



PESQUISA

Eficiência do gasto público voltado à atenção primária à saúde em um município brasileiro
Efficiency of public spending aimed at primary health care in a brazilian municipality
Eficiencia del gasto público dirigido a la atención primaria de salud en un municipio brasileño

Jocélio Ramalho da Silva¹, Jássio Pereira de Medeiros²

RESUMO

Objetivo: analisar o repasse de recursos para a atenção primária no município de Canguaretama/RN, no período de 2010 a 2019 e relacionar esse repasse com os produtos entregues à população e provenientes desses repasses. **Método:** Trata-se de estudo descritivo que levantou os valores dos repasses federais ao município, na modalidade fundo a fundo; a cobertura populacional na atenção básica; os quantitativos de atendimentos individuais; os procedimentos e visitas domiciliares realizadas na atenção básica; e o quantitativo de servidores da saúde. **Resultados:** os repasses federais vêm aumentando a cada ano, sendo maiores na atenção básica, permitindo a cobertura de 99,85% da população com a atenção básica. O quantitativo de servidores da saúde é amplo e em maior número entre aqueles de nível superior. **Conclusão:** houve aumento nos investimentos em saúde no município, acompanhando o aumento dos repasses de financiamento na saúde local.

Descritores: Sistema Único de Saúde; Atenção primária a saúde; investimento público em saúde.

ABSTRACT

Objective: to analyze the transfer of resources to primary care in the municipality of Canguaretama/RN, in the period from 2010 to 2019 and to relate this transfer with the products delivered to the population and from these transfers. **Method:** This is a descriptive study that raised the values of federal transfers to the municipality, in the fund-to-fund mode; population coverage in primary care; the amount of individual assistance; the procedures and home visits carried out in primary care; and the number of health workers. **Results:** federal transfers are increasing every year, being higher in primary care, allowing coverage of 99.85% of the population with primary care. The number of health workers is large and in greater number among those with higher education. **Conclusion:** there was an increase in investments in health in the municipality, accompanying the increase in transfers of financing in local health.

Keywords: Unified Health System; Primary health care; public investment in health.

RESUMEN

Objetivo: analizar la transferencia de recursos a la atención primaria en el municipio de Canguaretama/RN, en el período de 2010 a 2019 y relacionar esta transferencia con los productos entregados a la población y de estas transferencias. **Método:** Se trata de un estudio descriptivo que elevó los valores de las transferencias federales al municipio, en la modalidad de fondo a fondo; cobertura poblacional en atención primaria; la cantidad de asistencia individual; los trámites y visitas domiciliarias que se realizan en atención primaria; y el número de trabajadores sanitarios. **Resultados:** las transferencias federales aumentan cada año, siendo mayores en atención primaria, lo que permite cubrir al 99,85% de la población con atención primaria. El número de trabajadores de la salud es grande y en mayor número entre los que tienen educación superior. **Conclusión:** hubo un aumento de las inversiones en salud en el municipio, acompañando el aumento de las transferencias de financiamiento en salud local.

Palabras clave: Sistema Único de Salud; Atención Primaria de Salud; Inversión Pública en Salud.

¹ Especialista em Gestão Pública; Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte; jocelio.med@gmail.com

² Doutor, Professor do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte; jassio.pereira@ifrn.edu.br

INTRODUÇÃO

A partir da década de 1980, a mudança no perfil demográfico e epidemiológico da população em todo o mundo, aliada a contextos econômicos restritivos, ao aumento das despesas em saúde decorrentes da incorporação desordenada de tecnologias de alto custo, à ineficiência e baixa qualidade dos serviços e às mudanças no papel do Estado impulsionaram reformas organizacionais dos sistemas de saúde em diversos países das Américas e da União Europeia (OPAS, 2018).

Nesse sentido, a Atenção Primária à Saúde (APS) foi concebida, como oferta de cuidados primários essenciais, compreendendo ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, riscos e doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde (BRASIL, 2017).

No Brasil, durante o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), as práticas de APS passaram a ser denominadas de atenção básica, implementada como política de Estado. O novo arranjo federativo na saúde compreendeu avanços no movimento de descentralização político-administrativa, com ênfase na municipalização; o estabelecimento de novos mecanismos de financiamento na saúde; e a progressiva transferência de responsabilidades pela execução direta de ações e serviços de saúde a estados e principalmente a municípios, com destaque para os ambulatoriais.

