



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE  
MESTRADO ACADÊMICO**

**BENEDITO FERNANDES DA SILVA FILHO**

**PRODUÇÃO E GASTO DA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA NO  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA ENTRE 2015 E 2019**

**JEQUIÉ (BA)  
2020**

**BENEDITO FERNANDES DA SILVA FILHO**

**PRODUÇÃO E GASTO DA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA NO  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA ENTRE 2015 E 2019**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

**Linha de pesquisa:** Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde.

**Orientador:** Prof. Dr. Eduardo Nagib Boery.

**JEQUIÉ (BA)  
2020**

Dados internacionais de catalogação na fonte

CIP-BRASIL

S586p Silva Filho, Benedito Fernandes da  
Produção e gastos da atenção ambulatorial especializada no Sistema Único de Saúde do Estado da Bahia entre 2015 e 2019 / Benedito Fernandes da Silva Filho. -- 2020  
77 f. il.: fig.: tab.: quad.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) --  
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, BA, 2020  
Orientador: Prof. Dr. Eduardo Nagib Boery

1. Enfermagem. 2. Serviços de Saúde. 3. Serviço ambulatorial. I. Boery, Eduardo Nagib. II. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. III. Título.

CDU 610.73

**BENEDITO FERNANDES DA SILVA FILHO**

**Produção e gasto da atenção ambulatorial especializada no Sistema Único de Saúde do Estado da Bahia entre 2015 e 2019.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública.

Jequié (BA), 13 de maio de 2020.

**BANCA EXAMINADORA**



**Dr. Eduardo Nagib Boery.**

Doutor em Enfermagem

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde  
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB  
Orientador e Presidente da Banca Examinadora



**Prof.ª Dr.ª Sônia Cristina Lima Chaves**

Doutora em Saúde Pública

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
Universidade Federal da Bahia - UFBA



**Prof. Dr. José Ailton Oliveira Carneiro**

Doutor em Ciências da Saúde

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde  
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

*Dedico este trabalho a todos que fazem e defendem o  
Sistema Único de Saúde do Brasil.  
O SUS é um patrimônio do povo brasileiro.*

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus pela sua infinita bondade, sabedoria e provisão de todas as condições necessárias para a conclusão desta etapa de formação.

Aos meus pais (Vanda e Benedito) pela paciência e compreensão diante da ausência nesse período.

Aos meus familiares pelo apoio e incentivo.

Ao meu orientador, professor Dr. Eduardo Nagib Boery, pela confiança depositada desde o primeiro contato.

A todos os professores e professoras do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES/UESB), em especial, às professoras Dra. Alba Vilela, Dra. Adriana Nery e Dra. Rita Boery, pelo auxílio na construção da minha formação para a docência, disponibilidade e orientações.

Aos amigos Gilberto Alves, Sávio Moreira, Micael Dias, Icaro Ribeiro e Maciene Mendes pelo carinho e incentivo e por sempre acreditarem que tudo daria certo.

A todos os meus alunos e orientados pela confiança no processo ensino-aprendizagem e orientações.

A todos os meus amigos da cidade de Jequié pela acolhida sincera na cidade que aprendi a amar e honrar.

À professora Dra. Sônia Cristina Chaves e ao professor Dr. José Ailton Carneiro por terem aceitado o convite para participação da banca e pelas valiosas contribuições.

À turma 2018 pelo convívio e aprendizado.

A todos que estiveram ao meu lado neste processo e contribuíram para a realização desta pesquisa.

*“Tudo tem o seu tempo determinado, é há tempo para  
todo propósito debaixo do céu.”*

*(Eclesiastes 3:1)*

## RESUMO

SILVA FILHO, Benedito Fernandes da. **Produção e gastos da atenção ambulatorial especializada no Sistema Único de Saúde do Estado da Bahia entre 2015 e 2019.** 2020. 77f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem e Saúde] - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié (BA), 2020.

A atenção ambulatorial especializada constitui a atenção secundária e terciária da rede assistencial, denominadas de média e alta complexidade, sendo referenciais para a atenção primária. Esta dissertação analisou a produção e o gasto da atenção ambulatorial especializada ofertada no Sistema Único de Saúde do Estado da Bahia por macrorregiões de saúde entre os anos de 2015 e 2019. Trata-se de um estudo longitudinal retrospectivo com o uso de dados secundários da produção e do gasto com procedimento ambulatorial especializado. Os dados foram coletados no site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Ministério da Saúde do Brasil, nos meses de janeiro e fevereiro de 2020, sendo as variáveis do estudo: macrorregiões; ano; grupo de procedimentos; quantidade e valor aprovados; complexidade; gestão; tipo de prestador; natureza e esfera jurídica. Utilizou-se a estatística descritiva. O resultado é apresentado na forma de dois manuscritos: o primeiro analisa a produção da atenção ambulatorial especializada ofertada no Sistema Único de Saúde do Estado da Bahia entre 2015 e 2019. Observou-se uma curva de crescimento anual da produção de procedimentos ofertados em valores absolutos e por habitantes, na média e alta complexidade, em todas as macrorregiões. A gestão pública municipal concentra a produção da média complexidade e a estadual, a alta complexidade em todos os anos e na totalidade das macrorregiões. O segundo estudo analisa o gasto com a atenção ambulatorial especializada no Sistema Único de Saúde do Estado da Bahia entre 2015 e 2019. Percebeu-se um aumento de valores aprovados da atenção ambulatorial especializada no Estado da Bahia em todas as macrorregiões, sendo a esfera pública o maior valor aprovado no grupo de procedimentos da média complexidade e a iniciativa privada liderando os valores aprovados na alta complexidade, em todas as macrorregiões, na totalidade dos anos estudados. Conclui-se que houve um aumento crescente na produção e nos gastos da atenção ambulatorial especializada em todas as macrorregiões nos anos estudados. Esse aumento tem sido proporcional ao da inserção da iniciativa privada

na produção e nos gastos. O desenvolvimento desta pesquisa contribui na tomada de decisão da gestão e adoção de políticas públicas na atenção ambulatorial especializada de forma descentralizada, tendo, como base, o novo cenário regional de reestruturação das redes da atenção à saúde no território baiano.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde. Serviços de Saúde. Assistência Ambulatorial. Cobertura Efetiva de Serviços de Saúde.

## ABSTRACT

SILVA FILHO, Benedito Fernandes da. **Production and spending of specialized outpatient care in the Unified Health System of the State of Bahia between 2015 and 2019.** 2020. 77f. Dissertation [Master's in Nursing and Health] - Postgraduate Program in Nursing and Health, State University of Southwest Bahia, Jequié (BA), 2020.

The specialized outpatient care constitutes the secondary and tertiary care of the health care network, called medium and high complexity, being references for primary care. This dissertation analyzed the production and expenditure of specialized outpatient care offered in the Unified Health System of the State of Bahia by health macro-regions between the years 2015 and 2019. This is a retrospective longitudinal study with the use of secondary data of production and spending on specialized outpatient procedure. The data were collected on the website of the Department of Informatics of the Unified Health System of the Ministry of Health of Brazil, in the months of January and February 2020, and the study variables were: macro-regions; year; group of procedures; quantity and value approved; complexity; management; type of provider; nature and legal sphere. Descriptive statistics were used. The result is presented in the form of two manuscripts: the first analyzes the production of specialized outpatient care offered in the Unified Health System of the State of Bahia between 2015 and 2019. An annual growth curve was observed in the production of procedures offered in absolute values and per inhabitant, in medium and high complexity, in all macro-regions. Municipal public management concentrates the production of medium complexity and the state, the high complexity in all years and in all macro-regions. The second study analyzes the spending on specialized outpatient care in the Unified Health System of the State of Bahia between 2015 and 2019. An increase in the approved values of specialized outpatient care in the State of Bahia was observed in all macroregions, with the public sphere having the highest approved value in the group of medium complexity procedures and the private sector leading the approved values in high complexity, in all macroregions, in all the years studied. It is concluded that there was a growing increase in production and spending on specialized outpatient care in all macro-regions in the years studied. This increase has been proportional to the insertion of the private initiative in production and spending. The development of this research contributes to management decision-making and the

adoption of public policies in specialized outpatient care in a decentralized manner, based on the new regional scenario of restructuring of health care networks in Bahia.

**Keywords:** Unified Health System. Health Service. Ambulatory Assistance. Effective Health Service Coverage.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
APAC	Autorização de Procedimentos de Alto Custo/Complexidade
BPA	Boletim de Produção Ambulatorial
CF	Constituição Federal
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CSP	Cadernos de Saúde Pública
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
MAC	Média e Alta Complexidade
MC	Média Complexidade
MRS	Macrorregiões de Saúde
MS	Ministério da Saúde
NRS	Núcleos Regionais de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PPGES	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PRI	Planejamento Regional Integrado
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
SIGTAP	Programação Físico-Orçamentária
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCP	Taxa de Crescimento Percentual
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Mapa com as regiões geográficas da Bahia – mesorregiões.....	30
Figura 2	Mapa com as Macrorregiões Geográficas de Saúde da Bahia. ....	30

### **Manuscrito 2**

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.....	62
----------	--	----

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Descrição dos grupos de procedimentos da média e alta complexidade por códigos dos grupos. ....	33
Quadro 2	Descrição dos procedimentos do subgrupo da média complexidade por códigos dos grupos.....	34
Quadro 3	Descrição dos procedimentos do subgrupo da alta complexidade por códigos dos grupos. ....	35

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição das macrorregiões, sede, municípios e habitantes.....	31
----------	--	----

### Manuscrito 1

Tabela 1	Distribuição das macrorregiões, sede, municípios e habitantes.....	42
Tabela 2	Série temporal (2015-2019) de procedimentos especializados (média e alta complexidade) por dez mil habitantes de acordo com as macrorregiões de saúde.....	44
Tabela 3	Tendência temporal (2015-2019) da média de procedimentos especializados (média e alta complexidade) de acordo com as macrorregiões.....	44
Tabela 4	Média de dispersão dos grupos de procedimentos especializados por mil habitantes, de acordo com as macrorregiões de saúde, entre 2015 e 2019.....	45
Tabela 5	Média, taxa e porcentagem de crescimento da produção ambulatorial especializada por dez mil habitantes, de acordo com as macrorregiões de saúde do Estado da Bahia, entre 2015 e 2019.....	46

### Manuscrito 2

Tabela 1	Distribuição das macrorregiões, sede, municípios e habitantes.....	59
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. ....	61
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. ....	63

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>18</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>21</b>
2.1	OBJETIVO GERAL.....	21
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>22</b>
3.1	O Sistema de Único de Saúde do Brasil.....	22
3.2	As Redes de Atenção à Saúde.....	23
3.3	Os serviços e a atenção especializada em saúde no SUS.....	24
3.4	Atenção Ambulatorial Especializada SUS.....	25
3.5	Regionalização da saúde no Estado da Bahia em macrorregiões de saúde.....	27
<b>4</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>29</b>
4.1	Tipo de estudo.....	29
4.2	Área do estudo.....	29
4.3	População do estudo.....	30
4.4	Período de referência.....	32
4.5	Fontes de dados.....	32
4.6	Elenco de variáveis e análise dos dados.....	32
4.7	Considerações éticas.....	35
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>36</b>
5.1	Manuscrito 1.....	37
5.2	Manuscrito 2.....	53
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>71</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>73</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Movimento da Reforma Sanitária, iniciado na década de 1970, surge com a proposta de redefinir o modelo de atenção à saúde no Brasil, buscando abranger os problemas de saúde na perspectiva histórico-estrutural, ou seja, considerando os aspectos políticos e socioeconômicos na distribuição desigual das doenças (ALMEIDA, 2012; ESCOREL, 2012).

Com a promulgação da Constituição Federal (CF) do Brasil de 1988, a saúde passa a ser direito de toda a população e constitui um dever do Estado. Dessa forma, vislumbra-se o livre acesso, sem discriminação de nenhuma natureza, às ações e aos serviços de saúde voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde da população (BRASIL, 2019a; FRAGA; CARNEIRO, 2016).

A Lei nº 8.080/1990, conhecida como primeira Lei Orgânica da Saúde, a qual é baseada na CF, normatiza o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como princípios: a universalidade de acesso em todos os níveis de assistência à saúde; a igualdade na assistência e a equidade, a qual consiste na adaptação das regras existentes à situação concreta, observando-se os critérios de justiça. Já a Lei nº 8.142/1990, considerada a segunda Lei Orgânica da Saúde, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e versa sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros no âmbito da área de saúde e demais providências (BRASIL, 1990; 2011; SALDIVA; VERAS, 2018).

Com o SUS, a saúde passa a ser reconhecida constitucionalmente como um direito social, cabendo, ao poder público, a obrigação de garanti-lo mediante políticas econômicas e sociais que visassem à redução do risco de doenças e de outros agravos, possibilitando o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2011; FRAGA; CARNEIRO, 2016).

Nesse sentido, a organização do SUS pressupõe a composição de uma rede de serviços estruturada de forma regionalizada e hierarquizada, assegurando a economia de escala, para garantir tanto a qualidade da atenção a ser prestada quanto a boa relação custo/benefício. Tal organização busca viabilizar o conhecimento da problemática enfrentada pela população de acordo com cada região (MOLL *et al.*, 2017; SOLLA; CHIORO, 2012).

