

Um Decreto para Estradas e a Estrada da Saúde no Brasil

Rudi Rocha¹, Matías Mrejen², Maíra Coube³

¹Diretor de pesquisa do IEPS e professor associado da FGV EAESP

²Pesquisador associado do IEPS e pós-doutorando IEPS-FGV

³Doutoranda em Administração Pública na FGV EAESP e bolsista de doutorado IEPS-FGV

Introdução

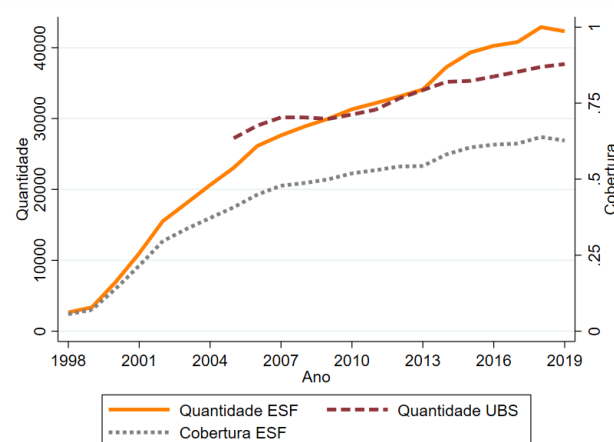
O desafio de prover serviços de saúde é bastante diferente do desafio de entregar estradas ou o de finalizar obras de infraestrutura. A construção de um estabelecimento de saúde é apenas o começo e, de acordo com a nossa Constituição, não se pode cobrar pedágio para o seu uso no ponto de acesso. O desafio de prover serviços de saúde muitas vezes envolve, sim, a necessidade de termos estabelecimentos físicos em funcionamento. Mas envolve muito mais: o sistema de saúde tem que garantir a alocação de recursos humanos altamente qualificados na ponta; garantir a compra, operação e manutenção de equipamentos altamente complexos na ponta; garantir a compra, transporte, armazenamento, controle de estoque e dispensação de medicamentos continuamente necessários na ponta. Isso tudo — e muito mais — deve ser feito de maneira integrada, coordenada, informatizada e com escala que nos garanta o uso eficiente dos recursos. Não é à toa que a primeira palavra que define o SUS seja “sistema”.

A provisão de serviços de saúde, portanto, deve ser idealmente a mais coordenada possível, e não fragmentada em entidades independentes respondendo a pressões, incentivos e contratos desalinhados sistema afora. Em particular, a atenção primária deve funcionar como o pilar fundamental de sustentação de um sistema de saúde. Não apenas por ser capaz de solucionar a maior parte das demandas da população, como também pelo seu papel fundamental como porta de entrada no sistema: a partir da qual o cuidado aos pacientes pode ser coordenado — e adequadamente referenciado a serviços de mais alta complexidade, caso necessário. Nesse sentido, devemos nos preocupar em integrar cada vez melhor o sistema, tendo a atenção primária como vetor de coordenação, e garantir recursos para o seu custeio. A fragmentação de sua gestão se choca com essa agenda e, em particular, não existem evidências de que a iniciativa privada seja capaz de entregar serviços de saúde de maneira mais eficiente e com mais qualidade do que o setor público. Existem casos de

sucesso e de fracasso dos dois lados, não apenas no Brasil como em vários países desenvolvidos.

