

Gasto com atenção ambulatorial especializada no sistema único de saúde do estado da Bahia entre 2015 e 2019

RESUMO

Benedito Fernandes da Silva Filho
ditofilho13@gmail.com
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Bahia, Brasil.

Rita Narriman Silva de Oliveira Boery
rboery@uesb.edu.br
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Bahia, Brasil.

Alba Benemerita Alves Vilela
abavilela@uesb.edu.br
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Bahia, Brasil.

Objetivou-se analisar o gasto com procedimentos da atenção ambulatorial especializada no Sistema Único de Saúde por macrorregiões de saúde da Bahia entre 2015 e 2019. Estudo longitudinal retrospectivo utilizando dados secundários disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde no período de 2015 a 2019 e coletados em janeiro e fevereiro de 2020. As variáveis do estudo foram: macrorregiões; valor aprovado; grupo de procedimentos; complexidade (média e alta); tipo de prestador (público e privado); esfera/natureza jurídica. Para fins de análise, o “valor aprovado” foi considerado “gasto”. Evidenciou-se um aumento de gastos com atenção ambulatorial especializada no Estado da Bahia em todas as macrorregiões com crescimento gradual anual. Ao levar em consideração o tipo de prestador e o grupo de procedimentos, na média complexidade, os gastos foram mais elevados na esfera pública e, na alta complexidade, os gastos foram maiores pela prestadora privada em todas as Macrorregiões Geográficas de Saúde. No que diz respeito aos gastos do grupo de medicamentos de alto custo, o Estado mostrou-se prestador exclusivo. Entender a evolução e a distribuição dos gastos com procedimentos ambulatoriais especializados é uma ferramenta importante para a gestão e a execução de políticas públicas de forma regionalizada e hierarquizada.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência ambulatorial; Sistema Único de Saúde; Gastos em saúde.

1 INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (MS) define a atenção especializada, ou simplesmente Média e Alta Complexidade (MAC) na saúde, como um conjunto de conhecimentos, práticas, ações e técnicas assistenciais no desenvolvimento dos processos de trabalho, englobando maior densidade tecnológica, tornando-se espaços nos quais materializa o encontro das tecnologias leves e leve-duras oferecidas sobre a infraestrutura complexa de saúde, as quais os diferenciam da Atenção Primária à Saúde (CONASS, 2015a; Tesser; Poli, 2017).

A Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) ocorre nos ambientes ambulatoriais dos hospitais e em diversas outras unidades de saúde. Organizada em grupos de procedimentos de complexidade média e alta, estrutura-se no Sistema Único de Saúde (SUS) como um conjunto de procedimentos, incorporando serviços, ações e profissionais especializados com alta tecnologia e elevado custo, integrando-se aos demais níveis de atenção à saúde com a finalidade de proporcionar, à população, uma assistência integral (CONASS, 2015b; Peiter; Lanzoni; Oliveira, 2016).

Como o SUS é financiado pelos três entes federados, União, Estados e Municípios, no que se refere à responsabilidade da União, ocorre repasse de recursos ao Distrito Federal, Estados e municípios, objetivando atender aos principais problemas e agravos de saúde da população nos quais a complexidade dos atendimentos necessita de profissionais especializados e recursos tecnológicos para contribuir com melhor diagnóstico e tratamento (CONASS, 2015a; 2015b; Brasil, 2009).

Um dos grandes desafios na operacionalização do SUS é o financiamento, principalmente na MAC, que possa garantir um atendimento integral, equitativo e universal a toda a população. Essa é uma preocupação constante e crescente que envolve gestores, usuários e profissionais, principalmente quando analisados os avanços esperados para atender às demandas de saúde que têm seus entraves nos elevados gastos. Assim, uma eficiente alocação de recursos é imprescindível para minimizar as desigualdades regionais e sociais, garantindo uma assistência equitativa à sua população (Viacava et al, 2018; Brasil, 1990; Brasil, 2019).

Vale ressaltar que a expectativa dos gastos com a saúde pública no Brasil cresce na mesma proporção que a população envelhece. Em 2019, o total de despesas executadas na área da saúde chegou a R\$114,18 bilhões, com quase 50% do total destinado a subáreas da assistência hospitalar e ambulatorial (Brasil, 2020). Mundialmente, 10% do Produto Interno Bruto (PIB) global é gasto com saúde, aumentando mais rapidamente que a economia mundial (WHO, 2018).

Os elevados gastos envolvendo procedimentos da MAC em detrimento aos da Atenção Primária à Saúde têm sido objeto de estudos e preocupação das seguradoras de saúde nos Estados Unidos e na Inglaterra (Coronini-cronberg et al, 2015). Esse crescente gasto em saúde é impactado por fatores como a inclusão de novas tecnologias e o aumento da utilização de recursos médicos (Marques; Piola; Ocke-Reis, 2016).

