



[https://doi.org/ 10.26512/g.s.v12i01.35385](https://doi.org/10.26512/g.s.v12i01.35385)

Revista Gestão & Saúde ISSN: 1982-4785

Costa WA, Santana VR, Carvalho NC, Coelho PAB.

ENSAIO TEÓRICO

Atenção primária à saúde como estratégia de desenvolvimento econômico pós-pandemia na Ceilândia-DF

Primary Health Care as a post-pandemic economic development strategy in Ceilândia-DF

La Atención Primaria de Salud como estrategia de desarrollo económico pospandémico en Ceilândia-DF

Waldemir de Albuquerque Costa¹

Victor Rocha Santana²

Natalia de Campos Carvalho³

Pedro Alexandre Barreto Coelho⁴

Recebido: 30.11.2020

Aprovado: 04.03.2021

RESUMO

Neste ensaio teórico buscou-se refletir sobre como ações emergenciais e estratégicas do Sistema Único de Saúde de enfrentamento ao novo coronavírus podem alicerçar a reconstrução da economia no pós-pandemia. Tomou-se como base neste exercício a Região Administrativa da Ceilândia, no Distrito Federal (DF): região mais populosa do DF, de renda média/baixa, com economia baseada em serviços, foi bastante afetada economicamente com as medidas de isolamento social e apresentou grande número de casos e mortes por COVID-19. A Ceilândia tem recebido investimentos importantes em novos leitos hospitalares e mais profissionais para o nível terciário, embora a Atenção Primária à Saúde seja sabidamente mais custo-efetiva para a organização de sistemas de saúde e capaz de economizar preciosos recursos das famílias com gastos em saúde no setor privado, sobretudo num cenário de grande retração da massa salarial. Conclui-se que investimentos na qualificação da rede primária já instalada e sua expansão são estratégias potentes para o desenvolvimento econômico da Ceilândia no pós-pandemia.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Gastos em Saúde; Gasto Catastrófico; Análise Custo-Benefício; COVID-19.

ABSTRACT

¹ **Autor correspondente.** Mestre em Saúde Coletiva. Médico. Secretaria de Saúde do Distrito Federal-SES/DF. Ceilândia/Brasília - DF. Brasil. E-mail: doutorwal@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1128-2851>

² Mestre em Saúde Coletiva. Médico. Professor de Medicina de Família e Comunidade. Departamento de Ciências da Vida. Universidade Estadual da Bahia-UNEB.. Salvador/BA. Brasil. E-mail: vilarongavictor@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7076-8355>

³ Médica. Mestranda em Saúde da Família (Universidade Federal de São Paulo-UNIFESP). Programa Mais Médicos – Amazonas. Ministério da Saúde. Brasília/DF. Brasil. E-mail: natrmfc@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6731-7462>

⁴ Médico. Secretaria de Saúde do Distrito Federal-SES/DF. Brasília/DF. Brasil. E-mail: coelhopab@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5610-1386>

This theoretical essay sought to reflect on how emergency and strategic actions of the Brazilian health system to face the novel coronavirus can underpin the post-pandemic economic reconstruction. The Administrative Region of Ceilândia, in the Federal District (Distrito Federal- DF), Brazil, was taken as the basis for this exercise: the most populous region of the DF, with medium / low income, with a service-based economy, which was greatly economically affected due to the social isolation measures and presented a high number of COVID-19 cases and deaths. Ceilândia has been receiving important investments in new hospital beds and more professionals for the tertiary level, although Primary Health Care is known to be more cost-effective for the organization of health systems and capable of saving precious resources of families with health expenses in the private sector, above all in a scenario of a large retraction in the wage bill. It is concluded that investments in the qualification of the primary care network already installed and its expansion are potent strategies for the economic development of Ceilândia in the post-pandemic period.

Keywords: Primary Health Care; Health Expenditures; Catastrophic Expenditure; Cost-Benefit Analysis; COVID-19.

