Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

A produção da atenção ambulatorial especializada ofertada no sistema único de saúde do estado da Bahia entre 2015 e 2019

The production of specialized outpatient care offered by the unified health system of the state of Bahia between 2015 and 2019

La producción de atención ambulatoria especializada ofrecida por el sistema único de salud del estado de Bahía entre 2015 y 2019

Benedito Fernandes da Silva Filho[1], Maryvânsley Nunes de Sá Reis[1], Rita Narriman Silva de Oliveira Boery[1], Alba Benemérita Alves Vilela[1].

RESUMO

Objetivo: 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. **Métodos:** 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. **Resultados:** À 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. À 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. **Conclusão:** Conclui-se que houve um aumento crescente na produção de procedimentos em todas as macrorregiões estudadas nos anos de 2015 a 2019.

Palavras-chave: Assistência ambulatorial, Cobertura efetiva de serviços de saúde, Eficiência, Sistema único de saúde.

ABSTRACT

Objective: 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. **Methods:** Retrospective longitudinal study, collected through the Information Technology Department of the Unified Health System of the Ministry of Health, using the following variables: macro-regions; group of procedures; approved quantity; complexity; management; type of provider; legal nature/sphere. **Results:** In the time series, there was an increase in the number of procedures per inhabitant in medium complexity over the years and a significant increase in high complexity in 2019 in all macro-regions. An increasing behavior was observed in both complexities in most macro-regions. The groups of procedures with diagnostic purposes and medium complexity clinical procedures

[1] Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié - BA.

SUBMETIDO EM: 6/2025 | **ACEITO EM: 7/2025** | **PUBLICADO EM: 9/2025**

were those that presented the highest production, while, in high complexity, the highlight was the group of medications in all years and macro-regions. Regarding the legal nature, the average number of procedures in medium complexity was executed by the municipal administration. High complexity procedures were executed by the state administration in all macro-regions. **Conclusion:** It is concluded that there was a growing increase in the production of procedures in all macro-regions studied from 2015 to 2019.

Keywords: Outpatient care, Effective coverage of health services, Efficiency, Unified health system.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la producción de procedimientos ofrecidos en la atención ambulatoria especializada en el Sistema Único de Salud en las macrorregiones de salud de Bahía entre 2015 y 2019. **Métodos:** Estudio longitudinal retrospectivo, recolectado por medio del Departamento de Tecnología de la Información del Sistema Único de Salud del Ministerio de Salud, utilizando las variables: macrorregiones; grupo de procedimientos; cantidad aprobada; complejidad; gestión; tipo de proveedor; naturaleza/esfera jurídica. **Resultados:** En la serie temporal se observa un incremento del número de procedimientos por habitante en complejidad media a lo largo de los años y un incremento significativo en complejidad alta en 2019 en todas las macrorregiones. Se observó un comportamiento creciente en ambas complejidades en la mayoría de las macrorregiones. Los grupos de procedimientos con fines diagnósticos y clínicas de mediana complejidad fueron los que presentaron mayor producción, mientras que, en alta complejidad, lo más destacado fue el grupo de medicamentos en todos los años y macrorregiones. En términos de naturaleza jurídica, el promedio de trámites de mediana complejidad fue realizado por la administración municipal. La gestión estatal fue de alta complejidad en todas las macrorregiones. **Conclusión**: Se concluye que hubo un incremento creciente en la producción de procedimientos en todas las macrorregiones estudiadas en los años 2015 a 2019.

Palabras clave: Atención ambulatoria, Cobertura efectiva de los servicios de salud, Eficiencia, Sistema unificado de salud**.**

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 (BRASIL, 1988). 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 (ALMEIDA C, 2012; VIACAVA F, et al., 2018).

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 (BRASIL, 2011; MELLO GA, et al., 2017).

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 monitorizarão epidemiológica e sanitária, o controle de vetores e a estimulação da educação em saúde (PEITER CC, et al., 2016; PITAFO E, et al., 2016).

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 Primaria à saúde (PITAFO E, et al., 2016; SOLLA J e CHIORO A, 2012).

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 (SOLLA J e CHIORO A, 2012; TESSER CD e POLI P, 2017).

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 (SOLLA J e CHIORO A, 2012). É necessário destacar que o acesso da população à rede deve ocorrer por meio dos serviços de nível primário de atenção (TESSER CD e POLI P, 2017). 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 (CONASS, 2015a).