No Estado da Bahia, a gestão da AAE é realizada por meio da Programação Pactuada Integrada da assistência à saúde (PPI) por Macrorregiões de Saúde (MRS) mediante o estabelecimento de pactos entre os gestores de saúde, garantindo, assim, o acesso aos serviços de saúde à população territorial nos âmbitos

municipal, regional, estadual ou interestadual (Menicucci; Costa; Machado, 2018; Mello et al, 2017; SESAB, 2017).

Dessa forma, entende-se que os gastos em saúde são compromissos financeiros admitidos para a obtenção de bens, serviços ou outras atividades, não importando a origem dos recursos, mediante a entrega ou promessa de execução, independentemente de se ter efetuado o pagamento (Marques; Piola; Ocke-Reis, 2016; Menicucci; Costa; Machado, 2018).

Torna-se de grande relevância, considerando o financiamento tripartite do SUS e a ausência de informações sobre os gastos públicos com AAE pelo Estado da Bahia por MRS, analisar os gastos sob a perspectiva do valor aprovado do MS, ou seja, o repasse de recursos via tabela de procedimentos, medicamentos e órteses, próteses e materiais especiais (OPM) do SUS, denominada “Tabela SUS”, constante no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

Entender os gastos com a AAE torna-se uma ferramenta de gestão importantíssima para a alocação de recursos em grupos específicos de procedimentos especializados (média ou alta complexidade), regionalização e estruturação da saúde. Na Bahia, essa necessidade urge com a reestruturação implantada pelo governo estadual com políticas específicas para a AAE.

Diante do exposto, este estudo analisou o gasto com procedimentos da AAE no SUS nas MRS da Bahia entre 2015 e 2019.

2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo longitudinal retrospectivo em que foram analisados os gastos relativos aos procedimentos da assistência ambulatorial especializada a partir de dados secundários disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no período de 2015 a 2019, coletados em janeiro e fevereiro de 2020.

Para fins de análise, considerou-se “valor aprovado” como “gasto”. Assim, ‘gastos em saúde’ são todos os gastos executados com a finalidade de promover, recuperar e manter a saúde das pessoas de uma determinada população em um período definido (WHO, 2018).

A área de estudo foi o Estado da Bahia, dividido em MRS. A Bahia, o maior Estado da região Nordeste do Brasil, ocupa a posição do quarto Estado mais populoso da federação, reunindo 7,3% do total de habitantes do território nacional, sendo o quinto maior Estado brasileiro em extensão (564.733,450 km²), representando 6,63% da área territorial do país e 36,3% da área do Nordeste. O Estado da Bahia possui 417 municípios, sendo a maioria de pequeno porte com até 20 mil habitantes (SEI, 2016; SESAB, 2017).

A população foco desta pesquisa foi composta pelas MRS do Estado da Bahia. A organização das MRS objetivou a concretização da regionalização da saúde, atendendo aos postulados do SUS em termos de acesso, saúde coletiva, eficácia clínica, equidade e eficiência econômica (Brasil, 2009; Mello et al, 2017).

Em 2015, a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) implantou os Núcleos Regionais de Saúde (NRS) com a finalidade de acompanhar as atividades de vigilância sanitária, regulação, controle, avaliação e monitoramento de

prestação de serviços de saúde em consonância com a gestão dos municípios. Dessa forma, os NRS operacionalizaram como MRS, tendo uma base administrativa em cada cidade sede das nove MRS (Tabela 1), com isso, fortalecendo a rede de atenção à saúde (SEI, 2016; SESAB, 2017).

Tabela 1 - Distribuição das macrorregiões, sede, municípios e habitantes.

Macrorregiões	Cidade-sede	Total de Municípios Componentes	Habitantes %				
			2015	2016	2017	2018	2019
Sul	Ilhéus	68	11,2	11,1	11,0	10,9	11,2
Sudoeste	Vitoria da Conquista	74	11,9	11,9	11,9	11,8	11,4
Oeste	Barreiras	36	6,4	6,4	6,4	6,4	6,5
Norte	Juazeiro	28	7,3	7,3	7,3	7,3	7,3
Nordeste	Alagoinhas	33	5,8	5,8	5,8	5,8	5,8
Leste	Salvador	47	31,5	31,6	31,7	31,9	31,9
Extremo Sul	Teixeira de Freitas	21	5,5	5,5	5,6	5,6	5,6
Centro-Leste	Feira de Santana	72	15,0	14,9	14,9	14,9	14,9
Centro-Norte	Jacobina	38	5,5	5,4	5,4	5,4	5,4
Total (valor absoluto)		417	15.203.934	15.276.566	15.276.566	14.812.617	14.873.064

Fonte: Elaboração dos autores (2020).