Destarte, o financiamento da atenção primária à saúde, bem como dos outros níveis de atenção, provém, principalmente, de transferências do governo federal para os municípios. Em 2011, os municípios foram divididos em quatro faixas de financiamento, por meio de cálculo que inclui as variáveis: porte populacional, PIB *per capita*, percentual da população com plano de saúde, percentual da população com bolsa família ou percentual da população em extrema pobreza e densidade

demográfica (BRASIL, 2011). Como forma de definir o valor do Piso para Atenção Básica (PAB) fixo, o qual deve cobrir a demanda por serviços e a manutenção da estrutura instalada, por exemplo, recursos humanos, equipamentos e unidades de saúde. Baseando-se nessa metodologia, espera-se que tais variáveis, que interferem na distribuição das receitas, também interfiram nas despesas municipais associadas à demanda pela atenção primária à saúde.

Além do PAB fixo, há também o PAB variável, vinculado à adesão e a manutenção de programas definidos em nível federal, tais como a Estratégia Saúde da Família (ESF), Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

Em 2016, a União destinou a área da saúde cerca de R\$ 110 bilhões, dos quase R\$ 3 trilhões do orçamento geral da União. Isso corresponde a terceira maior dotação orçamentária, ficando atrás apenas dos recursos destinados ao pagamento dos juros da dívida pública e aos gastos com a Previdência Social. Nesse mesmo ano, dos R\$ 10,5 bilhões do orçamento geral do estado do Rio Grande do Norte, 15,30% foram comprometidos com a área da saúde, fato que coloca esta área como a segunda que mais consome recursos públicos do orçamento geral do estado (RIO GRANDE DO NORTE, 2020).

Contudo, a demanda por serviços de saúde no Brasil, muitas vezes, não é satisfeita por limitações e falhas do sistema de saúde, como o tempo de espera, a falta de profissionais ou serviços, a qualidade dos mesmos, entre outros problemas de gestão (LEITE et al, 2018).

Atualmente, existem cerca de 43 mil equipes de Saúde da Família no país, responsáveis pelo atendimento de 63% da população. A meta do governo federal é alcançar 50 mil equipes de

Saúde da Família em funcionamento, cobrindo 70% da população até o próximo ano (BRASIL, 2019).

Com ênfase no estado do Rio Grande do Norte, que possui 167 municípios, o município de Canguaretama, está localizado a 65 quilômetros de Natal, capital do estado, é o 16º mais populoso do mesmo, com 34.276 habitantes. Possui uma área de 245,529 km², com uma taxa de urbanização de 65,45%. É constituído pela sede e por dois distritos, o de Piquiri e o da Barra do Cunhaú. Possui, atualmente, 15 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Tendo como premissas a avaliação e planejamento como componentes da gestão em

saúde, o presente trabalho apresenta e discute sobre a estrutura de saúde voltada à atenção primária a saúde no município de Canguaretama/RN, relacionando os investimentos em insumos para saúde pública e alguns dos produtos obtidos e ofertados a população local.

O presente estudo objetiva, dentro desse contexto, analisar o repasse de recursos para a atenção primária no município de Canguaretama/RN, no período de 2010 a 2019 e; de forma específica, relacionar esse repasse com os produtos entregues à população e provenientes desses repasses.

MÉTODO

A presente investigação trata-se de um estudo do tipo descritivo, baseado em dados estatísticos do município de Canguaretama/RN, no período 2010-2019, referentes ao bloco da saúde, com ênfase nas ações e serviços da atenção primária.

Esta pesquisa possui abordagem quantitativa, uma vez que faz uso de ferramentas estatísticas para analisar os dados, como o *software* Microsoft Excel, versão 2016. A pesquisa quantitativa caracteriza-se pelo emprego de ferramentas estatísticas na coleta e análise dos dados, buscando a precisão dos resultados.

As informações sobre os repasses, na modalidade fundo a fundo, do governo federal para o município, foram obtidos em endereço eletrônico

(<https://consultafns.saude.gov.br/#/consolidada>), analisando cada ano do período de 2010 a 2019, relativos a custeio e investimentos na saúde, sendo o bloco de custeio dividido em Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS, Vigilância em Saúde. Também foram usados, como fonte complementar de dados, os Relatórios Gerenciais

da Sala de Apoio à Gestão Estratégica, do citado período.

