2014 Acesso em 08/01/2015.
5. BROUSSELLE, A.; LACHAINE, J.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. A Avaliação Econômica. In: BROUSSELLE, Astrid (Org.). Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2013.
6. CAETANO, R.; DAIN, S. O Programa Saúde da Família e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 11-21, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v12n1/a02.pdf> Acesso em 08/01/2015.
7. CASTRO, A.L.B.; MACHADO, C.V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento. *Cad. Saúde Pública*, v. 26, n. 4, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010000400012&script=sci_arttext Acesso em: 21/12/2014
8. DIAS, R.H. Eficiência da atenção primária a saúde nos municípios brasileiros [dissertação]. Brasília, Universidade de Brasília, FEAC, 2010. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/8364> Acesso em: 13/01/2015.
9. DONABEDIAN, A. *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford, Oxford University Press, 2003.
10. FACCHINI, L.A.; PICCINI, R.X.; TOMASI, E.; et.al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. Rio de Janeiro, *Ciênc. Saúde coletiva*, v. 11, n. 3, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30982.pdf> Acesso em: 05/01/2015.
11. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Índice Nacional de Preços ao Consumidor. [última atualização 08/08/2014] Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/precos/inpc_ipca/defaultinpc.sht. Acesso em: 04/01/2015.

12. MAFRA, F. O impacto da atenção básica em saúde em indicadores de internação hospitalar no Brasil [dissertação de mestrado]. Brasília, Universidade de Brasília, 2011. Disponível em: <http://portal2.tcu.gov.br/portal/pls/portal/docs/2054336.PDF> Acesso em 05/01/2015.
13. MENDES, A.; MARQUES, R. M. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 900-916, Out-Dez, 2014.
14. PIOLA, S.F.; VIANNA, S.M.; MARINHO, A.; et.al. Saúde no Brasil: algumas considerações sobre o sistema único de saúde (SUS). Brasília, Cepal, 2009. Disponível em: <http://www.cepal.org/brasil/publicaciones/sinsigla/xml/4/35734/LCBRSR200SaudenoBrasil.pdf> Acesso em 10/01/2015.
15. REHEM, T.C.M.S.B. Internações sensíveis à atenção primária: limites e possibilidades da lista Brasileira de diagnósticos [tese]. São Paulo, Enfermagem, 2011. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-27012012-124850/pt-br.php> Acesso em: 20/12/2014.
16. RODRIGUES, L. B. B. et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 343-352, 2014.
17. SOLLA, J.J.S.P.; REIS, A.A.C.; SOTER, A.P.M.; et.al. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*, v. 7, n. 4, Oct/Dec, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292007000400018 Acesso em 21/12/2014.
18. TCU. Relatório Sistêmico de Fiscalização da Saúde. Brasília, TCU, 2012. Disponível em: http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/imprensa/noticias/noticias_arquivos/032.624-2013-1%20Fisc%20Saude.pdf. Acesso em 10/01/2015.
19. VIACAVA, F.; UGA, M.A.D.; PORTO, S.; et.al. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 17(4), 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000400014&script=sci_arttext Acesso em: 04/01/2015.
20. VIANA, A.L.A.; ROCHA, J.S.Y.; ELIAS, P.E.; et.al. Atenção básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008001300013&lng=en&nrm=iso. Acesso em 09/01/2015.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, realizou-se uma avaliação do efeito do gasto com atenção primária à saúde (APS) no seu desempenho e a relação entre o gasto total médio *per capita* e o desempenho, ambos relacionados com a atenção primária, nos municípios brasileiros no período 2007-2010, com vistas a identificar a eficiência e possíveis disparidades.

Observou-se que existe uma correlação direta entre gasto com APS e seu desempenho: o aumento no gasto implica aumento no desempenho. Também se verificou que existe desigualdades significantes entre as regiões do Brasil: nos municípios com pior desempenho da APS (10^o percentil), a diferença é ainda maior, dependendo da região analisada; enquanto esta diferença é praticamente inexistente entre os municípios com melhor desempenho da APS (90^o percentil). Outro ponto de destaque é que pelo menos 25% municípios executam menos que o valor repassado pela União.