Para apreender a série histórica (2015–2019), foram selecionados os registros dos valores aprovado pelo MS no SIA/SUS. Vale destacar que os dados disponíveis no SIA/SUS são oriundos das informações consolidadas em arquivos mensais do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) e da Autorização de Procedimentos de Alto Custo/Complexidade (APAC).

Os dados populacionais foram obtidos por meio das informações disponibilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (Brasil, 2019a; 2019b) e no site do DATASUS (Brasil, 2019c; 2019d). O evento estudado foi o gasto da produção ambulatorial especializada por local de atendimento e MRS, caracterizada pelos procedimentos registrados como “valor aprovado” no SIA/SUS (Brasil, 2019c). Os valores aprovados foram selecionados por grupo de acordo com o grau de complexidade (média e alta).

Na análise descritiva, optou-se por apresentar a totalidade dos gastos com atenção especializada em média por 100 mil habitantes para cada uma das macrorregiões. Para a variável tipo de prestador, foram trabalhadas duas categorias: público e privada (lucrativa e não lucrativa).

Para a análise da tendência, optou-se pela escolha do melhor modelo de regressão linear, apresentando-se a equação da reta R2 e Taxa de Crescimento Percentual (TCP), que foi calculada em duas etapas:

$$1^{\text{o}} \text{ passo } Mudança \text{ percentual} = 100 \times \left(\frac{Valor \text{ final} - Valor \text{ inicial}}{valor \text{ inicial}} \right)$$

$$2^{\text{o}} \text{ passo } Taxa \text{ de Crescimento Percentual} = \frac{Mudança \text{ percentual}}{\text{número de anos}}$$

Todo o processo analítico foi realizado no *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 22.0, com nível de significância de 5%.

Não foi necessária a aprovação de projeto em Comitê de Ética, pois se trata de dados secundários, sendo resguardado o direito da divulgação das fontes: SIA/SUS19, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (Brasil, 2019d) e IBGE (Brasil, 2019a; 2019b).

3 RESULTADOS

A análise dos gastos em saúde com AAE no SUS das MRS do Estado da Bahia evidenciou aumento dos gastos em todas as macrorregiões. Para a Média Complexidade (MC), a menor porcentagem de crescimento dos gastos foi de 2,4% na macrorregião Sul, saindo de R\$5.951/10.000hab. em 2015 para R\$6.663/10.000hab. em 2019, enquanto a maior porcentagem de crescimento dos gastos foi de 10% na macrorregião Oeste, oscilando de R\$2.573/10.000hab. em 2015 para R\$ 3.864/10.000hab. em 2019.

Em relação à alta complexidade, o maior aumento de gastos (70,4%) foi na macrorregião Centro-Norte, que, em 2015, teve um gasto de R\$ 334/10.000hab. e, em 2019, de R\$ 1.509/10.000hab. O menor incremento (6,1%) deu-se na macrorregião Leste, que variou de R\$18.831/10.000hab. em 2015 para R\$ 24.617/10.000hab. em 2019 (Tabela 2).

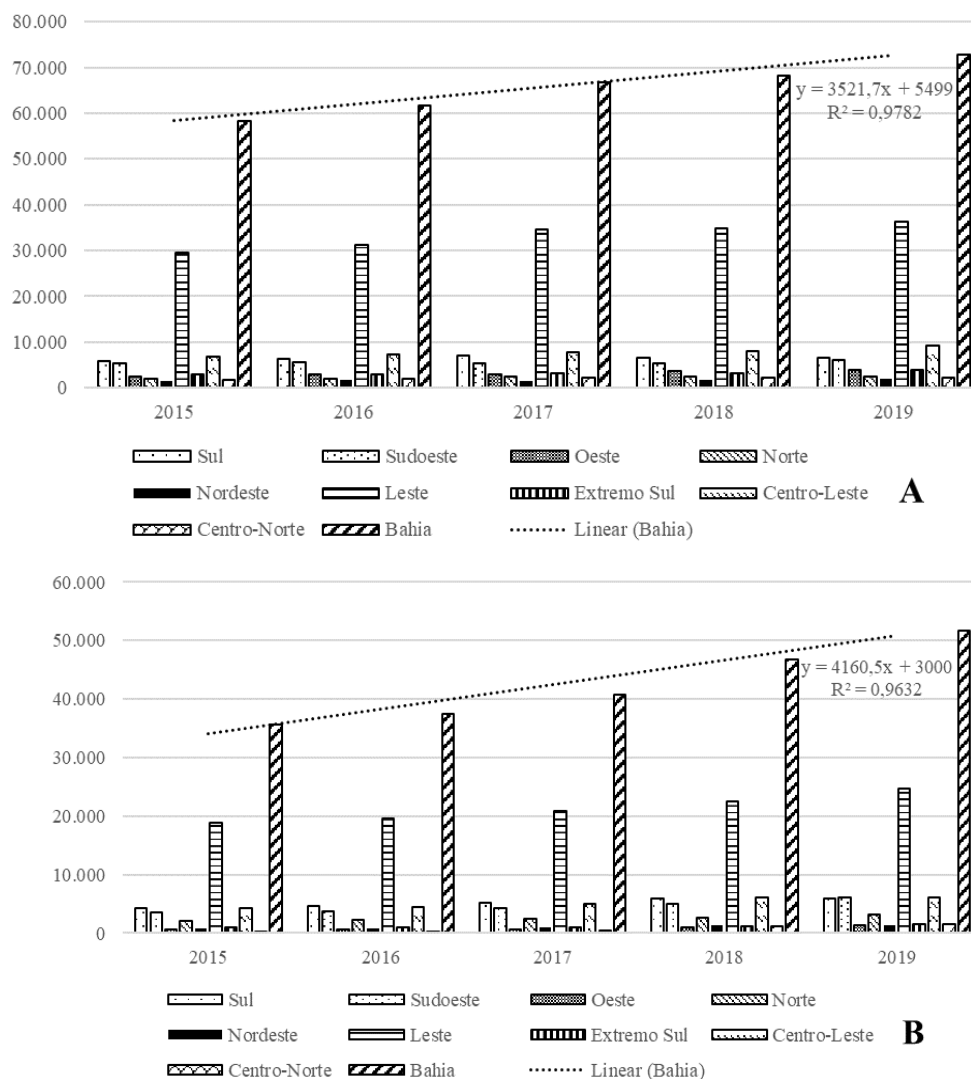
Tabela 2 - Gasto com atenção ambulatorial especializada por dez mil habitantes e Porcentagem de Crescimento Anual (APC), de acordo com as macrorregiões, de 2015 a 2019.