RESUMEN

Este ensayo teórico buscó reflexionar sobre cómo las acciones de emergencia y estratégicas del Sistema Único de Salud para enfrentar el nuevo coronavirus pueden apuntalar la reconstrucción de la economía en la pospandemia. La Región Administrativa de Ceilândia, en el Distrito Federal (DF), Brasil, se tomó como base para este ejercicio: la región más poblada del DF, con ingresos medios / bajos, con una economía de servicios, que se vio muy afectada económicamente con las medidas de aislamiento social y que presentó un gran número de casos y muertes por COVID-19. Ceilândia ha estado recibiendo importantes inversiones en nuevas camas hospitalarias y más profesionales para el nivel terciario, aunque se sabe que la Atención Primaria de Salud es más rentable para la organización de los sistemas de salud y capaz de ahorrar valiosos recursos de las familias con gastos de salud en el sector privado, especialmente en un escenario de gran retracción de la masa salarial. Se concluye que las inversiones en la calificación de la red primaria ya instalada y su expansión son estrategias potentes para el desarrollo económico de Ceilândia en la pospandemia.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Gastos em Salud; Gasto Catastrófico; Análisis Costo-Beneficio; COVID-19.

1. Introdução

A pandemia do novo coronavírus, causador da COVID-19, tem se alastrado por todo o mundo e colocado em xeque as redes de proteção social de diversos países, sobretudo em sua capacidade de amortecer grandes crises. No Brasil, até 04/04/2021 já se alcançava a marca de 12.984.956 casos confirmados e 331.433 óbitos pela doença, o que o tornava o segundo país do mundo em número absoluto de mortes e o 15º com mais mortes per capita. Dentre suas unidades federativas, o Distrito Federal (DF) tem se destacado com uma das maiores taxas de mortalidade proporcional do país, com mais de 200 óbitos/100.000 habitantes⁽¹⁾.

A pandemia tem apresentado no Brasil seu período mais crítico a partir do mês de março de 2021, quando ocorreu uma sobrecarga jamais vista na história do Sistema Único de Saúde (SUS) e da rede complementar. No DF, sua rede de Atenção Primária à Saúde (APS) foi levada ao limite em dois recortes temporais – inicialmente entre os meses de junho e agosto de 2020 e, posteriormente, a partir de fevereiro de 2021^(1,2). Além disto, sua taxa de ocupação de leitos de unidade de terapia intensiva (UTI) chegou a 100% na segunda semana de março de 2021, alcançando uma fila de

espera de mais de 300 pacientes em estado crítico⁽¹⁾. Por outro lado, a rede de saúde distrital vem sofrendo progressivamente com um estresse extra relacionado ao agravamento das condições crônicas de saúde, impactadas com a falta/redução do acompanhamento ambulatorial durante os meses mais dramáticos da pandemia^(1,2). A Região Administrativa (RA) mais afetada com a COVID-19 até o momento no DF tem sido a Ceilândia, que concentra o maior número de casos e mortes pela doença⁽¹⁾. Além disto, diversas RAs do DF ainda apresentam elevado número de reprodução R no tempo (que determina o potencial de propagação do vírus) de COVID-19, o que sugere risco concreto de crescimento da doença nos próximos meses⁽²⁾.

Para além dos aspectos sanitários, a COVID-19 trouxe consequências inéditas para a economia global, impactando principalmente as regiões mais pobres do mundo. No caso brasileiro, a pandemia se abateu sobre um cenário econômico que não havia se recuperado da recessão dos anos 2015-2016 e da semiestagnação do período 2017-2019⁽³⁾. Até o mês de setembro de 2020, o país apresentava forte retração do Produto Interno Bruto (PIB), queda da renda e aumento do desemprego⁽⁴⁾. Apesar da redução geral do consumo da população, os gastos familiares com saúde no Brasil aumentaram consideravelmente durante a pandemia, num movimento de priorização das necessidades básicas e mais urgentes⁽⁴⁾. Segundo Boing e colaboradores, as despesas familiares com saúde já eram consideradas bastante elevadas no Brasil antes da COVID-19 e influenciavam no empobrecimento dos domicílios, sobretudo entre as populações de menor renda⁽⁵⁾.