Com relação a eficiência, o Nordeste foi a região que obteve o maior número de municípios considerados eficientes na atenção primária, tanto em termos absolutos (932) quanto relativos (51,95%). Resultado semelhante foi encontrado para o grupo de municípios com os piores indicadores socioeconômicos e de estrutura de saúde (grupo homogêneo 6), para o qual 1.021 municípios foram considerados eficientes, correspondendo a 46,74% do total deste grupo. Em termos de disparidade, o Norte apresentou a maior proporção de municípios (51,22%) com baixo desempenho e baixo gasto total médio *per capita* na atenção primária, bem como os municípios com melhores indicadores socioeconômicos e de estrutura de saúde (grupo homogêneo 1), com 79,31%. Também foi encontrada inexecução orçamentária entre 2008 e 2010 (31,64%), sinalizando que alguns municípios encontraram dificuldades em executar o valor transferido pela União para a atenção primária, ou não informaram de maneira correta seus gastos no bloco de financiamento da atenção básica no SIOPS, sendo que se destacaram os municípios da região Norte e Nordeste e aquele com melhores indicadores socioeconômicos e de estrutura de saúde (grupos homogêneos 1).

Estas informações são importantes para orientar o planejamento das políticas públicas de saúde, especialmente com relação ao seu financiamento e à promoção da redução das desigualdades regionais, com o objetivo de aprimorar de forma equitativa e eficiente a atenção primária no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Brousselle A, Lachaine J, Contandriopoulos AP. A Avaliação Econômica. In: BROUSSELLE, Astrid (Org.). Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.
2. Donabedian A. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. Oxford: Oxford University Press, 2003.
3. OECD, Kelley E, Hurst J. Health care quality indicators project: conceptual framework paper. OECD Health Working Papers n.23. Paris: OECD Publishing, 2006. Disponível em: <http://www.oecd.org/els/health-systems/36262363.pdf>. Acesso em: 04/01/2015.
4. Viacava F, Ugá MAD, Porto S, Laguardia J, Moreira RS. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 17(4), 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000400014&script=sci_arttext Acesso em: 04/01/2015.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> Acesso em 13/08/2014.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 2.488. Brasília, Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html Acesso em: 01/09/2014.
7. Jurberg C, Humphreys G. Brazil's march towards universal coverage. Bull World Health Organ 88:646-647, 2010. <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/9/10-020910.pdf> Acesso em 26/04/2014.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> Acesso em 13/08/2014.
9. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde, 2004.
10. OMS/UNICEF. Cuidados primários de saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-Ata, Rússia. Brasília: UNICEF, 1979.

11. CUECO M. The origins of primary health care and selective primary care. *Am J Public Health*, 94(11):1864-1874, 2004. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448553/> Acesso em: 16/08/2014.
12. MAHLER HT. Health: A de-mystification of medical technology. *The Lancet*, 306(7940):829-833, 1975. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(75\)90232-9/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(75)90232-9/fulltext) Acesso em: 16/08/2014.
13. WHO. Primary Health Care. Report of the internacional conference on primary health care. Alma-Ata, USSR, 1978. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011.pdf> Acesso em: 16/08/2014.
14. WALSH JA, WARREN KS. Selective primary health care, an ínterim strategy for disease control in developing countries. *N Eng J Med*, 301:967-974, 1979. Disponível em: <http://garfield.library.upenn.edu/classics1993/A1993MH50900004.pdf> Acesso em: 16/08/2014.
15. PAIM, J S. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? Rio de Janeiro: Saúde em Debate 36(94):343-347, 2012.
16. Matta GC. A organização mundial de saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. *Trabalho Educação e Saúde* 3(2):371-396, 2005.
17. Starfield B. Atenção primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde, 2004.
18. Medina MG. O contexto local, a organização da atenção primária e a implementação de redes integradas de atenção à saúde: resultados da avaliação de dois estudos de caso [tese]. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.355 de 10 de outubro de 2013. Brasília, 2013.
20. Merhy EE. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: *Agir em Saúde: um desafio para o público*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2002.
21. Castro ALB, Machado CV. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(4):693-705, 2010.
22. A Verdict on Gatekeepers [editorial]. *The New York Times*, Nov. 15, 2001. Disponível em: <http://www.nytimes.com/2001/11/15/opinion/a-verdict-on-gatekeepers.html> Acesso em: 15/07/2014.