	MÉDIA COMPLEXIDADE					
	2015	2016	2017	2018	2019	APC
Sul	5.951	6.260	6.972	6.571	6.663	2,4
Sudoeste	5.287	5.667	5.416	5.317	6.098	3,1
Oeste	2.573	2.950	3.030	3.706	3.864	10,0
Norte	1.962	2.013	2.377	2.465	2.443	4,9
Nordeste	1.410	1.643	1.510	1.848	1.896	6,9
Leste	29.559	31.175	34.546	34.778	36.363	4,6
Extremo Sul	2.997	2.948	3.137	3.253	3.800	5,4
Centro-Leste	6.839	7.192	7.734	8.011	9.292	7,2
Centro-Norte	1.748	1.884	2.145	2.179	2.319	6,5
Bahia	58.326	61.733	66.867	68.127	72.737	4,9
	ALTA COMPLEXIDADE					
	2015	2016	2017	2018	2019	APC
Sul	4.306	4.715	5.189	5.849	5.950	7,6
Sudoeste	3.506	3.725	4.203	5.018	6.039	14,5
Oeste	662	662	641	976	1.379	21,6
Norte	2.030	2.185	2.519	2.655	3.139	10,9
Nordeste	771	832	1.037	1.338	1.453	17,7
Leste	18.831	19.508	20.833	22.560	24.617	6,1
Extremo Sul	957	987	1.057	1.247	1.485	11,0
Centro-Leste	4.237	4.465	4.976	6.051	6.165	9,1
Centro-Norte	334	341	376	1.128	1.509	70,4
Bahia	35.634	37.421	40.832	46.822	51.736	9,0

Fonte: Elaboração dos autores (2020).

Na figura 1, o crescimento no gasto em atenção especializada nas MRS do Estado da Bahia pôde ser atestado por meio da análise de tendência linear. Para a MC, obteve-se $R^2=0,9782$ ($p=0,02$) (Figura 1A) e, para a alta complexidade (Figura 1B), $R^2=0,9632$ ($p=0,04$).

Figura 1 - Série histórica dos gastos com média (A) e alta (B) complexidade por dez mil habitantes, de acordo com as macrorregiões, de 2015 a 2019.



Ao levar em consideração o tipo de prestador/gestão e o grupo de procedimentos nas MC, os gastos foram mais elevados na esfera pública, sendo maior na macrorregião Extremo-Sul (76,6%) e, como únicas exceções, as MRS Sul e Centro-Leste, que apresentaram o menor percentual pelo prestador público, respectivamente, de 30,7% e 43,5% (Tabela 3).

A média de gastos da atenção especializada de alta complexidade em todas as MRS foi superior no prestador de iniciativa privada (lucrativa ou não lucrativa), sendo maior na MRS Centro-Norte (96,4%) e menor no Sudoeste (70,8%) (Tabela 3). No que diz respeito aos medicamentos, que englobam os componentes especializados da assistência farmacêutica de alto custo fornecidos exclusivamente pelas secretarias estaduais, a média do gasto na totalidade das

MRS foi de R\$ 7.043/10 mil habitantes, concentrando-se somente na alta complexidade.