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, através do endereço eletrônico <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/financeiros/siops>. O gasto refere-se ao valor total aplicado na atenção primária pelos municípios e é constituído por financiamento tripartite (recursos próprios dos municípios, acrescidos das transferências da União e dos estados).

Foi igualmente utilizado como fonte de coleta de dados, o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), que integra a estratégia do Departamento de Saúde da Família (DESF/SAPS/MS) denominada e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), que propõe o incremento da gestão da informação, a automação dos processos, a melhoria das condições de infraestrutura e a melhoria dos processos de trabalho. O mesmo foi instituído pela Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013, passando a ser o sistema de

informação da Atenção Básica vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica, substituindo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Nele foram coletados os dados referentes ao quantitativo de atendimentos individuais, odontológicos e procedimentos realizados na atenção básica municipal e o número de visitas domiciliares feitas por qualquer membro da equipe, perfazendo o período de 2014 a 2019. Não foi possível fazer dos últimos dez anos, uma vez que no SISAB, constam apenas os dados a partir de 2014.

Através do sitio eletrônico do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), foram extraídos o quantitativo de servidores municipais, contemplando servidores estatutários e contratados, durante o período de 2010 a 2019, os quais foram divididos em grupos de: Agente

Comunitário de Saúde (ACS), técnicos administrativos (TAE), profissionais da saúde de nível médio e profissionais da saúde de nível superior. Nessa mesma fonte também foi observado o quantitativo de estabelecimentos de saúde que compõem a rede de saúde do SUS do município, englobando os três níveis de atenção: básica, secundária e terciária. Estes dados foram complementados com aqueles disponíveis da página eletrônica do Departamento de Informática do SUS (<http://www.datasus.gov.br>).

O acesso aos bancos eletrônicos de dados supracitados forma obtidos durante o período de 03 a 10 de fevereiro de 2020. Por se tratar de dados secundários e disponíveis ao público nos sítios eletrônicos supracitados, não foi necessário submeter este estudo ao Comitê de Ética em pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Brasil, o financiamento em atenção primária à saúde, bem como dos outros níveis de atenção, provém, principalmente, de transferências do governo federal para os municípios. A Norma Operacional Básica, de 1996, estabeleceu o atualmente chamado Piso de Atenção Básica fixo (PAB fixo), em que os valores a serem transferidos eram basicamente definidos pela multiplicação de valor per capita nacional pela população de cada município. Em 2011, os municípios foram divididos em quatro faixas de financiamento, por meio de cálculo que inclui as variáveis: porte populacional, PIB per capita, percentual da população com plano de saúde, percentual da população com bolsa família ou percentual da população em extrema pobreza e densidade demográfica (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018). O PAB fixo deveria cobrir a demanda por serviços e a manutenção da estrutura instalada, como recursos humanos, equipamentos e unidades de saúde.

Baseando-se nessa metodologia, espera-se que tais variáveis que interferem na distribuição das receitas também interfiram nas despesas municipais associadas com a demanda pela atenção primária à saúde.

Os recursos destinados à operacionalização e financiamento do SUS, contudo, ficam muito aquém de suas necessidades, pois estes não têm acompanhado o crescimento populacional, a inflação na saúde e a incorporação de tecnologias. O financiamento público brasileiro é, em média, quinze vezes menor que a média praticada no Canadá, em países Europeus, na Austrália e em outros países. Desta forma, o financiamento público da saúde é afetado por diversos fatores, tais como decisões políticas, macroeconômicas, pelo contexto internacional e pelas decisões sobre as políticas públicas brasileiras (OPAS, 2018).

