

## 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*

Elisa Mara da Silva Carneiro Braga<sup>1</sup>, Nildo Ruiz Bessa Junior<sup>1</sup>, Ranna Kissia Alves das Neves<sup>1</sup>, Orivaldo Florencio de Souza<sup>2</sup>

1 Acadêmico do Mestrado em Ciências da Saúde na Amazônia Ocidental da UFAC- Rio Branco, AC – Brasil

2 Doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Docente do CCBN – UFAC - Distrito Industrial - Rio Branco, AC – Brasil

**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: Constatou-se que o excesso de atendimentos ambulatoriais e hospitalar como principal motivo de elevadas despesas no sistema de saúde.

**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: It was observed that the excess of outpatient and hospital care as the main reason for high expenses in the health system..

**KEY WORDS:** Primary care, hospital care, outpatient care, health expenditures.

**Autor para correspondência** Elisa Mara da Silva Carneiro Braga  
[elisa\\_mara@outlook.com.br](mailto:elisa_mara@outlook.com.br)

## 1. INTRODUÇÃO

Historicamente, o financiamento das despesas pública em saúde sempre foram oriundos de recursos de origem federal, seguidos, em ordem de importância, pelo aporte estadual e municipal <sup>(1)</sup>. É importante ressaltar que a disponibilidade de informações financeiras 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 Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>(2)</sup>. 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 <sup>(3)</sup>.

Considerando o financiamento global da saúde, dados da OMS (Organização Mundial da Saúde) indicam que o Brasil nos últimos cinco anos teve os maiores gastos com saúde em valores absolutos entre os dez países do continente americano <sup>(4)</sup>. Tal fato ocorreu por a Emenda Constitucional n. 29 de 2000 determinar que os estados e municípios devem aplicar em saúde 12% e 15%, respectivamente, das receitas resultantes de impostos e transferências constitucionais <sup>(5)</sup>.

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 <sup>(6)</sup>. Enquanto que a média complexidade se compõe 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 <sup>(6)</sup>. Por fim, 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) (7).

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 (4). 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 (8).

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**

Trata-se de um estudo tipo transversal. As informações investigadas as despesas com a área da saúde no Estado do Acre, no período de 2010 a 2014. No contexto do estado do Acre existem 32 unidades básicas de saúde e 27 unidades hospitalares/ambulatoriais, distribuídos em seus 22 municípios.