Tabela 3 - Média do gasto com grupo de procedimentos da atenção especializada por dez mil habitantes, de acordo com as macrorregiões, de 2015 a 2019.

		MÉDIA COMPLEXIDADE				
	PRESTADOR	Procedimentos com finalidade diagnóstica	Procedimentos clínicos	Procedimentos cirúrgicos	Transplantes de órgãos, tecidos e células	Proporção público-privada
Sul	Público	3.286,7	6.291,9	379,9	0,0	30,7
	Privado	10.398,4	10.949,9	1.046,5	41,3	69,3
Sudoeste	Público	7.466,9	8.257,4	502,4	0,0	70,0
	Privado	5.170,4	1.702,6	76,4	0,0	30,0
Oeste	Público	3.251,0	6.180,1	288,8	0,0	60,9
	Privado	4.485,0	1.720,9	25,4	0,0	39,1
Norte	Público	2.011,8	5.098,9	196,3	0,0	63,0
	Privado	2.754,1	1.431,7	98,6	0,5	37,0
Nordeste	Público	1.935,0	3.526,2	120,1	0,0	60,5
	Privado	975,5	2.632,9	35,7	0,0	39,5
Leste	Público	47.191,5	41.300,8	2.117,9	306,4	54,7
	Privado	42.523,7	30.703,4	1.891,9	236,9	45,3
Extremo Sul	Público	2.893,3	9.000,5	463,7	0,0	76,6
	Privado	2.234,4	1.431,7	98,6	0,5	23,4
Centro-Leste	Público	5.330,3	10.620,9	630,0	0,0	42,5
	Privado	11.014,4	10.565,1	745,9	123,0	57,5
Centro-Norte	Público	1.842,7	4.015,8	164,3	0,0	58,6
	Privado	1.580,2	2.632,9	35,7	0,0	41,4
		ALTA COMPLEXIDADE				
Sul	Público	942	22	492	10	5,6
	Privado	2.573	19.941	1.874	88	94,4
Sudoeste	Público	1.107	4.610	832	0	29,2
	Privado	1.185	13.608	876	176	70,8
Oeste	Público	295	7	310	0	14,2
	Privado	1.590	1.421	676	0	85,8
Norte	Público	156	602	308	0	8,5
	Privado	615	10.628	186	0	91,5
Nordeste	Público	446	0	79	0	9,7
	Privado	2	4.747	140	0	90,3
Leste	Público	9.134	10.596	587	1.694	22,1
	Privado	8.595	57.085	6.851	5.147	77,9
Extremo Sul	Público	765	968	141	54	13,1
	Privado	725	11.457	387	173	86,9
Centro-Leste	Público	755	404	93	0	7,4
	Privado	881	12.096	2.630	0	92,6
Centro-Norte	Público	447	1.858	238	0	3,6
	Privado	8.288	52.344	1.943	5.332	96,4

Fonte: Elaboração dos autores (2020).

4 DISCUSSÃO

A análise dos gastos na AAE revelou expressiva evolução na perspectiva das MRS do Estado da Bahia no período de 2015 a 2019, havendo maior gasto por habitantes na MC nas MRS Oeste, Centro-Leste, Nordeste e Centro-Norte. Na alta complexidade, evidenciam-se o Centro-Norte, Oeste, Nordeste e Sudeste.

A AAE no SUS insere-se em um contexto de elevada demanda de produção e expressividade nos gastos em saúde.

O modelo de assistência à saúde, centrado em procedimentos de MAC, tem impactado diretamente a produção, o financiamento e, conseqüentemente, a demanda e o desempenho da AAE. Assim, emerge a discussão acerca da sobrecarga da AAE e sua relação com a falta de resolutividade das demandas, oriundas, principalmente, da atenção primária (Dilelio et al, 2014; Pires et al, 2010; Viana et al, 2010).

Com a repactuação da PPI em consonância com o processo de planejamento regional em 2017, estabeleceram-se limites financeiros da MAC nos 417 municípios da Bahia bipartite com base nos valores transferidos pela União para os fundos de saúde municipal e estadual. A organização dos grupos, subgrupos e agregados na PPI tem base na tabela dos procedimentos do Sistema de Informação Ambulatorial e Hospitalar do SUS (Brasil, 2006; 2010; SESAB, 2017).

Com a reorganização da estrutura técnica-administrativa e a criação dos NRS, ocorridas no Estado da Bahia, houve mudanças nas redes de assistência à saúde e repactuações da PPI na AAE. Assim, as macrorregionais no Estado vêm demonstrando maior aporte na alocação dos recursos públicos (Martins; Waclawovsky, 2015; SESAB, 2017). Entretanto, não há estudos na área que demonstrem se houve impactos na oferta de serviços (produção e valores aprovados) e procedimentos da AAE por MRS da Bahia.