A mais relevante medida de mitigação econômica do período foi a criação do Auxílio Emergencial, pago pelo governo federal a trabalhadores informais e de baixa renda, microempreendedores individuais e contribuintes individuais da Previdência Social. As despesas federais ligadas diretamente ao combate à COVID-19 e às consequências sociais e econômicas da pandemia já ultrapassam a ordem de 400 bilhões de reais, sendo mais da metade destes destinados ao Auxílio Emergencial⁽⁴⁾. Em um cenário de forte recessão e com quedas consideráveis de arrecadação dos estados, torna-se urgente a adoção de medidas de otimização e planejamento qualificado dos gastos públicos de modo a promover a inclusão social e a organização mais eficiente das redes de saúde^(3,4).

É neste sentido que ganha destaque a APS – com base na larga experiência nacional e internacional, os cuidados primários em saúde são capazes de resolver cerca de 80% dos problemas de saúde, agindo de forma eficaz e eficiente sobre as principais causas de adoecimento e risco ao bem-estar da população⁽⁶⁾. Sistemas de saúde com fortes redes de APS apresentam melhores indicadores de saúde, maior eficiência no fluxo de usuários entre os pontos do sistema, assistência mais efetiva às

condições crônicas, melhor custo-efetividade nos investimentos do setor, maior uso de práticas preventivas, maior satisfação dos usuários e diminuição de iniquidades na saúde⁽⁶⁻⁸⁾.

Neste momento de grande discussão sobre o papel do setor saúde no desenvolvimento econômico no pós-pandemia, reconhece-se a importância da valorização da APS como estratégia para melhoria do consumo das famílias e da otimização dos gastos públicos em saúde num cenário de grave crise econômica e sanitária⁽⁶⁻¹⁰⁾. Neste sentido, este artigo tem por objetivo discutir as potencialidades do investimento em APS como um dos planos para a retomada econômica da RA da Ceilândia durante e após o período da COVID-19. Trata-se de um ensaio teórico baseado na ótica de um dos autores, que atua como médico da Estratégia Saúde da Família (ESF) nesta RA, e nas contribuições dos demais autores que trazem discussões sobre a COVID-19 no DF e no plano nacional, fundamentando a linha argumentativa em referências clássicas e na literatura combinada da economia e da saúde.

2. Panorama Econômico e Sanitário da Ceilândia no Contexto da COVID-19

A Ceilândia é uma RA situada na região distrital oeste, possui 230,3 km² de extensão e uma população de 461.057 habitantes, a maior do DF. Suas atividades econômicas relacionam-se, em sua maioria, aos subsetores de comércio varejista e de serviços, quase que exclusivamente direcionados aos moradores locais. A região possui o maior número de comerciários do DF, totalizando 100 mil, grande parte destes ligados às feiras permanentes. Em menor proporção, a atividade industrial se concentra no setor de indústrias da Ceilândia (SIC), que conta com cerca de 100 empresas de segmentos como alimentação e móveis^(11,12).

Apesar da importância do comércio local, a região apresenta o maior déficit distrital de empregos em relação à sua população residente, o que resulta em uma migração pendular diária de cerca de 50 mil trabalhadores para outras RAs, sobretudo para o Plano Piloto. A taxa de informalidade do mercado de trabalho local é superior a 30%, se refletindo na grande precariedade das relações trabalhistas e na presença marcante do subemprego. A Ceilândia conta ainda com um Índice de Desenvolvimento Humano de Renda (IDH-R) de 0,670 (média/baixa renda), ocupando a 14^a posição entre as 19 RAs distritais avaliadas^(11,12).

Ao longo de 2020 e no começo de 2021, a Ceilândia se tornou uma das RAs mais afetadas com as consequências econômicas da pandemia – o desemprego na região chegou a uma taxa recorde de 26,1% no mês de junho de 2020 e se mantém em níveis elevados, em torno de 22% em janeiro de 2021^(1,2,11). O fechamento, ainda que provisório, de comércio, escolas e outros serviços reduziu a

circulação de bens e capitais pela região, resultando em perda de renda e de postos de trabalho. A paralisação da atividade das feiras permanentes teve profundo impacto no setor mais importante da economia local⁽¹¹⁾.

Por outro lado, a rede de saúde da Ceilândia demonstra desafios clássicos aos quais se somaram as questões trazidas pela pandemia. A região conta com apenas 45% de cobertura da ESF, dispondo de diversas equipes consideradas “inconsistentes” por falta de profissionais para composição de equipe mínima, sobretudo médicos e agentes comunitários de saúde (ACS). A região possui ainda ambulatorios de especialidades, um centro de atenção psicossocial para álcool e outras drogas (CAPS-AD), uma unidade de pronto-atendimento (UPA), um hospital de campanha e um hospital regional⁽¹²⁾.

