



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COMUNITÁRIA**



ANNE SOARES SILVEIRA

**ANÁLISE DA OFERTA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA E HOSPITALAR
NA REGIÃO METROPOLITANA DE SALVADOR.**

SALVADOR

2019

ANNE SOARES SILVEIRA

**ANÁLISE DA OFERTA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA E HOSPITALAR
NA REGIÃO METROPOLITANA DE SALVADOR.**

Dissertação apresentada ao Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), como requisito obrigatório para obtenção do título de Mestre em Saúde Comunitária do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPSC), na área de concentração em Política, Planificação e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Jairnilson Silva Paim

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Alcione Brasileiro
Oliveira

SALVADOR

2019

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

S587a Silveira, Anne Soares.

Análise da oferta na atenção especializada e hospitalar na Região Metropolitana de Salvador / Anne Soares Silveira. -- Salvador: A.S. Silveira, 2019.

52 f.

Orientador: Prof. Dr. Jairnilson Silva Paim.

Coorientadora: Profa. Dra. Alcione Brasileiro Oliveira.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Serviços de Saúde. 2. Atenção Especializada. 3. Atenção Hospitalar. 4. Planejamento em Saúde. I.Título.

CDU 614.2



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

ANNE SOARES SILVEIRA

Análise da oferta na atenção especializada e hospitalar na Região Metropolitana de Salvador.

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 27 de agosto de 2019.

Banca Examinadora:

Prof. Jairnilson Silva Paim - Orientador - ISC/UFBA

Profa. Alcione Brasileiro Oliveira Cunha - ISC/UFBA

Profa. Ligia Maria Vieira da Silva - ISC/UFBA

Profa. Thaís Regis Aranha Rossi - UNEB

Salvador
2019

AGRADECIMENTOS

É com satisfação que compartilho essa conquista com todos aqueles que de forma direta ou indireta contribuíram para a realização dessa importante etapa da minha vida profissional, e que, portanto, merecem o meu sincero reconhecimento.

Em especial à Wadson e Madilene, meus pais, e aos meus irmãos pelo amor incondicional e todo apoio às escolhas que fiz na vida;

À Herland Costa, meu companheiro, pela compreensão nos momentos de ansiedade, por me possibilitar estudar assumindo responsabilidades e afazeres domésticos, e pelo seu jeito alegre e bem-humorado, sempre renovando as minhas esperanças e tornando cada dia especial;

À Denise Lemos, grande amiga e minha inspiração enquanto Psicóloga, pelas experiências significativas com grupos operativos e pelos bons conselhos que me motivaram a seguir a vida acadêmica;

À Lígia Vieira, pelas oportunidades conferidas, mediante a participação no projeto “O Espaço da Saúde Coletiva” como bolsista de pesquisa. Com tamanha generosidade e disciplina exemplar me ensinou os primeiros passos para o exercício da produção científica;

À Jairnilson Paim, meu querido orientador, por acreditar em mim, e com sua competência incontestável e grande simplicidade me possibilitou seguir a trajetória acadêmica com leveza e amplo aprendizado;

À Alcione Brasileiro, uma professora admirável, pela escuta e palavras motivadoras. Sua colaboração foi fundamental para o êxito dessa investigação;

À direção do Programa de Fortalecimento do SUS na Região Metropolitana de Salvador (PROSUS) por disponibilizar o banco de dados utilizado nesse estudo;

À comunidade ISC (diretoria, docentes, funcionários e discentes da pós-graduação) pelo suporte institucional e acolhimento que despertaram em mim um sentimento de pertença;

Aos colegas do grupo de pesquisa do PMAQ, pela cumplicidade no dia a dia e por suprirem minhas ausências;

Aos amigos, especialmente Acácia, Gabriela, Fernanda, pelas experiências compartilhadas, apoio emocional e ajuda para superação dos obstáculos;

Aos membros da banca de qualificação, agradeço pelas preciosas contribuições;

A Deus por tudo!

Não sou nada.

Nunca serei nada.

Não posso querer ser nada.

*À parte isso, tenho em mim todos os sonhos
do mundo.*

Fernando Pessoa

RESUMO

SILVEIRA, Anne Soares. **Análise da oferta na atenção especializada e hospitalar na Região Metropolitana de Salvador**. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2019.

A análise do sistema de saúde brasileiro revela a expansão do acesso e cobertura de procedimentos de atenção básica e de cuidados complexos. Entretanto, permanecem problemas que afetam a prestação de serviços, como a concentração de recursos de média e alta complexidade em grandes centros urbanos e, sobretudo, a dependência do SUS ao setor privado. Com o objetivo de analisar a adequação da oferta na atenção especializada e hospitalar foi realizado estudo de agregados da oferta de estabelecimentos de saúde e a cobertura potencial dos leitos, consultas, equipamentos e profissionais médicos, tendo como unidade de análise os municípios que integram a Região Metropolitana de Salvador, Bahia, entre os anos de 2012 e 2017. Foram utilizados dados secundários disponíveis no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Rede Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Os parâmetros nacionais existentes para o setor público serviram como referência para a avaliação da oferta. Verificou-se concentração de estabelecimentos de saúde no município de Salvador (82,7%), sendo que 90,7% deles não atendem ao SUS. Por sua vez, há elevada oferta de equipamentos diagnósticos e déficit em todas as especialidades médicas analisadas. Ainda que a oferta de leitos hospitalares alcance o padrão preconizado, os leitos SUS representam menos de 50% do total. Os achados deste estudo podem contribuir especialmente no âmbito da organização da rede de serviços na RMS, visando auxiliar no planejamento em saúde, bem como dar maior visibilidade ao controle social a ser exercido pela população.

Palavras-chaves: Serviços de saúde, Atenção Especializada, Atenção Hospitalar, Planejamento em Saúde.

ABSTRACT

SILVEIRA, Anne Soares. **Analysis of the offer in specialized and hospital care in the Metropolitan Region of Salvador**. Dissertation (Master in Community Health). Institute of Collective Health, Federal University of Bahia, Salvador. 2019.

The analysis of the Brazilian health system reveals the expansion of access and coverage of basic care and complex care processes. However, it maintains the problems that affect the provision of services, such as the concentration of resources of medium and high complexity in large urban centers and, above all, the dependence of SUS on the private sector. With the objective of analyzing the adequacy of the offer in specialized and hospital care, a study was carried out on the aggregates of the supply of health facilities and the potential coverage of beds, consultations, equipment and medical professionals, having as a unit of analysis the municipalities that integrate the Metropolitan Region of Salvador, Bahia, between the years of 2012 and 2017. Secondary data were used in the Outpatient Information System of SUS, National Register of Health Establishments, Brazilian Institute of Geography and Statistics and National Agency of Supplementary Health. The existing national parameters for the public sector served as a reference for the evaluation of the offer. There was a concentration of health centers in the city of Salvador (82.7%), of which 90.7% did not attend the SUS. In turn, there is a high supply of diagnostic and deficit equipment in all the medical specialties analyzed. Even though hospital beds offer the recommended standard, SUS beds account for less than 50% of the total. The findings of this study may contribute especially to the organization of the service network in RMS, aiming to assist in health planning, as well as giving greater visibility to the social control to be exercised by the population.