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



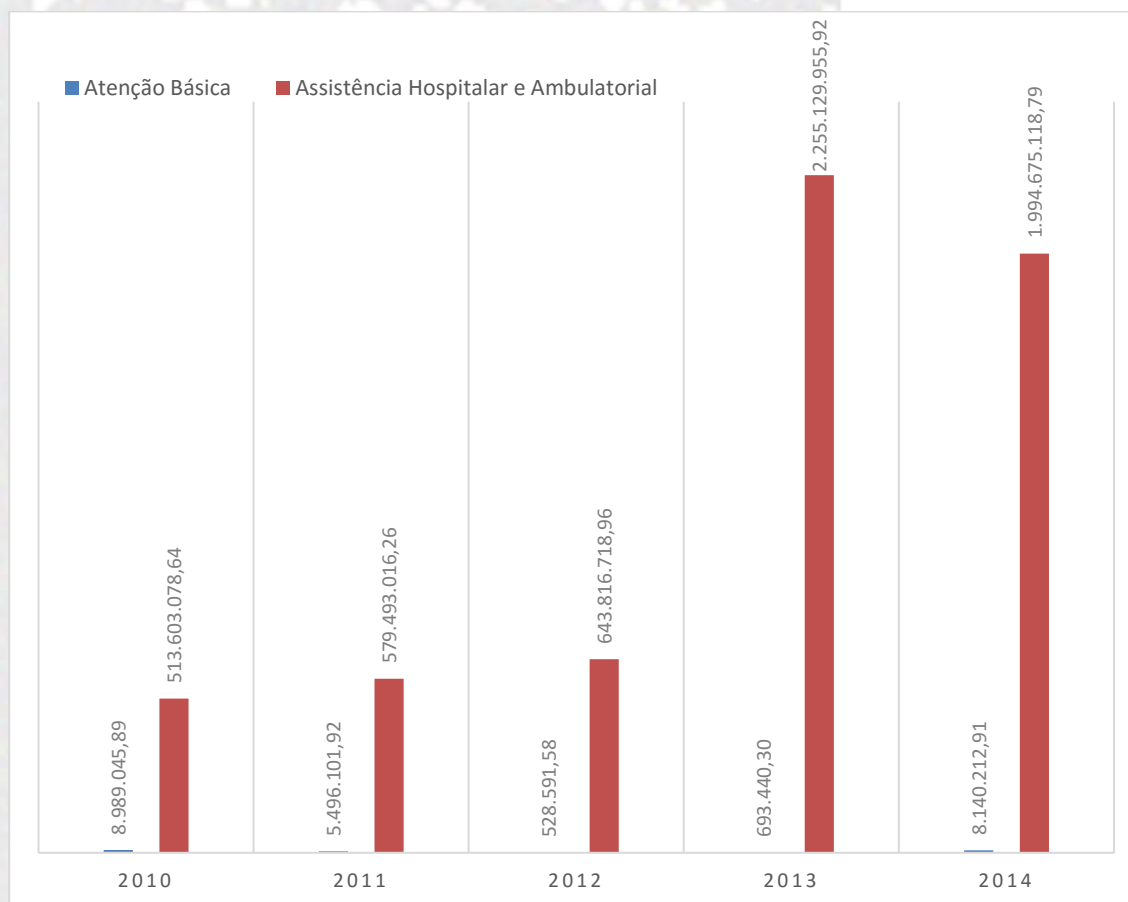
Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) institucionalizado em outubro de 2000. Através dele, o Ministério da Saúde organiza e executa a coleta, o processamento e a disponibilização de informações sobre receitas e gastos em saúde nas três esferas de governo, permitindo a produção 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 <sup>(99)</sup>.

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**

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

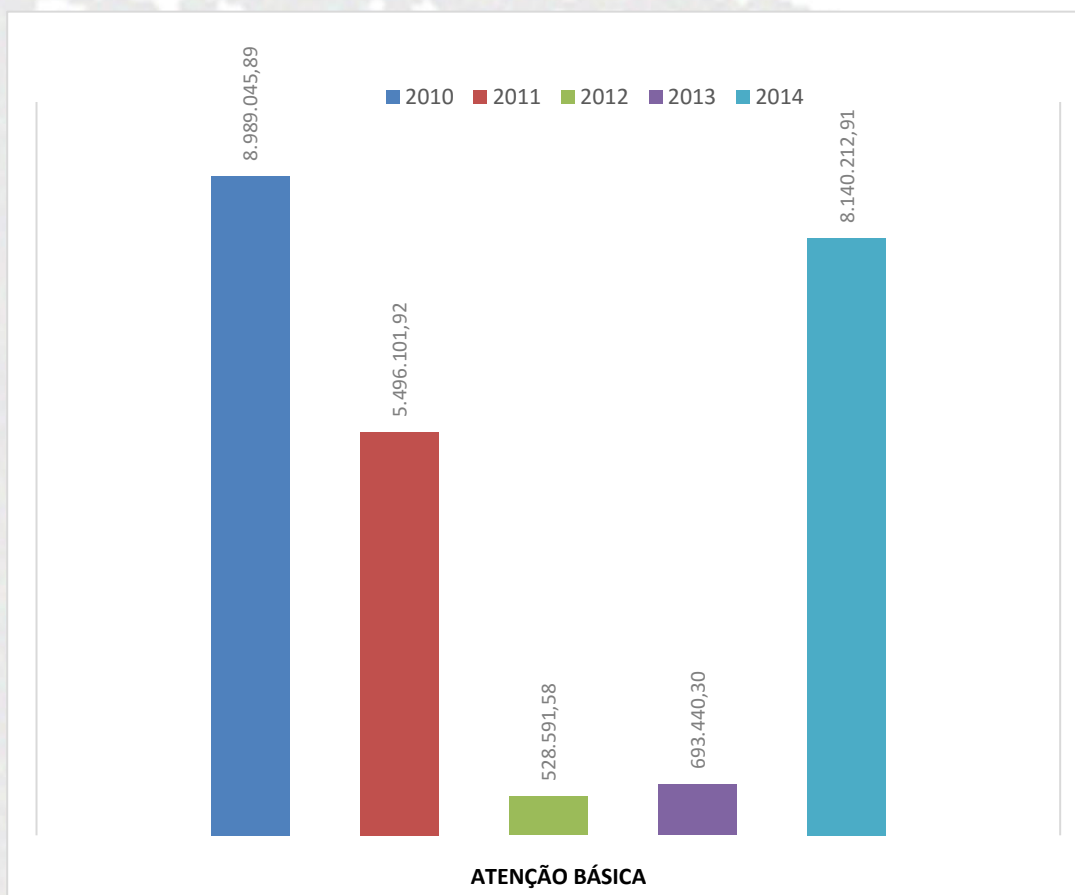
representou 0,03% das despesas totais (R\$693.440,30), um aumento de 31.1% em relação ao ano anterior, já a despesa com assistência hospitalar e ambulatorial representou 99,97% (R\$ 2.255.129.955,92), um aumento de 250%. No ano de 2014, a despesa com atenção básica representou 0,4% (R\$ 8.140.212,91) 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)



