

AVALIAÇÃO DOS PARÂMETROS DE OFERTA MÍNIMOS PARA OS LEITOS SUS NO BRASIL EM 2015¹

Lucas Resende de Carvalho²

Mônica Viegas Andrade³

Pedro Vasconcelos Maia do Amaral⁴

Este trabalho analisa como as mudanças propostas na Portaria nº 1.631/2015 em relação à Portaria nº 1.101/2002 podem impactar a distribuição da oferta dos leitos hospitalares gerais e de unidades de terapia intensiva (UTI). Os resultados encontrados mostram que há oferta em número suficiente, sejam eles leitos gerais ou de UTI, para atender à demanda preconizada pelo Ministério da Saúde, em ambas as portarias. No entanto, a distribuição desta oferta pelo território nacional não é a ideal para atender toda a população de maneira equitativa. Ademais, a utilização do fator de internação por não residentes é um mecanismo que incentiva a concentração da oferta.

Palavras-chave: leitos; distribuição espacial; oferta mínima; Portaria nº 1.101/2002; Portaria nº 1.631/2015.

EVALUATION OF THE MINIMUM SUPPLY PARAMETERS FOR SUS BEDS IN BRAZIL, 2015

The present work analyzes how the changes introduced by Decree nº 1.631/2015 relative to Decree nº 1.101/2002 influenced the distribution of hospital beds, both general and ICU. Results show that the observed offer is sufficient to meet the Health Ministry's recommendations in both ministerial decrees. However, its distribution across the national territory is not ideal to attend the entire population in an equitable manner. Besides, the use of the hospitalization factor by non-residents is found to be a mechanism that fosters concentration.

Keywords: hospital beds; spatial distribution; minimum supply; Decree nº 1.101/2002; Decree nº 1.631/2015.

EVALUACIÓN DE PARÁMETROS DE OFERTA MÍNIMOS PARA CAMAS SUS EN BRASIL, 2015

El presente trabajo analiza cómo las modificaciones introducidas por el Decreto nº 1.631/2015 en comparación con el Decreto nº 1.101 / 2002 influyeron en la distribución de las camas de hospital, tanto generales como en UCI. Los resultados muestran que la oferta observada es suficiente para cumplir con las recomendaciones del Ministerio de Salud en ambos los decretos ministeriales. Sin embargo, su distribución en el territorio nacional no es capaz de atender a toda la población de

1. DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/ppp58art1>

2. Doutorando em Economia no Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). *E-mail:* <lucasrc@cedeplar.ufmg.br>.

3. Professora Titular do Departamento de Ciências Econômicas da UFMG. *E-mail:* <mviagas@cedeplar.ufmg.br>.

4. Professor Adjunto do Departamento de Ciências Econômicas da UFMG. *E-mail:* <pedroamaral@cedeplar.ufmg.br>.

manera equitativa. Además, el uso del factor de hospitalización por no residentes es un mecanismo que fomenta la concentración.

Palabras clave: camas de hospital; distribución espacial; oferta mínima; Decreto nº 1.101/2002; Decreto nº 1.631/2015.

JEL: I14; I18; R12.

1 INTRODUÇÃO

Um aspecto crítico na organização dos sistemas de saúde é a garantia de acesso aos bens e serviços de saúde pela população. Do ponto de vista do sistema é necessário garantir tanto a oferta de equipamentos e recursos humanos suficiente para atender às necessidades de saúde da população de acordo com os perfis epidemiológicos, como também que esta oferta esteja distribuída espacialmente de forma adequada. Em sistemas de saúde com dominância pública no financiamento, a configuração espacial da oferta é, em geral, mais facilmente determinada, uma vez que as decisões de investimento são tomadas de forma centralizada sendo possível estabelecer um planejamento organizado e hierarquizado (Bahia, 2005). Em sistemas mistos, por outro lado, a organização da oferta é, em geral, determinada pelos dois setores, público e privado, que atuam de forma particular em cada país dependendo da configuração dessa combinação.

No Brasil, o sistema de saúde é misto, sendo composto não só pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que garante o acesso gratuito, universal e integral aos serviços de saúde, mas também pelo setor privado, que oferece serviços financiados por meio do desembolso direto (*out-of-pocket payment*) e por meio de planos e seguros de saúde. A relação entre esses setores no Brasil é bastante complexa, uma vez que, além do financiamento, a *mix* público e privado também se verifica na organização da oferta. A oferta de serviços de saúde do SUS deve atender, potencialmente, toda a população, sendo estabelecida pela oferta direta de serviços públicos por meio da sua rede própria ou pela rede de prestadores privados contratados. Os provedores privados atendem aos usuários do sistema público, por meio dos estabelecimentos conveniados ao SUS, aos beneficiários de planos de saúde, que contratam plano ou seguro saúde de operadoras, bem como à demanda espontânea financiada por desembolso direto dos pacientes.

A organização de uma rede de serviços determinada pelos setores público e privado impõe desafios, uma vez que estes dois segmentos têm lógicas que respondem a objetivos totalmente diferentes. Segundo Bahia (2005), a singularidade do sistema de saúde brasileiro não está somente no hibridismo do modelo, presente em sistemas de bem-estar social de outros países, mas também no fato dos agentes desses subsistemas terem racionalidades distintas a respeito do seu funcionamento. As lógicas diferenciadas da determinação da oferta entre os dois subsectores resultam em uma distribuição da oferta no espaço que responde a esses incentivos.

O SUS, por ter uma perspectiva equitativa, adota em sua organização os princípios da descentralização e equidade. As ações e serviços do SUS devem estar organizados em redes regionalizadas e hierarquizadas necessárias para a garantia da integralidade da atenção à saúde. As três esferas de governo atuam de forma autônoma administrativamente, mas coordenada, sendo responsabilidade dos municípios a prestação de serviços de saúde à população com a cooperação técnica e financeira da União e dos respectivos estados. A organização descentralizada com grande ênfase no papel dos municípios é reflexo da lógica de um estado federativo desenhado pela Constituição de 1988. Esta lógica de organização descentralizada é encarada como um fomentador de um sistema mais democrático (Teixeira, 1990). Embora a descentralização seja importante para a democratização de um sistema de saúde universal, integral e gratuito, acaba por incumbir aos municípios e estados de um papel ao qual alguns destes agentes não tem capacidade financeira e administrativa de gerir seus sistemas locais. Além disso, em muitos serviços, o setor público não é capaz de ofertar em sua totalidade utilizando somente unidades próprias. Por esse motivo, o sistema público recorre à contratação de um agente privado para ofertar diversos serviços para a população daquela localidade. Esses agentes contratados atuam no sistema público de saúde com uma organização de funcionamento privada. O setor privado está organizado principalmente com o objetivo de maximização do lucro, dessa forma as economias de escala e os efeitos aglomerativos tendem a ter um papel mais significativo na decisão de localização da oferta privada. Além disso, os provedores privados tendem a se fixar em localidades com maiores níveis de renda *per capita*.