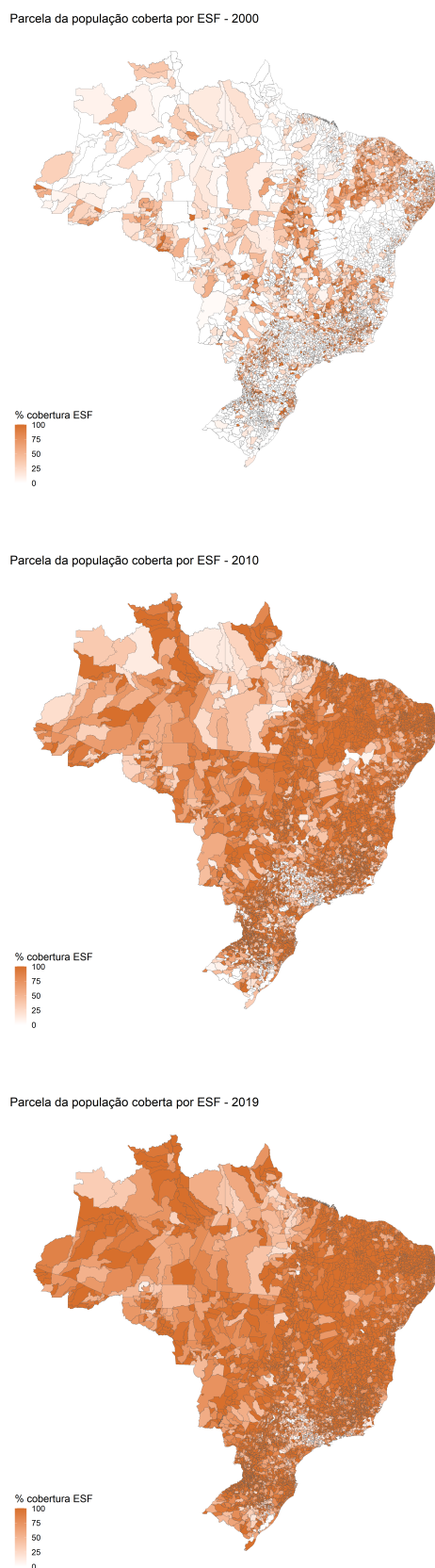
Em se tratando de expansão da atenção primária, em especial, o Brasil tem sido considerado pela comunidade internacional um modelo a ser seguido. O país tem evoluído continuamente desde os anos 1990 e a provisão de serviços de atenção primária tem se sofisticado cada vez mais. A opinião pública muitas vezes desconhece os avanços do país na área. Para além do número de unidades básicas de saúde (UBS), e apesar das inúmeras dificuldades, temos garantido uma cobertura significativa da população brasileira pelo Estratégia da Saúde da Família (ESF): o maior programa de saúde comunitária do mundo, bem avaliado pela população atendida, efetivo no combate à mortalidade materno-infantil e no controle de condições sensíveis à atenção primária, em especial entre os mais pobres. [1][2][3] O ESF é reconhecido por pesquisadores brasileiros e internacionais como um caso bem-sucedido. Haverá mudança de rota? Como será o seu futuro?

Figura 1. Evolução da Atenção Primária no Brasil: Número de Equipes e Cobertura do ESF



Nota: ESF antes denominado Programa Saúde da Família, ou PSF. Ver Apêndice Metodológico para fonte de dados e construção das variáveis.

Figura 2. Mapa da Atenção Primária no Brasil: Cobertura do ESF



Nota: ESF antes denominado Programa Saúde da Família, ou PSF. Ver Apêndice Metodológico para fonte de dados e construção das variáveis.

Atenção Primária: Evolução

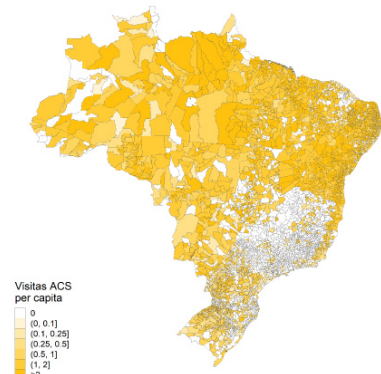
O esforço que permitiu a expansão da atenção primária no Brasil não foi pequeno. As Figuras 1 e 2 nos mostram a evolução da cobertura e do número de equipes do ESF (antes denominado Programa Saúde da Família, ou PSF), bem como do número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) desde os anos 1990. Alguns fatos chamam bastante atenção. Em primeiro lugar, a escala impressiona: são atualmente mais de 40.000 equipes do ESF, que garantem a cobertura de mais de 60% da população brasileira — a cobertura chega a quase 100% em muitos municípios de pequeno e médio porte. Em segundo lugar, o progresso tem sido contínuo, ano após ano, desde os anos 1990. Em 1998, existiam 2.646 equipes do PSF/ESF cobrindo 5,6% da população brasileira. Esses indicadores aumentaram para 28.884 equipes cobrindo 48,7% da população em 2008, e para 42.307 equipes e 62,7% de cobertura em 2019, respectivamente. Entre 2005 e 2019, o número de UBS aumentou 38,4%. Esse contínuo avanço seguramente reflete maturidade institucional e capacidade de dar continuidade a políticas públicas ao longo do ciclo político e através de momentos de adversidade econômica — que foram muitos nas últimas décadas.