Key-words: Health Services, Specialized Attention, Hospital Attention, Health Planning.

LISTA DE GRÁFICOS, TABELAS E FIGURAS

GRÁFICOS

- Gráfico 1-** Estabelecimentos de saúde, SUS e não SUS, segundo nível de atenção especializada e hospitalar, Região Metropolitana de Salvador - BA, 2017.....28
- Gráfico 2-** Distribuição de estabelecimentos hospitalares que atendem ao SUS, segundo esfera de gestão e porte de leitos, Região Metropolitana de Salvador- BA, 2017.....31
- Gráfico 3-** Médicos especialistas por 100.000 habitantes e déficit percentual na Região Metropolitana de Salvador- BA, 2017.....37

TABELAS

- Tabela 1-** Número absoluto e porcentagem de estabelecimentos de saúde, SUS e não SUS, por município, Região Metropolitana de Salvador - BA, 2017.....26
- Tabela 2-** Necessidade, oferta, concentração por 1.000 habitantes e cobertura potencial de leitos por área especializada SUS e não SUS, Região Metropolitana de Salvador - BA, 2017.....33
- Tabela 3-** Oferta, concentração por 1.000 habitantes e cobertura potencial de leitos hospitalares totais SUS e não SUS, Região Metropolitana de Salvador - BA, 2017.....34
- Tabela 4-** Oferta, concentração por 10.000 habitantes e cobertura de leitos UTI SUS e não SUS, Região Metropolitana de Salvador - BA, 2017.....34
- Tabela 5-** Necessidade, oferta e cobertura de equipamentos de diagnóstico por imagem SUS e não SUS, Região Metropolitana de Salvador - BA, 2017.....36
- Tabela 6-** Número de consultas médicas por especialistas e diferença percentual em relação ao parâmetro, Salvador - BA, entre os anos de 2012 a 2017.....38

FIGURA

- Figura 1-** Distribuição espacial dos estabelecimentos de saúde que atendem SUS, por níveis de atenção, Região Metropolitana de Salvador - BA, 2017.....29

APÊNDICE A

Tabela 7- Distribuição de estabelecimentos de saúde de atenção especializada por município e tipo de serviço, Região Metropolitana de Salvador - BA, 2017.

Tabela 8 - Distribuição dos estabelecimentos de saúde por município e tipo de serviço, Região Metropolitana de Salvador -BA, 2017.

Tabela 9- Distribuição de hospitais por município e tipo de serviço, Região Metropolitana de Salvador - BA, 2017.

Tabela 10- Natureza jurídica dos estabelecimentos de saúde que atendem SUS, Região Metropolitana de Salvador - BA, 2017.

Tabela 11- Tipo de gestão dos estabelecimentos de saúde que atendem SUS, Região Metropolitana de Salvador - BA, 2017.

Tabela 12 - Distribuição de Leitos SUS por município e especialidade, Região Metropolitana de Salvador - BA, 2017.

Tabela 13 - Número de leitos existentes e SUS por especialidade, Região Metropolitana de Salvador - BA, 2017.

Tabela 14 - Número absoluto e porcentagem de profissionais médicos em estabelecimentos de saúde SUS na atenção especializada e hospitalar, Região Metropolitana de Salvador - BA, 2017.

Tabela 15 - Distribuição de médicos por tipo de vínculo trabalhista e município de atuação, Região Metropolitana de Salvador – BA, 2017.

Tabela 16- População, número e percentual de beneficiários de assistência médica suplementar, estimativa da população que usa exclusivamente o SUS e percentual. Salvador e RMS, 2017

Gráfico 4 - Médicos especialistas que atendem em estabelecimentos de saúde SUS por nível de atenção, Região Metropolitana de Salvador - BA, 2017.

LISTA DE ACRÔNIMOS E SIGLAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AMIB - Associação de Medicina Intensiva Brasileira
CBO - Classificação Brasileira de Ocupações
CEBES - Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CFM - Conselho Federal de Medicina
CH – Carga Horária
CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DATASUS – Departamento de Informática do SUS
DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DRU - Desvinculação de Receita da União
EC - Emenda Constitucional
HPP - Hospital de Pequeno Porte
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEC - Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor
IPCA - Índice de Preços ao Consumidor Amplo
ISC - Instituto de Saúde Coletiva
MRP - Movimento da Reforma Psiquiátrica
MS - Ministério da Saúde
OCDE - Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico
PA – Pronto Atendimento
PEC - Proposta de Emenda à Constituição
PLP - Projeto de Lei Popular
PPI - Programação Pactuada e Integrada
PROSUS - Programa de Fortalecimento do SUS na Região Metropolitana de Salvador
RM – Região Metropolitana
RMS – Região Metropolitana de Salvador
SADT- Serviço de Apoio Diagnose e Terapia

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SDD - Sistema de Desembolso Direto

SESAB – Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SIH/SUS - Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS - Unidades Básicas de Saúde

UCO – Unidade Coronariana

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	16
2.1	Geral	16
2.2	Específicos	16
3	METODOLOGIA	17
3.1	Definição de termos	17
3.2	Desenho do estudo	19
3.3	Caracterização da Região Metropolitana de Salvador	19
3.4	Fontes de dados e descrição das variáveis.....	19
a)	Estabelecimentos de saúde e leitos.....	20
b)	Equipamentos	20
c)	Profissionais médicos.....	21
d)	Consultas	21
e)	Populações.....	21
3.5	Critérios, indicadores e padrões	22
3.6	Plano de análise.....	25
4	ASPECTOS ÉTICOS	26
5	RESULTADOS	26
a)	Estabelecimentos de saúde	26
b)	Leitos.....	31
c)	Equipamentos	35
d)	Profissionais médicos.....	36
e)	Consultas	37
6	DISCUSSÃO	38
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
8	REFERÊNCIAS	48
	APÊNDICE A	52

1 INTRODUÇÃO

Os sistemas de saúde estão em constante mudança, influenciando e sendo influenciados pela dinâmica social, e de acordo com o grau de responsabilidade pela garantia da atenção à saúde de seus cidadãos (LOBATO; GIOVANELLA, 2012). Dentre as possibilidades identificadas pelos diversos autores que discutem a organização de um sistema ou de uma rede de serviços de saúde, podem ser destacados os seguintes componentes: infraestrutura, organização dos serviços de saúde, prestação de serviços ou modelo de atenção, financiamento, gestão ou governança e regulação (SOUZA; BAHIA, 2013).