A organização do sistema de saúde brasileiro anterior ao SUS seguia uma lógica estritamente privada, por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), focada no mercado formal de trabalho. Assim, sua estruturação era concentrada nas regiões de maior renda. Além disso, o modelo de pagamento a prestadores reforçava esse componente privado.

O investimento público após a criação do SUS não foi suficiente para equacionar esse problema de concentração da oferta (Franco e Campos, 1998; Buss e Pellegrini Filho, 2006; Travassos, Oliveira e Viacava, 2006; Assis e Jesus, 2012; Amaral *et al.*, 2017a), ainda que tenha havido algumas mudanças na distribuição regional advindos do aumento do investimento público (Porto, Ugá e Moreira, 2011; Andrade *et al.*, 2013; Rocha *et al.*, 2017). Assim, a construção de um sistema universal, equitativo e integral traz a necessidade de definir como reduzir essas iniquidades na oferta, seja por i) mecanismos de financiamento e melhor regulação da localização dos estabelecimentos privados; seja ii) via investimento público ou mudanças no modelo de pagamento. Diversos esforços foram realizados desde a criação do SUS para mitigar essas iniquidades no acesso ao sistema público de saúde; destes, destacam-se o Estratégia Saúde da Família (Andrade *et al.*, 2015; Andrade

et al., 2018a; Andrade *et al.*, 2018b; Carvalho *et al.*, 2019) e o programa Mais Médicos (Santos, Costa e Girardi, 2015; Girardi *et al.*, 2016, Barbosa *et al.*, 2018).

A fim de fornecer subsídios para o monitoramento, planejamento e adequação da rede de serviços de saúde nas três esferas, muitos países utilizam parâmetros de referência para a oferta de alguns serviços de saúde. Até então são escassos os trabalhos que analisam se a distribuição de oferta de serviços de saúde no Brasil é adequada segundo o disposto na Portaria nº 1.631/2015, focalizados em alguns serviços ou localidades (Brasil, 2014; Sampaio, 2016; Oliveira, 2016).

No Brasil, o Ministério da Saúde, para garantir uma oferta mínima desejável, tem definido, desde 1982, por meio de portarias, parâmetros de oferta para alguns serviços de saúde. Esses parâmetros estabelecem as concentrações *per capita* mínimas que deveriam estar sendo ofertadas para a população. Este trabalho analisa as duas portarias mais recentes editadas pelo Ministério da Saúde – Portarias nºs 1.101/2002 e 1.631/2015 (Brasil, 2002; 2015), sendo esta uma substituição àquela – com fins de regular a oferta pública de bens e serviços de saúde.

O objetivo principal deste artigo é analisar *ex ante* como as mudanças propostas na Portaria nº 1.631/2015, em relação à Portaria nº 1.101/2002, podem alterar a distribuição da oferta de leitos hospitalares no SUS.

2 MÉTODO

2.1 Indicadores de oferta segundo as Portarias nºs 1.101/2002 e 1.631/2015

Este trabalho analisa os parâmetros referentes à oferta de leitos hospitalares gerais⁵ e leitos de UTI. Estes dois indicadores permitem um entendimento mais amplo da distribuição espacial da oferta, uma vez que os leitos totais são considerados uma *proxy* da oferta de serviços de internação de média complexidade, enquanto os leitos de UTI, de alta complexidade.

A Portaria nº 1.101/2002 foi referência para os gestores das três esferas de governo, na formulação e implementação das suas políticas públicas de saúde no período de 2002 a 2015. Nessa portaria a necessidade de leitos para determinada localidade é estimada considerando três componentes, presentes na equação (1):

$$NL = \frac{\text{Pop.TI.TMP}}{365.TOH}, \quad (1)$$

em que: determinada localidade representa NL; número de internações esperadas na população, Pop.TI; a taxa média de ocupação dos leitos, TOH; e o tempo médio de permanência das internações, TMP. Em 12 de março de 2014, o Ministério

5. Entende-se, neste trabalho, como gerais os leitos: adulto cirúrgicos, adulto clínico, pediátrico cirúrgico e pediátrico clínico. Eles foram calculados separadamente e somados.

da Saúde decidiu atualizar os parâmetros de referência considerando, além das mudanças demográficas e epidemiológicas, três diretrizes principais: i) a redução das desigualdades espaciais; ii) reorientação da oferta segundo as necessidades de saúde; e iii) a regionalização (Brasil, 2014). Nesse sentido os novos parâmetros deveriam promover uma redução das desigualdades espaciais na oferta de serviços; maximizar os níveis de saúde da população, adequando a oferta aos diferentes cenários epidemiológicos presentes no país e às desigualdades na distribuição da oferta; e organizar a oferta considerando a presença de economias de escala e escopo, estabelecendo uma regionalização que permita o uso mais eficiente dos serviços.

A equação (2) descreve a fórmula de cálculo proposta na Portaria nº 1.631/2015 para definir a quantidade mínima de leitos a ser ofertada em determinada região. O novo parâmetro é estimado considerando quatro componentes: i) o número de internações esperadas ii) o tempo médio de permanência em cada tipo de leito iii) um fator de ajuste associado às internações advindas de outras regiões; e iv) um fator de ajuste associado a taxa de ocupação hospitalar.

$$NL_{ij} = \frac{Pop_{ij} \cdot TI_{ij} \cdot TMP_{ij}}{365 \cdot \rho} \cdot Fnr_j, \quad (2)$$

em que: i representa faixa de idade; j , tipo de leito; $Pop.TI$ o número de internações esperadas; TMP , tempo médio de permanência em cada tipo de leito; Fnr , o primeiro ajuste; e ρ , o segundo ajuste. A principal mudança em relação ao parâmetro definido na Portaria nº 1.102/2002 é a inclusão desses dois fatores de ajuste.