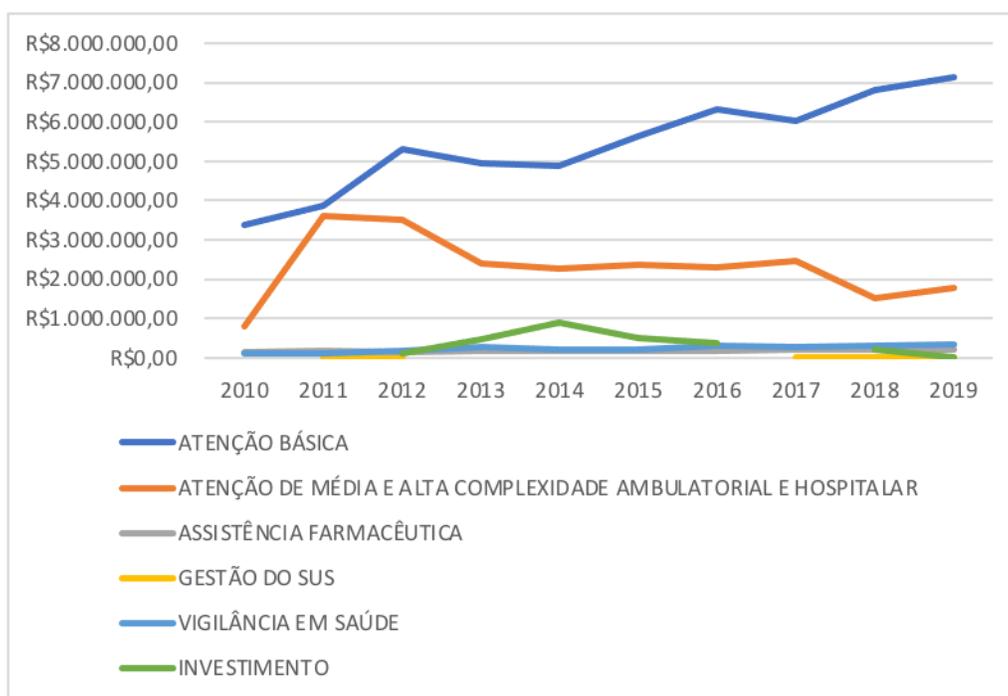
Surge, então, a definição de eficiência em saúde como a relação entre o custo e o impacto

dos serviços sobre a saúde da população, mantido um nível de qualidade determinado. Eficiência refere-se à capacidade de um sistema de funcionar com menores custos sem sacrificar os resultados, com vistas a obter a melhor relação de custo-efetividade possível (BRAGA; FERREIRA; BRAGA, 2015).

Ainda segundo os autores, leva-se em conta que acréscimos na demanda por recursos públicos, geralmente escassos, são acompanhados de busca por maior eficiência na sua aplicação, o que leva a impulsos no uso e aprimoramento de instrumentos e técnicas de gestão, além de permitir melhor avaliação das políticas públicas.

A partir do sistema de informações da saúde do Fundo Nacional de Saúde com acesso realizado em fevereiro de 2020, foi possível coletar e construir a Figura 1, referente à evolução dos valores dos repasses feitos pelo governo federal na modalidade fundo a fundo ao município de Canguaretama/RN no período de 2010 a 2019. Esse repasse da saúde é dividido em seis grandes blocos: atenção básica, foco desta pesquisa; atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, assistência farmacêutica, gestão do SUS, vigilância em saúde e investimentos.

Figura 1: Repasses Fundo a Fundo para município Canguaretama/RN 2010- 2019.



Fonte: Fundo Nacional da Saúde.

Analisando a Figura 1, fica evidente que o bloco de maior repasse financeiro é o da atenção básica, seguido da atenção média e alta complexidade, assim como observa-se a linha crescente dos valores no período em análise, sendo em 2010, R\$ 3.379.350,37 e em 2019, R\$ 7.119.073,25, mais que o dobro de aumento nos últimos 10 anos. Já com ênfase a atenção secundária, vê-se uma estabilidade e, por último, uma leve queda nos repasses, atualmente, sendo de R\$ 1.787.084,88. Quanto aos demais blocos,

verifica-se pequena variação nos valores, ficando no intervalo de R\$ 139.821,75 a R\$ 208.787,08 o bloco da assistência farmacêutica. Observa-se um pico no repasse do bloco de investimento em 2014, o qual foi de R\$ 909.800,00 e que evoluiu com queda considerável em 2019, sendo apenas de R\$ 18.000,00.

Diante da Figura 1 e dos valores expressos, confirma-se que a atenção básica é responsável pela maior parte do montante do repasse, além de sempre aumentar durante os anos, provavelmente

em consequência do aumento populacional e melhor estruturação da rede de atenção primária a saúde. Destaca-se que, o aumento dos investimentos na atenção básica, a qual é responsável por até 80% de resolubilidade das queixas clínicas da população, de acordo com a OPAS (2018), contribuindo para desafogar os serviços de atenção de média e alta complexidade, deixando estes como estabelecimentos de saúde para situações específicas que a atenção primária não resolveu.