A infraestrutura corresponde aos recursos essenciais para a prestação de serviços e abrange os estabelecimentos, medicamentos, equipamentos e outros insumos, bem como os trabalhadores de saúde (SOUZA; BAHIA, 2013). A disponibilidade de infraestrutura física e humana adequada, assim como a disposição dos recursos mobilizados para a realização das ações são características do sistema de saúde que guardam estreita relação com as desigualdades sociais na utilização de serviços de saúde (TRAVASSOS; CASTRO, 2008). Desse modo, têm sido reconhecidos como alvos de intervenções de políticas públicas para o enfrentamento dos problemas de saúde apresentados pela população.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu a proposta de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), comprometido com a universalidade do acesso, a integralidade da atenção e a qualidade dos serviços. Trinta anos após a promulgação da Constituição, o alcance de tais princípios constitui problemas para a efetivação do SUS. Este ainda se apresenta de modo segmentado, atendendo de forma desigual a diferentes segmentos socioeconômicos da população (SESTELO; SOUZA; BAHIA, 2013). A organização de regiões e redes de atenção à saúde tem sido acionada como estratégia nos últimos anos visando assegurar a integralidade do acesso e a adequação dos serviços ofertados (BRASIL, 2011).

Estudo dedicado à análise do sistema de saúde brasileiro revelou que as políticas destinadas ao aumento da oferta pública levaram à expansão do acesso e cobertura de procedimentos de atenção básica, assim como de cuidados complexos, a toda a população. O SUS conseguiu ampliar o acesso à atenção básica e de emergência, atingir uma cobertura universal da vacinação e da assistência pré-natal e investir fortemente na expansão dos recursos humanos e da tecnologia, incluindo a fabricação dos produtos farmacêuticos mais essenciais ao país (PAIM et al., 2011).

Para ilustrar tal situação, entre os anos de 1981 e 2017, foram construídos 108 mil novos estabelecimentos de saúde de todos os tipos no país, um aumento de 83%, sendo marcantes os incrementos das unidades básicas de saúde (UBS) e clínicas. Já o número de hospitais variou pouco, com um aumento de 16% (1.134). Em relação aos profissionais de saúde, a categoria médica se destacou com um acréscimo de 75% (336 mil), enquanto o número de enfermeiros aumentou em 60% (140 mil) e os dentistas em 38% (49 mil) em 10 anos (VIACAVA et al, 2018).

Em que pese tal crescimento, estudos revelam variações importantes entre e intrarregiões do país, em que a desigualdade de distribuição dos serviços e a não complementariedade dos segmentos público e privado afetam a oferta, que por sua vez comprometem o acesso aos serviços de saúde gerando iniquidades e baixa resolutividade do sistema de saúde (SANTOS, 2011; MACHADO; MARTINS; LEITE, 2015; VIANA et al., 2015).

A infraestrutura tecnológica do SUS por apresentar maior adensamento nos grandes centros, principalmente nas regiões Sul e Sudeste do país, resulta em expressivos vazios assistenciais (SOLLA; CHIORO, 2008). Segundo estudo sobre a oferta de serviços da rede urbana nas macrorregiões do Brasil, as maiores carências ocorreram nas regiões Norte e Nordeste, onde se constataram deficiências absolutas em equipamentos, como eletrocardiógrafo e autoclave, em mais da metade dos municípios dessas duas regiões (GUIMARÃES et al., 2006).

No que se refere aos trabalhadores de saúde, as maiores disparidades entre as regiões ocorreram em relação aos profissionais que prestam serviços de média complexidade, como fisioterapeuta e odontólogo (GUIMARÃES et al., 2006). O odontólogo é a categoria profissional que manteve menor participação no SUS, em relação ao médico e enfermeiro, três categorias com maior número de profissionais de nível superior (VIACAVA et al, 2018).

Já entre as capitais da região Nordeste, constatou-se que a oferta de fonoaudiólogos na rede pública municipal de saúde, via administração direta, ainda é insuficiente e desigual, sendo maior na atenção hospitalar do que na atenção básica (SANTOS et al, 2017).

A lógica de organização baseada na oferta de procedimentos, tende a desconsiderar as necessidades e o perfil epidemiológico da população. Assim, observa-se maior oferta de serviços, principalmente do setor privado, nos locais com maior desenvolvimento socioeconômico, sobretudo no caso dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. Verifica-

se certa preferência dada pelo setor privado contratado aos portadores de planos de saúde, assim como pouca regulamentação dos estabelecimentos de nível ambulatorial (PAIM et al., 2011).

A despeito da oferta de serviços hospitalares um aspecto relevante é a queda acentuada de leitos disponíveis ao SUS, apesar do aumento no tamanho da população e de seu considerável envelhecimento. O fato decorre da redução do número de leitos privados contratados, maior que o aumento registrado no número de leitos em hospitais estatais, em sua maioria de pequeno e médio porte (BRAGA NETO, 2012). Por sua vez, também tem sido registrado um aumento do número de hospitais vinculados à Saúde Suplementar, bem como sua distinta relação de complexidade (COELHO, 2012; MACHADO et al., 2015). Esse cenário configura diferentes perfis de acesso e utilização de serviços hospitalares, em que o grupo de beneficiários de planos de saúde compartilham a mesma rede que atende os pacientes do SUS (SANTOS, 2011).

A situação pode ser explicada pelo fato de que o aumento da oferta não necessariamente garante um equilíbrio na utilização dos serviços de saúde. Outros fatores podem influenciar nessa utilização, desde a disponibilidade da força de trabalho e sua distribuição geográfica à existência de barreiras financeiras e geográficas para o acesso a serviços, ou ainda, as características da gestão do serviço como a natureza do prestador (público ou privado) e a forma de remuneração adotada (CHAVES et al., 2011).

Em relação ao tipo de prestador observa-se padrão distinto entre a produção ambulatorial e a internação. Nos procedimentos ambulatoriais a presença do setor público é grande, mesmo assim, há maior oferta de serviços do setor privado nos locais com maior desenvolvimento socioeconômico. No tocante às internações há maior peso do setor privado, e nas regiões em que há predomínio do setor público encontram-se os piores indicadores de leitos e médicos por habitante (VIANA et al., 2015).

