**ARTIGO ORIGINAL**

**Análise das despesas governamentais com saúde no Estado do Acre, 2010 a 2014.**

Analysis of government spending on health in the state of Acre, 2010-2014.

**Autores:**

Elisa Mara da Silva Carneiro Braga1

Nildo Ruiz Bessa Junior1

Ranna Kissia Alves das Neves1

Orivaldo Florencio de Souza2

1 Acadêmico do Mestrado em Ciências da Saúde na Amazônia Ocidental da Universidade Federal do Acre - Distrito Industrial - 69920900 - Rio Branco, AC – Brasil

2 Doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Professor no Centro de Ciências da Saúde e do Desporto da Universidade Federal do Acre – UFAC - Distrito Industrial - 69920900 - Rio Branco, AC – Brasil

**AUTOR RESPONSÁVEL PELA CORRESPONDÊNCIA:**

Elisa Mara da Silva Carneiro Braga, e-mail: elisa\_mara@outlook.com.br

**AVALIADORES NA ÁREA DO MANUSCRITO**

Rozilaine Redi Lago - rozilainee@gmail.com

Sheiba Rodrigues Oliveira Brito - sheiba\_rodrigues@hotmail.com

Andréia Moreira de Andrade, email: amasmsbg@hotmail.com

**RESUMO:**

**Objetivo**: Comparar as despesas em atenção básica com assistência hospitalar e ambulatorial no SUS, no período de 2010 a 2014, no Estado do Acre. **Métodos**: Trata-se de um estudo observacional analítico do tipo transversal. Os dados estudados correspondem às despesas com saúde no Estado do Acre, por sub-função obtidos do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde/SIOPS, entre janeiro de 2010 a dezembro de 2014. A análise dos dados foi feita utilizando-se o programa Excel. **Resultados**: A redução drástica nas despesas em saúde nos anos de 2012 e 2013 justifica-se pela tentativa de alcançar o superávit de R$ 75 bilhões. O bloco que recebeu menos verbas foi o das iniciativas de "Atenção Básica à Saúde" que passou de R$ 2,4 bilhões em dezembro de 2012 para R$ 1,5 bilhão no mesmo período de 2013 (14). As despesas com assistência hospitalar e ambulatorial teve seu ápice em 2013, mantendo uma constante no ano seguinte. As despesas com atenção básica no período de 2010 a 2014 foi de R$ 23.847.392,60 e com assistência hospitalar e ambulatorial foi de R$ 5.986.717.888,57. Estas duas sub-funções geraram uma despesa de R$ 6.010.565.281,17. **Conclusão**: Os serviços de saúde deveriam discutir com a rede de atenção a saúde como integrar o paciente ambulatorial às outras possíveis portas de entrada e preparar-se para atendê-lo, já que as demandas são geradas por fatores culturais e por deficiências de recursos tecnológicos e sociais. Corresponder às expectativas da clientela é um dos maiores desafios para a organização da assistência (13). A organização da rede é o caminho, assim como o controle social, a formação de recursos humanos e o financiamento compatível com as atribuições e responsabilidades dos serviços.

Palavras-chave: Atenção Básica, assistência hospitalar, assistência ambulatorial, despesas em saúde.

**ABSTRACT**

**Objective:** To compare the costs in primary care with hospital and outpatient care in SUS, in the period 2010-2014, in Acre. Methods: This is an analytical observational cross-sectional study. The data studied correspond to the health expenditure in the state of Acre, by sub-function, the period 2010 to 2014. The data were obtained from the Public Budget Information System in Health / SIOPS from January 2010 to December 2014. Analysis of the data was performed using Excel program. **Results:** To compare the costs of primary care with hospital and outpatient care in SUS, in the period 2010-2014, in Acre. Methods: It is an analytical observational cross-sectional study. The data studied correspond to the health expenditure in the state of Acre, by sub-function, in the period 2010 to 2014. The data were obtained from the Public Budget Information System in Health / SIOPS from January 2010 to December 2014. The analysis of the data was performed using Excel program. Results: The drastic reduction in health costs in the years 2012 and 2013 is justified by the attempt to achieve a surplus of R$ 75 billion. The block that received less funding was of the primary health care initiatives, from R$ 2.4 billion in December 2012 to R$ 1.5 billion in the same period of 2013. The costs of inpatient and outpatient assistance peaked in 2013, keeping constant in the following year.