A organização dos serviços de saúde no âmbito do SUS tem os mais diversos critérios de ordenamento, entre eles, a tipologia de serviços disponíveis (ambulatoriais, hospitalares, domiciliares, urgência e emergência) e os níveis de complexidade da atenção à saúde, classificados em atenção básica, Média e Alta Complexidade (MAC) (MOLL *et al.*, 2017; VIACAVA *et al.*, 2018).

É necessário destacar que o acesso da população à rede deve ocorrer por meio dos serviços de nível primário de atenção. Nesse viés, é necessário que eles estejam qualificados para atender e resolver os principais problemas da demanda dos serviços de saúde. Por outro lado, os casos que não forem resolvidos no nível primário deverão ser referenciados para os serviços especializados ambulatoriais ou hospitalares (BRASIL, 2009; 2017; SOLLA; CHIORO, 2012). Assim, surge o acesso ao conjunto das ações da atenção ambulatorial nos diferentes níveis de complexidade.

O cuidado especializado ambulatorial, objeto deste estudo, ocorre nos ambientes ambulatoriais das unidades mistas de saúde e dos hospitais. Organizado por grupos de procedimentos de MAC, configura-se como um conjunto de procedimentos que, na conjuntura do SUS, engloba serviços e profissionais especializados com alta tecnologia e elevado gasto, integrando-se aos demais níveis de atenção à saúde com a finalidade de proporcionar, à população, uma assistência integral (BRASIL, 2015a; PEITER; LANZONI; OLIVEIRA, 2016).

Por sua vez, a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) constitui a atenção secundária e terciária da rede assistencial, as quais, respectivamente, são denominadas de MAC, sendo a atenção secundária e terciária os referenciais para a atenção primária. Os diferentes serviços ambulatoriais especializados contemplam consultas médicas especializadas e os principais serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. Ainda, em algumas regiões, o serviço ambulatorial especializado contempla convênios aos serviços privados lucrativos e não lucrativos (BRASIL, 2007; ROCHA, 2014; SOLLA; CHIORO, 2012).

Para a obtenção dos dados relativos à produção da AAE no SUS, utiliza-se do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS). Esse sistema reúne as informações da assistência especializada ambulatorial por meio do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC), programação físico-orçamentária, entre outros (BRASIL, 2020b).

Surge, tendo em vista que o Estado da Bahia vem ampliando a rede de AAE no SUS, o interesse em desenvolver estudos que revelem a estrutura da oferta, a

produção e os gastos da AAE nas macrorregiões de saúde do Estado da Bahia, a fim de se verificar a produção aprovada pelo Ministério da Saúde (MS) e ofertada à população baiana por macrorregiões de saúde, além de que sejam utilizados como um importante instrumento de gestão, subsidiando, assim, as ações de planejamento, programação, regulação, avaliação, controle e auditoria da assistência ambulatorial especializada (BAHIA, 2019).

Nessa perspectiva, pretende-se responder à seguinte questão norteadora: o registro da produção e dos gastos aprovados pelo MS, disponibilizado nos sistemas de informação do SUS, corresponde à oferta e aos valores efetivos de serviços/procedimentos no SUS? Dessa forma, após a apresentação dos objetivos, inicia-se uma breve revisão sobre o SUS no Brasil, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e os serviços da atenção especializada em saúde. Logo depois, são tecidas algumas considerações sobre a AAE, a regionalização da saúde no Estado da Bahia em macrorregiões de saúde e o método para o desenvolvimento do estudo ilustrando todo caminho metodológico. Em seguida, são apresentados dois artigos como resultados encontrados para a estrutura da oferta, produção e gastos da AAE no Estado da Bahia.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar a produção e o gasto da AAE ofertada no SUS do Estado da Bahia por macrorregiões de saúde entre os anos de 2015 e 2019.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Analisar a produção aprovada da AAE ofertada no SUS do Estado da Bahia por macrorregiões de saúde de acordo com a complexidade e o grupo de procedimentos entre os anos de 2015 e 2019.
- b) Analisar o valor aprovado da AAE no SUS do Estado da Bahia por macrorregiões de saúde de acordo com a complexidade e o grupo de procedimentos entre os anos de 2015 e 2019.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO BRASIL

Com a promulgação da atual CF de 1988, a saúde passou a ser um direito social garantido mediante as políticas sociais e econômicas por meio de ações e serviços de um sistema único. Assim, por meio da Lei nº 8.080/1990, estabeleceu-se o SUS, fundamentado, principalmente, nos princípios e diretrizes da universalidade de acesso em todos os níveis de assistência à saúde; igualdade na assistência sem preconceitos e prerrogativa de nenhuma natureza; integralidade da assistência; descentralização político-administrativa e participação da comunidade (BRASIL, 2011; 2019a; ESCOREL, 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Dessa forma, a garantia de um atendimento público universal e integral para todos os cidadãos é um direito legal, não cabendo a limitação de atendimento básico e o mínimo de serviços de saúde ofertados à parcela mais pobre da população (BRASIL, 2011). O Estado deve assumir as ações de promoção de saúde, oferta de serviços e regulação do sistema com foco na reestruturação do sistema de serviços e na democratização do acesso à saúde (ALMEIDA, 2012; MELLO *et al.*, 2017).

O SUS é um sistema complexo, assim como sua regulamentação, conseqüentemente, diferentes lógicas de organização dos serviços de saúde podem ser observadas no âmbito do SUS, orientadas por critérios os mais variados, entre eles, a tipologia de serviços disponíveis (ambulatoriais, hospitalares, domiciliares, urgência e emergência) e os níveis de complexidade da atenção à saúde, classificados em atenção básica e MAC (BRASIL, 2010; MOLL *et al.*, 2017; VIACAVA *et al.*, 2018).

Assim, faz-se imprescindível a edificação de uma rede de serviços ordenada de forma hierarquizada e regionalizada, possibilitando um maior conhecimento da situação de saúde da população local, viabilizando a realização de ações de vigilância em saúde e o acesso ao conjunto das ações hospitalares e de atenção ambulatorial nos mais diversos níveis de complexidade (ALMEIDA; TANAKA, 2016; SOLLA; CHIORO, 2012).

Houve muitas conquistas na atenção à saúde da população nos últimos anos no Brasil. Entre os principais elementos, destacam-se as possibilidades de acesso, as mudanças nos padrões de utilização, a ampliação da oferta de serviços e os

profissionais vinculados ao SUS. Entretanto, cabe frisar alguns desafios históricos, dentre os quais estão as acentuadas desigualdades regionais, o subfinanciamento e a relação público-privada na prestação dos serviços de saúde (ROMANO; SCATENA; KEHRIG, 2015; SALDIVA; VERAS, 2018; VIACAVA *et al.*, 2018).

Por ora, a efetiva consolidação das RAS merece destaque para a evolução do processo de gestão do SUS e o acesso dos usuários ao sistema.

### 3.2 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

As RAS abrangem serviços e ações que interferem nos processos de saúde-doença com o auxílio de recursos logísticos, tecnológicos e de gestão para assegurar a integralidade do cuidado e melhorar a equidade, o acesso e a eficácia preconizados no SUS. Assim, as RAS são compostas por três componentes: população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde (ARRUDA *et al.*, 2015; MOLL *et al.*, 2017; PINAFO; CARVALHO; NUNES, 2016).

É importante salientar que a estrutura operacional é o segundo elemento constituinte das RAS, que ajusta a articulação dos pontos de atenção à saúde, ou seja, envolve os diversos serviços de saúde distribuídos nos três níveis de atenção à saúde: primário, secundário e terciário. A organização dos serviços em rede objetiva prestar um cuidado humanizado, integral e contínuo a toda a população. Assim, compondo a RAS, há os serviços que auxiliam todos os pontos de atenção em saúde, que funcionam como sistemas de apoio, ofertando um cuidado individual e/ou coletivo, com ênfase na resolubilidade e integralidade (BRASIL, 2017; MOLL *et al.*, 2017; MARTINS; WACLAWOVSKY, 2015).

Arruda *et al.* (2015) destacaram as principais características das RAS nas quais estão: a responsabilização na atenção contínua e integral; a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção; os compromissos com os resultados sanitários e econômicos; o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde; o cuidado multiprofissional; a centralidade nas necessidades em saúde de uma população e o compartilhamento de objetivos.

Cabe destacar que são considerados as portas de entrada para as ações e os serviços de saúde nas RAS os serviços de atenção primária, atenção psicossocial, atenção de urgência e emergência e outros serviços especiais de acesso aberto, sendo a atenção básica a principal porta de entrada e o cerne de comunicação das

RAS, ordenadora das ações e dos serviços disponibilizados na rede (BRASIL, 2010; 2011; 2017).

Os serviços de AAE e hospitalar, entre outros de maior densidade tecnológica e complexidade, serão referenciados pelas portas de entrada das RAS (BRASIL, 2007; DILÉLIO *et al.*, 2014).

No sentido de operacionalizar o acesso aos serviços e à atenção especializada das RAS e normatizar os mecanismos de regulação do sistema, foi instituída a Política Nacional de Regulação do SUS. Com esse ato normativo, a regulação do acesso à assistência tem, dentre seus objetos, a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, baseados em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (ALBUQUERQUE, 2014; PINAFO; CARVALHO; NUNES, 2016; TESSER; POLI-NETO, 2017).

Os serviços e a atenção especializada em saúde constituem-se um conjunto de conhecimentos, práticas, ações e técnicas assistenciais no desenvolvimento dos processos de trabalho, englobando maior densidade tecnológica, tornando-se espaços nos quais se materializa o encontro das tecnologias leves e leves-duras oferecidas sobre a infraestrutura dura (BRASIL, 2015a; PEITER; LANZONI; OLIVEIRA, 2016).

### 3.3 OS SERVIÇOS E A ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE NO SUS

Para o MS, a atenção especializada em saúde ou MAC é um conjunto de serviços hospitalares e ambulatoriais, além de recursos de apoio diagnóstico e terapêutico, equipado de maior densidade tecnológica que o distingue da APS (BRASIL, 2015a; DILÉLIO *et al.*, 2014).

A estruturação dos serviços especializados de MAC tem ganhado destaque desde a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). Tal perspectiva justifica-se pela insuficiência da rede própria de serviços de MAC para atender às demandas de todos os previdenciários (SCOREL, 2012; SOLLA; CHIORO, 2012; TESSER; POLI-NETO, 2017).

A alta complexidade é definida como procedimentos no contexto do SUS que vislumbram alta tecnologia e custo. Por sua vez, objetiva-se ofertar, à população, serviços qualificados e integrados a outros níveis de atenção à saúde como, por exemplo, a atenção básica e de Média Complexidade (MC), dessa forma,

configurando-se atenção especializada (BRASIL, 2015a; PIRES *et al.*, 2010; VIANA *et al.*, 2015).

Apesar de conceitos diferentes, a média e a alta complexidade não têm uma relação definitiva fixa. Ambas as áreas de atenção especializada apresentam dificuldade e fragmentação nas suas tabelas de procedimentos no sistema ambulatorial ou hospitalar, selecionado por exclusão por não caber nas unidades básicas de saúde e na atenção básica pela densidade tecnológica e os custos envolvidos. Os procedimentos e serviços da alta complexidade encontram-se catalogados na tabela do SUS, no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH) e no SIA. Cabe destacar que muitos desses procedimentos e serviços têm um impacto financeiro extremamente alto como, por exemplo: radioterapia; hemoterapia; diálise e quimioterapia (BRASIL, 2015a; 2007; 2020b; ROCHA; 2014)

Almeida (2012) afirmou que, no Brasil, a maioria dos serviços especializados de apoio está localizada nas regiões Sul e Sudeste. Nessas regiões, há também maior centralização de serviços de imagem como tomógrafos, mamografia, ressonância magnética, ultrassom e aparelhos de raios-x. Ressalta-se que a maioria desses instalada no setor privado.

Historicamente, os serviços especializados da 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 (DILÉLIO *et al.*, 2014). Estudos de Romano; Scatena e Kehrig (2015) corroboraram esses achados, observando, ainda, uma elevada proporção de oferta de serviços ao SUS por meio de instituições de natureza privada (ALMEIDA; TANAKA, 2016).

### 3.4 ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA NO SUS

Encontram-se diversos serviços, representando a AAE, como: laboratórios; endoscopia; patologia clínica; imagem; assistência farmacêutica; os diversos sistemas de informação em saúde, entre outros (BRASIL, 2015a; MOLL *et al.*, 2017).

Observa-se que os serviços dos sistemas de apoio da rede de atenção fazem parte do componente da MAC em saúde. Dessa forma, segundo o MS, a MC ambulatorial é compreendida como ações e serviços que buscam solucionar os principais problemas e agravos da população. Nesse sentido, é necessária a

disponibilidade de profissionais e equipamentos especializados para o levantamento do diagnóstico e a elaboração do tratamento da população (BRASIL, 2015a; 2007; SOLLA; CHIORO, 2012).

Nesse contexto, a AAE é rechaçada como o “gargalo do SUS”, repercutindo nas filas, dificuldades de acesso e atendimento inadequado à população, representando um nó crítico para os profissionais, gestores e sociedade em geral (ALMEIDA, 2013; BRASIL, 2015a; SALDIVA; VERAS, 2018).

Por sua vez, a AAE constitui a atenção secundária e terciária da rede assistencial, as quais, respectivamente, são denominadas de MAC, sendo a atenção secundária e terciária os referenciais para a atenção primária. Os diferentes serviços ambulatoriais especializados contemplam consultas médicas especializadas e os principais serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. Ainda, em algumas regiões, o serviço ambulatorial especializado contempla convênios aos serviços privados lucrativos e não lucrativos (MARQUES; PIOLA; OCKÉ-REIS, 2016; ROMANO; SCATENA; KEHRIG, 2015).