Fica evidente também que os demais blocos (assistência farmacêutica, gestão do SUS, vigilância em saúde e investimentos) recebem baixos valores quando comparado aos blocos da atenção básica e média e alta complexidade, sobretudo o de investimentos e de gestão do SUS. Esse fato torna o sistema de saúde deficitário na gestão e nas práticas de vigilância em saúde como forma de prevenção e promoção à saúde. Nesse caso, por exemplo, a assistência farmacêutica permanece linear, mesmo com o aumento da população e, por conseguinte, com o aumento da demanda por medicações, culminando com a falta de remédios nas farmácias dos estabelecimentos

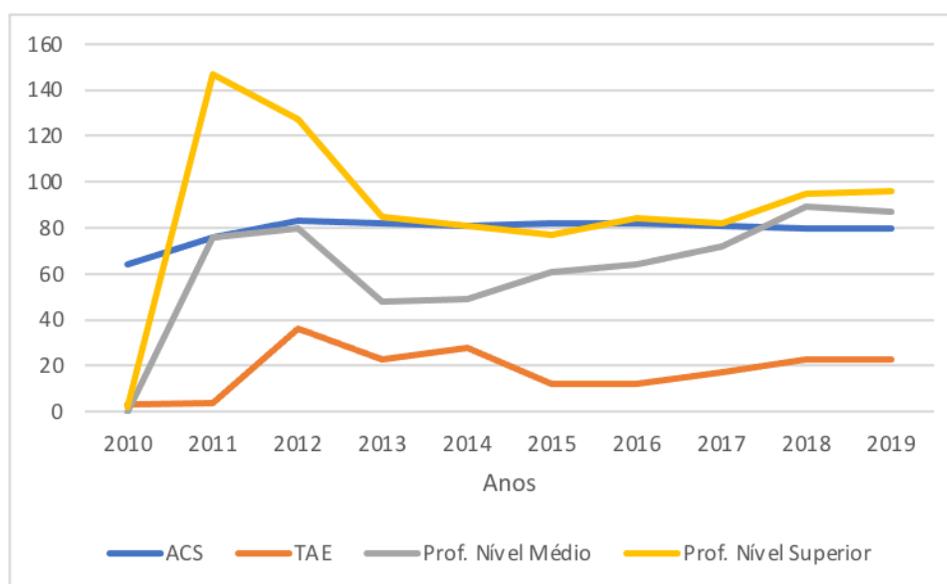
de saúde, para uso interno e de distribuição gratuita.

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, porque não contam com recursos próprios suficientes para financiar as despesas não cobertas pelo governo federal (ARAÚJO; MACHADO; GONÇALVES, 2017), o que demanda a necessidade de analisar com maior profundidade uma distribuição mais equitativa dos recursos para o melhor desempenho do sistema de saúde.

Boueri, Rocha e Rodopoulos (2015) apresentam duas maneiras de se mensurar a eficiência na administração pública. A primeira pode ser avaliada a partir da ótica dos insumos, na qual se busca manter certo nível de produção, reduzindo a quantidade de insumos consumidos. A segunda forma é vista pela ótica do produto, isto é, aumentar a quantidade produzida sem alterar os insumos.

Acerca da primeira forma de mensurar a eficiência, citada pelos autores, descrever o indicador a seguir, exposto na Figura 2.

Figura 2: Número de servidores da saúde do município de Canguaretama/RN



Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES).