A despeito do significativo aumento na oferta e cobertura de alguns serviços, cabe ressaltar a importância de estudos que discutam e incorporem a apreciação do déficit na oferta em relação a parâmetros oficiais estabelecidos. Nessa perspectiva, foram encontrados poucos estudos, um deles, realizado por Arantes (2004), que analisou parâmetros para o dimensionamento de serviços, de equipamentos e de profissionais na atenção à saúde concluindo que a disponibilidade da oferta de serviços médicos em escala nacional foi inferior, em alguns itens, aos parâmetros do Ministério da Saúde (MS), assim como em comparação aos países da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE).

Outro estudo realizado no município de Salvador – Bahia (BA), mediante o uso de padrões e aproximação com necessidades, revelou baixas coberturas potencial e real de

consultas médicas e ações de odontologia, entre 2000 e 2007, em todos os Distritos Sanitários. Os achados revelaram deficiência de oferta de recursos humanos, problemas na gestão da carga horária dos profissionais, além de distribuição territorial desigual na oferta e utilização de serviços, apontando insuficiências na atenção básica de saúde (CARDOSO; VIEIRA-DASILVA, 2012).

O fato de a configuração da oferta ser em muitos casos condicionada por razões de mercado e menos pelas necessidades de atenção, aponta a necessidade de produzir estimativas válidas e incorporar o monitoramento das coberturas assistenciais, a fim de cooperar com organização das redes de atenção voltadas para garantia da integralidade da atenção à saúde.

A RMS concentra os serviços da atenção especializada e hospitalar em polos regionais para atender a populações de diversos bairros, distritos ou municípios e é referência para todo o Estado. Tendo em vista a ausência de estimativas recentes da oferta de serviços de saúde na atenção especializada e hospitalar na Bahia, especialmente na RMS e na capital, assim como sua adequação às necessidades de saúde da população, as perguntas da investigação são: Qual a oferta atual desses serviços de saúde em Salvador e Região Metropolitana? Em que medida esses serviços de saúde são suficientes para atender às necessidades da população alvo?

O presente estudo pretende contribuir com a análise da situação assistencial na atenção especializada e hospitalar na RMS, como também busca contemplar lacunas do conhecimento em planejamento e gestão em saúde, e colaborar com o Projeto de Cooperação Técnica entre o Instituto de Saúde Coletiva (ISC) e a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), parte integrante do Programa de Fortalecimento do SUS na Região Metropolitana de Salvador (PROSUS).

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar a adequação da oferta de serviços de saúde na atenção especializada e hospitalar em relação às necessidades da população estimada no município de Salvador e Região Metropolitana, Bahia.

2.2 Específicos

a) Descrever a oferta e distribuição espacial de estabelecimentos de saúde, leitos, equipamentos de diagnose, consultas especializadas e profissionais médicos nos municípios que integram a Região Metropolitana de Salvador em 2017.

b) Estimar a cobertura potencial da oferta de leitos, equipamentos de diagnose e profissionais médicos nos municípios que integram a Região Metropolitana de Salvador em 2017.

c) Estimar a cobertura potencial da oferta de consultas especializadas no município de Salvador entre os anos 2012-2017.

3 METODOLOGIA

3.1 Definição de termos

A organização do SUS requer a constituição de uma rede de serviços estabelecida de forma regionalizada e hierarquizada para a prestação dos serviços de atenção básica, atenção ambulatorial especializada e atenção hospitalar. O acesso da população a esta rede pode se dar por meio dos serviços de nível primário de atenção e os que não forem resolvidos neste nível seriam referenciados para os serviços especializados ambulatoriais ou hospitalares.

A atenção ambulatorial especializada compreende um conjunto de ações, práticas, conhecimentos e técnicas assistenciais caracteristicamente demarcadas pela incorporação de processos de trabalho que englobam maior densidade tecnológica, as chamadas tecnologias especializadas (SOLLA; CHIORO, 2008). No Brasil, a atenção especializada engloba serviços de 52 especialidades médicas reconhecidas formalmente pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).

A atenção hospitalar se refere a um conjunto de terapias e procedimentos de elevada especialização, que empregam tecnologias duras e que são realizados no ambiente hospitalar, cuja oferta se dá em regime de internação (BRAGA NETO et al, 2012). Entretanto, a atenção especializada também pode ocorrer no ambiente hospitalar, em que alguns ambulatórios de hospitais, principalmente universitários, são os principais provedores de assistência para certas especialidades.

A oferta e o uso dos serviços se dão mediante o reconhecimento de problemas ou de necessidades de saúde. Em que pese a complexidade dessa temática, os problemas de saúde podem ser representados por discrepâncias entre a realidade observada e a norma socialmente construída; sejam problemas do estado de saúde da população (danos e riscos) ou problemas do sistema de serviços ligados aos seus componentes. As necessidades de saúde são representadas pelas condições que possibilitam gozar saúde. Podem ser distinguidas em necessidades de saúde (passíveis de serem supridos por vários setores) e necessidades de serviços de saúde (atendidas via consumo de serviços no sistema de saúde), que podem ser expressas em termos de demandas (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014).

A oferta equivale à quantidade de um bem ou de um serviço disponível no mercado em que os ofertantes estão dispostos a vendê-los [ou disponibilizá-los] em um período de tempo determinado (BRASIL, 2013). Nem sempre é diretamente correspondente à necessidade de saúde, podendo aparecer em função da demanda (que pode ser criada em consequência de um determinado produto ou serviço) (PAIM, 1980). Em qualquer situação a garantia da oferta dos serviços em condições adequadas e de acordo com o perfil epidemiológico da população é uma condição para que a população tenha acesso, ou seja, que faça uso dos serviços de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Por sua vez, o conceito de ‘acessibilidade’, segundo Donabedian (1973) corresponde a facilidade no uso do serviço, que se dá numa relação entre os recursos de poder dos usuários e os obstáculos colocados pelos serviços de saúde (FRENK, 1992).