Durante a pandemia, a região foi considerada por diversas vezes como o epicentro da COVID-19 no DF. Até 31 de março de 2021, a Ceilândia já atingia a marca de 37.176 casos e 974 óbitos pela doença. Ainda no final de fevereiro, já se alcançava lotação máxima da UPA e do hospital regional e a rede primária trabalhava em colapso. As demandas das localidades descobertas de APS migravam para a rede de urgência, sobrecarregando ainda mais os escassos serviços da região^(1,11).

É neste cenário que se apresentam os desafios imediatos e futuros da pandemia. Como promover o desenvolvimento regional diante de uma realidade econômica e sanitária tão fragilizada? Serão apontadas duas áreas potenciais para intervenção a partir da APS, de ordem micro e macroeconômica, que podem trazer resultados significativos para a Ceilândia e contribuir como um legado permanente para a região.

3. APS e gastos familiares em saúde

No Brasil, apesar da criação do SUS e da delimitação constitucional do direito à saúde, os gastos privados com saúde superam os gastos estatais em 54% a 46% respectivamente⁽¹³⁾. Muito desta realidade se deve ao avanço do capital financeiro na saúde, aos *lobbies* políticos privados e ao subfinanciamento crônico do setor público. Durante décadas foi visível no país uma migração de usuários diretos de unidades ambulatoriais e hospitalares públicas para o setor privado, acentuada com a massiva campanha midiática de depreciação do SUS. Por outro lado, o crescimento da rede suplementar de saúde e de cadeias de clínicas populares em bairros de média e baixa renda das grandes cidades brasileiras foi um marco significativo na consolidação do setor privado, mesmo entre os estratos mais empobrecidos da população^(5,13).

Os gastos familiares em saúde são particularmente preocupantes no Brasil, ocorrendo com frequência o que se denomina de “gasto catastrófico”, quando o desembolso direto alcança grande parte da renda familiar, expondo os indivíduos à pobreza e/ou endividamento⁽⁵⁾. A título de exemplo, toma-se um idoso com renda familiar em torno de um salário mínimo que se vê obrigado a colocar a compra de suas medicações de uso contínuo parcelada no cartão de crédito, descontinuando seu tratamento nos períodos de maior comprometimento da renda ou aumentando suas dívidas para manter o consumo regular dos medicamentos. Neste sentido, um estudo de notoriedade internacional conduzido por Xu e colaboradores estimou que 10,3% das famílias brasileiras estariam incorrendo nesta categoria, valor bastante acima da média de outros países da América Latina⁽¹⁴⁾. Tomando por base a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), Boing e colaboradores apontaram uma prevalência de até 21% de gastos catastróficos em saúde em relação ao total de consumo e um crescimento importante destes valores entre os anos de 2002 e 2009 no Brasil⁽⁵⁾.

O alto comprometimento da renda familiar com saúde pode desencorajar em diversos momentos a população a utilizar serviços de saúde, induzi-la a não aderir a terapêuticas medicamentosas ou a adiar a realização de exames essenciais. Além disso, pode resultar em cortes no consumo de bens e serviços básicos, expondo as pessoas a situações de maior vulnerabilidade e ruína financeira^(5,13,14).

O principal item de despesa em saúde no empobrecimento dos domicílios brasileiros são os gastos com medicamentos. As famílias de menores estratos de renda, residentes nos centros urbanos e com presença de crianças foram as mais afetadas. Em seguida destacam-se os gastos com planos de saúde, materiais de tratamento, consultas odontológicas e médicas, e exames⁽⁵⁾. A despesa com estes itens ocorre muitas vezes de forma descoordenada, pulverizada, centrada em especialidades focais e com consumo de medicações de marca comercial^(5,13). Como ilustração, um anti-hipertensivo de largo uso em clínicas populares da Ceilândia possui, em sua forma comercial de referência, preço em torno de R\$ 53,00, enquanto seu genérico custa em média R\$ 30,00 e seu similar, distribuído gratuitamente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) locais, pode ser encontrado em farmácias privadas pelo valor médio de R\$ 4,00. A soma de quatro ou cinco medicações na faixa de preço da referência comercial pode comprometer mais de 20% do orçamento de uma família.