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

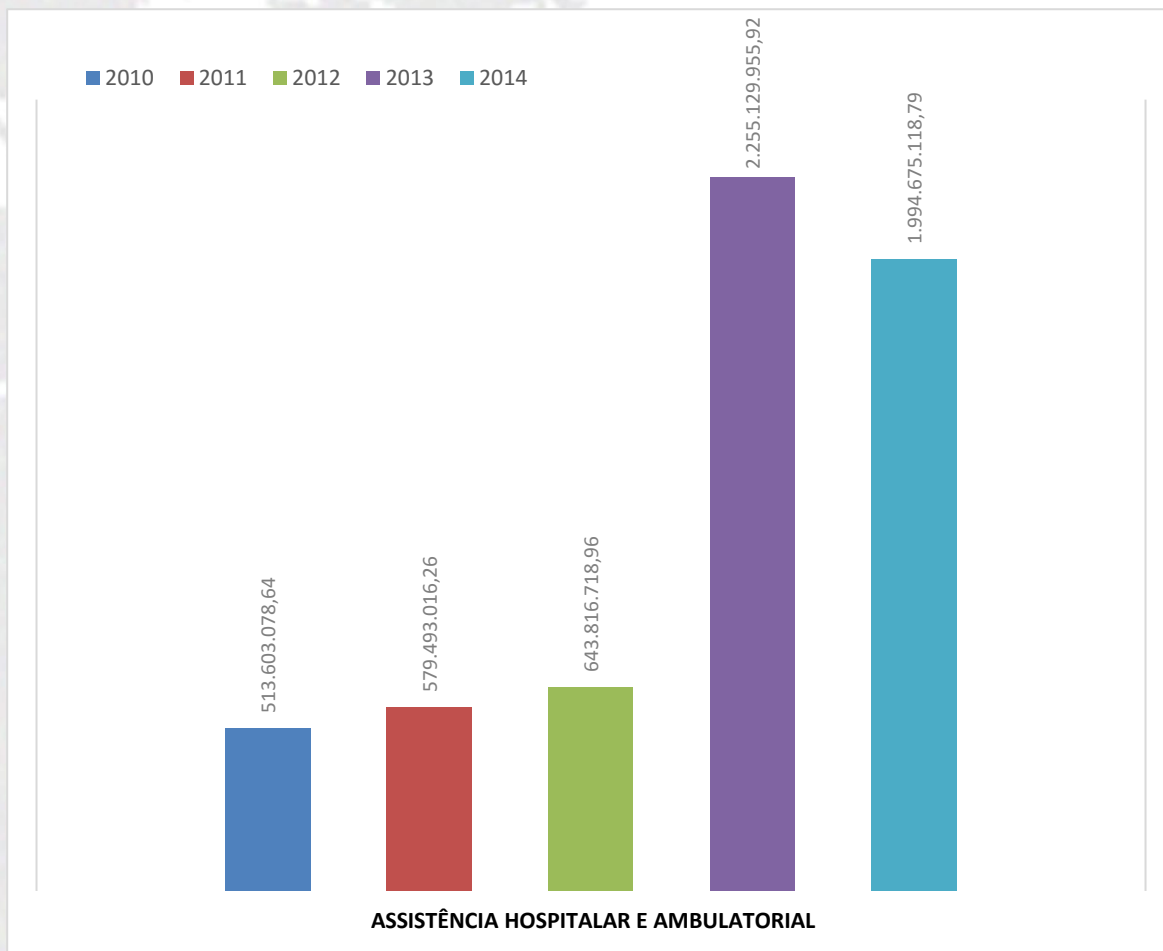
**Gráfico 1** - Demonstrativo da despesa com saúde, conforme o anexo XVI do relatório resumido de execução orçamentária / RREO. Período: 2010 a 2014. Atenção básica e assistência hospitalar e ambulatorial.