Nos grupos que compõem os procedimentos de MC do SIA, elencam-se: procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros profissionais de nível superior e nível médio; cirurgias ambulatoriais especializadas; procedimentos traumatológico-ortopédicos; ações especializadas em odontologia; patologia clínica; anatomopatologia e citopatológico; radiodiagnóstico; exames ultrassonográficos; diagnose; fisioterapia; terapias especializadas; próteses e órteses e anestesia (BRASIL, 2015a; 2007).

Para a obtenção dos dados relativos à produção da AAE no SUS, utiliza-se do SIA/SUS. O sistema objetiva transformar os dados ambulatoriais em informações de extrema importância para subsidiar a tomada de decisões em saúde. O SIA/SUS reúne as informações da assistência especializada ambulatorial por meio do BPA, da APAC, programação físico-orçamentária, Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (SIGTAP) e pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (BRASIL, 2015a; 2020b).

### 3.5 REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA EM MACRORREGIÕES DE SAÚDE

Com o objetivo de otimizar e ofertar ações e serviços de saúde, o gestor deve adotar critérios pautados na organização e regionalização das RAS, considerando:

- a) os dados epidemiológicos e sociodemográficos do seu território; a abrangência recomendável para cada tipo de serviço;
- b) a qualificação e especialização dos profissionais para o desenvolvimento das ações;
- c) a correlação entre a prática clínica e a capacidade resolutiva, diagnóstica e terapêutica;
- d) a complexidade e o custo dos equipamentos e a economia de escala;
- e) técnicas e métodos demandados para a realização das ações (ALMEIDA; TANAKA, 2016; BRASIL, 2006; 2010; MENICUCCI; COSTA; MACHADO, 2018).

O Estado da Bahia, seguindo essa lógica, estrutura-se em Macrorregiões Geográficas de Saúde (MRS). As MRS foram concebidas utilizando a regionalização do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para todo o território nacional de acordo com o estudo Divisão Regional do Brasil em Mesorregiões e Microrregiões Geográficas (SANTOS; ASSI, 2017). Assim, a regionalização da saúde está profundamente ligada às macrorregiões (BAHIA, 2016; 2017; 2019).

Em 2015, a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) modificou a estrutura organizacional da administração pública do Poder Executivo estadual. Com a desconcentração administrativa da SESAB, iniciou-se o processo de implantação dos Núcleos Regionais de Saúde (NRS) com a finalidade de acompanhar as atividades de vigilância sanitária e de regulação, bem como as ações relativas à Coordenação de Monitoramento de Prestação de Serviços de Saúde, as Contratações da Saúde, a Corregedoria da Saúde e a Central de Aquisições, cooperando com o fortalecimento da gestão junto aos municípios (BAHIA, 2016; 2017; 2019; MELLO *et al.*, 2017).

Os NRS, instituídos pelo decreto estadual, assumiram o estabelecido no Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Estado da Bahia, o qual é dividido,

geograficamente, em 28 regiões que se agrupam formando as nove MRS. Nestas regiões de saúde, operacionalizam-se todas as negociações do Planejamento Regional Integrado (PRI). Dessa forma, os NRS encontram-se estruturados nas cidades sedes das nove macrorregiões de saúde com escritórios administrativos. A territorialização do Estado da Bahia em nove macrorregiões de saúde objetiva a regionalização da saúde, promovendo a desconcentração administrativa da SESAB (BAHIA, 2016; 2017; 2019; ROCHA, 2014; SANTOS; ASSI, 2017).

Dessa forma, os NRS, como base operativa das macrorregiões de saúde, poderão atuar na tomada de decisão na constituição da rede de atenção à saúde organizada de forma hierarquizada e regionalizada por estarem mais próximos e conhecerem os serviços de saúde do território (BAHIA, 2016; 2019; BRASIL, 2006).

Estruturados nas macrorregiões de saúde e suas respectivas cidades-sede do Estado da Bahia estão: Leste (Salvador); Centro-Leste (Feira de Santana); Nordeste (Alagoinhas); Sul (Ilhéus); Extremo Sul (Teixeira de Freitas); Norte (Juazeiro); Centro-Norte (Jacobina); Sudoeste (Vitória da Conquista) e Oeste (Barreiras). As regiões de saúde apresentam-se como ambientes privilegiados para a garantia da integralidade na atenção à saúde da população, sustentando um processo de PRI na perspectiva de fortalecer a gestão destes territórios. Tal perspectiva pode significar uma aproximação de uma descentralização na forma de restituição (BAHIA, 2016; SANTOS; ASSI, 2017).

## 4 MÉTODO

### 4.1 TIPO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo longitudinal retrospectivo no qual foram analisados a produção e os valores aprovados dos procedimentos ofertados na assistência ambulatorial especializada do sistema público de saúde brasileiro a partir de dados secundários disponibilizados pelo (DATASUS) do MS. A coleta dos dados aconteceu nos meses de janeiro e fevereiro de 2020.

### 4.2 ÁREA DO ESTUDO

A área de estudo foi o Estado da Bahia, dividido em MRS. A Bahia, maior Estado da região Nordeste do Brasil, representa o quinto Estado brasileiro em extensão territorial (564.733,450 km<sup>2</sup>), tomando 6,63% da área do país e 36,3% da área do Nordeste. Com uma população estimada de 14.812.617 habitantes em 2018, apresenta 51,32% do sexo feminino e 48,69% do sexo masculino. A Bahia ocupa a posição de quarto Estado mais populoso da federação, reunindo 7,3% do total de habitantes do território nacional (BAHIA, 2019; BRASIL, 2019b; 2019c; 2020b SANTOS; ASSI, 2017).

De acordo com o censo demográfico de 2010, a Bahia aparece com 417 municípios. A maioria dos municípios é de pequeno porte, ou seja, de até 20 mil habitantes, porém, encontram-se em áreas com densidade demográfica superior a 200 habitantes por km<sup>2</sup>. É relevante ressaltar que o Estado da Bahia é organizado, geograficamente, em sete mesorregiões geográficas (Figura 1). Tais regiões congregam diversos municípios que, por similaridade econômica e social, formam as 32 microrregiões. Esta formatação é utilizada para fins estatísticos, planejamento público, entre outros (BAHIA, 2019; BRASIL, 2019b; 2019c; 2020b; SANTOS; ASSI, 2017).

Figura 1 - Mapa com as regiões geográficas da Bahia – mesorregiões.



Fonte: Baixar Mapas (2021).

#### 4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população foco desta pesquisa é composta pelas MRS do Estado da Bahia (Figura 2). As MRS foram estruturadas utilizando a regionalização do IBGE para todo o território nacional, de acordo o estudo Divisão Regional do Brasil em Mesorregiões e Microrregiões Geográficas do ano de 1990 (BAHIA, 2016; SANTOS; ASSI, 2017), com a proposta de concretizar a regionalização da saúde, atendendo aos postulados do SUS em termos de acesso, saúde coletiva, eficácia clínica, equidade e eficiência econômica (BRASIL, 2011; MELLO *et al.*, 2017; MENICUCCI; COSTA; MACHADO, 2018).

Figura 2 - Mapa com as Macrorregiões Geográficas de Saúde da Bahia.



Fonte: Bahia (2016).

Com a desconcentração administrativa da SESAB, iniciou o processo de implantação dos NRS, com a finalidade de acompanhar as atividades de vigilância sanitária e de regulação, bem como as ações relativas à Coordenação de Monitoramento de Prestação de Serviços de Saúde, as Contratações da Saúde, a Corregedoria da Saúde e a Central de Aquisições, cooperando com o fortalecimento da gestão junto aos municípios (BAHIA, 2016; 2017; SANTOS; ASSI, 2017).

Os NRS, instituídos por decreto estadual em 2015, assumiram o estabelecido no PDR do Estado da Bahia, o qual é dividido, geograficamente, em 28 regiões que se agrupam, formando as nove MRS. Nestas regiões de saúde, operacionalizam-se todas as negociações do PRI). Dessa forma, os NRS encontram-se estruturados nas cidades-sede das nove macrorregiões de saúde com escritórios administrativos. A territorialização do Estado da Bahia em nove macrorregiões de saúde objetiva a regionalização da saúde, promovendo a desconcentração administrativa da SESAB (BAHIA, 2016; 2017; MARTINS; WACLAWOVSKY, 2016; SANTOS; ASSI, 2017).

Dessa forma, os NRS, como base operativa das macrorregiões de saúde (Tabela 1), atuam na tomada de decisão na constituição da rede de atenção à saúde organizada de forma hierarquizada e regionalizada por estarem mais próximos e conhecerem os serviços de saúde do território.

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
<b>Total (valor absoluto)</b>		<b>417</b>	<b>15.203.934</b>	<b>15.276.566</b>	<b>15.276.566</b>	<b>14.812.617</b>	<b>14.873.064</b>

Fonte: Bahia (2016; 2019); BRASIL (2019c; 2020b).

As regiões de saúde apresentam-se como ambientes privilegiados para a garantia da integralidade na atenção à saúde da população, sustentando um processo de PRI na perspectiva de fortalecer a gestão destes territórios, significando uma aproximação de descentralização na forma de restituição (BAHIA, 2016; 2019).

#### 4.4 PERÍODO DE REFERÊNCIA

Para a observação da produção e dos gastos dos serviços aprovados pelos SUS, foram estudados os registros do SIA/SUS e do CNES referentes ao período de 2015 a 2019 para o conhecimento de uma série histórica dos últimos cinco anos.

#### 4.5 FONTES DE DADOS

Foram utilizados dados secundários disponibilizados pelo DATASUS, por meio do SIA/SUS, consolidados em arquivos mensais de BPA, APAC, programação físico-orçamentária, SIGTAP e CNES por unidade federada e macrorregiões de saúde (BRASIL, 2020b).

Os dados populacionais foram obtidos por meio das informações demográficas e socioeconômicas disponibilizadas pelo IBGE no site do DATASUS. Os anos de captura foram de 2015 a 2018. No ano de 2019, utilizou-se o IBGE (BRASIL, 2019b; BRASIL, 2019c).

Os arquivos foram processados pelos *softwares* TABWIN, produzido pelo DATASUS, e *Microsoft Office Excel®*, versão 2007.

#### 4.6 ELENCO DE VARIÁVEIS E ANÁLISE DOS DADOS

Na página do DATASUS, foram selecionadas informações de saúde (TAB/NET), seguindo-se os passos: assistência à saúde; produção ambulatorial; local de atendimento a partir de 2008 e, por fim, selecionada a abrangência geográfica da Bahia de acordo com os anos da pesquisa. São variáveis do estudo: macrorregiões; ano; grupo de procedimentos; quantidade e valor aprovado; complexidade; gestão; tipo de prestador; natureza e esfera jurídica.

O evento estudado foi a produção e o gasto da MAC (ambulatorial especializado) produzidos por local de atendimento e macrorregiões de saúde, caracterizados pelos procedimentos registrados, respectivamente, como “quantidade aprovada” e “valor aprovado” pelo MS no SIA/SUS.

Foram analisadas as taxas *per capita* de procedimentos por habitante/ano das macrorregiões da Bahia pela distribuição da produção ambulatorial total por macrorregiões.

Desse modo, foi selecionado o grupo de procedimentos que permitissem a composição da série histórica e comparações no período de 2015 a 2019 com a finalidade de analisar a oferta e a produção de serviços pelo SUS nas macrorregiões de saúde baianas.

Preliminarmente, foi realizada uma pesquisa para o conhecimento da produção ambulatorial e do gasto geral na Bahia, verificando-se sua distribuição e evolução nos últimos cinco anos.

Os procedimentos e serviços analisados encontram-se distribuídos em grupos e subgrupos por grau de complexidade no SIA/SUS. No quadro 1, podem-se visualizar os grupos pertencentes à MAC, respectivamente.

Quadro 1 – Descrição dos grupos de procedimentos da média e alta complexidade por códigos dos grupos.

MÉDIA COMPLEXIDADE		ALTA COMPLEXIDADE	
Código	Grupo procedimento SIA/SUS	Código	Grupo de Procedimentos SIA/SUS
01	Ações de promoção e prevenção em saúde	02	Procedimentos com finalidade diagnóstica
02	Procedimentos com finalidade diagnóstica	03	Procedimentos clínicos
03	Procedimentos clínicos	04	Procedimentos cirúrgicos
04	Procedimentos cirúrgicos	04	Procedimentos cirúrgicos
05	Transplantes de órgãos, tecidos e células	05	Transplantes de órgãos, tecidos e células
07	Órtese, prótese e materiais especiais	06	Medicamentos
08	Ações complementares da atenção à saúde	-	Não se aplica

Fonte: Brasil (2015a; 2020b).

Observa-se que determinado grupo se exclui ou se repete de acordo com a complexidade. O grupo sete (Órtese, prótese e materiais especiais) apresentou dados produtivos apenas em 2015. No grupo oito (Ações complementares da atenção à saúde), não foi encontrada produção nas complexidades estudadas.

Para caracterizar o subgrupo de procedimentos, dividiu-se em procedimentos pertencentes à MC (Quadro 2) e procedimentos da alta complexidade (Quadro 3).

Quadro 2 – Descrição dos procedimentos do subgrupo da MC por códigos dos grupos.