Todavia, a universalidade da saúde proposta pelo SUS não se efetiva de forma semelhante em todos os lugares por seguir as tendências regionais de concentração ou escassez populacional e econômica e das modernizações técnicas. Assim, as MRS mais empobrecidas e menos atrativas são também aquelas que recebem menos investimentos na saúde, têm mais dificuldades de atração e fixação de profissionais, menor capacidade de oferta assistencial pública e privada e maiores dificuldades relacionadas à gestão, ao financiamento e ao planejamento do SUS (Viana, 2010; Albuquerque, 2014; Viana, 2015). Tal desdobramento pode explicar, em parte, a ainda elevada concentração dos gastos nas MRS Leste e Centro-Leste, que englobam, respectivamente, as cidades de Salvador e Feira de Santana.

No que se refere à concentração da execução dos serviços e procedimentos da alta complexidade no prestador de iniciativa privada, destaca-se que o arcabouço legal do SUS cita que a assistência à saúde seja livre à iniciativa privada. Quando as disponibilidades de recursos próprios fossem insuficientes para prover a cobertura assistencial à população de um determinado território, o SUS poderia recorrer, por meio de contratos e convênios, aos serviços prestados pela rede particular, preferencialmente às entidades filantrópicas e às sem fins lucrativos (Brasil, 2011; Almeida, 2012; Almeida, 2013).

Historicamente, os serviços especializados de MAC no Estado brasileiro vêm sendo oferecidos de forma complementar pelo sistema privado, fomentando o crescimento da rede privada de oferta dos serviços de saúde, na contramão dos investimentos e da ampliação de uma rede pública própria (Pinafo; Carvalho, 2016; Saldivas; Veras, 2018). Tal tendência mantém-se conforme a avaliação de Viacava e colaboradores (2018) ao pontuarem que os Serviços de Apoio Diagnóstico e Tratamento (SADT) vêm, predominantemente, ao longo dos anos, sendo prestados pela iniciativa privada. Prova disso é que, em 2017, a participação pública representou 6,3% do SADT. Outros estudos (Solla; Chioro, 2012; Romano; Kehrig; Scatena, 2015) corroboram esses achados observando, ainda, uma elevada proporção de oferta de serviços ao SUS por meio de instituições de natureza privada (Rocha, 2014).

Embora mais estudos sejam necessários para a explicação desse crescente aporte financeiros na AAE nas MRS, constata-se que o Estado, por meio da PPI, com o objetivo de organizar a rede de serviços e estabelecer fluxo, vem definindo critérios e parâmetros pactuados nos limites financeiros destinados à assistência da população de forma regionalizada e hierarquizada (Viana, 2010; SESAB, 2017).

Outro fator a ser destacado é que os valores aprovados não refletem a produção e os valores apresentados pelas MRS da Bahia devido às glosas, subnotificações, além da defasagem na remuneração do SUS (Marques; Piola; Ocke-Reis, 2016).

5 CONCLUSÃO

Houve uma ampliação temporal de gasto com procedimentos da AAE em saúde de forma regionalizada por MRS no Estado da Bahia por meio da ampliação dos valores aprovados pelo MS na AAE. Entretanto, percebe-se, ainda, uma desigualdade entre as regiões do Estado. Os elevados gastos na alta complexidade e a execução pelo setor privado reforçam a preocupação nesse processo da terceirização da saúde nas ditas áreas “lucrativas” para a iniciativa privada.

Considerou-se uma limitação relacionar os gastos dos procedimentos com a estrutura e a oferta de serviços devido à publicitação desses dados no site do DATASUS.

Por meio de uma análise individualizada de cada MRS, será possível realizar associações entre oferta de serviços, produção de procedimentos apresentados e aprovados, valores apresentados e aprovados, bem como o aporte financeiro ofertado pelo Estado e os municípios envolvidos, contabilizando, assim, o gasto tripartite, ou seja, total.

A maior contribuição deste estudo foi analisar, pela primeira vez, os gastos da AAE por MRS após a implantação dos NRS como agente operacional da regionalização na Bahia. Cabe uma reflexão sobre o aumento dos gastos como um potencial precursor da melhoria da oferta de serviço e, consequentemente, maior acesso da população de forma regionalizada.