O primeiro ajuste se refere às internações de não residentes que, antes atendidas em determinada região, passem a ser incorporadas na definição da quantidade mínima de leitos necessária. Como pacientes residentes e não residentes podem receber cuidado em um mesmo município, dependendo do tipo de serviço, verifica-se o deslocamento de pacientes em busca de um atendimento específico (Machado, 2009; Rocha, Monteiro e Moreira, 2015; Amaral *et al.*, 2017b; Servo, Andrade e Amaral, 2019). Desse modo, o primeiro fator de ajuste visa corrigir a estimativa referente ao volume de serviço prestado na região incorporando os fluxos entre municípios. O fator é estimado pela razão entre o número de internações totais dividido pelo número de internações de residentes. Assim, quando o Fnr é maior que 1, essa localidade realiza internações de populações de outras regiões, e quando o Fnr é menor que 1, a localidade tem residentes que internam em outras localidades.

O segundo ajuste se refere à taxa de ocupação hospitalar. A Portaria nº 1.101/2002 estimava a taxa de ocupação hospitalar (TOH) a partir da razão entre o número de pacientes internados e o número de leitos existentes; enquanto na Portaria nº 1.631/2015, ρ passa a ser definido com base nas estimativas de Jones (2011). Para este autor, independentemente do tamanho do hospital, uma

ocupação máxima na faixa de 82% a 85% é necessária para manter o nível de infecção hospitalar o mínimo possível e atender pacientes em agudização.

2.2 Fonte de dados

Neste trabalho utilizamos dois indicadores principais de oferta de serviços de saúde: leitos gerais e leitos de UTI. Os dados atinentes à quantidade ofertada de leitos são obtidos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Esse programa foi criado por meio da Portaria nº 511/2000, que determinou a obrigatoriedade do cadastro a todos os estabelecimentos que prestam assistência à saúde sejam eles públicos ou privados.⁶

As informações referentes à população residente são obtidas da estimativa populacional anual elaborada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para dezembro de 2015 para cada município.⁷ Como o cálculo dos parâmetros mínimos de oferta exige que os dados sejam desagregados por faixa etária e sexo, serão atribuídas, para a população total de 2015, a composição etária e de sexo, estimadas pela projeção intercensitária para o ano de 2012.

Os parâmetros para o dimensionamento dos leitos propostos na Portaria nº 1.631/2015 utilizam um fator de correção para as internações realizadas por não residentes. Para calcular esse fator de correção serão utilizados os dados do número de internações totais por local de internação e por local de residência, no ano de 2015. Com estes dados será calculada a fração de internações de uma localidade que é realizada por pessoas não residentes. Esta correção é utilizada para ajustar a oferta de localidades que recebem internações dos seus vizinhos, aumentando o parâmetro mínimo de oferta para atender também estas internações extras. Do mesmo modo, localidades que enviam seus indivíduos para serem internados em outras terão seu dimensionamento reduzido. No entanto, embora a autorização de internação hospitalar (AIH) possa considerar múltiplas internações de um mesmo indivíduo, neste trabalho não será realizado nenhum tipo de correção nesse sentido. As internações serão repartidas entre as de média e de alta complexidade, que serão utilizadas para os cálculos do fator de correção para os leitos gerais e de UTI, respectivamente.

2.3 Unidade espacial

Para analisar a distribuição de serviços de saúde, é necessário definir a unidade espacial para a qual os parâmetros serão estimados. A definição da unidade espacial requer a consideração dos princípios que regem a organização do sistema de saúde. No SUS, a oferta de serviços de saúde deve ser organizada em uma rede

6. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 23 abr. 2016.

7. Disponível em: <<https://bit.ly/3kkXwx3>>. Acesso em: 23 abr. 2016.

regionalizada e hierarquizada que garanta uma atenção integral dos serviços de saúde a todos indivíduos (Jesus e Assis, 2010). Os municípios, em geral, ofertam diretamente a atenção primária e tem a responsabilidade de garantir acesso aos outros níveis de atenção.

A heterogeneidade socioeconômica existente no país entre os estados e, principalmente, entre os municípios, tornam o processo de construção dessa rede uma tarefa complexa. Por um lado, existe um número muito grande de municípios pequenos com baixa capacidade de gestão, insuficiência de escala populacional e baixos níveis de desenvolvimento; e, por outro, existem municípios com elevada densidade demográfica, elevados níveis de desenvolvimento, bem como autonomia financeira e de gestão. Esses municípios acabam por concentrar a oferta de serviços, principalmente privada, configurando-se como polos de atração regional, (Costa e Ribeiro, 1997; Costa, Silva e Ribeiro, 1999). Nesse contexto, a organização da oferta dificilmente coincide com os limites político-administrativos, sendo necessárias a organização de redes articuladas de serviços, a implantação de centrais de regulação e a organização de consórcios intermunicipais (Ribeiro e Costa, 2009).

Um dos principais instrumentos para organização dessa rede regionalizada e hierarquizada é o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o qual consiste num instrumento de planejamento que tem como objetivo garantir o acesso da população à saúde perante os princípios da integralidade e da equidade em conjunto com as economias de escala. No PDR existe o conceito-chave da região de saúde, definida como a base territorial de planejamento da atenção à saúde. A definição da região de saúde deve considerar as características econômicas, epidemiológicas, demográficas, geográficas e a oferta de serviços da região. Dois níveis de divisão são possíveis: regiões de saúde e macrorregiões de saúde. Além dos conceitos de região, há ainda uma classificação dos municípios de acordo com o papel destes na rede de serviços: municípios sede, municípios polo e os demais municípios que integram a região. (Malachias, Leles e Pinto, 2010; Brasil, 2014).

Neste trabalho utilizamos como unidade espacial a definição de região proposta nos PDR de acordo com o nível de atenção. Para os leitos gerais, *proxy* dos serviços de média complexidade, utilizamos como unidade espacial as regiões de saúde; e, no caso dos leitos de UTI, *proxy* dos serviços de alta complexidade, utilizamos como unidade espacial a macrorregião de saúde. Não é razoável que todos os municípios brasileiros ofertem leitos, não somente de UTI ou serviços de alto custo, mas também leitos de internações gerais, uma vez que não há escala populacional para a utilização desses serviços.⁸ É importante ressaltar que, embora as portarias definam quantidades mínimas *per capita*, podendo serem aplicadas

8. De acordo com IBGE, 70,01% dos municípios brasileiros têm menos de 20 mil habitantes. Disponível em: <<https://bit.ly/3kkXwx3>>. Acesso em: 23 abr. 2016.

nas mais diversas escalas – estabelecimento, município, região de saúde, estado ou país –, não é considerada na sua formulação a estrutura regional e suas variantes (neste trabalho: as macrorregiões e regiões de saúde). Isso valeria particularmente para a portaria de 2015, visto que em 2002 a regionalização da saúde para o país como um todo ainda era muito recente. A heterogeneidade na estrutura regional reflete-se na própria extensão territorial de cada região. A macrorregião de saúde no Pará, por exemplo, corresponde a toda extensão do estado, com cerca de 1.248.000 km², enquanto a macrorregião de saúde de grande São Paulo (RRAS 05) tem 553 km², impactando quantidades deslocadas em magnitudes bastante distintas pelos pacientes.