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 (TESSER CD e POLI P, 2017; CONASS, 2015b). 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 (SESAB, 2017; SESAB, 2022). 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.

MÉTODOS

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 km²) 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 (SESAB, 2017; 2022; BRASIL, 2019a).

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 (BRASIL, 2019a). 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 (BRASIL, 2011; PINAFO E, et al., 2016). 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 (SESAB, 2022; BRASIL, 2019a; 2019b; SEI, 2016; ALBUQUERQUE MV, 2014).

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
Total (valor absoluto)		**417**	**15.203.934**	**15.276.566**	**15.276.566**	**14.812.617**	**14.873.064**

Fonte: Silva Filho BF, et al., 2025.

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) (BRASIL, 2019c).

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:

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

2º passo:

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

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, (BRASIL, 2019b) SIA/SUS (ROCHA DC, 2014) e do IBGE (BRASIL, 2019a).

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.

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

Fonte: Silva Filho BF, et al., 2025.

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 significante, 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.

	Modelo*	R^2	P	TCP	Tendência
MÉDIA COMPLEXIDADE					
Sul	y= -4,6434x + 930,14	0,009	0,879	-0,16%	Decrescente
Sudoeste	y = 56,093x + 596,53	0,859	0,023	6,45%	Crescente
Oeste	y = 40,222x + 334,43	0,999	<0,001	8,56%	Crescente
Norte	y = 21,779x + 271,43	0,872	0,018	4,74%	Crescente
Nordeste	y = 28,562x + 202,68	0,861	0,023	7,6%	Crescente
Leste	y = 219,67x + 3596,2	0,926	0,009	4,60%	Crescente
Extremo Sul	y = 17,867x + 405,08	0,621	0,111	3,64%	Não significativo
Centro-Leste	y = 98,649x + 675,57	0,803	0,039	8,77%	Crescente
Centro-Norte	y = 22,592x + 211,21	0,987	0,001	7,56%	Crescente
ALTA COMPLEXIDADE					
	Modelo*	**R^2**	**P**	**APC**	**Tendência**
Sul	y = 63,77x - 92,823	0,629	0,110	210,71%	Crescente
Sudoeste	y = 94,633x - 158,96	0,602	0,123	386,08%	Crescente
Oeste	y = 29,286x - 53,935	0,597	0,127	913,33%	Crescente
Norte	y = 39,62x - 66,599	0,544	0,155	350,90%	Crescente
Nordeste	y = 16,905x - 27,724	0,630	0,108	390,00%	Crescente
Leste	y = 39,228x + 2279,1	0,011	0,866	1,36%	Estacionaria e
Extremo Sul	y = 22,458x - 38,697	0,543	0,157	363,33%	Crescente
Centro-Leste	y = 77,671x - 97,009	0,436	0,225	104,53%	Crescente
Centro-Norte	y = 26,079x - 48,63	0,589	0,129	1230,00%	Crescente

Fonte: Silva Filho BF, et al., 2025.
*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	Sul	Sudoeste	Oeste	Norte	Nordeste	Leste	Extremo Sul	Centro-Leste	Centro-Norte
MÉDIA COMPLEXIDADE									
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

Fonte: Silva Filho BF, et al., 2025.

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.

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

Fonte: Silva Filho BF, et al., 2025.
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 Diagnose e Terapia (SADT), expressivamente, a partir de 2010, chegando a quase 22 mil em 2017 (VIACAVA F, et al., 2018). 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 (PEITER CC, et al., 2016; VIANA AL, et al., 2010). Observa-se esse evento ao destacar que a quantidade da produção aprovada pelo MS vem aumentado, 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 traumato-ortopédicos e bucomaxilofaciais; ações especializadas em odontologia; laboratório clínico e anatomopatológico; radiodiagnóstico; exames ultrassonográficos; diagnose por especialidades; hemoterapia; fisioterapia; terapias especializadas e anestesia (SOLLA J e CHIORO A, 2012; CONASS, 2015a; 2015b; PIRES MRGM, et al., 2010).

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 (SESAB, 2022), 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 (SESAB, 2017; SEI, 2016).

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 (ALBUQUERQUE MV, 2014; BRASIL, 2019a; BRASIL, 2019b; SEI, 2016; SESAB, 2022).