Diante deste cenário, cabe repensar o papel do Estado como provedor de desenvolvimento econômico em diversas facetas, entre as quais a microeconomia⁽³⁾. Impulsionar o acesso a serviços públicos de saúde tem funcionado, em diversos países, como fator protetor da renda das famílias diante das distorções da rede privada, sobretudo em períodos de crise^(5,13,14). Sob o prisma da APS, a

construção de novas UBS e a expansão do número de equipes da ESF pode contribuir para a redução dos gastos familiares e do empobrecimento dos domicílios a partir da garantia de acesso aos serviços e insumos da saúde, coordenando o cuidado dos usuários de forma mais eficiente pela rede e reduzindo intervenções desnecessárias/danosas à população⁽⁵⁻⁸⁾. A APS, em sua orientação familiar e comunitária, possui alto grau de descentralização e capilaridade nos territórios, o que a deixa muito mais próxima do cotidiano das pessoas, acessando assim famílias em situação de maior vulnerabilidade⁽⁶⁻⁸⁾.

Além da esfera da saúde, a APS tem tido implicações no acesso a benefícios sociais como o Programa Bolsa Família, captando famílias de menor renda nos territórios assistidos e acompanhando as condicionalidades necessárias para a continuidade do recebimento dos recursos. Com isso, já se tem registro de importante impacto na mortalidade na infância, marcadamente sobre causas ligadas à pobreza^(15,16).

4. Custo-efetividade da APS na organização das redes locais de saúde

Um segundo componente analisado relaciona-se com os preparativos macroeconômicos do DF para o enfrentamento das consequências pós-pandemia. Por um lado, a queda de arrecadação do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) e do Imposto Sobre Serviços (ISS) e a elevação dos gastos em saúde tiveram um impacto considerável sobre as finanças do DF, mesmo com as medidas de socorro fiscal da União^(4,11). Por outro, o adoecimento da população no contexto da pandemia em aspectos para além da COVID-19, em especial o agravamento de doenças crônicas como diabetes, hipertensão e transtornos mentais, vem criando uma onda paralela com potencial para colapsar o sistema de saúde numa proporção muito mais complexa e duradoura que a atual^(1,2,9).

Como organizar a rede de saúde da Ceilândia diante de um cenário tão adverso? Entre as respostas, cabe destaque na literatura para a APS como o nível de atenção com melhor relação custo-efetividade para organização das redes de saúde, inclusive em períodos de crise⁽⁶⁻¹⁰⁾.

A garantia dos princípios básicos do SUS tem criado a necessidade de reorganização dos serviços de saúde diante do aumento dos custos do sistema. Neste sentido, os estudos de avaliação econômica são fundamentais no estabelecimento de prioridades para a expansão de serviços e incorporação de tecnologias, uma vez que os recursos financeiros são escassos e finitos. Dentre os diferentes tipos de avaliação, ganham notoriedade os estudos de custo-efetividade, custo-benefício, custo-utilidade e custo-mínimo⁽¹⁰⁾.

As avaliações completas, que comparam custos em unidades monetárias e resultados em unidades de consequências são classificadas de forma genérica como análises de custo-efetividade, sendo consideradas de evidência mais robusta que as demais modalidades. Neste modelo, é avaliado se os objetivos foram alcançados de forma eficiente e eficaz – ainda que um projeto seja eficiente operando em custos mínimos, pode não ser eficaz, quando não atinge os grupos selecionados inicialmente ou vice-versa⁽¹⁰⁾.

Diante destas premissas, estudos de comparação internacional como os conduzidos por Starfield⁽⁶⁾ e Krigos e colaboradores⁽⁷⁾ identificaram que sistemas de saúde com orientação mais forte para a APS possuem maior probabilidade de apresentar melhores níveis de saúde e custos mais baixos. Nestas avaliações, foram ponderados custos diretos, indiretos, físicos e secundários aos sistemas de saúde, além de múltiplos aspectos de benefício sanitário entre os países analisados. Não obstante, serviram de referência para as reformas da APS de diversos países da Europa e mesmo para as transformações desenvolvidas na ESF brasileira^(7,8).