<b>CÓDIGO</b>	<b>SUBGRUPO DOS PROCEDIMENTOS DA MÉDIA COMPLEXIDADE</b>
0101	Ações coletivas/individuais em saúde
0102	Vigilância em saúde
0201	Coleta de material
0202	Diagnóstico em laboratório clínico
0203	Diagnóstico por anatomia patológica e citopatológica
0204	Diagnóstico por radiologia
0205	Diagnóstico por ultrassonografia
0209	Diagnóstico por endoscopia
0211	Métodos diagnósticos em especialidades
0212	Diagnóstico e procedimentos especiais em hemoterapia
0213	Diagnóstico em vigilância epidemiológica e ambiental
0214	Diagnóstico por teste rápido
0301	Consultas/Atendimentos/Acompanhamentos
0302	Fisioterapia
0303	Tratamentos clínicos (outras especialidades)
0306	Hemoterapia
0307	Tratamentos odontológicos
0309	Terapias especializadas
0401	Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa
0404	Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço
0405	Cirurgia do aparelho da visão
0406	Cirurgia do aparelho circulatório
0407	Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal
0408	Cirurgia do sistema osteomuscular
0409	Cirurgia do aparelho geniturinário
0410	Cirurgia de mama
0411	Cirurgia obstétrica
0412	Cirurgia torácica
0413	Cirurgia reparadora
0414	Bucomaxilofacial
0415	Outras cirurgias
0417	Anestesiologia
0501	Coleta e exames para fins de doação de órgãos, tecidos e células e de transplante
0503	Ações relacionadas à doação de órgãos e tecidos para transplante
0506	Acompanhamento e intercorrências no pré e pós-transplante
0701	Órteses, próteses e materiais especiais não relacionados ao ato cirúrgico

Fonte: Brasil (2015a; 2020b).

Quadro 3 – Descrição dos procedimentos do subgrupo da alta complexidade por códigos dos grupos.

<b>CÓDIGO</b>	<b>SUBGRUPO DOS PROCEDIMENTOS DA ALTA COMPLEXIDADE</b>
0201	Coleta de material
0202	Diagnóstico em laboratório clínico
0204	Diagnóstico por radiologia
0205	Diagnóstico por ultrassonografia
0206	Diagnóstico por tomografia
0207	Diagnóstico por ressonância magnética
0208	Diagnóstico por medicina nuclear <i>in vivo</i>
0209	Diagnóstico por endoscopia
0210	Diagnóstico por radiologia intervencionista
0211	Métodos diagnósticos em especialidades
0212	Diagnóstico e procedimentos especiais em hemoterapia
0213	Diagnóstico em vigilância epidemiológica e ambiental
0301	Consultas/Atendimentos/Acompanhamentos
0303	Tratamentos clínicos (outras especialidades)
0304	Tratamento em oncologia
0305	Tratamento em nefrologia
0306	Hemoterapia
0307	Tratamentos odontológicos

0309	Terapias especializadas
0405	Cirurgia do aparelho da visão
0407	Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal
0409	Cirurgia do aparelho geniturinário
0413	Cirurgia reparadora
0414	Bucomaxilofacial
0415	Outras cirurgias
0418	Cirurgia em nefrologia
0501	Coleta e exames para fins de doação de órgãos, tecidos e células e de transplante
0503	Ações relacionadas à doação de órgãos e tecidos para transplante
0504	Processamento de tecidos para transplante
0505	Transplante de órgãos, tecidos e células
0506	Acompanhamento e intercorrências no pré e pós-transplante
0604	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

Fonte: Brasil (2015a; 2020b).

O processo analítico foi realizado no *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0, com nível de significância de 5%. A descrição das etapas de cada análise é exposta dentro dos métodos dos manuscritos apresentados nos resultados.

#### 4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Quanto ao tratamento de dados disponibilizados pelo MS de livre acesso, no site do DATASUS, sem identificação de dados individuais, não foi necessária a aprovação de projeto em Comitê de Ética, sendo resguardado o direito da divulgação das fontes: informações demográficas e socioeconômicas do DATASUS, CNES, SIA/SUS e do IBGE (BRASIL, 2020a; 2020b; 2019b; BRASIL, 2019c).

## 5 RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa apresentam-se no formato de dois manuscritos científicos, elaborados seguindo as normas estabelecidas pelos periódicos selecionados para a submissão deles.

A escolha dos temas visou a responder aos objetivos propostos por este estudo. Assim, os manuscritos "A Produção da atenção ambulatorial especializada ofertada no SUS do Estado da Bahia entre 2015 e 2019" e "Gasto com atenção ambulatorial especializada no SUS do Estado da Bahia entre 2015 e 2019" serão apresentados a seguir.

### **5.1 MANUSCRITO 1 - A produção da atenção ambulatorial especializada ofertada no sus do estado da Bahia entre 2015 e 2019**

Este manuscrito será submetido ao periódico *Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP)*. As instruções para autores estão disponíveis em: <http://www.scielo.br/revistas/csp/pinstruc.htm>

**Título**

**A produção da atenção ambulatorial especializada ofertada no SUS do estado da Bahia entre 2015 e 2019**

**The production of specialized ambulatory care offered in UHS in the state of Bahia between 2015 and 2019**

**La producción de atención ambulatoria especializada ofrecida en SUS en el estado de Bahia entre 2015 e 2019**

**Título resumido**

**A produção da atenção ambulatorial especializada ofertada no SUS**

**The production of specialized ambulatory care offered in UHS**

**La producción de atención ambulatoria especializada ofrecida en SUS**

Benedito Fernandes da Silva Filho\*

Eduardo Nagib Boery\*\*

**RESUMO**

O objetivo foi analisar a produção de procedimentos ofertados na atenção ambulatorial especializada no Sistema Único de Saúde nas macrorregiões de saúde da Bahia entre 2015 e 2019. Trata-se de um estudo longitudinal retrospectivo, coletado por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Ministério da Saúde, utilizando as variáveis: macrorregiões; grupo de procedimentos; quantidade aprovada; complexidade; gestão; tipo de prestador; natureza/esfera jurídica. Nos resultados da série temporal, houve um aumento no número de procedimentos por habitantes na média complexidade ao longo dos anos e um aumento expressivo na alta complexidade no ano de 2019 em todas as macrorregiões. Observou-se um comportamento crescente em ambas as complexidades na maior parte das macrorregiões. Os grupos de procedimentos com finalidade diagnóstica e os clínicos da média complexidade foram os que apresentaram as maiores produções, enquanto, na alta complexidade, o destaque foi para o grupo de medicamentos em todos os anos e macrorregiões.

---

\*Benedito Fernandes da Silva Filho. Enfermeiro. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié (BA), Brasil.

E-mail: [ditoFilho13@gmail.com](mailto:ditoFilho13@gmail.com) ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2464-9958>

\*\*Eduardo Nagib Boery. Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié (BA), Brasil.

E-mail: [eduardoboery@gmail.com](mailto:eduardoboery@gmail.com) ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7624-4405>

Endereço: PPGES - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Av. José Moreira Sobrinho, s/n, Jequiezinho CEP: 45206-190. Jequié (BA), Brasil.

Quando observada a natureza jurídica, a média de procedimentos na média complexidade foi executada pela gestão municipal. Já a alta complexidade teve como executora a gestão estadual na totalidade das macrorregiões. Conclui-se que houve um aumento crescente na produção de procedimentos em todas as macrorregiões estudadas nos anos de 2015 a 2019. Entender a evolução e distribuição da produção de procedimentos ambulatoriais especializados auxilia a gestão nas tomadas de decisão e a adoção de políticas públicas de forma descentralizada e hierarquizada.

**Palavras-chave:** Assistência Ambulatorial. Sistema Único de Saúde. Eficiência. Cobertura Efetiva de Serviços de Saúde.

### **ABSTRACT**

The objective was to analyze the production of procedures offered in specialized outpatient care in the Unified Health System in the health macro-regions of Bahia between 2015 and 2019. This is a retrospective longitudinal study, collected through the Department of Informatics of the Unified Health System of the Ministry of Health, using the variables: macro-regions; group of procedures; approved quantity; complexity; management; type of provider; legal nature/sphere. In the results of the time series, there was an increase in the number of procedures per inhabitant in medium complexity over the years and an expressive increase in high complexity in the year 2019 in all macro-regions. An increasing behavior was observed in both complexities in most macro-regions. The groups of procedures for diagnosis and clinical procedures of medium complexity were the ones with the highest production, while in high complexity; the highlight was the group of medications in all years and macro-regions. When the legal nature is observed, the average number of procedures in medium complexity was performed by the municipal management. In high complexity, the state management was the executor in all macro-regions. It is concluded that there was a growing increase in the production of procedures in all macro-regions studied from 2015 to 2019. Understanding the evolution and distribution of the production of specialized outpatient procedures helps management in decision-making and the adoption of public policies in a decentralized and hierarchical manner.

**Keywords:** Ambulatory Assistance. Unified Health System. Efficiency. Effective Health Service Coverage.

## INTRODUÇÃO

Com a promulgação da Constituição Federal do Brasil (CF) de 1988, a saúde passa a ser direito de toda a população e constitui um dever do Estado. Dessa forma, vislumbra-se o livre acesso, sem discriminação de nenhuma natureza, às ações e aos serviços de saúde voltados à promoção, proteção e recuperação da população<sup>1</sup>. Nessa lógica, o Estado assumiria as ações de promoção de saúde, oferta de serviços e regulação do sistema com foco na reestruturação do sistema de serviços e na democratização do acesso à saúde<sup>2,3</sup>.

No Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde passa a ser reconhecida, constitucionalmente, como um direito social, cabendo, ao poder público, a obrigação de garanti-lo mediante políticas econômicas e sociais que visassem à redução do risco de doenças e de outros agravos, possibilitando o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde<sup>4,5</sup>.

Nesse sentido, a organização do SUS pressupõe a composição de uma rede de serviços estruturada de forma regionalizada e hierarquizada, assegurando a economia de escala, para garantir tanto a qualidade da atenção a ser prestada quanto a boa relação custo/benefício. Tal organização busca viabilizar o conhecimento da problemática enfrentada pela população de acordo com cada região. Assim, torna-se possível a monitorização epidemiológica e sanitária, o controle de vetores e a estimulação da educação em saúde<sup>6,7</sup>.

Compõem-se as redes de serviços pela atenção especializada em saúde, caracterizada como um conjunto de serviços hospitalares e ambulatoriais, além dos recursos de apoio diagnóstico e terapêutico, equipados de maior densidade tecnológica que os distingue da Atenção Primária à saúde<sup>7,8</sup>.

Por sua vez, a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) constitui a atenção secundária e terciária da rede assistencial, as quais, respectivamente, são denominadas de Média e Alta Complexidade (MAC), sendo a atenção secundária e terciária a referência da atenção primária. Os diferentes serviços ambulatoriais especializados contemplam consultas médicas especializadas e os principais serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. Ainda, em algumas regiões, o serviço ambulatorial especializado contempla convênios aos serviços privados lucrativos e não lucrativos<sup>8,9</sup>.

No SUS, a estrutura da oferta ambulatorial especializada é heterogênea, composta por serviços públicos, privados lucrativos e não lucrativos, cabendo às três esferas da gestão<sup>8</sup>. É necessário destacar que o acesso da população à rede deve ocorrer por meio dos serviços de nível primário de atenção<sup>9</sup>. Nesse sentido, é necessário que eles estejam qualificados para atender e resolver os principais problemas da demanda dos serviços de saúde. Por outro lado,

os casos que não forem resolvidos no nível primário deverão ser referenciados para os serviços especializados ambulatoriais ou hospitalares<sup>10</sup>.

O cuidado especializado ambulatorial é realizado nos ambientes ambulatoriais das unidades mistas de saúde e dos hospitais. Organizado por grupos de procedimentos de MAC, configura-se como um conjunto de procedimentos que, na conjuntura do SUS, engloba serviços e profissionais especializados com alta tecnologia e elevado custo, integrado aos demais níveis de atenção à saúde com a finalidade de proporcionar, à população, uma assistência integral<sup>9,11</sup>.

Surge, tendo em vista que o Estado da Bahia reestruturou suas regiões administrativas e vem promovendo a ampliação da rede de AAE no SUS, o interesse em desenvolver estudos que revelem a estrutura da oferta e a produção da AAE nas macrorregiões de saúde do Estado da Bahia a fim de se verificar a produção efetivamente ofertada à população baiana por macrorregiões de saúde. Espera-se que tais informações sejam utilizadas como um importante instrumento de gestão, subsidiando, assim, as ações de planejamento, regulação, programação, avaliação, auditoria e controle da assistência ambulatorial<sup>12,13</sup>.

O objetivo deste estudo foi analisar a produção de procedimentos ofertados na AAE no SUS nas macrorregiões de saúde da Bahia entre 2015 e 2019.

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo longitudinal retrospectivo em que foi analisada a produção relativa à assistência ambulatorial especializada a partir de dados secundários coletados no site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) do Ministério da Saúde (MS) do Brasil, na base de dados da assistência à saúde, no módulo de produção ambulatorial do SIA/SUS, opção por local de atendimento - a partir de 2008, sendo as variáveis do estudo: macrorregiões; grupo de procedimentos; quantidade aprovada; complexidade (média e alta); gestão (municipal, estadual); tipo de prestador (público e privado); natureza jurídica e esfera jurídica (pública, privada e filantrópica).