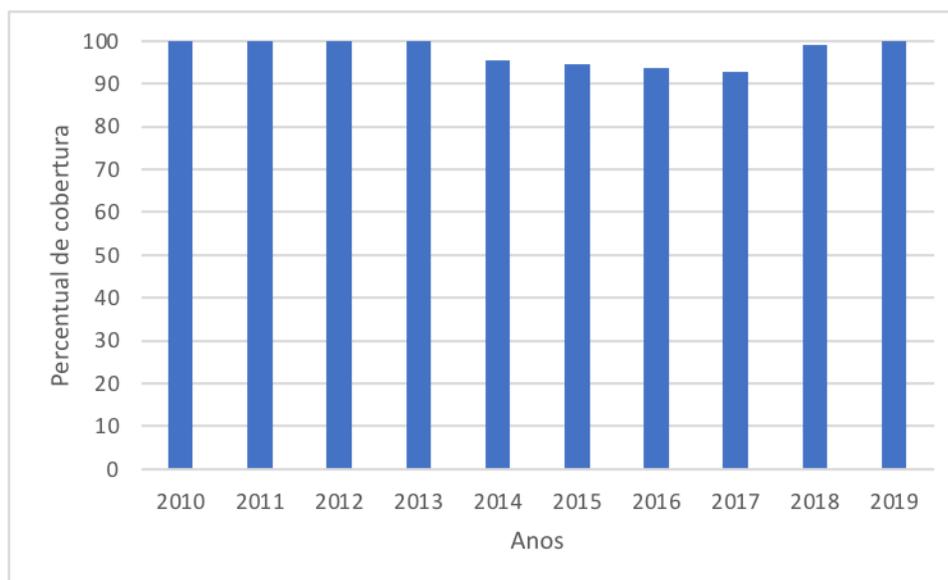
De acordo com Figura 2, o grupo de servidores da saúde do município era bem restrito em 2010, quando havia o registro de apenas 64 Agentes comunitários de saúde; três técnicos administrativos, que contempla os profissionais de direção, digitadores, faxineiros, auxiliares em serviços gerais; nenhum profissional de nível médio; e dois de nível superior. Para o ano seguinte, houve aumento no número de profissionais de nível médio e superior, de 76 para 147. De 2012 para 2013, houve redução do número desses profissionais, voltando a ter aumento a partir de 2015 em todas as categorias, de modo que, em 2019, o município tinha 80 agentes comunitários de saúde, 23 técnicos administrativos, 87 profissionais de nível de médio e 96 de nível de superior.

Constata-se que o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) pouco oscilou no período de análise, o que pode ser reflexo da

baixa variação de equipe de saúde da família, que permanece em 15 profissionais desde o ano de 2016. O quantitativo de profissionais da saúde com nível superior é o maior de todas as categorias analisadas, o que sugere ser reflexo da necessidade desses profissionais na atuação multiprofissional, como requer a atenção básica não apenas centrada na figura do médico, como anteriormente ocorria no Programa de Saúde da Família. O número de servidores em funções administrativas também permaneceu constante. Por fim, vê-se constantes todas as linhas de 2018 a 2019, em todas as categorias, inferindo-se que não houve entrega de novos estabelecimentos de saúde no município.

E sobre segunda ótica de mensuração da eficiência dos gastos em saúde, definida por Boueri, Rocha e Rodopoulos (2015), são analisados os dados expostos na sequência.

Figura 3: Cobertura Populacional da APS no município de Canguaretama/RN.



Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).

A partir dos dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) obtidos em fevereiro de 2020, observa-se que a população do município de Canguaretama/RN dispõe de ampla cobertura da Atenção primária à saúde. Apenas durante os anos

de 2014 a 2017, houve menores índices de cobertura, contudo sempre maior que 90%. Atualmente, tem 99,85% de cobertura populacional pela atenção primária, conforme consta na Figura 3.

O município apresenta ótima cobertura populacional para a atenção básica, visto que as quinze unidades de saúde da família do município conseguem contemplar quase toda sua população. Esse percentual descoberto pode estar associado ao aumento da população em área de baixa cobertura da equipe de saúde de família, ficando os moradores fora da área de cobertura, ou dificultando o acompanhamento dessas pessoas

pelos membros da equipe de saúde. É preciso, todavia, que o município ofereça 100% de cobertura da atenção básica aos seus munícipes, uma vez que a essa é a porta de entrada da população ao SUS.

Outros produtos oferecidos à população do município em análise são demonstrados na tabela a seguir.

Tabela 1: Quantitativo de atendimentos na APS no município de Canguaretama/RN

Ano	Atendimento Individual	Atendimento Odontológico	Procedimento	Visita Domiciliar
2014	48064	16561	32451	101979
2015	44940	17672	18236	96086
2016	43360	12862	15949	94439
2017	55823	14689	24236	107602
2018	42773	13621	29476	116067
2019	44740	13666	33226	95859

Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).

A Tabela 1 foi construída a partir dos dados constantes no SISAB, os quais foram compilados a partir de 2014 e divididos em atendimentos individuais, odontológicos, procedimentos feitos na atenção básica e das visitas domiciliares. Quanto aos atendimentos individuais, esses contemplam os atendimentos médicos, de enfermagem e dos profissionais da equipe multiprofissional do NASF-AB. Em relação aos procedimentos, foram incluídos administração de medicação por via endovenosa, aferição de pressão arterial, temperatura; curativo simples, medição de glicemia capilar, realização de testes rápidos para doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), dentre outros procedimentos passíveis de realização na atenção básica por algum membro da equipe de saúde família daquela localidade.