Expenditure on specialized outpatient care in the unified health system of the state of Bahia between 2015 and 2019

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the expenditure on specialized outpatient care procedures in the Unified Health System by health macro-regions of Bahia between 2015 and 2019. This was a retrospective longitudinal study using secondary data provided by the Department of Information Technology of the Unified Health System from 2015 to 2019 and collected in January and February 2020. The study variables were: macro-regions; approved value; group of procedures; complexity (medium and high); type of provider (public and private); legal sphere/nature. For analysis purposes, the “approved value” was considered “expenditure”. An increase in expenditure on specialized outpatient care in the State of Bahia was evidenced in all macro-regions with gradual annual growth. When considering the type of provider and the group of procedures, in the case of medium complexity, expenditures were higher in the public sector and, in the case of high complexity, expenditures were higher for the private provider in all Geographic Health Macroregions. With regard to expenditures for the group of high-cost medications, the State was the exclusive provider. Understanding the evolution and distribution of expenditures for specialized outpatient procedures is an important tool for the management and implementation of public policies in a regionalized and hierarchical manner.

KEYWORDS: Outpatient care; Unified Health System; Health expenditures.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M.V. O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros [tese] [Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2014. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-01042014-114150/publico/MarianaVercesideAlbuquerque.pdf>. Acesso em: 12 Ago. 2021.

ALMEIDA, C. Reformas de sistemas de saúde: tendências internacionais, modelos e resultados. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2nd ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; p. 759-801, 2012.

ALMEIDA, L.L. O significado de governança para os gestores estaduais do Sistema Único de Saúde. [dissertation] [Internet]. Brasília: Universidade de Brasília; 2013. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/13564>. Acesso em: 12 Ago. 2021.

ALMEIDA, C.A.L.; TANAKA, O.Y.. Evaluation in health: participatory methodology and involvement of municipal managers. Revista de Saúde Pública [serial on the Internet], s.v., n.20, p.45, Jan.. Acesso em: 12 Ago. 2021. Doi: 10.1590/S1518-8787.2016050006251.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências [Internet]. Brasília: Presidência da República, 2011 Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 12 Ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. 3rd ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf. Acesso em: 12 Ago 2021.

BRASIL. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil. Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, compilado até a Emenda Constitucional no 105/2019 [Internet]. Brasília: Senado Federal; 2019. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/566968/CF88_EC105_livro.pdf. Acesso em 21 Ago 2021.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências [Internet]. Brasília: Presidência da República; 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 15 Set 2021.

BRASIL. Controladoria-Geral da União. Portal da transparência [Internet]. Brasília: CGU; 2020. Disponível em: <http://www.portaltransparencia.gov.br/funcoes/10-saude?ano=2019>. Acesso em: 05 Jan. 2020.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estimativas populacionais para os municípios brasileiros [periódico na Internet]. Brasília: IBGE; 2019a. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2019/default.shtm>. Acesso em: 12 Ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Demográficas e Socioeconômicas [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019b. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/demograficas-e-socioeconomicas/>. Acesso em: 20 Jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS. SIA/SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019c. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202&id=19122>. Acesso em: 05 Jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [Internet]. Brasília: CNES; 2019d. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204>. Acesso em: 13 Jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, Fev. 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.htm. Acesso em: 12 Ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 12 Ago. 2021.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de média e alta complexidade no SUS [Internet]. Brasília: CONASS; 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro9.pdf. Acesso em: 12 Ago. 2021.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A atenção ambulatorial especializada nas redes de atenção à saúde [Internet]. Brasília: CONASS; 2015b. Disponível em: <http://www.conass.org.br/conassdebate/?p=418>. Acesso em: 13 Jan. 2020.

CORONINI-CRONBERG, S. et al. English National Health Service's Savings Plan May Have Helped Reduce The Use Of Three "Low-Value" Procedures. *Health Affairs (Millwood)* [serial on the Internet], v. 34, n. 3, p. 381–389, mar. 2015. Acesso em: 12 Ago 2021. Doi: 10.1377/hlthaff.2014.0773.

DILÉLIO, A. S. et al.. Padrões de utilização de atendimento médico-ambulatorial no Brasil entre usuários do Sistema Único de Saúde, da saúde suplementar e de serviços privados. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, n. 12, p. 2594–2606, dez. 2014. Acesso em: 12 Ago. 2021. Doi: 10.1590/0102-311X00118713.

MARTINS, C.C.; WACLAWOVSKY, A.J.. Problemas e desafios enfrentados pelos gestores públicos no processo de gestão em saúde. *Revista de Gestão em Sistemas da Saúde* [periódico na Internet]; v.4, n.1, p.100-109, Jun. 2015. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/284709923_Problemas_e_Desafios_Enfrentados_pelos_Gestores_Publicos_no_Processo_de_Gestao_em_Saude. Acesso em: 12 Ago. 2021.

MARQUES, R.M.; PIOLA, S.F.; OCKÉ-REIS, C.O. O financiamento do SUS numa perspectiva futura. In: Marques RM, Piola SF, ROA AC, organizadores. *Sistemas de Saúde no Brasil: organização e financiamento* [Internet]. Rio de Janeiro: Brasília: ABrES/MS/OPAS/OMS; p. 247-60, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude_brasil_organizacao_financiamento.pdf. Acesso em 12 Ago 2021.