A área de estudo foi o Estado da Bahia, dividido em Macrorregiões Geográficas de Saúde (MRS). A Bahia é quinto Estado do Brasil em extensão territorial (564.733,450 km<sup>2</sup>) e é o maior da região Nordeste com 417 municípios. A grande maioria dos municípios é de pequeno porte, ou seja, de até 20 mil habitantes<sup>12,13,14</sup>.

A população foco desta pesquisa foi composta pelas nove MRS, as quais foram estruturadas utilizando a regionalização do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para todo o território nacional de acordo com o estudo Divisão Regional do Brasil em Mesorregiões<sup>14</sup>. A organização das MRS objetivou, também, a concretização da regionalização

da saúde, atendendo aos postulados do SUS em termos de acesso, saúde coletiva, eficácia clínica, equidade e eficiência econômica<sup>4,7</sup>. Os Núcleos Regionais de Saúde (NRS) têm uma base administrativa em cada cidade-sede das nove MRS (Tabela 1) com as ações e os serviços hierarquizados e regionalizados por território<sup>12,14-17</sup>.

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

Macrorregiões	Cidade-sede	Total de Municípios Componentes	Habitantes %				
			2015	2016	2017	2018	2019
Sul	Ihéus	68	11,2	11,1	11,0	10,9	11,2
Sudeste	Vitória 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
<b>Total (valor absoluto)</b>		<b>417</b>	<b>15.203.934</b>	<b>15.276.566</b>	<b>15.276.566</b>	<b>14.812.617</b>	<b>14.873.064</b>

Fonte: Elaboração dos autores (2020).

A coleta de dados foi realizada no período janeiro e fevereiro de 2020 em que foram extraídos dados da produção ambulatorial especializada, por local de atendimento e macrorregiões de saúde, caracterizada pelos procedimentos registrados como “quantidade aprovada” no Sistema de Informações Ambulatoriais de Saúde do SUS (SIA/SUS)<sup>18</sup>.

Desse modo, foi selecionado o grupo de procedimentos que permitissem a composição da série histórica e as comparações no período de 2015 a 2019 com a finalidade de analisar a oferta e a produção de serviços pelo SUS nas macrorregiões de saúde baiana por complexidade.

Na análise dos dados relativos à produção de procedimentos, empregou-se a estatística descritiva, utilizando frequência absoluta, medidas de tendência central e dispersão, com a frequência por 100 mil habitantes para cada uma das macrorregiões. Para a variável grupo de procedimentos, foi utilizada a média por mil habitantes, no período de 2015 a 2019.

Na realização do processo de modelagem, a média da produção de procedimentos ofertados pela AAE da MAC foi analisada como variável dependente (y), tendo os anos do estudo como variável independente (x). Para a análise da tendência, optou-se pela escolha do

melhor modelo de regressão linear, baseado no nível de significância ( $p$ ) e na análise de resíduos. A Taxa de Crescimento Percentual (TCP) foi calculada em duas etapas conforme a fórmula a seguir.

1º passo:

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

2º passo:

$$\text{Taxa de Crescimento Percentual} = \frac{\text{Mudança percentual}}{\text{número de anos}}$$

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

No tratamento de dados de livre acesso, disponibilizados pelo MS, no site do DATASUS, sem identificação de dados individuais, não foi necessária aprovação de projeto em Comitê de Ética, sendo resguardado o direito da divulgação das fontes: informações demográficas e socioeconômicas do DATASUS,<sup>16</sup> SIA/SUS<sup>19</sup> e do IBGE<sup>14</sup>.

## RESULTADOS

Na análise temporal (2015-2019) dos procedimentos especializados (MAC), pôde-se evidenciar que, ao longo dos anos, o número total de procedimentos de Média Complexidade (MC) aumentou em todas as macrorregiões, oscilando de, no mínimo, 238/10.000hab. na macrorregião Centro-Norte, no ano de 2015, para, no máximo, 4653/10.000hab. na MRS Leste, em 2019 (Tabela 2). Cabe frisar que a macrorregião Leste tem destaque na produção dos procedimentos em ambas as complexidades devido à concentração de cidades populosas, incluídas a capital baiana e a região metropolitana.

Em relação à alta complexidade, observam-se diferentes padrões ao longo dos anos analisados, como um crescimento discreto ou estabilização entre 2015 e 2017, exceto a região Leste, que teve um crescimento de 648 procedimentos entre 2015 e 2017. Todavia, a partir de 2018, percebe-se um crescimento para todas as macrorregiões, com exceção da macrorregião Leste, que começa a ter a produção reduzida a partir de 2018. Cabe ressaltar que, no ano de 2019, todas as macrorregiões, com exceção da macrorregião Norte, apresentaram um crescimento expressivo na quantidade de procedimentos, com números totais cinco a dez vezes maiores (Tabela 2).

**Tabela 2** - Série temporal (2015-2019) de procedimentos especializados (média e alta complexidade) por dez mil habitantes de acordo com as macrorregiões de saúde.

<b>MÉDIA COMPLEXIDADE</b>					
	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
<b>Sul</b>	875	910	1050	878	868
<b>Sudoeste</b>	688	698	713	816	910
<b>Oeste</b>	376	414	455	494	537
<b>Norte</b>	299	301	337	377	370
<b>Nordeste</b>	244	243	276	342	337
<b>Leste</b>	3782	3978	4430	4432	4653
<b>Extremo Sul</b>	439	427	462	447	519
<b>Centro-Leste</b>	862	821	882	1052	1240
<b>Centro-Norte</b>	238	253	279	297	328
<b>ALTA COMPLEXIDADE</b>					
	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
<b>Sul</b>	28	31	33	78	323
<b>Sudoeste</b>	23	25	26	84	467
<b>Oeste</b>	3	3	2	21	140
<b>Norte</b>	11	12	13	22	204
<b>Nordeste</b>	4	5	5	18	82
<b>Leste</b>	1738	2542	3149	2698	1857
<b>Extremo Sul</b>	6	6	6	12	115
<b>Centro-Leste</b>	75	59	28	51	467
<b>Centro-Norte</b>	2	2	2	17	125

No intuito de analisar as oscilações de procedimentos realizados na produção de MAC, no período de 2015 a 2019, a tabela 3 apresenta os resultados de tendência. Evidencia-se, por meio da avaliação da TCP, no que diz respeito à MC, uma tendência de crescimento, estatisticamente significativa, para todas as macrorregiões, com exceção da Sul, que apresenta características estacionárias, e da Extremo Sul, com tendência não significativa. A mesma tendência crescente foi evidenciada na alta complexidade, todavia, para nenhuma das análises houve relevância estatística.

**Tabela 3** - Tendência temporal (2015-2019) da média de procedimentos especializados (média e alta complexidade) de acordo com as macrorregiões.

	<b>Modelo*</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>P</b>	<b>TCP</b>	<b>Tendência</b>
<b>MÉDIA COMPLEXIDADE</b>					
<b>Sul</b>	$y = -4,6434x + 930,14$	0,009	0,879	-0,16%	Decrescente
<b>Sudoeste</b>	$y = 56,093x + 596,53$	0,859	0,023	6,45%	Crescente
<b>Oeste</b>	$y = 40,222x + 334,43$	0,999	<0,001	8,56%	Crescente
<b>Norte</b>	$y = 21,779x + 271,43$	0,872	0,018	4,74%	Crescente
<b>Nordeste</b>	$y = 28,562x + 202,68$	0,861	0,023	7,6%	Crescente
<b>Leste</b>	$y = 219,67x + 3596,2$	0,926	0,009	4,60%	Crescente
<b>Extremo Sul</b>	$y = 17,867x + 405,08$	0,621	0,111	3,64%	Não significativo
<b>Centro-Leste</b>	$y = 98,649x + 675,57$	0,803	0,039	8,77%	Crescente
<b>Centro-Norte</b>	$y = 22,592x + 211,21$	0,987	0,001	7,56%	Crescente
<b>ALTA COMPLEXIDADE</b>					
	<b>Modelo*</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>P</b>	<b>APC</b>	<b>Tendência</b>
<b>Sul</b>	$y = 63,77x - 92,823$	0,629	0,110	210,71%	Crescente
<b>Sudoeste</b>	$y = 94,633x - 158,96$	0,602	0,123	386,08%	Crescente

<b>Oeste</b>	$y = 29,286x - 53,935$	0,597	0,127	913,33%	Crescente
<b>Norte</b>	$y = 39,62x - 66,599$	0,544	0,155	350,90%	Crescente
<b>Nordeste</b>	$y = 16,905x - 27,724$	0,630	0,108	390,00%	Crescente
<b>Leste</b>	$y = 39,228x + 2279,1$	0,011	0,866	1,36%	Estacionaria e
<b>Extremo Sul</b>	$y = 22,458x - 38,697$	0,543	0,157	363,33%	Crescente
<b>Centro-Leste</b>	$y = 77,671x - 97,009$	0,436	0,225	104,53%	Crescente
<b>Centro-Norte</b>	$y = 26,079x - 48,63$	0,589	0,129	1230,00%	Crescente

\*Média dos procedimentos MAC - variável dependente (y), anos do estudo - variável independente (x).

Regressão Linear ( $R^2$ ) - Nível de Significância (P) - Taxa de Crescimento Percentual (TCP) - Porcentagem de Crescimento Anual (APC).

A tabela 4 apresenta a quantidade média dos principais grupos de procedimentos realizados, no período de 2015 e 2019, nas macrorregiões baianas.

Uma avaliação mais detalhada dos grupos de procedimentos permite notar que, na MC, o grupo de procedimentos clínicos foi o mais executado em todas as macrorregiões, sendo a maior quantidade apresentada na MRS Leste e a menor na MRS Centro-Norte. Já na alta complexidade, a produção mais elevada foi para os grupos dos medicamentos seguido do grupo de procedimentos clínicos (Tabela 4).

**Tabela 4** - Média de dispersão dos grupos de procedimentos especializados por mil habitantes, de acordo com as macrorregiões de saúde, entre 2015 e 2019.

GRUPO DE PROCEDIMENTOS	MÉDIA COMPLEXIDADE								
	Sul	Sudoeste	Oeste	Norte	Nordeste	Leste	Extremo Sul	Centro-Leste	Centro-Norte
Ações de promoção e prevenção em saúde	53	59	43	12	11	471	37	229	13
Procedimentos com finalidade diagnóstica	21386	20305	10887	8316	6604	112261	6900	24293	6427
Procedimentos clínicos	23906	17542	11669	8398	7738	98589	15814	23586	7416
Procedimentos cirúrgicos	462	332	155	112	65	1394	183	455	93
Transplantes (órgãos, tecidos e células)	4	2	0	0	0	45	0	12	0
ALTA COMPLEXIDADE									
Procedimentos com finalidade diagnóstica	215	149	68	45	38	1367	65	107	31
Procedimentos clínicos	1223	1116	80	575	250	4308	240	1168	153
Procedimentos cirúrgicos	37	26	13	10	4	114	6	44	4
Transplantes (órgãos, tecidos e células)	2	4	0	0	0	299	3	4	0
Medicamentos	3447	4953	1536	1983	858	113751	1120	5478	1292

Calcularam-se a tendência de crescimento e a média da produção dos procedimentos, buscando analisar a produção de procedimentos ofertados pela atenção especializada de acordo com o tipo de gestão (natureza jurídica e esfera jurídica). Assim, na MC, a produção dos procedimentos concentra-se na gestão municipal na totalidade das MRS. Houve crescimento da

produção na gestão municipal e estadual nas MRS, excetuando-se apenas as MRS Sul e Norte, que tiveram redução na produção de responsabilidade da gestão estadual (Tabela 5).

Para a alta complexidade, os padrões não seguem a mesma métrica. Na gestão municipal, quatro macrorregiões reduziram a produção (Sul, Sudoeste, Leste e Centro-Leste) e as demais aumentaram. No tocante à gestão estadual, o crescimento foi exponencial para todas as MRS, com exceção das macrorregiões Leste e Centro-Leste, ou seja, na alta complexidade, a gestão estadual é a principal responsável pela produção (Tabela 5).

**Tabela 5** - Média, taxa e porcentagem de crescimento da produção ambulatorial especializada por dez mil habitantes, de acordo com as macrorregiões de saúde do Estado da Bahia, entre 2015 e 2019.

<b>MÉDIA COMPLEXIDADE (2015-2019)</b>						
	<b>Média Município</b>	<b>MIN-MAX</b>	<b>TCP Município</b>	<b>Média Estado</b>	<b>MIN-MAX</b>	<b>TCP Estado</b>
<b>Sul</b>	407	345-462	4,6	509	432-588	-1,7
<b>Sudoeste</b>	467	404-583	8,8	298	282-327	3,1
<b>Oeste</b>	248	182-330	16,3	207	194-216	1,3
<b>Norte</b>	237	186-287	8,1	100	82-186	-2,7
<b>Nordeste</b>	171	134-210	9,6	117	102-135	4,9
<b>Leste</b>	2466	2047-2827	7,6	1789	1735-1830	1,0
<b>Extremo Sul</b>	387	361-435	2,5	72	54-86	11,1
<b>Centro-Leste</b>	607	536-738	6,7	364	285-502	12,5
<b>Centro-Norte</b>	135	93-171	16,8	144	136-157	1,7
<b>ALTA COMPLEXIDADE (2015-2019)</b>						
	<b>Município</b>	<b>MIN-MAX</b>	<b>APC Município</b>	<b>Estado</b>	<b>MIN-MAX</b>	<b>APC Estado</b>
<b>Sul</b>	25	20-27	-3,3	74	4-302	1.490,0
<b>Sudoeste</b>	23	20-25	-2,6	102	0-446	8.900,0
<b>Oeste</b>	2	2-3	10,0	31	0-137	2.720,0
<b>Norte</b>	12	11-13	3,6	40	0-191	3.800,0
<b>Nordeste</b>	3	2-3	10,0	20	2-79	770,0
<b>Leste</b>	73	61-80	-3,5	2324	1664-3073	1,6
<b>Extremo Sul</b>	5	5-6	4,0	23	0-108	2.140,0
<b>Centro-Leste</b>	23	18-27	-4,3	113	27-450	153,0
<b>Centro-Norte</b>	2	2-3	10,0	28	0-122	2.420,0

Mínima-Máxima (MIN-MAX) - Taxa de Crescimento Percentual (TCP) - Porcentagem de Crescimento Anual (APC).