2.4 Indicadores

Este trabalho irá comparar a oferta existente de leitos totais e leitos de UTI, em dezembro de 2015, com os parâmetros mínimos de ofertas definidos pelas Portarias nºs 1.101/2012 e 1.631/2015. Será calculada a razão entre o número de leitos existentes e o número de leitos preconizados por ambas as portarias. As regiões as quais apresentam uma oferta de leitos que diferem em até 15%⁹ do valor recomendado pela portaria serão consideradas regiões equilibradas, sejam elas com *deficit* ou *superavit*.

No documento oficial do Ministério da Saúde (Brasil, 2015), são adotados quatro cenários, do conservador ao mais permissivo, para taxa de recusa, taxa de internação esperada e tempo médio de permanência. Porém, por simplificação, este trabalho adotará o cenário moderado considerando os valores mínimos recomendados para essas taxas e uma fila de espera mínima de 1% (cenário 1). Além das mudanças na fórmula de cálculo, a Portaria nº 1.631/2015 adota critérios diferentes para cada tipo de leito hospitalar, desagregando-os por faixa de idade e tipo de atendimento. Para poder somar a ofertas desses leitos sem haver nenhuma interseção nas populações dos denominadores dessas quantidades, serão considerados somente os leitos adultos e pediátricos dos tipos clínicos e cirúrgicos. Não serão utilizados, portanto, os parâmetros para os leitos obstétricos e neonatais. Assim as quantidades recomendadas para cada tipo de leito serão calculados separadamente, por clínica e faixa de idade, e os resultados apresentados serão somados como um parâmetro mínimo de oferta total.

9. A definição da margem de 15% foi uma escolha *ad hoc*, definida após um teste de sensibilidade usando 5%, 10%, 15%, 20% e 25%.

3 RESULTADOS

3.1 Distribuição regional dos leitos hospitalares totais

A tabela 1 apresenta, a título de comparação, o número de leitos por 1 mil habitantes para alguns países da América Latina e da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). O número de leitos ofertados por 1 mil habitantes é um indicador amplamente utilizado na literatura como um indicativo da capacidade instalada. A média brasileira (2,4 leitos por 1 mil habitantes) é similar à observada em países como Reino Unido, Chile, Canadá e Estados Unidos, e próxima da média mundial de 2,6 leitos por 1 mil habitantes.

TABELA 1
Número de leitos por 1 mil habitantes (2006-2015)

País	Leitos por 1 mil habitantes
Argentina	4,7
<i>Brasil</i>	2,4
Chile	2,1
Colômbia	1,5
México	1,5
Venezuela	0,9
Alemanha	8,2
Canadá	2,7
Estados Unidos	2,9
Holanda	4,7
Reino Unido	2,9
Média mundial	2,6

Fonte: adaptado de WHO (2014) e atualizado para o Brasil com dados do CNES de 2015, disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 23 abr. 2016.

O indicador médio do número de leitos por 1 mil habitantes não é suficiente para analisar a adequação de oferta, pois desconsidera as disparidades inter-regionais existentes como: as possíveis ociosidades no uso, a resolutividade dessas instalações, as necessidades epidemiológicas e demográficas de cada localidade, bem como se há restrições no acesso a eles.

A fim de verificar as diferenças inter-regionais, a tabela 2 apresenta a o número de leitos por 1 mil habitantes segundo os estados da federação e Grandes Regiões.

TABELA 2
Número de leitos por 1 mil habitantes, por região e estado, Brasil (2015)

Região	Leitos por 1 mil habitantes	Leitos SUS por 1 mil habitantes
Norte	2,00	1,50
Roraima	2,60	1,97
Acre	1,96	1,69
Amazonas	1,66	1,38
Roraima	1,97	1,72
Pará	2,08	1,42
Amapá	1,60	1,35
Tocantins	1,91	1,55
Nordeste	2,22	1,79
Maranhão	2,16	1,88
Piauí	2,47	2,12
Ceará	2,17	1,73
Rio Grande do Norte	2,36	1,90
Paraíba	2,36	1,94
Pernambuco	2,50	1,98
Alagoas	2,15	1,62
Sergipe	1,65	1,23
Bahia	2,08	1,64
Sudeste	2,48	1,51
Minas Gerais	2,26	1,54
Espírito Santo	2,26	1,56
Rio de Janeiro	2,88	1,63
São Paulo	2,45	1,45
Sul	2,81	1,95
Paraná	2,72	1,87
Santa Catarina	2,54	1,81
Rio Grande do Sul	3,06	2,13
Centro-Oeste	2,66	1,69
Mato Grosso do Sul	2,37	1,57
Mato Grosso	2,41	1,70
Goiás	2,91	1,82
Distrito Federal	2,63	1,51
Brasil	2,43	1,66

Fontes: CNES (disponível em: <<https://bit.ly/3mCg9gU>>); e IBGE, dados de 2015 (disponível em: <<https://bit.ly/3kkXwx3>>).
Acesso em: 23 abr. 2016.

Elaboração dos autores.

É possível observar desigualdades importantes entre as Grandes Regiões. Por exemplo, a diferença entre a região Sul e a região Norte alcança 0,81 leito para cada 1 mil habitantes, sendo que alguns estados da região Norte e Nordeste há um número de leitos por 1 mil habitantes bem inferior à média nacional.

Se levarmos em consideração somente os leitos que atendem ao SUS, a média nacional se reduz de forma importante, caindo de 2,43 para 1,66 leitos por 1 mil habitantes – o que explicita a importância da oferta privada, sem contato com o SUS, com acesso apenas por desembolso direto ou via planos de saúde. Assim, o valor total de leitos por 1 mil habitantes encontrado para o país é próximo dos valores encontrados nos sistemas de saúde do Reino Unido, Chile e Canadá. Enquanto, se levarmos em conta somente o sistema de saúde público, o cenário se aproxima daquele encontrado em sistemas de saúde de países como a Colômbia e o México. Não obstante, é possível observar que a presença do setor privado no SUS não é uniforme nas regiões,¹⁰ indicando uma maior oferta privada nas regiões Centro-Sul do Brasil. Nas regiões Centro-Sul os leitos privados no SUS são em torno de 1 por 1 mil habitantes, enquanto na região Norte e Nordeste essa proporção é a metade (em torno de 0,5 por 1 mil habitantes). Essa discrepância também transparece em relação aos leitos privados contratados pelo SUS: na região Sul, por exemplo, ele corresponde a aproximadamente 70% da oferta, enquanto na região Norte, 22% dos leitos ofertados pelo SUS são privados.