Expenditure on primary health care in the period 2010-2014 was R$ 23,847,392.60 and hospital and outpatient care was R$ 5,986,717,888.57. These two sub-functions generated an expense of R $ 6,010,565,281.17. **Conclusion:** Services should discuss with the network how to integrate the outpatient at other possible entry doors and prepare to serve you, since the demands are generated by cultural factors and shortcomings of technological and social resources. Meet the customer expectations is one of the biggest challenges for the organization of care. The organization of the network is the way, as well as social control, training of human resources and funding compatible with the duties and responsibilities of services.

**Descriptors:** Primary care, hospital care, outpatient care, health expenditures.

**1. INTRODUÇÃO**

Historicamente, o financiamento das despesas pública em saúde sempre foi largamente financiado por recursos de origem federal, seguidos, em ordem de importância, pelo aporte estadual e municipal (1).

Em se tratando de “despesas” são entendidas como os gastos usados para a obtenção de receitas (2).

É importante ressaltar que a disponibilidade de informações financeiras sobre o perfil do financiamento e do gasto com as políticas públicas de saúde, para cada esfera de governo, constitui um imperativo para o processo de construção e avaliação do desempenho do SUS (Sistema Único de Saúde) (3).

Com isso, tais informações podem viabilizar o aprimoramento da gestão, a disseminação de experiências bem sucedidas entre os entes federados, e a adequada distribuição dos gastos entre investimento e custeio, tendo em vista o dimensionamento das redes de atenção, dentre outras questões (4).

Considerando o financiamento global da saúde, no Brasil, dados da OMS (Organização Mundial da Saúde) indicam que o Brasil vem se colocando, nos últimos cinco anos, entre os dez países do continente americano com maiores gastos com saúde em valores absolutos (5).

O atual debate acerca do financiamento da política pública de saúde encontra na implementação e regulamentação da Emenda Constitucional n. 29 de 2000 que define que os estados e municípios devem aplicar em saúde 12% e 15%, respectivamente, das receitas resultantes de impostos e transferências constitucionais (6).

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. A mesma tem o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (7).

A média complexidade compõe-se por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilida­de de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico (7).

E a alta complexidade é compreendida como um conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população, acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à Saúde (atenção básica e de média complexidade) (8).

O SIOPS **(Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde)** constitui-se, como uma importante fonte de dados para a realização de estudos por instituições de pesquisa, para o exercício do acompanhamento e fiscalização pelos órgãos de controle e para a gestão e avaliação das ações no âmbito do SUS (9).

Em recente avaliação do SUS, ainda que vários avanços tenham sido ressaltados e representem melhorias nos indicadores de saúde do País, o financiamento insuficiente é apontado como fator determinante para a infraestrutura inadequada na atenção básica e escassez de funcionários nos hospitais (10).

Trata-se de um estudo descritivo, onde observa-se que a alocação dos recursos financeiros na atenção básica é menor do que na assistência hospitalar e ambulatorial no estado do Acre, contribuindo assim para o modelo de saúde curativista e não preventivo.

O objetivo geral do trabalho é comparar as despesas em atenção básica com assistência hospitalar e ambulatorial no SUS, no período de 2010 a 2014, no Estado do Acre.

**2. METODOLOGIA**

O estado do Acre é uma das 27 unidades federativas do Brasil e localiza-se no sudoeste da Região Norte e faz divisa com duas unidades federativas, Amazonas ao norte e Rondônia a leste; e faz fronteira com dois países, Bolívia ao sudeste e o Peru ao sul e a oeste. De acordo com o Censo brasileiro de 2010 o número de habitantes no Acre é 733 559, sendo que havia 532 279 habitantes em área urbana e 201 280 habitantes em área rural (11).A pesquisa foi realizada no estado do Acre, que, conta com 32 unidades básicas de saúde e 27 unidades hospitalares/ambulatoriais, distribuídos em seus 22 municípios.

Trata-se de um estudo observacional analítico do tipo transversal. Os dados estudados correspondem às despesas com saúde no Estado do Acre, por subfunção, no período de 2010 a 2014.