MENICUCCI, T.M.G.; COSTA, L.A.; MACHADO, J.A. Pacto pela saúde: aproximações e colisões na arena federativa. *Ciências e Saúde Coletiva* [periódico na Internet]; v.23, n.1, p.29-40, Jan., 2018. Acesso em: 12 Ago 2021. Doi: 10.1590/1413-81232018231.17902015.

MELLO, G.A. et al. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. *Ciências e Saúde Coletiva* [periódico na Internet], v.22, n.4, p. 1291-310, Abr. 2017. Acesso em: 12 Ago 2021. Doi: 10.1590/1413-81232017224.26522016.

PINAFO E.; CARVALHO B.G., NUNES E.F.P.A.. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. *Ciências e Saúde Coletiva* [periódico na Internet]. V.21, n.5, p.1511-24. Mai. 2016; Acesso em: 12 Ago. 2021. Doi: 10.1590/1413-81232015215.18942015.

PIRES, M. R. G. M. et al.. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 15, p. 1009–1019, jun. 2010. Acesso em: 12 Ago. 2021. Doi: 10.1590/S1413-81232010000700007

PEITER, C. C.; LANZONI, G. M. DE M.; OLIVEIRA, W. F. DE. Regulação em saúde e promoção da equidade: o Sistema Nacional de Regulação e o acesso à assistência em um município de grande porte. *Saúde em Debate*, v. 40, n. 111, p. 63–73, out. 2016. Acesso em: 12 Ago 2021. Doi: 10.1590/0103-1104201611105.

ROMANO, C.M.C.; SCATENA, J.H.G.; KEHRIG, R.T. Articulação público-privada na atenção ambulatorial de média e alta complexidade do SUS: atuação da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. *Physis* [periódico na Internet], v.25, n.4, p.1095-115. Out.- Dez., 2015. Doi: 10.1590/S0103-73312015000400004.

ROCHA, D.C.. Gestão do cuidado na atenção ambulatorial especializada: elementos para pensar uma política [dissertation]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2014.

SALDIVA, P. H. N.; VERAS, M.. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. *Estudos Avançados*, v. 32, n. 92, p. 47–61, jan. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142018000100047&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 Ago. 2021.

SESAB. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Assessoria de Planejamento e Gestão. Repactuação da Programação Pactuada Integrada – PPI 2017/2018 [Internet]. Salvador: SESAB; s.v., s.n., p. 05-23, 2017. Disponível em: <http://www5.saude.ba.gov.br/portalcib/images/arquivos/Apresentacoes/2019/1EXTRA/primeirareuniaoextrappi.pdf>. Acesso em: 12 Ago. 2021.

SEI. Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia. Bahia Análise & Dados. Salvador: SEI; 2016.

SOLLA, J.; CHIORO, A.. Atenção ambulatorial especializada. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; s.v., s.n., p. 547-76, 2012.

TESSER, C. D.; POLI, P.. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 22, n. 3, p. 941–951, mar. 2017. Acesso em: 12 Ago 2021. Doi: 10.1590/1413-81232017223.18842016

VIANA, A. L. et al. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2317–2326, ago. 2010. Acesso em: 12 Ago. 2021. Doi: 10.1590/S1413-81232010000500007.

VIACAVA, F. et al.. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1751–1762, jun. 2018. Acesso em: 12 Ago 2021. Doi: 10.1590/1413-81232018236.06022018.

VIANA, A. L. D. et al.. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saúde e Sociedade*, v. 24, n. 2, p. 413–422, abr. 2015. Acesso em: 12 Ago. 2021. Doi: 10.1590/S0104-12902015000200002.

WHO. World Health Organization. Public spending on health: a closer look at global trends [Internet]. Geneva: WHO; 2018. Acesso em: 12 Ago 2021. Available from: http://www.who.int/health_financing/documents/health-expenditure-report-2018/en/.

Recebido: 09 jul. 2025.

Aprovado: 27 ago. 2025.

DOI: 10.3895/rbpd.v14n2.19831

Como citar: FILHO, B. F. S.; BOERY, R. N. S. O.; VILELA, A. B. A. Gasto com atenção ambulatorial especializada no sistema único de saúde do estado da Bahia entre 2015 e 2019. *R. Bras. Planej. Desenv.* Curitiba, v. 14, n. 03, p. 796-810, set./dez. 2025. Disponível em: <<https://periodicos.utfpr.edu.br/rbpd>>. Acesso em: XXX.

Correspondência:

Benedito Fernandes da Silva Filho

Av. José Moreira Sobrinho, s/n - Jequezinho, Jequié - BA

Direito autoral: Este artigo está licenciado sob os termos da Licença Creative Commons-Atribuição 4.0 Internacional.