## DISCUSSÃO

Nas MRS do Estado da Bahia, houve um crescente aumento da produção de procedimentos aprovados pelo MS relacionados à AAE, o que sugere uma ampliação da oferta de serviço, fato que corrobora dados nacionais que apontaram uma crescente ampliação das Unidades de Serviço de Apoio de Diagnóstico e Terapia (SADT), expressivamente, a partir de 2010, chegando a quase 22 mil em 2017<sup>3</sup>. Dentre outras conquistas na atenção à saúde da população nos últimos anos no Brasil, destacam-se as possibilidades de acesso, as mudanças

nos padrões de utilização e a ampliação da oferta de serviços<sup>6,20</sup>. Observa-se esse evento ao destacar que a quantidade da produção aprovada pelo MS vem aumentando, de forma regionalizada, nas MRS da Bahia.

A produção dos procedimentos de MC alavancou a produção em todas as MRS, episódio justificado pela hierarquização da complexidade e a regulação do sistema. Cabe destacar que se encontram nesse grupo de procedimentos: procedimentos diagnósticos e consultas especializadas realizados por profissionais médicos e outros profissionais de nível superior; cirurgias ambulatoriais especializadas de diversas especialidades; procedimentos traumatológico-ortopédicos e bucomaxilofaciais; ações especializadas em odontologia; laboratório clínico e anatomopatológico; radiodiagnóstico; exames ultrassonográficos; diagnose por especialidades; hemoterapia; fisioterapia; terapias especializadas e anestesia<sup>8, 10,11,21</sup>.

A tendência crescente temporal (2015-2019) da média de procedimentos especializados da MAC, observada em sete das nove MRS estudadas, acompanha, temporalmente, a mudança da estrutura organizacional da administração ocorrida em 2015 na SESAB com a implantação dos NRS<sup>12</sup>, que desempenham ações de acompanhamento das atividades de vigilância sanitária e de regulação, bem como as relativas à coordenação de monitoramento de prestação de serviços de saúde, as contratações da saúde e a central de aquisições em parceria com a gestão municipal<sup>13,15</sup>.

No Estado da Bahia, a implantação dos NRS ancorados nas MRS teve a finalidade de acompanhar as atividades de vigilância sanitária, regulação e outras ações técnicas administrativas, cooperando com o fortalecimento da gestão junto aos municípios. Os NRS têm uma base administrativa em cada cidade-sede das nove MRS com as ações e serviços hierarquizados e regionalizados por território<sup>12,14-17</sup>.

Observa-se que, para o financiamento das três esferas de governo, a produção da atenção ambulatorial especializada por MRS é apresentada após a análise passar a ser considerada produção aprovada sob a perspectiva do MS, tendo, como referência, a tabela de procedimentos, medicamentos e órteses, próteses e materiais especiais (OPM) do SUS, assim denominada “Tabela SUS”, constante no SIA/SUS<sup>19</sup>.

Reporta-se que, historicamente, a oferta de serviços de MC no Brasil constitui um dos maiores pontos de estrangulamento do sistema, com financiamento e organização baseados na oferta de procedimentos, desconsiderando o perfil e as necessidades epidemiológicas da população<sup>22,23,24</sup>. Apesar do aumento da produção de procedimentos nas MRS da Bahia, evidencia-se a superposição da produção de serviços na gestão municipal e estadual, a

concentração em locais de alta densidade populacional<sup>16</sup> e o baixo grau de integração entre as ações dos diferentes níveis ou graus de complexidade da assistência.

Alguns autores<sup>8</sup> destacaram que a ampliação da demanda para alta complexidade tem reflexo na baixa oferta da atenção ambulatorial de MC em todo o país, com isso, levando a repercussões nos gastos do sistema e prejuízos à população<sup>22,25</sup>.

O Pacto pela Saúde, proposto em 2006, redefiniu as formas institucionais de instrumentos de gestão, promovendo inovações nos processos acordados entre as três esferas de gestão do SUS, estabelecendo um formato mais horizontal para o direcionamento operacional do SUS em substituição às Normas Operacionais. Com a redefinição das responsabilidades, objetivando resultados sanitários coletivos e atendimento das necessidades da população, a regionalização passou a acontecer mesmo que fragmentada em uma gestão compartilhada e solidária do SUS<sup>26,27</sup>.

Assim, o MS vem se responsabilizado pela definição do elenco de procedimentos e tabelas da MAC, sendo o responsável pela garantia de acessos a esses procedimentos, compartilhando tal responsabilidade com os municípios e com as secretarias de saúde do Estado<sup>10, 11, 28</sup>.

Na Bahia, a gestão da AAE vem ocorrendo por meio da Programação Pactuada Integrada (PPI). Com essa ferramenta da gestão pública, associada ao planejamento hierarquizado e regionalizado, tem delimitado e definido as ações de saúde, objetivando atender às necessidades da população territorialmente nos âmbitos municipal, regional, estadual ou interestadual mediante os estabelecimentos de pactos entre os gestores da saúde, garantindo acesso aos serviços de saúde a toda a população<sup>13,29</sup>.

Com a organização da rede de serviços e as repactuações da PPI, a AAE, nas MRS da Bahia, vem demonstrando maior produção aprovada pelo MS. Os resultados encontrados neste estudo sugerem uma relação direta entre os períodos da PPI e a crescente estrutura e produção da AAE nas MRS da Bahia com a implantação das Policlínicas Regionais de Saúde (PRS) nas MRS inauguradas em: Sul (Jequié - 2017, Valença - 2018 e Itabuna - 2019); Sudoeste (Guanambi - 2017 e Vitória da Conquista - 2019); Norte (Senhor do Bonfim, Juazeiro e Paulo Afonso - 2019); Nordeste (Alagoinhas - 2018); Leste (Santo Antônio de Jesus - 2018 e Simões Filho - 2019); Extremo Sul (Teixeira de Freitas - 2017); Centro-Leste (Feira de Santana - 2018); Centro-Norte (Irecê - 2017 e Jacobina - 2019)<sup>12,13,16</sup>.

Mais análises são necessárias para melhores avaliações frente à oferta dos serviços de produção apresentados e aprovados pelo MS, fato limitador neste estudo em razão da utilização dos dados secundários, que podem apresentar glosas, sub ou supernotificação da produção

ambulatorial. Outra limitação é que este estudo não dispunha de informações publicadas sobre a associação do crescimento da oferta e produção da AAE nas MRS que tiveram as policlínicas consociadas implantadas, bem como a informação de estabelecimentos que realizam, exclusivamente, AAE para um melhor desenho da oferta de serviços.

Embora se necessite de mais estudos para observar os impactos na produção da AAE a partir da implantação das PRS, não se pode deixar de mencionar que elas têm mudado os dados da produção da assistência de MAC na Bahia<sup>15,19</sup>. Construídas em cidades estratégicas das macrorregiões de saúde do Estado e estruturadas em consórcios interfederativos de saúde que administram as unidades, as PRS atendem os grupos de procedimentos com finalidade diagnóstica, clínica e cirúrgica na complexidade média e alta, definidos com base no perfil epidemiológico da população da região, abarcando a descentralização da assistência e regionalizando o atendimento à população<sup>12,24</sup>.

## **CONCLUSÃO**

Este estudo, ao conhecer a produção de procedimentos ofertados na AAE e registrados nos sistemas de informação disponibilizados pelo DATASUS, destaca que os procedimentos especializados (MAC) vêm crescendo em todas as macrorregiões, sendo que, no ano de 2019, apresentaram um aumento expressivo.

Os grupos de procedimentos com finalidade diagnóstica e os clínicos da MC foram os que apresentaram as maiores produções, enquanto, na alta complexidade, o destaque foi para o grupo de medicamentos seguido dos clínicos em todos os anos e macrorregiões. No tipo de gestão, há tendência de crescimento para a totalidade das macrorregiões nos procedimentos de MC, quer sejam da gestão municipal ou estadual. Para a alta complexidade, houve um crescimento expressivo na gestão estadual.

Assim, o aumento da produção da AAE nas macrorregiões de saúde da Bahia, após a reestruturação técnico-administrativa da SESAB e a programação repactuada integrada, foi evidenciado, o que demonstra um caráter inédito no estudo.

Entender a evolução e a distribuição da produção de procedimentos ambulatoriais especializados é essencial para a gestão nas tomadas de decisão e na adoção de políticas públicas de forma descentralizada e hierarquizada, promovendo maior equidade no atendimento à população.

## REFERÊNCIAS

1. Senado Federal (BR), Secretaria de Editoração e Publicações, Coordenação de Edições Técnicas. Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília: Senado Federal; 2020 [cited 2021 Aug 12]. Available from: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/566968/CF88\\_EC105\\_livro.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/566968/CF88_EC105_livro.pdf)
2. Almeida C. Reformas de sistemas de saúde: tendências internacionais, modelos e resultados. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, editors. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2nd ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2012. p. 759-801.
3. Viacava F, Oliveira RAD, Carvalho CC, Laguardia J, Bellido JG. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. Ciênc Saúde Colet. 2018 Jun; 23(6):1751-62. Doi: 10.1590/1413-81232018236.06022018
4. Presidência da República (BR), Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 [Internet]. Brasília: Presidência da República, 2011 [cited 2021 Aug 12]. Available: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm)
5. Mello GA, Pereira APCM, Uchimura LYT, Iozzi FL, Demarzo MMP, Viana ALD. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. Ciênc Saúde Colet. 2017 Apr; 22(4):1291-310. Doi: 10.1590/1413-81232017224.26522016
6. Peiter CC, Lanzoni GMM, Oliveira WF. Regulação em saúde e promoção da equidade: o Sistema Nacional de Regulação e o acesso à assistência em um município de grande porte. Saúde Debate. 2016 Oct/Dec; 40(111):63-73. Doi: 10.1590/0103-1104201611105
7. Pinafo E, Carvalho BG, Nunes EFPA. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. Ciênc Saúde Colet. 2017 May; 21(5):1511-24. Doi: 10.1590/1413-81232015215.18942015
8. Solla J, Chioro A. Atenção ambulatorial especializada. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, o editors. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2012. p. 547-76.
9. Tesser CD, Poli Neto P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. Ciênc Saúde Colet. 2017 Mar; 22(3):941-51. Doi: 10.1590/1413-81232017223.18842016
10. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A atenção ambulatorial especializada nas redes de atenção à saúde [Internet]. Brasília: CONASS; 2015 [cited 2021 Aug 12]. Available from: <http://www.conass.org.br/conassdebate/?p=418>
11. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de média e alta complexidade no SUS: v. 9. Brasília: CONASS; 2007. Available from: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecoes/progestores\\_livro9.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecoes/progestores_livro9.pdf)

12. Bahia (Estado), Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. Plano estadual de educação permanente em saúde da Bahia [Internet]. Salvador: SESAB; 2022 [cited 2022 Jan 12]. Available from: <https://www.conass.org.br/planos-estaduais-educacao-permanente/PEEPS-BA.pdf>
13. Bahia (Estado), Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Assessoria de Planejamento e Gestão. Repactuação da Programação Pactuada Integrada – PPI 2017/2018 [Internet]. Salvador: SESAB; 2017 [cited 2021 Aug 12]. p. 05-23. Available from: <http://www5.saude.ba.gov.br/portalcib/images/arquivos/Apresentacoes/2019/1EXTRA/primeirareuniaoextrappi.pdf>
14. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas populacionais para os municípios brasileiros [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2019 [cited 2021 Aug 12]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2019/default.shtm>
15. Bahia (Estado), Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia. Bahia Análise & Dados. Salvador: SEI; 2016.
16. Ministério da Saúde (BR). Transformação Digital para o SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [cited 2020 Jan 20]. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206&id=6942>
17. Albuquerque MV. O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001- 2011): Diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros [thesis] [Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2014 [cited 2021 Aug 12]. Available from: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-01042014-114150/publico/MarianaVercesideAlbuquerque.pdf>
18. Ministério da Saúde (BR). Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS. PDTIC/2022-2024 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [cited 2020 Jan 05]. Available from <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202&id=19122>
19. Rocha DC. Gestão do cuidado na atenção ambulatorial especializada: elementos para pensar uma política [dissertation]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2014.
20. Viana ALD, Lima LD, Ferreira MP. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. Ciênc Saúde Colet. 2010 Aug;15(5):2317-26. Doi: 10.1590/S1413-81232010000500007
21. Pires MRGM, Göttems LBD, Martins CMF, Guilhem D, Alves ED. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. Ciênc Saúde Colet. 2010 Jun (Suppl 1):1009-19. Doi: 10.1590/S1413-81232010000700007