Os fatos acima são complementados pela Figura 3, que nos mostra uma mudança no perfil da provisão de serviços de atenção primária. No início da expansão do SUS, uma parte relevante dos serviços de atenção primária eram prestados por agentes comunitários de saúde (ACS) por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Estes agentes foram sendo gradativamente absorvidos pelo PSF/ESF e integrados a equipes cada vez mais multidisciplinares ao longo do tempo. Ou seja, a produção de serviços se tornou cada vez mais completa e integrada. Na Figura 3, podemos observar como evoluiu o número de visitas domiciliares per capita realizadas por ACS segundo o modelo de atenção básica no qual o agente estava inserido, para os municípios brasileiros em 2000 e 2014. É possível perceber a diminuição das visitas de ACS realizadas no contexto do PACS e o aumento das visitas realizadas no contexto do PSF/ESF. Essa absorção do trabalho dos ACS pelo PSF/ESF representa a passagem de um modelo de atenção primária baseado quase que exclusivamente no trabalho dos agentes para um modelo de atenção mais abrangente e integrado, com participação de outros profissionais de saúde, como médicos e enfermeiros.

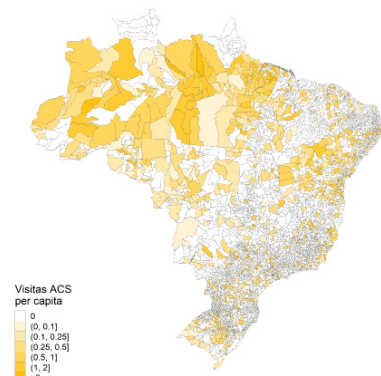
Por fim, vemos na Figura 4 que a taxa de crescimento

Figura 3. Número de visitas de Agentes Comunitários de Saúde per capita, segundo modelo de atenção (2000 e 2014)