3.2 Os parâmetros mínimos de oferta

3.2.1 Leitos gerais

Esta seção apresenta os resultados referentes à adequação da oferta em relação aos parâmetros estabelecidos nas duas portarias que regulamentam o SUS. Considerando a média nacional, observa-se que existe um *superavit* de leitos gerais (clínicos, cirúrgicos e pediátricos – não UTI), ou seja, a oferta de leitos excede a quantidade mínima estabelecida nos parâmetros do Ministério da Saúde, sendo suficiente para suprir a demanda mínima estimada por meio de ambas as portarias. O *superavit* estimado é de 18,63% e 22,43% em relação as Portarias nºs 1.631/2015 e 1.101/2002, respectivamente, conforme observado na tabela 3.

10. A diferença, em sua maioria, são leitos privados no SUS, mas que há uma pequena parcela de leitos públicos no SUS que são, em sua maioria, leitos em hospitais militares.

TABELA 3

Razão entre a quantidade de leitos SUS existentes e o parâmetro preconizado pelo Ministério da Saúde, por região e estado – Brasil (2015)
(Em %)

Região	Portaria nº 1.631/2015	Portaria nº 1.001/2002
Norte	37,74	22,38
Rondônia	86,68	66,5
Acre	44,00	30,06
Amazonas	29,12	7,24
Roraima	57,93	38,31
Pará	36,49	18,94
Amapá	20,96	11,32
Tocantins	7,27	24,67
Nordeste	34,85	38,08
Maranhão	63,87	49,27
Piauí	43,42	72,61
Ceará	37,20	34,69
Rio Grande do Norte	28,72	42,23
Paraíba	19,64	48,51
Pernambuco	52,25	50,3
Alagoas	2,70	12,13
Sergipe	-37,04	-10,48
Bahia	30,01	29,42
Sudeste	-3,51	1,85
Minas Gerais	7,05	20,57
Espírito Santo	19,64	24,57
Rio de Janeiro	4,48	6,32
São Paulo	-13,54	-10,61
Sul	33,35	47,66
Paraná	27,80	36,07
Santa Catarina	22,14	40,49
Rio Grande do Sul	45,09	63,47
Centro-Oeste	38,83	32,06
Mato Grosso do Sul	21,97	15,51
Mato Grosso	47,42	41,47
Goiás	54,79	37,72
Distrito Federal	11,33	23,69
Brasil	18,63	22,43

Fontes: ANS (2015), disponível em: <<https://bit.ly/3rGkQXC>>; CNES (2015), disponível em: <<https://bit.ly/3mCg9gU>>; IBGE (2015), disponível em: <<https://bit.ly/3kkXwx3>>; SIH/SUS (2015), disponível em: <<https://bit.ly/3faH8M3>>. Acesso em: 14 nov. 2016.

Elaboração dos autores.

Embora o número total de leitos existentes no país seja suficiente, a distribuição destes não é a ideal e nem uniforme entre os estados. A tabela 3 mostra diferenças importantes entre os estados, existindo casos inclusive de *deficit* de oferta, como verificado para São Paulo e Sergipe segundo os indicadores estimados considerando ambas as portarias.

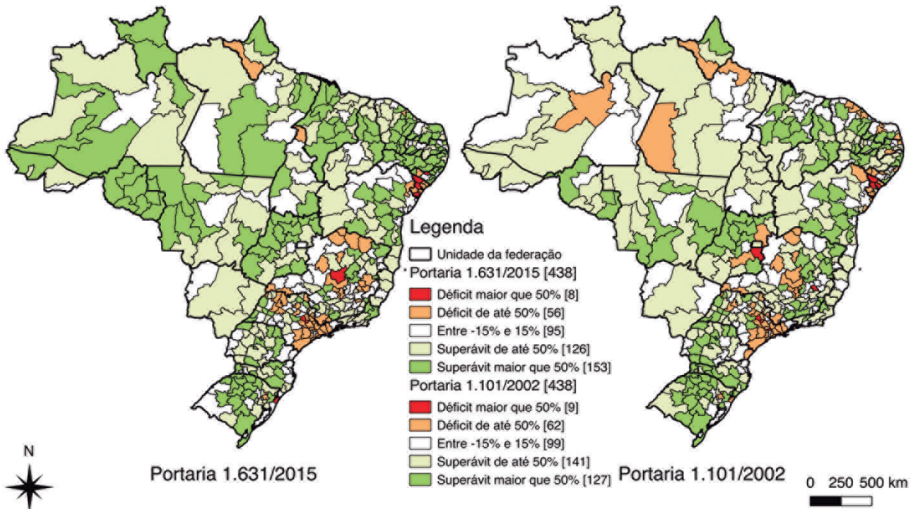
Quanto às Grandes Regiões, somente a região Sudeste oferta uma quantidade menor de leitos que a definida pela Portaria nº 1.631/2015, com uma quantidade -3,51% menor, enquanto as demais regiões apresentam valores superiores à média nacional.

O resultado para o percentual de leitos excedentes que atendem pelo SUS podem ser observados, também, no mapa 1, desagregado por região de saúde. Quando observada a quantidade destes leitos em relação a Portaria nº 1.631/2015, é possível verificar que 14,61% (64 em 438) das regiões de saúde possuem algum *deficit* no número de leitos ofertados. Dessas 64 regiões, 48 estão na região Sudeste (todas em São Paulo e Minas Gerais). Por outro lado, pela Portaria nº 1.101/2002, que estima um parâmetro de leitos mínimos maior que a portaria atual, o número de regiões de saúde que apresenta algum *deficit* de oferta de leitos gerais é maior, com cerca de 16,21% (71 em 438).

Além disso, é possível observar o elevado número de regiões de saúde que, de acordo com a Portaria nº 1.631/2015, apresentam *superavit* na oferta de leitos superior a 50%, cerca de 153 regiões de saúde; enquanto, de acordo com a Portaria nº 1.101/2002, são 127 as regiões de saúde que ofertam um número de leitos 50% acima do valor mínimo recomendável.