A existência de obstáculos entre o processo de busca e obtenção dos serviços implica redução da acessibilidade aos serviços, principalmente para aqueles grupos que mais necessitam (CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010). Como por exemplo, as barreiras financeiras (a utilização de serviços diminui à medida em que a participação financeira direta do paciente na compra do serviço aumenta) e as barreiras de informação (resultantes das ações de difusão da informação em saúde pelo setor da saúde, além do capital cultural, nível educacional e acesso aos meios de informação, como a internet) (TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

A oferta, acesso e acessibilidade são atributos dos serviços de saúde importantes para a avaliação. O conhecimento da cobertura potencial contribui para o gestor definir, de forma mais precisa, metas e programações de atividades. A cobertura potencial é entendida como oferta de serviços, muitas vezes analisada a partir da capacidade instalada em sua adequação à base populacional correspondente. É uma expressão da possibilidade de atendimento no serviço, quando o referencial de análise forem os usuários dos serviços. Neste estudo será utilizada a

noção de cobertura potencial que corresponde à capacidade e possibilidade da oferta, buscando medir os recursos materiais ou humanos disponíveis para a realização de determinada ação (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Cobertura real e utilização dos serviços de saúde são empregados como sinônimos quando o conceito de cobertura se refere à população que efetivamente utilizou determinadas ações ou programas (SOBERÓN, 1988), podendo ser analisada em função da produção de procedimentos pelos profissionais, ou seja, serviços que foram utilizados de fato pelos usuários potenciais (CHAVES et al., 2011). Esses procedimentos descrevem todos os contatos realizados com os serviços de saúde como consultas, internamentos, cuidados preventivos, diagnósticos, terapêuticos ou de reabilitação.

3.2 Desenho do estudo

Foi realizado estudo de agregados da oferta disponível de estabelecimentos de saúde e da cobertura potencial dos leitos, consultas, equipamentos e profissionais de saúde na atenção especializada e hospitalar, tendo como unidade de análise os municípios que integram a Região Metropolitana de Salvador, Bahia, entre os anos de 2012 e 2017.

3.3 Caracterização da Região Metropolitana de Salvador

A RMS, na Bahia, com 4.015.205 habitantes segundo a estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para o ano de 2017, representa a segunda maior aglomeração urbana do Nordeste brasileiro e mais de um quarto de toda a população baiana (IBGE, 2010). Compreende atualmente 13 municípios: Dias D'Ávila, Camaçari, Candeias, Itaparica, Lauro de Freitas, Madre de Deus, Mata de São João, Pojuca, São Francisco do Conde, São Sebastião do Passé, Simões Filho, Vera Cruz e o município-sede, Salvador.

3.4 Fontes de dados e descrição das variáveis

Foi elaborado diagnóstico da capacidade instalada (recursos físicos, materiais e humanos, oferta contratada/pactuada rede pública e privada por esfera administrativa); produção de procedimentos ambulatoriais (série histórica - seis anos); estimativa de cobertura

potencial segundo município e região no âmbito da atenção especializada e hospitalar. Para tanto, foram adotadas distintas estratégias de coleta de dados.

a) Estabelecimentos de saúde e leitos

Para identificar os estabelecimentos de saúde de atenção especializada e hospitalar, a distribuição e o perfil assistencial, foram elencados os quantitativos de estabelecimentos para os 13 municípios da RMS e identificadas as seguintes variáveis: tipo de gestão (municipal ou estadual), a natureza jurídica (público ou privados contratados e conveniados ao SUS), tipo de atendimento prestado (internação, ambulatorial, SADT, urgência), tipo de estabelecimento (policlínica, clínica ou centro de especialidade, consultório isolado, unidade de SADT, unidade móvel de nível pré-hospitalar urgência e emergência, hospital geral, hospital especializado, hospital dia) e quantitativo de leitos existentes. Tais informações têm como fonte o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)¹.

O porte hospitalar foi calculado considerando o conjunto de leitos das especialidades: clínico; cirúrgico; outras especialidades (crônicos, psiquiatria, reabilitação, pneumologia sanitária); complementar (unidade isolamento, UTI adulto, unidade de cuidados intermediários neonatal convencional); pediátrico; obstétrico e hospital dia. Foram utilizadas quatro categorias para classificação do porte hospitalar², conforme o número de leitos: “1 a 49 leitos”, “50 a 149 leitos”, “150 a 499 leitos” e “500 leitos ou mais”.

b) Equipamentos

Para identificar a oferta disponível dos equipamentos foram obtidos os quantitativos de tomógrafo computadorizado, ressonância magnética e ultrassom convencional no ano de 2017.

¹ Na versão antiga do CNES, (www.cnes2.datasus.gov.br/) em *Relatórios*, buscou-se por *Tipos de Estabelecimentos*. Para a consulta selecionou-se estado (Bahia), município (cada município da RMS), competência (07/2017), e tipo de estabelecimento. No site atual do CNES (<http://cnes.saude.gov.br/>), em *Consulta Estabelecimento* digitou-se o número do cadastro de cada estabelecimento, um a um, e foi coletado se atende SUS ou não. Em *Ficha Estabelecimento* identificou-se as demais informações - tipo de gestão, natureza jurídica, tipo de atendimento prestado, quantitativo de leitos).

² De acordo com a Portaria nº. 2.224, de 05 de dezembro de 2002 que instituiu o Sistema de Classificação Hospitalar do Sistema Único de Saúde, os hospitais são classificados como de pequeno porte (com menos de 50 leitos), médio porte (de 50 a 149 leitos), grande porte (de 150 a 499 leitos) e porte especial (acima de 500 leitos). Essa portaria foi revogada em 2004 pela Portaria nº. 350, de 10 de março de 2004, mas esses parâmetros de classificação têm sido utilizados em muitos estudos, pois não há outra classificação em relação ao porte hospitalar.

Dentre os equipamentos para exames complementares do diagnóstico inclusos na portaria nº1.631/15, estes foram selecionados por serem importantes para o cuidado dos usuários na média e alta complexidade. Essas informações têm como fonte o CNES.

c) Profissionais médicos

Para analisar a força de trabalho foram obtidos os quantitativos de profissionais médicos de seis especialidades, provenientes do banco de dados existente do Programa de Fortalecimento do SUS na Região Metropolitana de Salvador (PROSUS). São elas: angiologista, cardiologista, endocrinologista, nefrologista, neurologista e oftalmologista.

Para as especialidades de angiologia e neurologia foi realizada a agregação da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), por se tratarem de subespecialidades relacionadas. Assim, para a descrição de médico angiologista foram considerados os profissionais cadastrados como angiologista e como médico em cirurgia vascular, e para os médicos neurologistas foram considerados, além destes profissionais, os médicos neurofisiologistas clínico e neurocirurgiões. Foram também coletados dados sobre o tipo de vínculo trabalhista por município de atuação. Essas informações têm como fonte o CNES³.

d) Consultas

Para analisar a produção ambulatorial na atenção especializada foram obtidos os quantitativos de consultas médicas nas especialidades selecionadas entre os anos de 2012 e 2017, por local de atendimento. Essas informações têm como fonte o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)⁴

e) Populações

Para calcular a cobertura potencial de ações e serviços de saúde foram obtidos os censos demográficos dos 13 municípios da RMS entre os anos de 2012 e 2017. Essas informações têm como fonte o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Também foram utilizadas

³ No site atual do CNES (<http://cnes.saude.gov.br/>), selecionou-se o *Módulo Profissionais*, considerando a competência de julho de 2017, e adotou-se a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).