Outro ponto levantado se refere às pesquisas de desempenho da APS para além das avaliações estritamente econômicas. Nas últimas duas décadas, o Brasil tem produzido inúmeras evidências sobre a importância e o impacto da ESF em seu território, ainda que a maioria destes sejam estudos ecológicos de cortes transversais. Na síntese de evidências realizada por Macinko e Mendonça⁽⁸⁾, a expansão e adequação da ESF no Brasil facilitou: o acesso e a utilização dos serviços de saúde pela população, sobretudo entre os mais vulneráveis; melhores resultados de saúde como redução da mortalidade infantil, da mortalidade adulta para condições sensíveis à APS e de hospitalizações desnecessárias; a expansão do acesso a diversos tratamentos; e ampliação do controle de algumas doenças infecciosas.

Contudo, a eficácia da APS depende de variáveis que extrapolam a simples oferta dos serviços primários. Miclos e colaboradores⁽¹⁷⁾ apontaram importante grau de ineficiência das ações e resultados em saúde da APS nos municípios brasileiros, sobretudo nos de pequeno porte. Questões como a grande rotatividade de profissionais, restrições particulares nas condições de trabalho e o subfinanciamento crônico do setor têm repercutido na qualidade da atenção e devem ser enfrentadas na implantação de uma rede local com forte orientação para a APS^(8,17). No caso do DF, limitações no acesso e precariedades no enfoque familiar e comunitário das equipes têm impactado a qualidade da APS distrital e precisam ser consideradas quando pensamos em um plano de melhoria da rede primária da Ceilândia⁽¹⁸⁾.

Aproximando as análises da qualidade da APS brasileira para o contexto da COVID-19, Dumas e colaboradores⁽⁹⁾ apontam para a potencialidade da ESF no enfrentamento da pandemia e de suas

consequências a curto e médio prazo. O trabalho comunitário das equipes pode atuar na redução da disseminação da doença, acompanhando casos de menor gravidade em isolamento domiciliar, apoiando comunidades no distanciamento social, identificando situações de vulnerabilidade e garantindo o acesso e encaminhamento nas fases mais críticas da pandemia. No aspecto individual, o uso de modalidades de teleatendimento pode orientar casos suspeitos, auxiliar na identificação de sinais de alerta, monitorar a evolução clínica de sintomáticos, realizar assistência virtual aos casos mais complexos e acionar a remoção de urgência para a rede hospitalar nos casos de maior agravamento. Com uma APS forte, organizada, com profissionais qualificados e em número adequado para a cobertura da rede local, seria possível achatando a curva de crescimento da COVID-19 e garantir a suficiência de leitos de UTI para os períodos mais críticos da pandemia.

Além da atuação na COVID-19, a APS é o nível privilegiado para a coordenação dos cuidados de usuários portadores de doenças crônicas. O agravamento de doenças pré-existentes e o surgimento de novas patologias (depressão, ansiedade, transtornos musculoesqueléticos, sequelas pós-COVID-19, etc.) em consequência da pandemia reforçam ainda mais a importância deste nível de atenção. A APS conta com especificidades como o conhecimento no território, o acesso, o vínculo e a integralidade na assistência que a colocam em posição de destaque para fazer frente também às consequências de médio prazo da pandemia⁽⁹⁾. Corroboram com isto as evidências sobre a APS na redução de procura hospitalar e internações desnecessárias⁽⁸⁾. Além disto, mesmo durante o período mais crítico da COVID-19, a APS de diversas localidades tem conseguido manter o seguimento de ações programáticas indispensáveis, como pré-natal e puericultura, e tem absorvido demandas adicionais da rede secundária paralisadas devido à pandemia^(1,9).