MAPA 1

Percentual de leitos que difere do parâmetro mínimo, por região de saúde – Brasil (2015)



Fontes: ANS (2015), disponível em: <<https://bit.ly/3rGkQXC>>; CNES (2015), disponível em: <<https://bit.ly/3mCg9gU>>; IBGE (2015), disponível em: <<https://bit.ly/3kkXwx3>>; SIH/SUS (2015), disponível em: <<https://bit.ly/3faH8M3>>. Acesso em: 14 nov. 2016.

Elaboração dos autores.

3.2.2 Leitos de UTI

A Portaria nº 1.631/2015 preconiza que são necessários, como quantidade mínima para garantir o acesso de toda a população, 15.579 leitos de UTI no Brasil ofertados pelo SUS. Em dezembro de 2015, estavam em uso no país 15.334 leitos, valor -1,60% abaixo do recomendado. Então, se para os leitos gerais (adultos e pediátricos) existe uma oferta 18,63% acima da preconizada, para os leitos de UTI a oferta é um pouco abaixo da mínima. Em relação à Portaria nº 1.101/2002, o número mínimo de leitos de UTI é 11.409, correspondendo a uma oferta existente 25,59% superior.

Porém, enquanto os parâmetros da Portaria nº 1.101/2002 estimaram que sete estados brasileiros estariam com uma oferta de leitos insuficiente (Roraima, Pará, Amapá, Maranhão, Piauí, Ceará e Bahia), a Portaria nº 1.101/2002 determina quinze estados com algum *deficit* na oferta de leitos de UTI. Pará, Amapá, Tocantins, todos os estados do Nordeste, além do Espírito Santo, Rio de Janeiro e Santa Catarina apresentam uma oferta de leitos de UTI insatisfatória. É importante destacar que todos esses estados, com exceção de Santa Catarina, são contíguos. Portanto, o *deficit* encontrado nesses estados vizinhos é um indício de que a falta de oferta de leitos de UTI nessas localidades talvez seja um problema regional e não devido somente a características estaduais.

Quando a unidade de análise são as Grandes Regiões observa-se que, pela Portaria nº 1.631/2015, as regiões Norte e Nordeste ofertam uma quantidade de

leitos de UTI abaixo da recomendada. Ao comparar as duas portarias, a mudança mais drástica ocorreu na região Nordeste que, pela portaria antiga, apresentava um *superavit* de 7,37% de leitos e, nas recomendações da portaria nova, uma oferta *deficit* em relação ao valor recomendável de -50,61%.

TABELA 4

Razão entre a quantidade de leitos de UTI SUS existente e o parâmetro preconizado pelo Ministério da Saúde, por região e estado – Brasil (2015)
(Em %)

Região	Portaria nº 1.631/2015	Portaria nº 1.101/2002
Norte	-14,97	-13,52
Rondônia	35,66	38,22
Acre	15,24	4,55
Amazonas	24,91	6,76
Roraima	32,65	-22,73
Pará	-75,56	-58,91
Amapá	-82,57	-135,29
Tocantins	-67,31	2,38
Nordeste	-50,61	7,37
Maranhão	-70,06	-26,90
Piauí	-127,64	-28,47
Ceará	-60,65	-0,41
Rio Grande do Norte	-42,02	20,75
Paraíba	-44,63	23,88
Pernambuco	-23,60	35,74
Alagoas	-30,04	6,25
Sergipe	-49,55	25,90
Bahia	-56,91	-12,60
Sudeste	13,44	32,83
Minas Gerais	7,34	40,25
Espírito Santo	-7,28	19,64
Rio de Janeiro	-3,20	4,56
São Paulo	21,89	37,05
Sul	12,41	41,47
Paraná	14,86	45,10
Santa Catarina	-5,91	24,46
Rio Grande do Sul	18,18	45,26
Centro-Oeste	10,67	22,12
Mato Grosso do Sul	17,60	23,04
Mato Grosso	5,20	12,62
Goiás	3,40	26,93
Distrito Federal	19,23	18,91
Brasil	-1,60	25,59

Fontes: ANS (2015), disponível em: <<https://bit.ly/3rGkQXC>>; CNES (2015), disponível em: <<https://bit.ly/3mCg9gU>>; IBGE (2015), disponível em: <<https://bit.ly/3kkXwx3>>; SIH/SUS (2015), disponível em: <<https://bit.ly/3faH8M3>>. Acesso em: 14 nov. 2016.

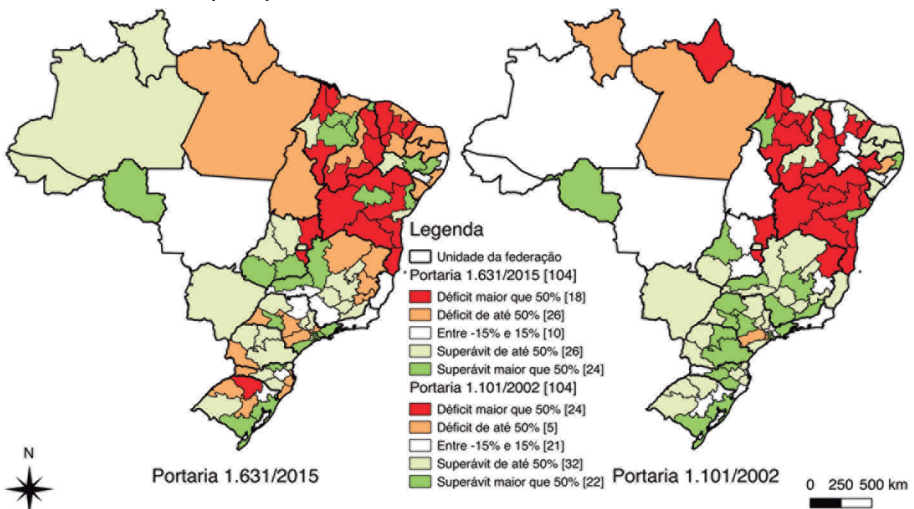
Elaboração dos autores.

Diminuindo a escala de observação, o mapa 2 apresenta o mesmo resultado agregado por macrorregiões de saúde. A escolha de se adotarem macrorregiões de saúde, ao contrário das regiões de saúde, utilizadas até então na análise dos leitos gerais, decorre da alta complexidade do objeto agora estudado. Os leitos de UTI, por serem de alta complexidade, demandam elevados investimentos de capital e pessoal mais especializado. Desse modo sua distribuição tende a ser localizada em municípios de maior hierarquia na rede.

Embora somente algumas Unidades da Federação tenham apresentado um *deficit* na oferta de leitos de UTI na análise estadual, quando observada a oferta por macrorregiões a desigualdade é mais perceptível, especialmente nos estados das regiões Norte e Nordeste. São nessas mesmas regiões que a oferta de leitos é predominantemente via SUS e a presença do setor privado é menor, como apresentado na tabela 4.