Para a análise da composição e direcionamento dos recursos, o período do estudo correspondeu aos anos 2010, 2011, 2012, 2013 e 2014, verificando-se os dados financeiros referente às despesas com atenção básica e assistência hospitalar/ambulatorial.

Esta análise teve como fonte as informações existentes no SIOPS — Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde institucionalizado em outubro de 2000. Através dele, o MS organiza e executa a coleta, o processamento e a disponibilização de informações sobre receitas e gastos em saúde nas três esferas de governo, permitindo a produção de relevantes indicadores para o planejamento, acompanhamento e avaliação do gasto público nas três esferas de governo, facultando melhores condições para o exercício do controle social (12).

Essas informações foram agregadas no banco de dados do programa Excel. Embora tenham sido coletados todos os dados sobre as despesas com saúde, para uma melhor compreensão, na análise final optou-se por trabalhar apenas as sub-funções que respondem aos objetivos da pesquisa.

**3. RESULTADOS**

**Gráfico 1 -** Demonstrativo da despesa com saúde, conforme o anexo XVI do relatório resumido de execução orçamentária / RREO. Período: 2010 a 2014. Atenção básica e assistência hospitalar e ambulatorial.

Fonte – Elaboração própria. SIOPS — Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

As despesas com atenção básica no estado do Acre no ano de 2010 correspondeu a R$ 8.989.045,89, enquanto que as despesas na assistência hospitalar e ambulatorial correspondeu a R$ 513.603.078,64. A atenção básica representou 1,7% da despesa total com saúde, já a assistência hospitalar e ambulatorial correspondeu a 98,3%. No ano de 2011, enquanto a despesa com atenção básica reduziu 38,86% (R$ 5.496.101,92), representando apenas 0,93% do total. Já a despesa com assistência hospitalar e ambulatorial aumentou 11,1% (R$ 579.493.016,26), correspondendo a 99,07% das despesas totais. Em 2012, a despesa com atenção básica representou apenas 0,08% das despesas totais em saúde, uma redução de 90,4% (R$ 528.591,58) em comparação ao ano anterior. Já a despesa com assistência hospitalar e ambulatorial representou 99,92% (R$ 643.816.718,96) das despesas totais e obteve um aumento de 11,6%, em comparação ao ano anterior. No ano de 2013, a despesa com atenção básica representou 0,03% das despesas totais (R$693.440,30), um aumento de 31.1% em relação ao ano anterior, já a despesa com assistência hospitalar e ambulatorial representou 99,97% (R$ 2.255.129.955,92), um aumento de 250%. No ano de 2014, a despesa com atenção básica representou 0,4% (R$ 8.140.212,91) do total, um aumento de 91,4%. Já as despesas com assistência hospitalar e ambulatorial representaram 99,6% (R$ 1.994.675.118,79); uma diminuição de 11,5%. (Gráfico 1)

**Gráfico 2 -** Demonstrativo da despesa com saúde, conforme o anexo XVI do relatório resumido de execução orçamentária / RREO. Período: 2010 a 2014. Atenção básica.

Fonte – Elaboração própria. SIOPS — Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

A redução drástica nas despesas em saúde nos anos de 2012 e 2013 justifica-se pela tentativa de alcançar o superávit de R$ 75 bilhões. O bloco que recebeu menos verbas foi o das iniciativas de "Atenção Básica à Saúde" que passou de R$ 2,4 bilhões em dezembro de 2012 para R$ 1,5 bilhão no mesmo período de 2013(14). (Gráfico 2)

**Gráfico 3 -** Demonstrativo da despesa com saúde, conforme o anexo XVI do relatório resumido de execução orçamentária / RREO. Período: 2010 a 2014. Assistência hospitalar e ambulatorial.