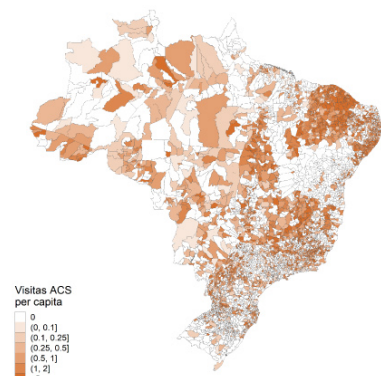
Visitas de ACS per capita (PACS) - 2000



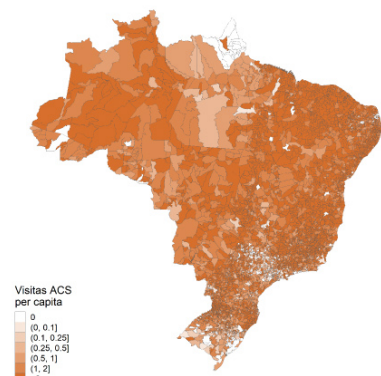
Visitas de ACS per capita (PACS) - 2014



Visitas de ACS per capita (ESF) - 2000



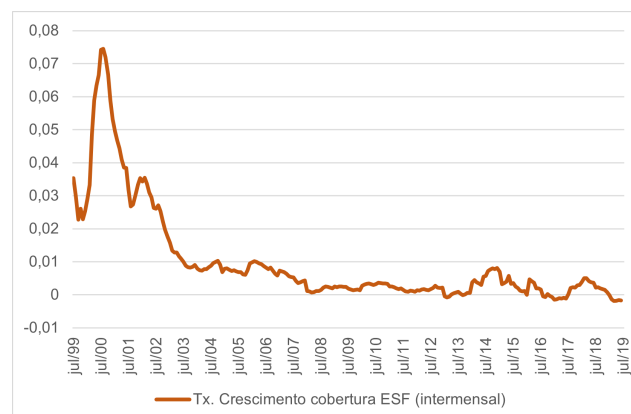
Visitas de ACS per capita (ESF) - 2014



Nota: Ver Apêndice Metodológico para fonte de dados e construção das variáveis.

intermensal da cobertura do PSF/ESF desacelerou para algo próximo a zero em torno de 2008 e, mais recentemente, tem experimentado variações negativas. É natural observarmos uma queda na taxa de crescimento após um período de forte expansão inicial do programa — que se deu na segunda metade dos anos 1990 e início dos anos 2000. No entanto, uma parte significativa da população brasileira continua descoberta.

Figura 4. Taxa Mensal de Crescimento da Cobertura do ESF



Nota: ESF antes denominado Programa Saúde da Família, ou PSF. Ver Apêndice Metodológico para fonte de dados e construção das variáveis.

A Saúde em que Estrada?

Qual é o futuro da atenção primária no Brasil? Haverá mudança de rota? O país já atravessou momentos políticos e econômicos adversos anteriormente, mas a atenção primária sempre seguiu o seu caminho de expansão e consolidação — de maneira gradual e contínua, trazendo resultados positivos para a saúde da população. Como então preservar conquistas e avançar no futuro? Como garantir o custeio adequado dos serviços e avançar com a cobertura sobre a população ainda não atendida?

Importante enfatizar que a atenção primária continuará demandando recursos públicos para o seu custeio e para novos investimentos. Teremos que alocar mais recursos no setor, de forma cada vez mais eficiente, ao menos para recompor o hiato entre gastos e necessidades crescentes de financiamento, evitando assim retrocessos. O custeio médio anual de uma equipe do ESF pode ser estimado em aproximadamente R\$ 830 mil.¹ Se considerarmos a população

¹Dados sobre custeio originalmente estimados por Vieira e Servo (2013), e detalhados no apêndice metodológico desta nota.



brasileira descoberta ($212 \times 37, 3\% = 79$ milhões de pessoas), chegamos a um hiato no custeio em torno de R\$ 19 bilhões por ano. Se descontarmos a população coberta por planos privados de saúde (47 milhões de pessoas), chegamos a um custeio anual de R\$ 7,7 bilhões por ano. A natureza social e a magnitude do desafio de cobertura, portanto, são ainda muito relevantes. Essas pessoas muitas vezes não têm como recorrer à atenção básica — e eventualmente recorrem a clínicas privadas atuando no varejo dos serviços ambulatoriais de saúde, em particular se posicionando nas periferias das grandes cidades. Importante destacar que as despesas com recursos humanos representam entre 50% e 90% do custo total da atenção básica, e que a maior parte destes gastos são cobertos com recursos de estados e municípios — cerca de 33% do financiamento das equipes do ESF têm sido cobertos pelo governo federal. [4]

O retorno ao uso eficiente desses recursos tenderá a aumentar rapidamente na medida em que as necessidades de financiamento crescerem com o envelhecimento populacional, com a incorporação de novas tecnologias e a cobertura de populações ainda desassistidas. Como aumentar a eficiência sem comprometer cobertura e equidade? Existem ao menos duas questões relevantes a serem discutidas. Em primeiro lugar, sistemas de saúde ganham em eficiência através de ganhos de escala e de mais integração; e tendem a perder com fragmentação. Devemos então continuar o processo de consolidação da atenção primária como principal porta de entrada para os serviços de saúde e como vetor de coordenação, apoiado por sistemas de informação cada vez mais modernos e integrados. Em particular, será preciso expandir o acesso a serviços de diagnóstico e ambulatoriais de mais alta complexidade, complementares à atenção primária para resolução de casos menos simples.