Observa-se que, para o financiamento das três esferas de governo, a produção da atenção ambulatória 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 (ROCHA DC, 2014).

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 (MARQUES RM, et al., 2016; MARTINS CC e WACLAWOVSKY AJ 2015; DILELIO AS, et al., 2014). 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 (BRASIL, 2019b) e o baixo grau de integração entre as ações dos diferentes níveis ou graus de complexidade da assistência.

Autores como Solla e Chioro (2012) 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 (ALMEIDA LL, 2013; MARQUES RM, et al., 2016).

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 (BRASIL, 2006; MENICCUCI TMG, et al., 2018).

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 (CONASS, 2015a; CONASS, 2015b; ALMEIDA CAL e TANAKA OY, 2016).

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 (SESAB, 2017; VIANA ALD, et al., 2015).

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) (SESAB, 2017; SESAB, 2022; BRASIL, 2019b).

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 (SEI, 2016; BRASIL, 2019c). 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 (SESAB, 2022; DILELIO AS, et al., 2014).

CONCLUSÃO

Conclui-se que 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.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Professor Doutor Eduardo Nagib Boery *(in memoriam)*, pela confiança depositada deste o primeiro contato e por cada aprendizado.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA LL. O significado de governança para os gestores estaduais do Sistema Único de Saúde. Dissertação de mestrado (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Brasília, 2013.
2. ALMEIDA CAL, TANAKA OY. Evaluation in health: participatory methodology and involvement of municipal managers, Revista de Saúde Pública, 2016; 20: e45.
3. 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 [online], FIOCRUZ; Rio de Janeiro, 2012; e759801.
4. ALBUQUERQUE MARIANA V. O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001- 2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros. Tese de Doutorado (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

5. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, Fev. 2006.
6. BRASIL. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil. Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, compilado até a Emenda Constitucional no 105/2019 [Internet]. Brasília: Senado Federal; 2019.
7. BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estimativas populacionais para os municípios brasileiros [periódico na Internet]. Brasília: IBGE; 2019a.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS. PDTIC/2022-2024 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019c.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Transformação Digital para o SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019b.
10. BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências [Internet]. Brasília: Presidência da República, 2011.
11. CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A atenção ambulatorial especializada nas redes de atenção à saúde [Internet]. Brasília: CONASS; 2015b.
12. CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de média e alta complexidade no SUS [Internet]. Brasília: CONASS; 2015.
13. DILÉLIO AS. 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, 2014; 30(12): e2594606.
14. MARQUES RM, et al. 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, e24760.
15. MARTINS CC, WACLAWOVSKY AJ. Problemas e desafios enfrentados pelos gestores públicos no processo de gestão em saúde, Revista de Gestão em Sistemas da Saúde, 2015; 4(1): e10009.
16. MELLO GA, et al. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. Ciências e Saúde Coletiva, 2017; 22(4): e1291310.
17. MENICUCCI TMG, et al. Pacto pela saúde: aproximações e colisões na arena federativa. Ciências e Saúde Coletiva, 2018; 23(1): e2940.
18. PIRES MRGM, et al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. Ciência e Saúde Coletiva, 2010; 15: e10091019.
19. PEITER CC, et al. 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, 2016; 40(111): e6373.
20. PINAFO E, et al. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. Ciências e Saúde Coletiva, 2016; 21(5): e151124.
21. ROCHA DC. Gestão do cuidado na atenção ambulatorial especializada: elementos para pensar uma política. Dissertação de mestrado (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP): 2014.
22. SESAB. 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.
23. SESAB. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Assessoria de Planejamento e Gestão. Repactuação da Programação Pactuada Integrada – PPI 2017/2018 [Internet]. SESAB, 2017; Salvador, e0523.
24. SEI. Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia. Bahia Análise & Dados. SEI, 2016.
25. 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; e54776.

26. TESSER CD, POLI P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. Ciência e Saúde Coletiva, 2017; 22(3): e941951.
27. VIACAVA F, et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. Ciência e Saúde Coletiva, 2018; 23(6): e17511762.
28. VIANA AL, et al. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. Ciência & Saúde Coletiva, 2010; 15(5):e23172326.
29. VIANA ALD, et al. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. Saúde e Sociedade, 2015; 24(2): e413422.