Por sua vez, as visitas domiciliares podem ser solicitadas por vários motivos, dentre os quais

para acompanhamento de pessoa com diabetes mellitus ou tuberculose ou recém-nascido ou câncer, dentre outros; ou para realização de busca ativa para consulta, exame ou vacina. Destaca-se que as visitas podem ser realizadas por qualquer um dos membros da equipe, de acordo com a complexidade do caso e das atribuições do profissional. Quanto ao local, as visitas não são restritas apenas aos domicílios, podem ser feitas em comércio, escola, creche, instituições de longa permanência.

Observa-se, quanto aos atendimentos individuais, que eles sempre ficaram acima de 42.000; com pico, no ano de 2017, de 55.823 atendimentos anuais. Fenômeno semelhante ocorreu com o atendimento odontológico, contabilizando 13.666 no ano de 2019. Já o número de procedimentos apresentou queda do ano de 2014 para 2015 e, em seguida, elevação

gradual, fechando o ano de 2019 com 33.226 procedimentos. Em relação as visitas domiciliares, verificou-se redução entre os anos de 2014 e 2016, seguidos de elevação e nova redução no ano de 2019, finalizando em 95.859 visitas domiciliares.

Em uma análise em nível estadual, o Rio Grande do Norte vem apresentando, nos últimos anos, várias restrições na oferta de serviços para área da saúde, que impactam na qualidade do atendimento à população. Em 2010, o número de médicos que atendiam ao Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera municipal, atingiu menos de um profissional para cada mil habitantes, número inferior à média nacional. O mesmo ocorreu para o número de enfermeiros, que apresentou um registro de 0,7 enfermeiro para cada mil habitantes, estando abaixo do recomendado pelo Ministério da Saúde (MS), que era de dois enfermeiros para cada mil habitantes (SILVA; QUEIROZ, 2018).

Na Tabela 1 identifica-se o maior número de atendimentos individuais em 2017, provavelmente devido a entrada em funcionamento de um centro de atendimento de atenção especializada, uma multiclínica, e da rede SUS do município. Comparando os dois últimos anos, vê-se aumento em todos os quesitos, exceto no de visita domiciliar, que teve queda, o que pode significar a procura mais precoce para atendimento individual na unidade básica de saúde.

Schulz et al (2014) analisaram o desempenho das unidades federativas brasileiras no que compete aos gastos públicos realizados com saúde. Constatou-se que oito unidades federativas foram 100% eficientes (em relação a internações, produção ambulatorial, pessoas cadastradas na atenção básica, estabelecimentos de saúde, equipamentos e imunizações) em pelo menos um dos períodos analisados. A utilização de valores *per capita* é confiável e eliminou o problema de comparação devido a diferença de tamanho das unidades federativas.

Por fim, considera-se imprescindível um olhar crítico quanto a oferta, a qualidade e a eficiência dos serviços de saúde por parte da população local. Neste contexto, faz-se necessário salvaguardar e melhorar a qualidade da saúde por meio do planejamento e monitoramento constante dos serviços de saúde oferecidos, de modo que as deficiências sejam encontradas e corrigidas.

De acordo com dados do CNES de 2019, o município de Canguaretama dispõe, em sua rede de atenção à saúde, dos seguintes estabelecimentos: 15 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 01 Centro de atenção psicossocial (CAPS), 01 unidades de gestão em saúde, 03 centros de atenção especializada, 02 polos de academia da saúde, 03 postos de saúde, 01 Pronto-atendimento para urgência e emergência e 01 unidades móvel de nível pré-hospitalar (SAMU). Havia também o Hospital Regional Dr. Getúlio de Oliveira Sales, que foi desativado em novembro de 2019, sendo seus funcionários remanejados para outras unidades de saúde do município, e fora dele. Nele eram feitas cirurgias eletivas e atendimentos de urgência, com 40 leitos para internação, e atendia usuários de outro município circunvizinhos, por se tratar de um hospital regional, atuando como retaguarda de outros menores em municípios menores; reduzindo a oferta de serviços de média e alta complexidade, como realização de cirurgias eletivas e de urgência e gerando transtornos aos usuários, que, por sua vez, necessitarão buscar esses atendimentos em outros municípios, sobretudo em Natal, capital do estado.