Contudo, o cenário enfrentado mostra-se bem mais complexo. Por um lado, a perda de seguimento de parte dos usuários com a suspensão de diversos serviços de saúde no período e as consequências físicas e psíquicas do isolamento social prolongado resultou na piora da saúde de grande parte da população^(1,9). Por outro, o impacto da pandemia sobre os serviços de saúde, com adoecimento e morte de profissionais e aumento considerável da demanda, tem repercutido na queda da qualidade da atenção em todo o país⁽⁹⁾. Com isso, as UBS passaram a trabalhar em seu limite, vivenciando casos frequentes de síndrome de *burnout* entre seus profissionais⁽¹⁾. Além disto, a crise econômica resultou em redução significativa da empregabilidade formal e do poder de compra das famílias, o que provocou a migração de grande número de usuários de planos de saúde para a rede pública⁽⁴⁾. Desta forma, serviços que já funcionavam além de sua capacidade assistencial passaram a absorver grandes contingentes populacionais expulsos da rede suplementar.

A resposta sanitária para a crise econômica da Ceilândia, neste sentido, deveria se iniciar com o fortalecimento da rede primária já implantada na RA para assegurar qualidade na atenção. Garantir apoio institucional para as UBS, preencher as equipes de ESF inconsistentes, sobretudo em médicos e ACS, recompor as unidades que apresentaram mais perdas por afastamento de profissionais e investir na ampliação de programas de residência voltados para a APS e em processos formativos podem ser passos importantes para a melhoria da atenção nas atuais UBS da região.

A segunda etapa se daria com a expansão da cobertura da ESF da Ceilândia, priorizando inicialmente as localidades mais vulneráveis da RA. A presença de uma APS robusta no pós-pandemia teria condições de responder de uma forma muito mais eficaz, capilarizada e sustentável ao conjunto de patologias descritas na onda paralela à COVID-19 a um custo mais baixo e próximo à casa das pessoas⁽⁶⁻¹⁰⁾. Como ilustração, o custo de internação de um único paciente com pé diabético, causa sensível à APS, é estimado em torno de R\$4,4 mil⁽¹⁹⁾ – como se dariam as projeções financeiras para um número tão elevado de hospitalizações por causas semelhantes na Ceilândia nos próximos meses?

Esta realidade contrasta hoje com as megaobras hospitalares realizadas em 2020 na RA, como a construção do Hospital Modular da Ceilândia, anexo ao hospital regional, inaugurado em julho ao custo de R\$10,3 milhões, e do Hospital de Campanha da Ceilândia, cujo orçamento gira em torno de R\$10,4 milhões⁽¹¹⁾. Além destes valores, a contratação emergencial e temporária de 860 profissionais para o preenchimento da rede hospitalar do DF, em detrimento da APS, ilustra a priorização desse nível de atenção pelo governo distrital durante a pandemia^(1,11). Em contraponto, a APS se consolidaria como um legado para a RA, de menor impacto midiático, mas com resultados sanitários mais significativos⁽⁹⁾.

5. Considerações Finais

A Ceilândia vivencia hoje um paradoxo singular, concentrando recorrentemente recursos em setores de baixa eficácia em um cenário de crise econômica e sanitária jamais vista na região. Se, por um lado, a pandemia vem acumulando uma onda paralela de patologias sensíveis à APS, por outro, a mesma APS tem potencial para amenizar grande parte do consumo das famílias na área da saúde e de ofertar melhores resultados em saúde a um custo que respeite a crise fiscal provocada pela COVID-19. Contudo, quanto mais se agrava a crise, mais se percebe a priorização do nível hospitalar da Ceilândia, tanto na construção de novos serviços quanto na contratação de pessoal.

Este ensaio busca, através das contribuições dos autores, dialogar com a literatura existente nas esferas da saúde e da economia apontando possibilidades de intervenção a curto e médio prazo para a região. Não foram identificadas referências específicas do campo APS sobre gastos catastróficos em saúde e ainda são escassos os estudos de custo-efetividade da APS de avaliação completa no Brasil, mas é possível trabalhar com as sínteses preliminares de evidências já existentes no país para orientar a construção de políticas locais em uma realidade desafiadora como a da Ceilândia⁽¹⁰⁾. Além disto, para além do período crítico da pandemia, a APS tem mostrado papel fundamental no equilíbrio econômico de sistemas de saúde diante das transições epidemiológicas e do aumento de custos com a incorporação tecnológica do setor. Neste sentido, os cuidados primários não devem ser relegados a um guarda-chuva de momentos de colapso sanitário, e sim valorizados como estratégia estruturante das redes de saúde com resolutividade e sustentabilidade financeira.