Em segundo lugar, para além da necessidade de financiamento e da integração e complementariedade a outras camadas do sistema, qual é a melhor e mais eficiente maneira de prover os serviços de atenção primária na ponta? No que se refere aos modelos de gestão especificamente, o SUS já vem testando ao longo do tempo diversas modalidades. Dentre os mais testados, destacam-se os modelos em que a gestão é transferida para o setor privado, particularmente via contratos com organizações sociais de saúde (OSS). Um dos pontos centrais desses contratos com OSS está em permitir maior flexibilidade no processo de compras e contratação de recursos humanos, em particular por não estarem submetidos às

mesmas regras de contratação da administração pública direta. Outro ponto relevante é que os estabelecimentos só podem ofertar serviços ao SUS, eventualmente obtendo lucro com prestação de serviços não essenciais, como o de manutenção das instalações, a depender do contrato e do tipo de estabelecimento. Importante destacar que há propostas recentes sobre outros modelos, como o de PPIs (Programa de Parceria de Investimento), ainda em discussão e sobre os quais inexistem informações precisas, para construir e operar as unidades básicas de saúde, em moldes parecidos com as PPPs (Parcerias Público-Privada).

As evidências sobre a superioridade de um modelo sobre o outro, no entanto, são muito escassas e inconclusivas. [5] No caso das PPPs, não há avaliação comparativa com outros modelos. Com relação às OSS em operação, apesar de as evidências apontarem para um aumento no volume de produção em alguns casos, seja de consultas no caso da atenção primária ou de hospitalizações no segmento hospitalar [6][7], nenhum estudo investiga efeitos sobre a saúde da população, sobre a organização e coordenação do sistema de saúde, ou sobre os possíveis efeitos não intencionais dos incentivos implícitos ou explícitos nos contratos. Muito menos sobre o custo-efetividade desses modelos, que não são baratos. Para além das evidências de pesquisas, relatam-se falhas em processos de monitoramento, desvios de recursos e falta de transparência das informações sobre a prestação de contas dessas operações. Reforça-se, portanto, a necessidade de avaliação robusta dos modelos de gestão utilizados pelo SUS. Para além disso, é essencial entender seus efeitos sobre os pilares do sistema, que preconiza universalidade, equidade e integralidade do cuidado.

Sistemas de saúde são reconhecidamente complexos. Bens e serviços de saúde são permeados por falhas de mercado e problemas informacionais. Não à toa, observam-se diferentes modelos de financiamento e provisão de saúde entre os países mais desenvolvidos, via de regra fortemente regulados e/ou com provisão direta pelo setor público. Estes desafios e a experiência internacional não podem ser minimizados pelo gestor. Tampouco a experiência brasileira na atenção primária — que poderia se beneficiar ainda mais com ganhos de escala e mais integração. Para qualquer estrada que a saúde tome à frente, não devemos perder de vista os princípios do SUS que resultaram de nossa escolha social décadas atrás.



Agradecimentos

Agradecemos a Helena Ciorra pelo apoio na edição e revisão deste documento.

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde

Rocha, R., Mrejen, M. e M. Coube (2020). Um Decreto para Estradas e a Estrada da Saúde no Brasil. *Nota Técnica* n.13. IEPS: São Paulo.

www.ieps.org.br
+55 11 4550-2556
contato@ieps.org.br

Apêndice Metodológico

Em primeiro lugar, utilizamos dados do número de Equipes de Saúde da Família (ESF) custeados pelo governo federal para mostrar a expansão da cobertura das ESF.² Os dados estão disponíveis no Sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS) para o período entre julho de 1998 e junho de 2019. Calculamos a média da quantidade de ESF ($N.ESF_{ma}$) por município em cada ano e a proporção da população coberta. Os dados de população residente em cada município foram obtidos das estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Para cada município m no ano a , a cobertura foi estimada adotando o parâmetro utilizado pelo Ministério da Saúde (limitado a 100%):

$$Cobertura\ ESF_{ma} = \frac{N.ESF_{ma} \times 3.450}{Pop_{ma}} \times 100$$

Utilizamos dados sobre a cobertura do ESF com frequência mensal (média móvel dos últimos 12 meses) para avaliar a taxa de crescimento intermensal nos últimos 20 anos.