Fonte – Elaboração própria. SIOPS — Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

As despesas com assistência hospitalar e ambulatorial teve seu ápice em 2013, mantendo uma constante no ano seguinte. (Gráfico 3)

**Tabela 1 -** Demonstrativo da despesa com saúde, conforme o anexo XVI do relatório resumido de execução orçamentária / RREO. Período: 2010 a 2014. Atenção básica e assistência hospitalar e ambulatorial.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Despesas Com Saúde (Por Subfunção)** | **2010** | **2011** | **2012** | **2013** | **2014** | **TOTAL** |
| **Atenção Básica** | 8.989.045,89 | 5.496.101,92 | 528.591,58 | 693.440,30 | 8.140.212,91 | 23.847.392,60 |
| **Assistência Hospitalar e Ambulatorial** | 513.603.078,64 | 579.493.016,26 | 643.816.718,96 | 2.255.129.955,92 | 1.994.675.118,79 | 5.986.717.888,57 |
| **TOTAL** | 522.592.124,53 | 584.989.118,18 | 644.345.310,54 | 2.255.823.396,22 | 2.002.815.331,70 | 6.010.565.281,17 |

Fonte – Elaboração própria. SIOPS — Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

As despesas com atenção básica no período de 2010 a 2014 foi de R$ 23.847.392,60 e com assistência hospitalar e ambulatorial foi de R$ 5.986.717.888,57. Estas duas sub-funções geraram uma despesa de R$ 6.010.565.281,17. (Tabela 1)

**4. DISCUSSÃO**

O aumento abrupto das despesas com assistência hospitalar e ambulatorial no ano de 2013 conforme descrito no Gráfico 7 pode ser justificado pelos cortes ocorridos na atenção básica, uma vez que esta demanda passou a ser absorvida nos níveis ambulatoriais e hospitalares. Com relação a análise da composição da despesa total, os dados apresentaram uma notável desigualdade entre atenção básica e assistência hospitalar e ambulatorial. Esse resultado indica uma variabilidade acentuada nas despesas, se considerados os anos de 2010 a 2014. A despesa que apresentou maior representatividade na amostra foi a assistência hospitalar e ambulatorial, não ocorrendo homogeneidade em seus valores. Tal fato pode ser explicado por diversos fatores como: complexidade dos serviços e tecnologia diferenciada que compõe o nível ambulatorial e hospitalar, fácil acessibilidade, funcionamento ininterrupto, a prestação de serviços hospitalares com financiamento público é operada predominantemente através de terceiros, sejam estes empresas privadas lucrativas, entidades beneficentes e filantrópicas, ou, ainda, hospitais universitários e de ensino, e etc. Os resultados também apontam para a ineficácia do sistema de saúde, incapaz de oferecer a esses usuários um acesso mais fácil à rede de atenção primária, encaminhando-os aos serviços de média e alta complexidade.

Uma vez mencionados os aspectos relativos ao aumento das despesas em saúde, cabe ainda abordar os relacionados à eficiência na utilização dos recursos. O problema que pode ser apontado, por esses e outros estudos, é que pacientes cuja solução é pertinente à atenção básica frequentam os serviços de emergência (13,14).

Além da preocupação com os resultados em saúde, é importante dizer que o resgate da atenção primária se situa na atual questão de viabilidade dos sistemas de saúde. Os crescentes custos da atenção à saúde têm levado governos e instituições privadas que atuam no setor, tanto em países desenvolvidos ou em vias de desenvolvimento, a experimentar reformas em seus sistemas colocando a atenção primária como ponto central para melhorar a capacidade de resposta dos serviços de saúde, buscando prevenir os problemas de saúde ou tratá-los de maneira mais efetiva (15).

Os recursos são concentrados nos serviços curativos a elevado custo, negligenciando o potencial da prevenção primária e da promoção da saúde que poderiam prevenir até 70% da carga da doença (16,17). O outro lado da moeda é a busca por melhores resultados na redução das internações hospitalares ou na redução do uso de procedimentos terapêuticos mais sofisticados, que implicam maior custo para o sistema de saúde (15).

Os pacientes devem ser também enxergados como itens de despesas, priorizando àqueles a serem submetidos a procedimentos menos custosos ou complexos, além de reduzirem sua produção.

Sendo assim, neste presente estudo podemos constatar o excesso de atendimentos ambulatoriais e hospitalar como principal motivo de elevadas despesas no sistema de saúde.