MAPA 2

Percentual de leitos de UTI que difere do parâmetro mínimo, por macrorregião de saúde – Brasil (2015)



Fontes: ANS (2015), disponível em <<https://bit.ly/3rGkQXC>>; CNES (2015), disponível em <<http://cnes.datasus.gov.br/>>; IBGE (2015), disponível em <<https://bit.ly/3kkXwx3>>; SIH/SUS (2015), disponível em <<https://bit.ly/3faH8M3>>. Acesso em: 14 nov. 2016.

Elaboração dos autores.

4 DISCUSSÃO

Os resultados encontrados para a oferta mínima dos leitos mostram que há oferta em número suficiente ou bem próxima do recomendado, sejam eles totais ou de UTI, para atender à demanda preconizada pelo Ministério da Saúde, por ambas

as portarias. Ademais, foi observado que o número de leitos totais por 1 mil habitantes no Brasil não difere, em média, dos demais países da OCDE e da média mundial. Não obstante, a distribuição desta oferta pelo território nacional não é a ideal para atender toda a população de maneira equitativa.

Embora a Portaria nº 1.631/2015 tenha sido uma modificação da portaria até então vigente, não foram observadas grandes modificações na quantidade preconizada por ambas em relação à oferta de leitos gerais existente em dezembro de 2015, indicando que essa atualização, *a priori*, não seja um indutor de políticas de oferta muito distinto.

Quanto ao volume da oferta de leitos de UTI, foi observado que a Portaria nº 1.631/2015 preconiza um número maior de leitos que a portaria precedente, portanto, induzindo uma maior oferta total desses serviços nacionalmente no futuro e, regionalmente, nas regiões Norte e Nordeste.

Porém, embora em nível os resultados encontrados para os leitos gerais não tenham sido discrepantes, a utilização de um fator de correção para a internação por não residentes, implementado na nova portaria, é um mecanismo que incentivará, no futuro, a concentração da oferta pública em locais onde essa concentração já existe. Devido a essa característica, a adoção deste parâmetro tende a produzir um sistema de saúde ainda mais desigual e concentrado no futuro.

A macrorregião de saúde de São Paulo, por exemplo, tem um de 1,63 para os leitos de UTI, considerando somente as internações de alta complexidade dos não residentes. Portanto, ela deve ofertar uma quantidade mínima de equipamentos 63% maior caso não houvesse a correção para atender às internações realizadas por não residentes. Em média, os pacientes que se deslocaram para essa macrorregião despenderam 2 horas e 19 minutos de deslocamento para realizar o seu atendimento de alta complexidade, percorrendo, em média, 186 km. É esperado que esses pacientes sigam propensos a continuar realizando esse deslocamento devido à percepção de uma melhor qualidade do tratamento nessa localidade. À vista disso, faz-se necessária alguma política que não só induza a oferta desses serviços para suprir esse deslocamento de regiões de menor hierarquia urbana para regiões com uma hierarquia maior, tal qual o , mas que também atue junto da demanda por esses serviços para evitar deslocamentos excessivos e/ou desnecessários. Nesse sentido, a adoção de uma política que atue exclusivamente na oferta desses serviços, sem qualquer indução na demanda, tende a agravar ainda mais a concentração dos serviços de municípios ou regiões de maior hierarquia urbana. Os municípios definidos como polos de concentração tendem a ter um fator de correção para internações de não residentes maior que localidades de hierarquias menores, implicando uma oferta parametrizada maior. Nesse sentido, a adoção desses parâmetros indicaria aos gestores de saúde que existe uma falta de equipamentos em São Paulo

e algumas outras regiões, enquanto nas demais regiões há um excesso. No limite, a adoção de um fator de correção para a internação de não residentes pode induzir que toda a oferta de leitos se localize somente nos municípios polos. Portanto, os pressupostos normativos que o Ministério da Saúde adotou na elaboração do novo parâmetro não são respeitados. A indução de uma concentração ainda maior vai contra os princípios de regionalização e de redução das desigualdades no acesso à saúde – e tende a agravar, ainda mais, as desigualdades existentes no país.

Nesse ponto de vista, os resultados encontrados mostram que o novo parâmetro, que deveria promover estas diretrizes, produz resultados que induzem a concentração da oferta, aumentando ainda mais as desigualdades no acesso à saúde e prejudicando a regionalização de uma oferta espacialmente hierarquizada e estruturada.

Além dessa objeção, específica à Portaria nº 1.631/2015, a metodologia utilizada em ambas as portarias para determinar o número mínimo de leitos a serem ofertados adota critérios únicos com abrangência nacional para a maioria dos parâmetros, com exceção da população. Tal fato pode mascarar a diversidade epidemiológica, econômica e demográfica existente no país, embora seja permitido, pela própria portaria, adequações às realidades locais, podendo ocasionar distorções no resultado encontrado.

Por exemplo, a proporção de internações de leitos gerais em UTI é invariável nacionalmente, para ambas as portarias. Assim, não é levado em conta o estado de saúde das populações de cada localidade, o que influencia diretamente a probabilidade de complicações em uma internação e que podem impactar, também, o tempo médio de internação. Nas regiões com populações que não possuem a atenção primária de qualidade, as taxas de complicações esperadas serão maiores do que nas localidades onde a rede de atenção à saúde é mais estruturada, suscitando uma oferta mínima estimada subdimensionada. Mais que isso, a utilização de uma taxa de internação em função das internações passadas pode não incluir a demanda não efetivada por aquele leito. Somado ao fato de que a oferta nos grandes municípios polos estarão sobredimensionadas, como já apontado anteriormente pela adoção do *Fnr* na Portaria nº 1.631/2015, a combinação desses fatores tende a ampliar ainda mais as disparidades regionais existentes na distribuição desses leitos.

Por fim, não era esperado que a oferta de leitos existentes em dezembro de 2015 destoasse tanto, em algumas regiões, ao preconizado pela Portaria nº 1.101/2002, em vigor por treze anos.

Entretanto, é importante destacar que somente a existência da oferta de serviços de saúde não se traduz, necessariamente, na efetividade do acesso por toda população. Diversos fatores podem ainda criar obstáculos a este acesso. Desse modo, embora possam existir localidades com elevada oferta, o acesso real pode ser cerceado por limitação de conhecimento da sua disponibilidade, tempo de espera

elevado, barreiras culturais, questões ligadas ao transporte ou falta de pessoal técnico (Donabedian, 1973). Não obstante, ainda que a disponibilidade desta oferta não garanta o acesso da população, para que haja o acesso é indispensável a existência da oferta prévia (Amaral, 2013).