Estudos mais completos de dimensionamento da ESF local e da capacidade orçamentária do DF, incluindo as oscilações da crise fiscal, fazem-se necessários e podem abrir caminhos para a almejada ampliação da cobertura da APS na região. Contudo, a defesa da APS ainda carece da união das forças políticas (movimentos sociais, instituições, representantes políticos, etc.) para reverter a correlação de poder que sustenta o paradoxo sanitário da Ceilândia. Os desafios são grandes e o tempo se coloca como um imperativo inadiável.

Referências bibliográficas

1. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Boletins Informativos DIVEP/SVS – COVID-19. Informes sobre a doença pelo Coronavírus (COVID-19). [citado 2021abr. 05]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/boletinsinformativos-divep-cieves/>
2. Pesquisadores associados. Observatório PrEpidemia. Boletim COVID-19 DF-17. Situação e Cenários da pandemia de COVID-19 no âmbito do Distrito Federal. 29/dez/2020. [citado 2021abr. 05]. Disponível em: <https://www.prepidemia.org/>
3. Carvalho LB. Curto-circuito: o vírus e a volta do Estado. 1. ed. São Paulo: Todavia, 2020.
4. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Carta de Conjuntura nº50 – 1º trimestre de 2021. Brasília, 2021. [citado 2021abr. 05]. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=37494&Itemid=3
5. Boing AC, Bertoldi AD, Posenato LG, Peres KG. *The influence of health expenditures on household impoverishment in Brazil*. Rev Saude Publica. 2014;48(5):797–807.
6. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002. 726p.

7. Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, Cartier T, Dedeu T, Hasvold T, et al. *The strength of primary care in Europe: an international comparative study*. Br J GenPract. 2013 Nov;63(616):e742-50.
8. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. Saúde em Debate. 2018;42(spe1):18–37.
9. Dumas RP, Azevedo e Silva G, Tasca R, da Costa Leite I, Brasil P, Greco DB, et al. *The role of primary care in the Brazilian healthcare system: Limits and possibilities for fighting COVID-19*. Cad SaudePublica. 2020;36(6).
10. Moraz G, Garcez A da S, de Assis EM, dos Santos JP, Barcellos NT, Kroeff LR. Estudos de custo-efetividade em saúde no Brasil: Uma revisão sistemática. Cienc e Saude Coletiva. 2015;20(10):3211–29.
11. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Boletim COVID-19. [citado 2021 abr. 05]. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/boletim-covid-19/>
12. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Plano Distrital de Saúde 2020-2023. Brasília, 2019.
13. Figueiredo JO, Prado NM de BL, Medina MG, Paim JS. Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. Saúde em Debate. 2018;42(spe2):37–47.
14. Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJL. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. Lancet. 2003;362(9378):111-7.
15. Guanais FC. The Combined Effects of the Expansion of Primary Health Care and Conditional Cash Transfers on Infant Mortality in Brazil, 1998–2010. Am J Public Health. 2013;103:2000–2006.
16. Sousa RP, Rasella D, Carepa-Sousa J. Política econômica e saúde pública: equilíbrio fiscal e bem-estar da população. Saúde em Debate. 2018;42(spe3):172–82.
17. Miclos PV, Calvo MCM, Calvo M, Colussi CF. Avaliação do desempenho das ações e resultados em saúde da atenção básica. RevSaude Publica. 2017;51:1–10.
18. Shimizu HE, Ramos MC. Avaliação da qualidade da estratégia saúde da família no Distrito Federal. Rev. Bras. Enferm. 2019 Abr; 72(2): 367-374.
19. Oliveira AF, Marchi ACB, Leguisamo CP, Baldo GV, WawginiakTA. Estimativa do custo de tratar o pé diabético, como prevenir e economizar recursos. Ciênc Saúde Coletiva. 2014;19(6):1663-71.

Participação dos autores na elaboração do ensaio teórico

Waldemir de Albuquerque Costa: concepção e delineamento do trabalho e redação do manuscrito.

Victor Rocha Santana: revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito

Natalia de Campos Carvalho: revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito

Pedro Alexandre Barreto Coelho: aprovação da versão final do manuscrito