Braga, Ferreira e Braga (2015) também verificaram a eficiência da Atenção Básica nos municípios da região Sudeste do Brasil. Os resultados mostraram baixa eficiência técnica, demonstrando a necessidade de melhorias na gestão. De maneira análoga, Mazon, Mascarenhas e Dallabrida (2015) avaliaram o nível de eficiência técnica dos municípios paraibanos na aplicação dos recursos em saúde no ano de 2014. Foi

constatado que, dos 223 municípios estudados, apenas 15,2% foram considerados eficientes. A pesquisa revelou ainda que os municípios mais

eficientes foram aqueles com menor expressividade econômica e populacional.

CONCLUSÃO

No tocante, aos repasses federais feitos ao município nos anos de 2010 a 2019, ficou evidente que o bloco da atenção básica é o que recebe maior montante de verba, seguida do bloco da média e alta complexidade. Observa-se também uma ampla cobertura da população com a atenção básica, porta de entrada dos usuários aos serviços de saúde, sendo em 2019 de 99,85%. Outro ponto importante foi o quadro de servidores da saúde municipais, os quais apresentam-se em maior número os de nível superior, demonstrando o quantitativo mais elevado de multiprofissional na assistência local. Seguidos, pelos profissionais de nível médio e agentes comunitários de saúde, seguido das visitas domiciliares, demonstrando prestação de serviço à população local, como

princípio da atenção básica a saúde. Em relação ao quantitativo de estabelecimentos de saúde, o município dispõe de uma variada rede de atenção à saúde nos três níveis de atenção básica, média e alta complexidade. Em novembro de 2019, todavia, foi fechado o hospital regional do município, Hospital Regional Dr. Getúlio de Oliveira Sales, comprometendo a assistência da alta complexidade.

Sugere-se que novos estudos sejam desenvolvidos contemplando mais municípios e/ou estados para melhor comparativo dos resultados assim como o uso de outras metodologias como a Análise Envoltória de Dados (DEA), que permite gerar índices comparativos de eficiência dos dados.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, C.E.L.; GONÇALVES, G. Q.; MACHADO, J. A. Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 22, p. 953-963, 2017.

BOUERI, R.; ROCHA, F.; RODOPOULOS, F. *Avaliação da qualidade do gasto público e mensuração da eficiência*. Brasília: Secretaria do Tesouro Nacional, 2015.

BRAGA, G. B.; FERREIRA, M. A. M.; BRAGA, B. B. A eficiência da atenção primária à saúde: avaliando discrepâncias. *Administração Pública e Gestão Social*, v. 7, n. 2, p. 100-107, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 1.602, de 9 de julho de 2011. Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB), para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal. *Diário Oficial da União*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação no 02, Anexo XXII, de 28 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. *Diário Oficial da União*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.539, de 26 de setembro de 2019. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir a equipe de Atenção Primária - eAP e dispor sobre o financiamento de equipe de Saúde Bucal - eSB com carga horária diferenciada. **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

LEITE, J. A. *et al.* Efetividade dos princípios do Sistema Único de Saúde na atenção primária à saúde: revisão sistemática. **Revista de APS**, v. 21, n. 2, p. 278-290, 2018.

MAZON, L. M.; MASCARENHAS, L. P. G.; DALLABRIDA, V. R. Eficiência dos gastos públicos em saúde: desafio para municípios de Santa Catarina, Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 1, p. 23-33, 2015.

MENDES, Á.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 224-243, 2018.

COLABORAÇÕES

Não se aplica.

AGRADECIMENTOS

Não se aplica.

DISPONIBILIDADE DOS DADOS

Não se aplica.

FONTE DE FINANCIAMENTO

Não se aplica.

CONFLITOS DE INTERESSE

Não há conflitos de interesses a declarar.

Submetido: 2020-12-18

Aceito: 2021-02-11

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?** Brasília: OPAS; 2018.

RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Estado do Planejamento e das Finanças. Portal da Transparência. Disponível em: <<http://transparencia.rn.gov.br/>>. Acesso em: 05 jul. 2020.

SCHULZ, S. J. *et al.* Ranking Das Unidades Federativas Brasileiras Frente ao seu Desempenho na Gestão de Recursos da Saúde. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 3, n. 2, p. 75-86, 2014.

SILVA, J. L. M.; QUEIROZ, M. F. M. Eficiência na gestão da saúde pública: uma análise dos municípios do estado do Rio Grande do Norte (2004 e 2008). **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 50, p. 149-170, 2018.