⁴ Foi selecionado como filtro na linha (CBO do profissional), na coluna (o ano de processamento) e no conteúdo (quantidade aprovada).

informações da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sobre a população beneficiária de planos de saúde em junho de 2017. O número de beneficiários em Salvador foi de 794.553 (27%) e na Região Metropolitana foi de 970.117 (24%). Dessa forma, excluindo esses percentuais dos respectivos totais das populações, foi estimado o número de usuários que utiliza exclusivamente o SUS, desconsiderando-se o percentual reduzido que não possui plano de saúde, mas utiliza o Sistema de Desembolso Direto (SDD)

Todas as informações aqui utilizadas são de domínio público e acesso livre. Contudo, parte do banco de dados desse estudo provém de um projeto de cooperação técnica firmada entre o Instituto de Saúde Coletiva (ISC) e a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), item integrante do Programa de Fortalecimento do SUS na Região Metropolitana de Salvador (PROSUS).⁵

3.5 Critérios, indicadores e padrões

No Brasil documentos e portarias ministeriais definem padrões de cobertura e podem ser utilizados como referências para a programação e a avaliação dos serviços. Nesse estudo foram analisados os parâmetros nacionais existentes para o setor público, estabelecidos pelas Portarias nº 1.631, de 1º de outubro de 2015, que revoga a Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002, e aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Incluem tanto os parâmetros de cobertura, destinados a estimar as necessidades de atendimento a determinada população, quanto os parâmetros de produtividade, destinados a estimar a capacidade de produção de equipamentos, serviços e recursos humanos, materiais ou físicos. Os parâmetros de cobertura são subdivididos em ambulatoriais e hospitalares e adotam critérios de base populacional. Os parâmetros, em conjunto, devem ser considerados instrumentos de um planejamento com especificidades próprias e pautadas por critérios técnicos, podendo ser utilizados para alocação de recursos.

Foram estimadas as coberturas potenciais de equipamentos de diagnose (tomógrafo computadorizado, ressonância magnética, ultrassom convencional); profissionais e consultas

⁵ Projeto denominado “Elaboração do Diagnóstico e Avaliação do Estágio Atual de Desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde na Região Metropolitana de Salvador”, cujo objetivo é realizar análise situacional da Rede de Atenção à Saúde da Região Metropolitana de Salvador e apresentar proposta de modelagem no âmbito do Modelo de Atenção às Doenças Crônicas, segundo as especificações indicadas no Termo de Referência (TDR) apensado ao Ofício (CEL/PROSUS) Nº 94/2016 da Unidade de Gestão de Projeto (UGP) em 14 de dezembro de 2016.

médicas por especialidade (angiologista, cardiologista, endocrinologista, nefrologista, neurologista e oftalmologista); e leitos hospitalares (UTI, Geral), de acordo com os parâmetros estabelecidos nas portarias ministeriais nº 1.101/2002 e nº 1.631/2015, visando informar sobre a disponibilidade dos mesmos, ou seja, o quanto a capacidade de oferta tem condições de atender a população alvo das ações.

A informação sobre a oferta de ressonância magnética, de acordo com a portaria nº 1.631/15, considera:

- Produtividade do equipamento de realização de 5.000 exames/ano
- Estimativa de necessidade populacional corresponde a 30 exames/1.000 habitantes ao ano.

$$N \text{ (necessidade de ressonâncias ao ano)} = (\text{total da população} \times 30) / 1.000$$

$$U \text{ (número de equipamentos de ressonância)} = N / 5.000$$

Quanto ao ultrassom convencional, considera-se:

- Produtividade do equipamento de realização de 3.024 exames/ano
- Estimativa de necessidade populacional corresponde a 150 exames/ 1.000 habitantes ao ano.

$$N \text{ (necessidade de ultrassonografias ao ano)} = (\text{total da população} \times 150) / 1.000$$

$$U \text{ (número de equipamentos de ultrassonografia)} = N / 3.024$$

No caso de tomógrafo, o parâmetro para o cálculo de estimativa de necessidade do equipamento estipulada na mesma portaria é de 1 tomógrafo para cada 100 mil habitantes.

A obtenção da cobertura potencial de médicos teve como denominador a estimativa do recurso disponível (RD) para a especialidade na RMS. Para isso, foi utilizada a carga horária (CH) total dos profissionais de acordo com sua especialidade.

Foi utilizado para fins de cálculo a fórmula:

Recurso disponível = nº profissionais x CH semanal x 4 semanas x nº de meses trabalhados por ano x nº de procedimentos/hora

A partir do recurso disponível (RD) na RMS foi obtida a cobertura potencial calculado com base na fórmula:

$$\text{Cobertura potencial} = \frac{\text{Recurso disponível} \times 100}{\text{Recurso necessário (padrão} \times \text{população)}}$$

Para estimar o recurso necessário (RN) por área especializada foram utilizados os parâmetros da portaria nº 1.631/15 que referem as seguintes razões de médicos por 100.000 habitantes:

- Angiologista, cirurgia vascular (40 horas) - 1,5;
- Cardiologista (40 horas) - 6,5;
- Endocrinologista (40 horas) - 1,5;
- Nefrologista (40 horas) - 2,6;
- Neurologista, neurocirurgião e neurofisiologia (40 horas) - 3,5,
- Oftalmologia (40 horas) - 4,0.

Para identificar a produção ambulatorial, foi utilizado o número total de consultas por especialidade dividido pela população. O valor encontrado no cálculo foi comparado com o parâmetro sugerido pela portaria nº 1.631/15 tendo em vista especialidades selecionadas.

- Cardiologia – 6.000 consultas/100.000;
- Angiologia – 1.700 consultas;
- Endocrinologia – 2.500 consultas;
- Neurologia – 6.500 consultas;
- Oftalmologia – 2.500 consultas;
- Nefrologia – 1.600 consultas.

Para a análise dos leitos, foi adotado o padrão estabelecido na portaria nº 1.101/02, que é em torno de 2,5 a 3 leitos totais por cada 1.000 habitantes/ano. No caso dos leitos de UTI

calcula-se, em média, a necessidade de 4% a 10% do total de leitos hospitalares (média para municípios grandes, regiões, etc.).

Para estimar a necessidade de leitos hospitalares, por clínica, para cada 1.000 habitantes/ano foram utilizados os seguintes parâmetros:

- Cirúrgica – 0,44;
- Clínica Médica – 0,78;
- Cuidados Prolongados (Crônicos) – 0,16;
- Obstétrica – 0,28;
- Pediátrica – 0,41;
- Psiquiátrica – 0,45;
- Reabilitação – 0,14;
- Tisiologia – 0,01;
- Psi Hospital Dia – 0,08.