Além disso, é importante também observar a resolutividade desses leitos, visto que, nem a existência nem o acesso a esses equipamentos podem garantir um atendimento de qualidade e resolutivo. No Brasil a maior parte da oferta de leitos hospitalares ocorre em hospitais de pequeno porte (Barbosa *et al.*, 2015) que têm baixas complexidade, densidade tecnológica e resolutividade.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, P. V. M. do. **Spatial structure of health equipment in Brazil**. Tese (Doutorado) — University of Cambridge, Cambridge, Abr. 2013.
- AMARAL, P. *et al.* Distribuição espacial de equipamentos de mamografia no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais**, v. 19, n. 2, p. 326-341, 2017a.
- AMARAL, P. V. *et al.* Spatially balanced provision of health equipment: a cross-sectional study oriented to the identification of challenges to access promotion. **International journal for equity in health**, v. 16, n. 1, p. 209, 2017b.
- ANDRADE, M. V. *et al.* Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. **Economia Aplicada**, v. 17, n. 4, p. 623-645, 2013.
- ANDRADE, M. V. *et al.* A equidade na cobertura da Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, p. 1175-1187, 2015.
- ANDRADE, M. V. *et al.* Brazil's Family Health Strategy: factors associated with programme uptake and coverage expansion over 15 years (1998–2012). **Health policy and planning**, v. 33, n. 3, p. 368-380, 2018a.
- ANDRADE, M. V. *et al.* Transition to universal primary health care coverage in Brazil: analysis of uptake and expansion patterns of Brazil's Family Health Strategy (1998-2012). **PloS One**, v. 13, n. 8, p. e0201723, 2018b.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.

BAHIA, L. Padrões e mudanças no financiamento e regulação do sistema de saúde brasileiro: impactos sobre as relações entre o público e o privado. **Saúde e Sociedade**, v. 14, n. 2, p. 9-30, maio-ago. 2005.

BARBOSA, A. C. Q. *et al.* **Análise do desempenho de instituições hospitalares de pequeno porte brasileiras**: diagnóstico, avaliação e especialização. Belo Horizonte: Imprensa Universitária, 2015.

BARBOSA, A. C. Q. *et al.* More Doctors recruitment program: a new approach to overcome inequalities in human resources. **Pan American Journal of Public Health**, v. 42, p. e185-e185, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.101/GM, de 12 de junho de 2002. Brasília, 2002. Disponível em: <<https://bit.ly/36Brh4r>>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 511, de 27 de setembro de 2010. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 241, p.149, 17 dez. 2010. Disponível em: <<https://bit.ly/3krDeBZ>>.

_____. Ministério da Saúde. Consulta pública nº 6, de 12 de março de 2014. Consulta pública sobre critérios e parâmetros assistenciais de planejamento e programação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.631/GM, de 1º de outubro de 2015. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Brasília, 2015. Disponível em: <<https://bit.ly/36B4Uwh>>.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 2005-2008, 2006.

CARVALHO, L. R. de; MENDES, P. S.; AMARAL, P. V. M. de. Programa saúde da família: a evolução da distribuição espacial das equipes e dos médicos especialistas no Brasil entre 2007 e 2017. **APS em Revista**, v. 1, n. 1, p. 62-74, 2019.

COSTA, N. do R.; RIBEIRO, J. M. **Descentralização e Política Social**: o caso do Setor Saúde. Ipea; PNUD, 1997.

COSTA, N. do R.; SILVA, P. L. B.; RIBEIRO, J. M. A Descentralização do Sistema de Saúde no Brasil. **Revista do Serviço Público**, v. 50, n. 3, p. 33-55, jul.-set 1999.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Cambridge: Harvard University Press, 1973.

FRANCO, S.; CAMPOS, G. W. Acesso a ambulatório pediátrico de um hospital universitário. **Revista de Saúde Pública**, v. 32, p. 352-360, 1998.

GIRARDI, S. N. *et al.* Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2675-2684, 2016.

JESUS, W. L. A. de; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 161-170, 2010.

JONES, R. Hospital bed occupancy demystified. **British Journal of Healthcare Management**, v. 17, n. 6, p. 242-248, 2011.

MACHADO, J. A. Pacto de gestão na saúde: até onde esperar uma “regionalização solidária e cooperativa”? **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 24, n. 71, p. 105-119, 2009.

MALACHIAS, I.; LELES, F. A. G.; PINTO, M. A. S. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

OLIVEIRA, J. P. A. **Análise do provimento de médicos em municípios participantes do programa mais médicos entre 2013 e 2014**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

PORTO, S. M.; UGÁ, M. A. D.; MOREIRA, R. da S. Uma análise da utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento: Brasil 1998-2008. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3795-3806, 2011.

RIBEIRO, J. M.; COSTA, N. do R. Regionalização da assistência à saúde no Brasil: os consórcios municipais no Sistema Único de Saúde (SUS). **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 22, 2009.

ROCHA, J. S. Y.; MONTEIRO, R. A.; MOREIRA, M. L. Fluxo de hospitalização nos sistemas público e privado no estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, p. 69-69, 2015.

ROCHA, T. A. H. *et al.* Addressing geographic access barriers to emergency care services: a national ecologic study of hospitals in Brazil. **International journal for equity in health**, v. 16, n. 1, p. 149, 2017.

SAMPAIO, M. V. de A. **Acesso à atenção especializada na região de saúde de Vitória da Conquista, BA e a garantia do direito à integralidade na Atenção à Saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2016.

SANTOS, L. M. P.; COSTA, A. M.; GIRARDI, S. N. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, p. 3547-3552, 2015.

SERVO, L. M. S.; ANDRADE, M. V.; AMARAL, P. V. M. do. Análise das regiões de saúde no Brasil a partir do Pacto pela Saúde: adequação da regionalização e acesso geográfico. *In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS*, 21., 2019, Poços de Caldas, Minas Gerais. **Anais...** p. 1-21, 2019.

TEIXEIRA, S. M. F. Descentralização dos serviços de saúde: dimensões analíticas. **Revista de Administração Pública**, v. 24, n. 2, p. 78-99, 1990.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health statistics 2014**. Genebra, 2014.

TRAVASSOS, C; OLIVEIRA, E. de; VIACAVAL, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, p. 975-986, 2006.

Data da submissão em: 10 dez. 2018.

Primeira decisão editorial em: 13 ago. 2019.

Última versão recebida em: 23 ago. 2019.

Aprovação final em: 11 set. 2019.