23. Santos WG. Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Campus, 1987.
24. Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(5):951-963, mai, 2006.
25. Brasil. Histórico de Cobertura da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde / Departamento de Atenção Básica. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php Acesso em: 13/04/2014.
26. Lopes EAA. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica e seu potencial de gerar mudanças no trabalho dos profissionais. [Dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília, 2013.
27. Pinto H, Aurélio SA; Florêncio AR. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. Rio de Janeiro: R. Eletr. De Com. Inf. Inov. Saúde, 6(sup2), 2012.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Manual do Índice de Desempenho do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: www.idsus.saude.gov.br Acesso em: 12/04/2014.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Modelo avaliativo e ficha de indicadores do IDSUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: idsus.saude.gov.br Acesso em: 12/04/2014.
30. Médici A. O índice de desempenho do SUS. Instituto de estudos de Política Econômica. Casa das Garças, 2013. Disponível em: <http://iepedg.com.br/uploads/artigos/O%20Indice%20de%20Desenvolvimento%20do%20SUS.pdf> Acesso em 21/12/2014.
31. Brasil. Ministério da Saúde. IDSUS: Índice de desempenho do sistema único de saúde[ppt]. 2013. Disponível em: http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/handle/1/759/ATPS%20%20Ambienta%C3%A7%C3%A3o%20%20Monitoramento%20e%20Avalia%C3%A7%C3%A3o_IDSUS%20-%20Afonso%20Reis.pdf?sequence=1 Acesso em: 29/12/2014
32. Brasil. Constituição Federal. Brasília: Congresso Nacional, 1988.
33. Brasil. Emenda Constitucional n.29. Brasília: Congresso Nacional, 2000.
34. Brasil. Lei Complementar n.141. Brasília: Congresso Nacional, 2012.
35. Brasil. Norma Operacional Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
36. Brasil. Pacto pela Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

37. Almeida PF. Mapeamento e Análise dos Modelos de Atenção Primária à Saúde nos países da América do Sul. Rio Janeiro: ISAGS/UNASUR, 2014. Disponível em: [http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb\[127\]ling\[1\]anx\[519\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb[127]ling[1]anx[519].pdf) Acesso em 12/01/2015.
38. Brasil. Portaria n.1409. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
39. Brasil. Portaria n.562. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
40. Vieira RS; Servo, LMS. “Estimativas de custos dos recursos humanos em atenção básica: Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB)”. Nota Técnica nº16. Rio de Janeiro: IPEA; 2013.
41. Teixeira HV, Teixeira MG. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do SIOPS. *Ciência & Saúde Coletiva* 8(2):379-391, 2003.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre orçamentos públicos em saúde – Siops / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
43. Evans RG. Going for the gold: the redistributive agenda behind market-based health care reform. *Journal of Health Politics. Policy of Law Offprints*, v.22, n.2, p.427-465. 1997. Disponível em: http://www.pnhp.org/PDF_files/Going%20for%20the%20Gold%20%20Redistributive%20Agenda%20behind%20Market-Based%20Health%20Care%20Reform.pdf Acesso em 04/01/2015.
44. Fonseca PC, Ferreira MAM. Investigação dos níveis de eficiência na utilização de recursos no setor de saúde: uma análise das microrregiões de Minas Gerais. *Saude soc.* 18(2), 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902009000200004&lng=en&nrm=iso Acesso em 04 /01/2015.
45. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine.* 114(11):1115-1118, 1990. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2241519> Acesso em: 04/01/2015.
46. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: National Library of Healthcare Indicators. Health Plan and Network Edition. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; 1997.
47. Brasil. Constituição Federal. Brasília: Congresso Nacional, 1988.
48. Galvarro MPSQS, Faria ER, F MAM, Souza GJP. Desigualdades regionais na saúde no estado de Minas Gerais. *RAHIS* Jan/Jun 2012. Disponível em:

- <http://web.face.ufmg.br/face/revista/index.php/rahis/article/view/1683> Acesso em: 13/01/2015.
49. Sen A. Por qué La equidade em salud. *Rev Panam Salud Publica* 11(5-6):302-309, 2002. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1020-49892002000500005&script=sci_arttext Acesso em 13/01/2015
50. Duarte EC, Schneider MC, Paes-Sousa R, Silva JB, Castillo-Salgado C. Expectativa de vida ao nascer e mortalidade no Brasil: análise exploratória dos diferenciais regionais. *Rev Panam Salud Pública* 12(6), 2006. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1020-49892002001200009&script=sci_arttext Acesso em 13/01/2015.
51. Figueiredo L, Noronha KV, Andrade MV. Os impactos da saúde sobre o crescimento econômico na década de 90: uma análise para os Estados brasileiros. Minas Gerais: UFMG/CEDEPLAR, 2003. Disponível em: <http://www.cedeplar.ufmg.br/pesquisas/td/TD%20219.pdf> Acesso em 13/01/2015.
52. Barnes R, Socott-Samuel A. Health impact assessment and inequalities. *Rev Panam Salud Publica* 11(5-6), 2002. Disponível em: http://www.precaution.org/lib/06/hia_and_inequalities.021101.pdf Acesso em: 13/01/2015.
53. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Índice Nacional de Preços ao Consumidor. [última atualização 08/08/2014] Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/precos/inpc_ipca/defaultinpc.sht. Acesso em: 04/01/2015.
54. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010 <http://censo2010.ibge.gov.br/> Acesso em: 04/01/2015.
55. Brasil. Ministério da Saúde. Índice de Desempenho do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://idsus.saude.gov.br/> Acesso em: 10/01/2014.