22. Marques RM, Piola SF, Ocké-Reis CO. O financiamento do SUS numa perspectiva futura. In: Marques RM, Piola SF, ROA AC, editors. *Sistemas de Saúde no Brasil: organização e financiamento* [Internet]. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: MS/OPAS/OMS; 2016 [cited 2021 Aug 12]. p. 247-260. Available from: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema\\_saude\\_brasil\\_organizacao\\_financiamento.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude_brasil_organizacao_financiamento.pdf)
23. Martins CC, Waclawovsky AJ. Problemas e desafios enfrentados pelos gestores públicos no processo de gestão em saúde. *RGSS* [Internet]. 2015 Jun [cited 2021 Aug 12]; 4(1):100-9. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/284709923\\_Problemas\\_e\\_Desafios\\_Enfrentados\\_pelos\\_Gestores\\_Publicos\\_no\\_Processo\\_de\\_Gestao\\_em\\_Saude](https://www.researchgate.net/publication/284709923_Problemas_e_Desafios_Enfrentados_pelos_Gestores_Publicos_no_Processo_de_Gestao_em_Saude)
24. Dilélio AS, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FCV, Piccini RX, 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. *Cad Saúde Pública*. 2014 Dec; 30(12):2594-606. Doi: 10.1590/0102-311X00118713
25. Almeida LL. O significado de governança para os gestores estaduais do Sistema Único de Saúde [dissertation] [Internet]. Brasília: Universidade de Brasília; 2013 [cited 2021 Aug 12]. Available from: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/13564>
26. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [cited 2021 Aug 12]. Available from: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html)
27. Menicucci TMG, Costa LA, Machado JA. Pacto pela saúde: aproximações e colisões na arena federativa. *Ciênc Saúde Colet*. 2018 Jan; 23(1):29-40. Doi: 10.1590/1413-81232018231.17902015
28. Almeida CAL, Tanaka OY. Evaluation in health: participatory methodology and involvement of municipal managers. *Rev Saúde Pública*. 2016 Jan; 50:45. Doi: 10.1590/S1518-8787.2016050006251
29. Viana ALD, Bousquat A, Pereira APCM, Uchimura LYT, Albuquerque MV, Mota PHS, et al. Typology of health regions: structural determinants of regionalization in Brazil. *Saúde Soc*. 2015 Apr/Jun; 24(2):413-22. Doi: 10.1590/S0104-12902015000200002

## 5.2 MANUSCRITO 2 - **Gasto com atenção ambulatorial especializada no sus do estado da Bahia entre 2015 e 2019**

Este manuscrito será submetido ao periódico Ciência & Saúde Coletiva.

As instruções para autores estão disponíveis em:

<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/>

**Gasto com atenção ambulatorial especializada no SUS do estado da Bahia entre 2015 e 2019**

**Expenses with specialized ambulatory care in the SUS of the state of Bahia between 2015 and 2019**

**Gastos con atención ambulatoria especializada en el SUS del estado de Bahia entre 2015 e 2019**

Benedito Fernandes da Silva Filho<sup>†\*</sup>

Eduardo Nagib Boery<sup>\*\*</sup>

## **RESUMO**

O objetivo do estudo foi 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

---

\*Benedito Fernandes da Silva Filho. Enfermeiro. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié (BA), Brasil.  
E-mail: [ditofilho13@gmail.com](mailto:ditofilho13@gmail.com) ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2464-9958>

\*\*Eduardo Nagib Boery. Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié (BA), Brasil.  
E-mail: [eduardoboery@gmail.com](mailto:eduardoboery@gmail.com) ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7624-4405>  
Endereço: PPGES - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Av. José Moreira Sobrinho, s/n, Jequiezinho. CEP: 45206-190. Jequié (BA), Brasil.

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.

## **ABSTRACT**

The objective of the study was to analyze the expenditure on procedures of specialized outpatient care in the Unified Health System by health macro-regions of Bahia between 2015 and 2019. Retrospective longitudinal study using secondary data made available by the Department of Informatics of the Unified Health System in the period 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); sphere/legal nature. For analysis purposes, the "approved value" was considered "spent". An increase in spending on specialized outpatient care in the State of Bahia was evidenced in all macro-regions with gradual annual growth. When taking into account the type of provider and the group of procedures, in medium complexity, spending was higher in the public sphere, and in high complexity, spending was higher by the private provider in all the Geographic Health Macro-regions. With respect to spending in the group of high-cost medications, the State proved to be the exclusive provider. Understanding the evolution and distribution of spending on specialized outpatient procedures is an important tool for the management and implementation of public policies in a regionalized and hierarchical manner.

**Keywords:** Ambulatory care; Unified Health System; Health expenditures.

## 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<sup>1-2</sup>.

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<sup>3-4</sup>.

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<sup>1,3,5</sup>.

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<sup>6-8</sup>.

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<sup>9</sup>. Mundialmente, 10% do Produto Interno Bruto (PIB) global é gasto com saúde, aumentando mais rapidamente que a economia mundial<sup>10</sup>.

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<sup>11</sup>. Esse crescente gasto em saúde é impactado por fatores como a inclusão de novas tecnologias e o aumento da utilização de recursos médicos<sup>12</sup>.

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<sup>13-15</sup>.

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<sup>12-13</sup>.

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.

## **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<sup>10</sup>.

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 km<sup>2</sup>), 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<sup>15-16</sup>.

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<sup>5,14</sup>.

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<sup>15-16</sup>.

**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
<b>Total (valor absoluto)</b>		<b>417</b>	<b>15.203.934</b>	<b>15.276.566</b>	<b>15.276.566</b>	<b>14.812.617</b>	<b>14.873.064</b>

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)<sup>17, 18</sup> e no site do DATASUS<sup>19-20</sup>. 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<sup>19</sup>. 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  $R^2$  e Taxa de Crescimento Percentual (TCP), que foi calculada em duas etapas:

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

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

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/SUS<sup>19</sup>, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)<sup>20</sup> e IBGE<sup>17-18</sup>.

## 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.

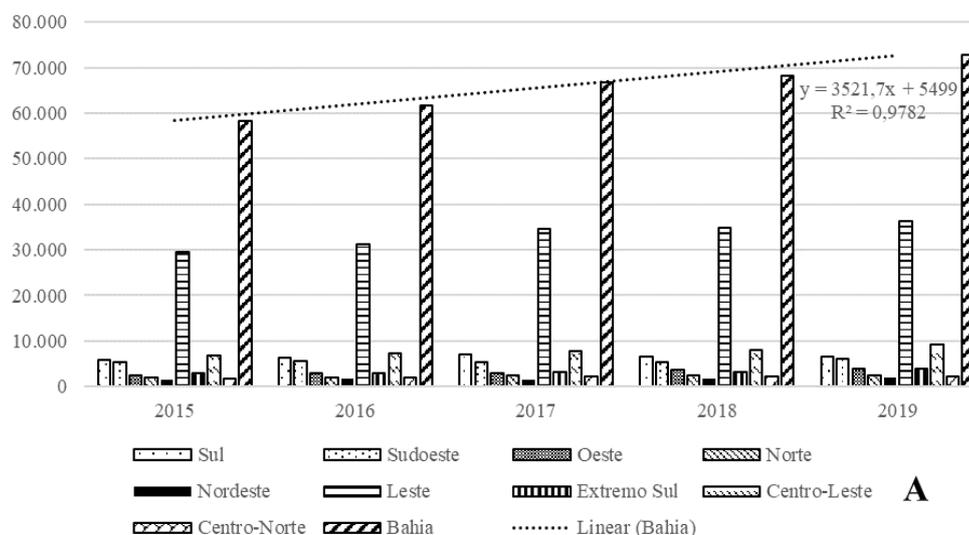
Em relação à alta complexidade, o maior aumento de gastos (70,4%) foi na macrorregião Centro-Norte, que, em 2015, teve um gasto de R\$ 334/10.000hab. e, em 2019, de R\$ 1.509/10.000hab. O menor incremento (6,1%) deu-se na macrorregião Leste, que variou de R\$18.831/10.000hab. em 2015 para R\$ 24.617/10.000hab.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

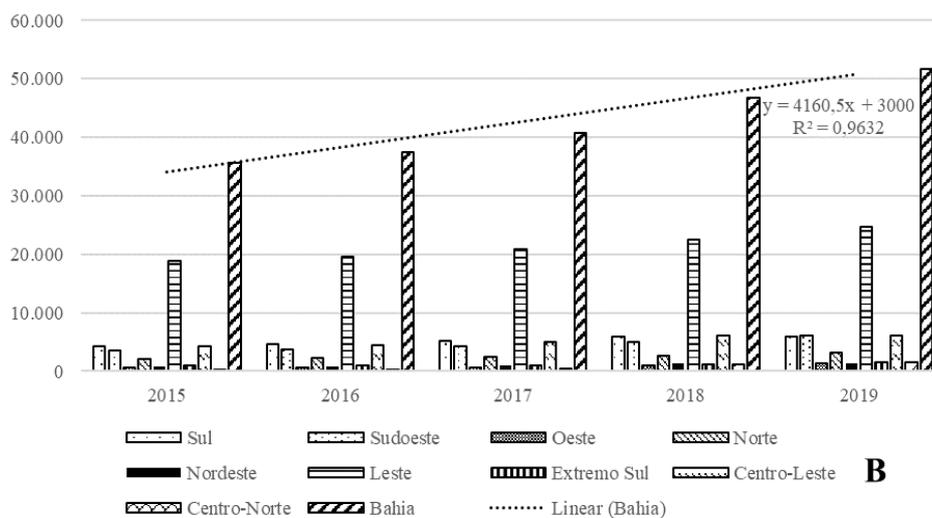
**Tabela 2** - Gasto com atenção ambulatorial especializada por dez mil habitantes e Porcentagem de Crescimento Anual (APC), de acordo com as macrorregiões, de 2015 a 2019.

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

	PRESTADOR	MÉDIA COMPLEXIDADE				
		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
<b>ALTA COMPLEXIDADE</b>						
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).

## 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<sup>21-23</sup>.

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<sup>15,24-25</sup>.

Com a reorganização da estrutura técnico-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<sup>15,26</sup>. 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<sup>23,27-28</sup>. 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 de 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<sup>29-31</sup>.

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<sup>32-33</sup>. Tal tendência mantém-se conforme a avaliação de Viacava e colaboradores<sup>6</sup> 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<sup>34-36</sup> corroboram esses achados observando, ainda, uma elevada proporção de oferta de serviços ao SUS por meio de instituições de natureza privada<sup>37</sup>.

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<sup>15,23</sup>.

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<sup>12</sup>.

## **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, conseqüentemente, maior acesso da população de forma regionalizada.

## REFERÊNCIAS

1. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Assistência de média e alta complexidade no SUS* [Internet]. Brasília: CONASS; 2015 [acessado 2021 Ago 12]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao\\_progestores\\_livro9.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro9.pdf)
2. Tesser CD, Poli Neto P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. *Ciênc Saúde Colet* [periódico na Internet]. 2017 Mar [acessado 2021 Ago 12]; 22(3):941-51. Doi: 10.1590/1413-81232017223.18842016
3. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A atenção ambulatorial especializada nas redes de atenção à saúde* [Internet]. Brasília: CONASS; 2015 [acessado 2020 Jan 13]. Disponível em: <http://www.conass.org.br/conassdebate/?p=418>
4. Peiter CC, Lanzoni GMM, Oliveira WF. Regulação em saúde e promoção da equidade: o Sistema Nacional de Regulação e o acesso à assistência em um município de grande porte. *Saúde Debate* [periódico na Internet]. 2016 Out-Dez [acessado 2021 Ago 12];40(111):63-73. Doi: 10.1590/0103-1104201611105
5. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. 3rd ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [acessado 2021 Ago 12]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_az\\_garantindo\\_saude\\_municipios\\_3ed\\_p1.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf)
6. Viacava F, Oliveira RAD, Carvalho CC, Laguardia J, Bellido JG. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciênc Saúde Colet* [periódico na Internet]. 2018 Jun [acessado 2021 Ago 12];23(6):1751-62. Doi: 10.1590/1413-81232018236.06022018
7. Senado Federal (BR). *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 [acessado 2021 Ago 21]. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/566968/CF88\\_EC105\\_livro.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/566968/CF88_EC105_livro.pdf)
8. Presidência da República (BR). *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 [acessado 2021 Set 15]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm)
9. Controladoria-Geral da União. *Portal da transparência* [Internet]. Brasília: CGU; 2020 [acessado 2020 Jan 05]. Disponível em: <http://www.portaltransparencia.gov.br/funcoes/10-saude?ano=2019>
10. World Health Organization. *Public spending on health: a closer look at global trends* [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2021 Aug 12]. Available from: [http://www.who.int/health\\_financing/documents/health-expenditure-report-2018/en/](http://www.who.int/health_financing/documents/health-expenditure-report-2018/en/)