Nesse sentido, foram calculados a partir da observação de leitos disponíveis segundo especialidades para a RMS, o percentual de cada área especializada e comparado aos parâmetros recomendados.

3.6 Plano de análise

Foi feita análise da distribuição espacial da oferta de estabelecimentos de saúde na RMS, voltados para atenção especializada e hospitalar, incluindo tanto os que oferecem assistência pelo SUS, como aqueles que não estão vinculados ao SUS, estratificando por município, tipo de serviço, natureza jurídica, e esfera de gestão. Assim como, o cálculo da cobertura potencial da oferta de recursos físicos (leitos e equipamentos) instalados nos estabelecimentos de saúde, e de médicos especialistas que atendem ao SUS, segundo nível de atenção e vínculo trabalhista. Além da produção ambulatorial no município de Salvador, no período de 2012 a 2017.

Após o cálculo dos indicadores e a produção de informações, a análise empreendida utilizou mapas, tabelas e gráficos no âmbito dos municípios que integram a RMS. Para o processamento e análise dos dados foi utilizado o programa Microsoft Excel® versão 2007, considerando números absolutos, percentuais e taxas.

4 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em virtude de os dados utilizados serem agregados, sem possibilidade de identificação nominal dos participantes e de domínio público.

5 RESULTADOS

a) Estabelecimentos de saúde

A RMS dispõe de 3.380 estabelecimentos de saúde que prestam serviços de atenção ambulatorial especializada e hospitalar, incluindo tanto os que oferecem assistência pelo SUS, como aqueles que não estão vinculados ao SUS (planos e particular). A distribuição espacial da rede física se concentra nos municípios de maior porte, e dessa forma Salvador reúne 82,7% dos estabelecimentos de saúde, seguidos por Lauro de Freitas com 7,1% e Camaçari com 4,2%. Os demais municípios que integram a região perfazem os 6% restantes (Tabela 1).

A despeito da concentração dos serviços de saúde em Salvador, convém destacar que 90,7% das unidades de saúde existentes no município não atendem ao SUS, evidenciando uma ampla desigualdade na disponibilidade de oferta entre usuários do SUS e beneficiários de planos e seguros privados de saúde. Ou seja, apenas 9,3% da oferta de serviços está disponível para atender a população usuária do sistema público (Tabela 1).

Tabela 1- Número absoluto e porcentagem de estabelecimentos⁶ de saúde, SUS e não SUS, por município, Região Metropolitana de Salvador, 2017.

Municípios	SUS		Não SUS		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Camaçari	49	34,3	94	65,7	143	4,2
Candeias	16	25,8	46	74,2	62	1,8
Dias D'Ávila	6	26,1	17	73,9	23	0,7
Itaparica	1	50,0	1	50,0	2	0,1
Lauro de Freitas	28	11,6	213	88,4	241	7,1

⁶ Estabelecimento de saúde é o espaço físico delimitado e permanente onde são realizadas ações e serviços de saúde humana sob responsabilidade técnica.

Madre de Deus	8	61,5	5	38,5	13	0,4
Mata de São João	7	63,6	4	36,4	11	0,3
Pojuca	5	27,8	13	72,2	18	0,5
Salvador	259	9,3	2536	90,7	2795	82,7
São Francisco do Conde	9	75,0	3	25,0	12	0,4
São Sebastião do Passé	9	42,9	12	57,1	21	0,6
Simões Filho	9	31,0	20	69,0	29	0,9
Vera Cruz	5	50,0	5	50,0	10	0,3
Total	411	12,2	2969	87,8	3380	100

Fonte: CNES/DATASUS, julho/2017.

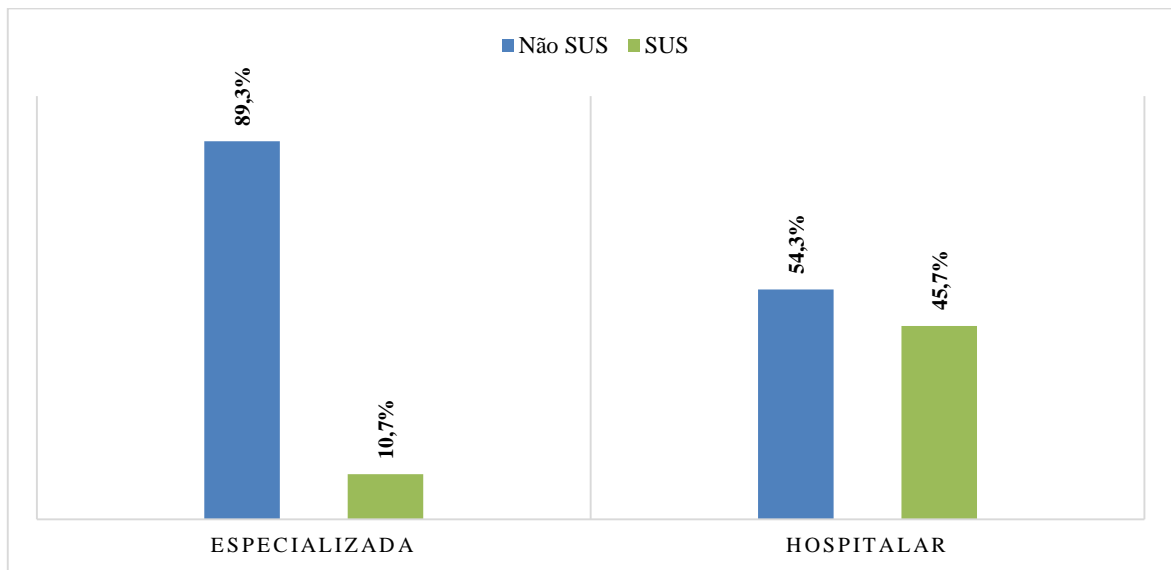
No que tange à atenção ambulatorial especializada, há 3.240 unidades de saúde que oferecem serviços nessa modalidade assistencial, incluindo os SUS e não SUS. As clínicas/centros de especialidades representam um percentual expressivo (43,9%) do conjunto de estabelecimentos. Também se destacam os consultórios isolados com 32,9%, as unidades de serviços de apoio diagnose e terapia (SADT) que correspondem a 9,8% do total, e as policlínicas com 7,6%. Em menor quantitativo (2,5%), mas presente em todos os municípios, exceto Itaparica, observam-se as unidades móveis de nível pré-hospitalar de urgência e emergência (SAMU-192). Os outros tipos de estabelecimentos de saúde (3,3%) são exclusivos em alguns municípios, sendo Salvador o único que possui a listagem completa do CNES (Apêndice A – Tabela 7).