**5. CONCLUSÃO**

A decisão de investir recursos e esforços na atenção básica (18) tem o mérito de perseguir a redução de riscos e preservação da saúde, mas tem também, a longo prazo, o efeito de evitar gastos maiores com a recuperação e reabilitação de pacientes. Tendo em vista que a política de saúde no Brasil tem como diretriz maior a inclusão social universal, é certo afirmar que as necessidades de recursos financeiros do setor tendem a ser sempre crescente, ainda mais se considerarmos, associados a isso, o aumento e envelhecimento da população, as características próprias do nosso processo de transição epidemiológica e a rapidez do desenvolvimento e incorporação de tecnologias, fatores estes amplamente conhecidos Os serviços de saúde deveriam discutir com a rede de atenção a saúde como integrar o paciente ambulatorial às outras possíveis portas de entrada e preparar-se para atendê-lo, já que as demandas são geradas por fatores culturais e por deficiências de recursos tecnológicos e sociais. Corresponder às expectativas da clientela é um dos maiores desafios para a organização da assistência (13). A organização da rede é o caminho, assim como o controle social, a formação de recursos humanos e o financiamento compatível com as atribuições e responsabilidades dos serviços.

**Agradecimentos:** Agradecemos ao Prof. Dr. Dionatas Ulises, ao Prof. Dr. Romeu Paulo e ao Prof. Dr. Luis Maggi pelo conhecimento transmitido e pelas valiosas contribuições que permitiram o desenvolvimento deste trabalho.

**Conflito de interesse:** Os autores declaram não ter interesses conflitantes.

**6. REFERENCIAS**

1. MARQUES RM. O Financiamento da Atenção à Saúde no Brasil. 2001;12(19):65–91.
2. DANTAS T. “Gastos, custos e despesas” [Internet]. 2016 [citado 3 de agosto de 2016]. Available at: Dhttp://brasilescola.uol.com.br/economia/gastos-custos-despesas.htm
3. IMPERATIVE THE, Financing OF. O IMPERATIVO DO FINANCIAMENTO E DA GESTÃO : THE IMPERATIVE OF FINANCING SUPPORT AND MANAGEMENT-. 2000;
4. TEIXEIRA HV. Gasto público com a saúde no Brasil: possibilidades e desafios. 2003;
5. CARVALHO DMT de. Financiamento da assistência médico-hospitalar no Brasil. Cien Saude Colet [Internet]. 2007;879–92. Available at: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400010&lang=pt\nhttp://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/07.pdf>
6. CAMPELLI MGR, Calvo MCM. O cumprimento da Emenda Constitucional no. 29 no Brasil. Cad Saude Publica. 2007;23(7):1613–23
7. SAÚDE. B. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. [Internet]. CONASS, organizador. Brasília; 2007. 248 p. Available at: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec\_progestores\_livro9.pdf
8. GEORGE S, Read S, Westlake L. Differences in priorities assigned to patients by triage nurses and by consultant physicians in accident and emergency departments. J Epidemiol Community Health 1993; 47(4):312-315
9. TEIXEIRA HV. Gasto público com a saúde no Brasil: possibilidades e desafios. 2003;
10. VIEIRA FS, Zucchi P. Financiamento da assistência farmacêutica no sistema único de saúde. Saude e Soc. 2013;22(1):73–84.
11. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em:<http://www.ibge.gov.br>.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Portaria Conjunta MS/PGR nº 1.163, de 11 de outubro de 2000. Institucionaliza o SIOPS no âmbito do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União nº. 203; Poder Executivo, 2000.
13. COLEMAN P, Irons R, Nicholl J. Will alternative immediate care services reduce demands for nonurgent treatment at accident and emergency? Emerg. Med J. 2001; 18: 482-487.
14. GEORGE S, Read S, Westlake L. Differences in priorities assigned to patients by triage nurses and by consultant physicians in accident and emergency departments. J Epidemiol Community Health 1993; 47(4):312-315
15. IBAÑEZ N, Rocha JSY, Forster AC, Novaes MHD, Luiza A. Care performance assessment of primary health care services in the State of São Paulo. Cien Saude Colet. 2006;11(3):683–703.
16. FRIES JF et al. Reducing health care costs by reducing the need and demand for. s.l.: New England Journal of Medicine, 1993. 329:321–325.
17. WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Health Report 2002 – Reducing risks, promoting healthy life. 2002.
18. MARQUES RM. O Financiamento da Atenção à Saúde no Brasil. 2001;12(19):65–91.