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<sup>(Error! Reference source not found.)</sup>. (Gráfico 2). As despesas com assistência hospitalar e ambulatorial teve seu ápice em 2013, mantendo uma constante no ano seguinte. (Gráfico 3)



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

**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

**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.

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)

**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.

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

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

#### 4. DISCUSSÃO

O aumento abrupto das despesas com assistência hospitalar e ambulatorial no ano de 2013 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 foi a assistência hospitalar e ambulatorial, não ocorrendo homogeneidade em seus valores. Tal fato pode ser explicado por diversos fatores, tais como: complexidade dos serviços e tecnologia diferenciada que compõe o nível ambulatorial e hospitalar; funcionamento ininterrupto. Além disso, a prestação de serviços hospitalares com financiamento público é operada predominantemente através de terceiros, sejam estas empresas privadas lucrativas,



entidades beneficentes e filantrópicas, ou, ainda, hospitais universitários e de ensino. 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.

Outros aspectos relacionados à eficiência na utilização dos recursos ainda devem ser abordados, como pacientes cuja solução é pertinente à atenção básica frequentam os serviços de emergência <sup>(10,11)</sup>. Neste sentido, os serviços de saúde deveriam discutir com a rede de atenção à 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 <sup>(10)</sup>. 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.

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 <sup>(12)</sup>.

A busca por melhores resultados na redução das internações hospitalares ou na redução do uso de procedimentos terapêuticos mais sofisticados implicam maior custo para o sistema de saúde <sup>(12)</sup>. Deste modo, os recursos estão 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 <sup>(13,14)</sup>.

A decisão de investir recursos e esforços na atenção básica <sup>(1)</sup> 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, considerando o aumento do envelhecimento da população, a transição epidemiológica e a rapidez do desenvolvimento e incorporação de tecnologias.

Por fim, constatamos o excesso de atendimentos ambulatoriais e hospitalar como principal motivo de elevadas despesas no sistema de saúde.

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

## 6. REFERENCIAS

1. Marques RM. O Financiamento da Atenção à Saúde no Brasil. *Pesquisa e Debate*. 2001; 12(19): 65–91.
2. Teixeira, MG. O imperativo do financiamento e da gestão. *Rev Direito Sanitário*. 2003. 4(1): 85-96.
3. Teixeira HV, Teixeira MG. Financiamento da Saúde Pública no Brasil: A experiência do SIOPS. *Cad Saude Coletiva* , 2003, v. 8, n.2, p. 379-91.
4. Carvalho DMT de. Financiamento da assistência médico-hospitalar no Brasil. *Cien Saude Colet*. 2007, 12(4): 879-72.
5. Campelli MGR, Calvo MCM. O cumprimento da Emenda Constitucional no. 29 no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2007; 23(7): 1613–23
6. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS*. Brasília: CONASS; 2007.
7. 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): 312-15.
8. Vieira FS, Zucchi P. Financiamento da assistência farmacêutica no sistema único de saúde. *Saude e Soc*. 2013; 22(1): 73–84.
9. 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.
10. 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: 482-87.

11. 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): 312-15.
12. 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): 683–03.
13. Fries JF. Reducing health care costs by reducing the need and demand for medical services. *New Engl J Med*. 1993. 329(5): 321–25.
14. World Health Organization. *The World Health Report 2002 – Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva: World Health Organization; 2002.