11. Coronini-Cronberg S, Bixby H, Lavery AA, Wachter RM, Millett C. English National Health Service's savings plan may have helped reduce the use of three 'low-value' procedures. *Health Aff (Millwood)* [serial on the Internet]. 2015 Mar [cited 2021 Aug 12]; 34(3):381-9. Doi: 10.1377/hlthaff.2014.0773
12. Marques RM, Piola SF, Ocké-Reis CO. 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; 2016 [acessado 2021 Ago 12]. p. 247-60.
13. Menicucci TMG, Costa LA, Machado JA. Pacto pela saúde: aproximações e colisões na arena federativa. *Ciênc Saúde Colet* [periódico na Internet] 2018 Jan [acessado 2021 Ago 12];23(1):29-40. Doi: 10.1590/1413-81232018231.17902015
14. Mello GA, Pereira APCM, Uchimura LYT, Iozzi FL, Demarzo MMP, Viana ALD. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. *Ciênc Saúde Colet* [periódico na Internet] 2017 Abr [acessado 2021 Ago 12];22(4):1291-310. Doi: 10.1590/1413-81232017224.26522016
15. Bahia (Estado), Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Assessoria de Planejamento e Gestão. *Repactuação da Programação Pactuada Integrada – PPI 2017/2018* [Internet]. Salvador: SESAB; 2017 [acessado 2021 Ago 12]. p. 05-23. Disponível em: <http://www5.saude.ba.gov.br/portalcib/images/arquivos/Apresentacoes/2019/1EXTRA/primeirareuniaotrappi.pdf>
16. Bahia (Estado), Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia. *Bahia Análise & Dados*. Salvador: SEI; 2016.
17. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Estimativas populacionais para os municípios brasileiros* [periódico na Internet]. Brasília: IBGE; 2019 [cited 2021 Aug 12]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2019/default.shtm>
18. Ministério da Saúde (BR). *Demográficas e Socioeconômicas* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 201 [acessado 2020 Jan 20]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/demograficas-e-socioeconomicas/>.
19. Ministério da Saúde (BR). Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS. *SIA/SUS* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [acessado 2020 Jan 05]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202&id=19122>
20. Ministério da Saúde (BR). Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [Internet]. Brasília: CNES, 2019 [acessado 2020 Jan 13]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204>

21. Dilélio AS, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FCV, Piccini RX, 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. *Cad Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2014 Dez [acessado 2021 Ago 12];30(12):2594-606. Doi: 10.1590/0102-311X00118713
22. Pires MRGM, Göttems LBD, Martins CMF, Guilhem D, Alves ED. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. *Ciênc Saúde Colet* [periódico na Internet]. 2010 Jun [acessado 2021 Ago 12];15(Suppl 1):1009-19. Doi: 10.1590/S1413-81232010000700007
23. Viana ALD, Lima LD, Ferreira MP. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Ciênc Saúde Colet* [periódico na Internet]. 2010 Ago [acessado 2021 Ago 12];15(5):2317-26. Doi: 10.1590/S1413-81232010000500007
24. Ministério da Saúde (BR). *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, 2006; 22 fev [acessado 2021 Ago 12]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.htm](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.htm)
25. Ministério da Saúde (BR). *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 [acessado 2021 Ago 12]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)
26. Martins CC, Waclawovsky AJ. Problemas e desafios enfrentados pelos gestores públicos no processo de gestão em saúde. *RGSS* [periódico na Internet]. 2015 Jun [acessado 2021 Ago 12];4(1):100-9. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/284709923\\_Problemas\\_e\\_Desafios\\_Enfrentados\\_pelos\\_Gestores\\_Publicos\\_no\\_Processo\\_de\\_Gestao\\_em\\_Saude](https://www.researchgate.net/publication/284709923_Problemas_e_Desafios_Enfrentados_pelos_Gestores_Publicos_no_Processo_de_Gestao_em_Saude)
27. Albuquerque MV. *O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001- 2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros* [thesis] [Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2014 [acessado 2021 Ago 12]. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-01042014-114150/publico/MarianaVercesideAlbuquerque.pdf>
28. Viana ALD, Bousquat A, Pereira APCM, Uchimura LYT, Albuquerque MV, Mota PHS, Demarzo MMP, Ferreira MP. Typology of health regions: structural determinants of regionalization in Brazil. *Saúde Soc* [serial on the Internet] 2015 Apr-Jun [cited 2021 Aug 12];24(2):413-22. Doi: 10.1590/S0104-12902015000200002
29. 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; 2012. p. 759-801.

30. Presidência da República (BR). *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 [acessado 2021 Ago 12]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm)
31. Almeida LL. *O significado de governança para os gestores estaduais do Sistema Único de Saúde*. [dissertation] [Internet]. Brasília: Universidade de Brasília; 2013 [acessado 2021 Ago 12]. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/13564>
32. Pinafo E, Carvalho BG, Nunes EFPA. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. *Ciênc Saúde Colet* [periódico na Internet]. 2016 May [acessado 2021 Ago 12];21(5):1511-24. Doi: 10.1590/1413-81232015215.18942015
33. Saldiva PHN, Veras M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. *Estud av* [periódico na Internet]. 2018 Jan-Abr [acessado 2021 Ago 12];32(92). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142018000100047&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142018000100047&lng=en&nrm=iso)
34. 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; 2012. p. 547-76.
35. Romano CMC, Scatena JHG, Kehrig RT. 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] 2015 Out-Dez [acessado 2021 Ago 12];25(4):1095-115. Doi: 10.1590/S0103-73312015000400004
36. Almeida CAL, Tanaka OY. Evaluation in health: participatory methodology and involvement of municipal managers. *Rev Saúde Pública* [serial on the Internet] 2016 Jan [cited 2021 Aug 12];50:45. Doi: 10.1590/S1518-8787.2016050006251
37. Rocha DC. *Gestão do cuidado na atenção ambulatorial especializada: elementos para pensar uma política* [dissertation]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2014.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo propôs-se a analisar a produção e o gasto da AAE registrados nos sistemas de informação disponibilizados pelo DATASUS. Destaca-se que a aprovação, por parte do MS, dos procedimentos especializados (média e alta complexidade) e os valores vêm aumentando em todas as macrorregiões da Bahia, sendo que, no ano de 2019, apresentou crescimento expressivo. Os procedimentos clínicos foram os mais executados na MC e o segundo na alta complexidade em todas as MRS. Os medicamentos representaram os maiores gastos na alta complexidade. No tipo de gestão, as maiores produções concentram-se na MC na esfera pública, quer sejam da gestão municipal ou estadual.

Percebe-se ainda uma desigualdade entre as macrorregiões do Estado. Os elevados gastos na alta complexidade e a execução pelo setor privado reforçam a preocupação nesse processo de terceirização da saúde nas ditas áreas “lucrativas” para a iniciativa privada. A produção são os gastos com a assistência ambulatorial especializada no SUS, representando grande parte da despesa realizada pelo MS, Estados e Municípios.

Demais análises são necessárias para melhores avaliações frente à oferta dos serviços, valores e produção apresentados e aprovados pelo MS, fato limitador neste estudo em razão da utilização dos dados secundários, que podem apresentar glosas, sub ou supernotificação da produção e dos gastos ambulatoriais nas MRS da Bahia. Outra limitação é que este estudo não dispunha de informações publicadas sobre a associação do crescimento da oferta, gastos e produção da AAE nas MRS que tiveram as policlínicas consociadas implantadas, bem como a informação de estabelecimentos que realizam, exclusivamente, AAE para um melhor desenho da oferta de serviços.

Assim, o aumento da produção e dos gastos da AAE nas MRS da Bahia, após a reestruturação técnico-administrativa da SESAB e a programação repactuada integrada, foi evidenciado, o que demonstra um caráter inédito do estudo. O conhecimento da estrutura da oferta, a produção e os gastos com os serviços de saúde no SUS, bem como da distribuição regionalizada, são essenciais para a avaliação de serviços, fornecendo subsídios adequados para decisões que promovam maior equidade no atendimento à população. Cabe uma reflexão sobre o aumento da

produção e dos gastos como um potencial precursor da melhoria da oferta de serviço e, conseqüentemente, maior acesso da população de forma regionalizada.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. V. **O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011):** diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros. 2013. 289f. Tese (Doutorado em Ciências) - Programa de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), 2013. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-01042014-114150/publico/MarianaVercesideAlbuquerque.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2021.
- ALMEIDA, C. A. L.; TANAKA, O. Y. Evaluation in health: participatory methodology and involvement of municipal managers. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, 45, jan. 2016. DOI: 10.1590/S1518-8787.2016050006251
- ALMEIDA, C. Reformas de sistemas de saúde: tendências internacionais, modelos e resultados. In: GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 759-801.
- ALMEIDA, L. L. **O significado de governança para os gestores estaduais do Sistema Único de Saúde**. 2013. 115f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Brasília (DF), 2013. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/13564>. Acesso em: 20 jun. 2021.
- ARRUDA, C. *et al.* Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 169-173, jan./mar. 2015. DOI: 10.5935/1414-8145.20150023
- BAHIA. Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia. **Bahia Análise & Dados**. Salvador: SEI, 2016.
- BAIXAR MAPAS. **Mapa da Bahia - Mesorregiões**. [S. l]: Baixar Mapas, 2021. Disponível em: <http://www.baixarmapas.com.br/mapa-da-bahia-mesorregioes/>. Acesso em: 12 jan. 2020.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A atenção ambulatorial especializada nas redes de atenção à saúde**. Brasília: CONASS, 2015a. Disponível em: <http://www.conass.org.br/conassdebate/?p=418>. Acesso em: 13 maio 2019.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de média e alta complexidade no SUS**: volume 9. Brasília: CONASS, 2007. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao\\_progestores\\_livro9.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro9.pdf). Acesso em: 20 jun. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Demográficas e Socioeconômicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/demograficas-e-socioeconomicas/>. Acesso em: 29 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Brasília: CNES, 2019. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 13 jan. 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_az\\_garantindo\\_saude\\_municipios\\_3\\_ed\\_p1.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3_ed_p1.pdf). Acesso em: 20 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202&id=19122>. Acesso em 29 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 20 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **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. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html). Acesso em: 20 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **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](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html). Acesso em: 20 jun. 2021.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas populacionais para os municípios brasileiros**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019c. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2019/default.shtm>. Acesso em: 12 jan. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **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. Brasília: Presidência da República, 2011. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm). Acesso em: 20 jun. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **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. Brasília: Presidência da República, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm). Acesso em: 20 jun. 2021.

BRASIL. Senado Federal. Secretaria de Editoração e Publicações. Coordenação de Edições Técnicas. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, compilado até a Emenda Constitucional nº 105/2019. Brasília: Senado Federal/ Secretaria de Edições Técnicas, 2019a. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/566968/CF88\\_EC105\\_livro.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/566968/CF88_EC105_livro.pdf). Acesso em: 20 jun. 2021.

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**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 2594-2606, dez. 2014. DOI: 10.1590/0102-311X00118713

SCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

FRAGA, L.; CARNEIRO, C.C.G. **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.

MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; OCKÉ-REIS, C. O. O financiamento do SUS numa perspectiva futura. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. **Sistemas de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES. Brasília: MS/OPAS/OMS, 2016. p 247-260. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema\\_saude\\_brasil\\_organizacao\\_financeiro.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude_brasil_organizacao_financeiro.pdf). Acesso em: 12 jan. 2020.

MARTINS, C.C.; WACLAWOVSKY, A. J. Problemas e desafios enfrentados pelos gestores públicos no processo de gestão em saúde. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, São Paulo, 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](https://www.researchgate.net/publication/284709923_Problemas_e_Desafios_Enfrentados_pelos_Gestores_Publicos_no_Processo_de_Gestao_em_Saude). Acesso em: 12 jan. 2020.

MELLO, G. A. *et al.* O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1291-310, abr. 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017224.26522016

MENICUCCI, T. M. G.; COSTA, L. A., MACHADO, J. Â. Pacto pela saúde: aproximações e colisões na arena federativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 29-40, jan. 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018231.17902015

MOLL, M. F. *et al.* O conhecimento dos enfermeiros sobre as redes de atenção à saúde. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 11, n. 1, p. 86-93, jan. 2017. DOI: 10.5205/reuol.9978-88449-6-1101201711

PEITER, C. C.; LANZONI, G. M. M.; OLIVEIRA, W. F. 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**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 63-73, out./dez. 2016. DOI: 10.1590/0103-1104201611105

PINAFO, E.; CARVALHO, B. G.; NUNES, E. F. P. A. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1511-1524, maio 2016. 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 & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. supl. 1, p. 1009-1019, jun. 2010. DOI: 10.1590/S1413-81232010000700007

ROCHA, D. C. **Gestão do cuidado na atenção ambulatorial especializada: elementos para pensar uma política.** 2014. (Dissertação) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), 2014.

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: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1095-1115, out./dez. 2015. DOI: 10.1590/S0103-73312015000400004

SALDIVA, P. H. N.; VERAS, M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 32, n. 92, p. 47-61, jan./abr. 2018. DOI: 10.5935/0103-4014.20180005

SANTOS, A. M.; ASSI, M. A. Processo de regionalização da saúde na Bahia: aspectos políticos-institucionais e modelagem dos territórios sanitários. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**, Taubaté, v. 13, n. 2, p. 400-422, maio/ago. 2017. Disponível em: <https://www.rbgdr.net/revista/index.php/rbgdr/article/view/3002/618>. Acesso em: 12 jan. 2020.

SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e sistemas de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 547-576

TESSER, C. D.; POLI-NETO, P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 941-951, mar. 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017223.18842016

VIACAVA, F. *et al.* SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, jun. 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.06022018

VIANA, A.L.D. *et al.* Typology of health regions: structural determinants of regionalization in Brazil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 413-22, apr./jun. 2015. DOI: 10.1590/S0104-12902015000200002

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Public spending on health**: a closer look at global trends. Geneva: WHO; 2018. Disponível em: [http://www.who.int/health\\_financing/documents/health-expenditure-report-2018/en/](http://www.who.int/health_financing/documents/health-expenditure-report-2018/en/). Acesso em: 15 fev. 2022.