Adicionalmente, utilizamos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) sobre a quantidade de Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde para mostrar a evolução de estabelecimentos que sediam as equipes de atenção básica. Os dados estão disponíveis de forma mensal desde agosto de 2005. Utilizamos os dados referentes a dezembro de cada ano para o período 2005-2019.³

Em segundo lugar, utilizamos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB/Datasus), disponíveis para o período 1998-2014, para mostrar as mudanças na forma de provisão da Atenção Básica no período de maior expansão dela. Os dados estão disponíveis para o ano de 2015, mas optamos por limitar a análise até 2014 por inconsistências nos dados para o ano de 2015. Documentamos como a expansão do Programa Saúde da Família (rebatizado Estratégia Saúde da Família a partir de 2006) esteve acom-

²As Equipes de Saúde da Família estão compostas por, pelo menos, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 Agentes Comunitários de Saúde. Optamos por essa base de dados pois já inclui informações desde 1998 e permite reconstruir uma série mais longa. Os dados podem apresentar divergências com a série de “Cobertura populacional estimada na Atenção Básica” do e-Gestor AB, baseada nas equipes cadastradas no CNES, disponível somente a partir de 2007, que contabiliza também outras modalidades de composição das equipes de atenção básica.

³As UBS podem sediar Equipes de Saúde da Família ou outras modalidades de equipes de Atenção Básica que contenham médicos.



panhada pela absorção do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Para isso, apresentamos dados sobre número de visitas realizadas por Agentes Comunitários de Saúde per capita para os municípios (Áreas Mínimas Comparáveis). Focamos na produção dos ACS já que eles fazem parte tanto das ESF do PSF quanto das equipes do PACS.

Estimativas de hiato de custeio do ESF são baseadas em projeções populacionais do IBGE e no número de beneficiários de planos de saúde divulgados pela ANS para 2019. Valores de custeio mensal de equipes do ESF foram originalmente estimados por Vieira e Servo (2013) para 2010, que detalham o método empregado e discutem metodologias alternativas. As estimativas foram corrigidas pelo IPCA e trazidas a valores correntes nesta nota.

Referências

[1] Castro, M. C., Massuda, A., Almeida, G., Menezes-Filho, N. A., Andrade, M. V., de Souza Noronha, K., Rocha, R., Macinko, Hone, T., Tasca, R., Malik., AM, Werneck, H., Fachini, A. e R. Atun (2019). Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *The Lancet*, 394(10195), 345-356.

[2] Hone, T., Rasella, D., Barreto, M. L., Majeed, A., and Millett, C. (2017). Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. *PLoS Medicine*, 14(5), e1002306.

[3] Bhalotra, S., Rocha, R. e R. R. Soares (2020). Can Universalization of Health Work? Evidence from Health Systems Restructuring and Expansion in Brazil. Working Paper n.3. IEPS.

[4] Vieira, R. e L. Servo (2013). Estimativas de custos dos recursos humanos em atenção básica: Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB). Nota Técnica do IPEA (16), 1–51.

[5] Ravioli, A. F., Soárez, P. C. D., Scheffer, M. C. (2018). Modalidades de gestão de serviços no Sistema Único de Saúde: revisão narrativa da produção científica da Saúde Coletiva no Brasil (2005-2016). *Cadernos de Saúde Pública*, 34, e00114217.

[6] Greve, J., Schattan Ruas Pereira Coelho, V. (2017). Evaluating the impact of contracting out basic health care services in the state of São Paulo, Brazil. *Health Policy and Planning*, 32(7), 923-933.

[7] La Forgia, G. M., Couttolenc, B. F. (2008). *Hospital Performance in Brazil: The Search for Excellence*. The World Bank.