A concentração entre os tipos de atendimento prestados (público ou privado) é notória em determinadas categorias de estabelecimentos de saúde, a exemplo das clínicas/centros de especialidades e policlínicas que são predominantemente privadas (89,6%), assim como os consultórios isolados (99,4%) e as unidades de SADT (89,9%). Já as centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos, pronto atendimento, pronto socorro geral e unidade móvel, a prestação de serviços é quase que exclusivamente pública (Apêndice A – Tabela 8).

No mapa da rede hospitalar o número de hospital dia (40%) é maior do que o de hospital geral (33,6%) e especializado (26,4%), com significativa concentração no município de Salvador. Em que pese a predominância de hospital dia na rede, essa relação difere quando se analisa a oferta disponível ao SUS, que é basicamente composta por hospital geral (54,8%) e hospital especializado (5,9%) (Apêndice A – Tabela 9).

Observa-se predominância do setor privado na oferta de serviços de saúde tanto da atenção ambulatorial especializada quanto hospitalar, não estando disponíveis ao SUS 89,3% das unidades que prestam serviços especializados e 54,3% dos hospitais (Gráfico 1).

Gráfico 1- Estabelecimentos de saúde, SUS e não SUS, segundo nível de atenção especializada e hospitalar, Região Metropolitana de Salvador - BA, 2017.

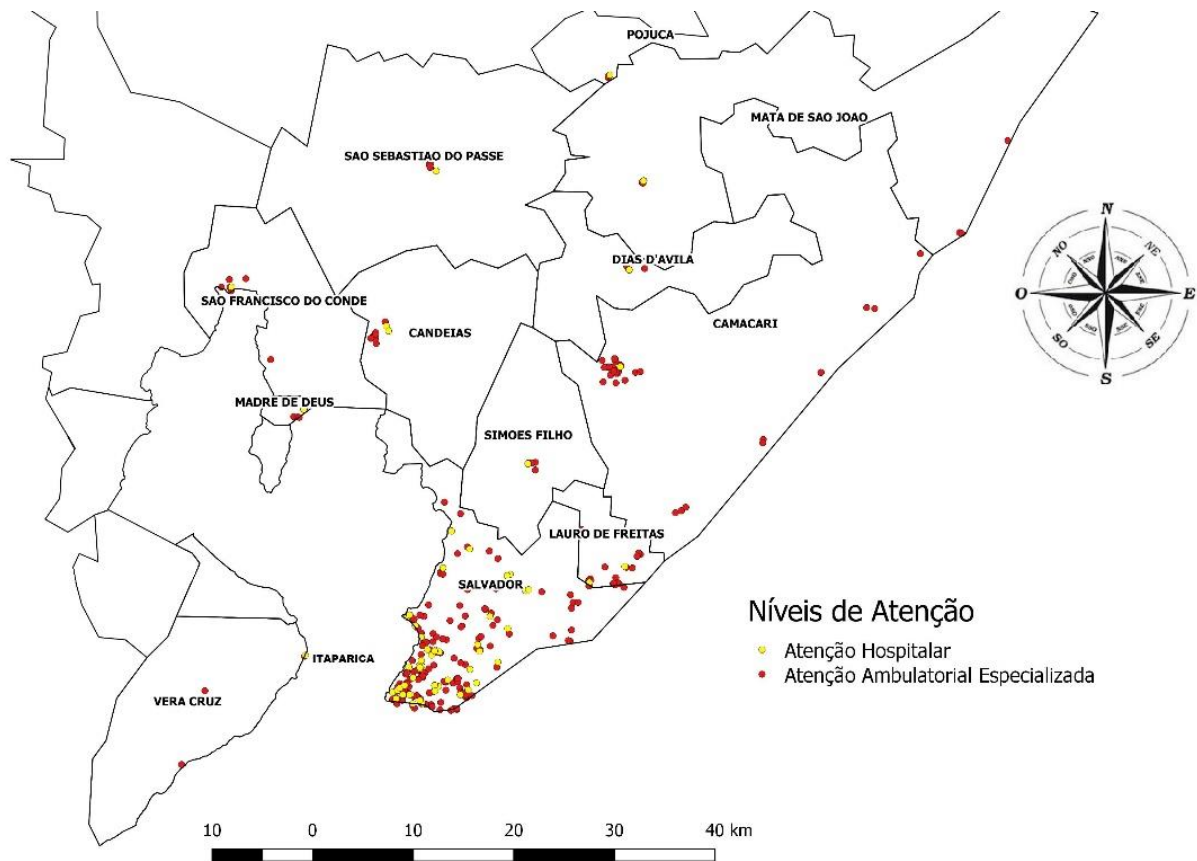


Fonte: CNES/DATASUS, julho/2017.

No que se refere ao sistema público de saúde na RMS existem 411 estabelecimentos, quer seja totalmente público, quer seja complementar (Tabela 1). Neste universo, 84,4% dos estabelecimentos de saúde são de atenção ambulatorial especializada e 15,6% são de atenção hospitalar. Somente no município de Itaparica não há oferta de serviços de atenção especializada para a população usuária do SUS. No caso da atenção hospitalar, Salvador é o único município que dispõe de hospital especializado, geral e hospital dia. Os demais variam entre 1 ou 2 hospitais gerais, exceto Vera Cruz que não possui nenhum hospital (Apêndice A – Tabela 9).

Na capital estão reunidos 63% dos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS. Somados as unidades situadas em Camaçari, Lauro de Freitas e Candeias representam cerca de 85,6% dos serviços da rede pública da região metropolitana (Figura 1).

Figura 1- Distribuição espacial dos estabelecimentos de saúde que atendem SUS, por níveis de atenção, Região Metropolitana de Salvador - BA, 2017.



Quanto à natureza jurídica dos estabelecimentos de saúde que atendem ao SUS, 54,5% são de administração pública⁷, 36,9% correspondem à rede complementar privada⁸ contratada e conveniada ao SUS e 8,5% são entidades classificadas como filantrópicas⁹ (Apêndice A – Tabela 10). Contudo, a natureza jurídica dos estabelecimentos não é suficiente para indicar distinções de clientela SUS ou não SUS, uma vez que a diversificação das fontes de financiamento adotadas, especialmente por hospitais, independentemente da natureza jurídica, contribui para que as fronteiras entre o público e o privado no sistema de saúde se tornem cada

⁷ Os estabelecimentos de saúde da administração pública são aqueles que tem como esfera jurídica “administração pública federal”, “estadual ou Distrito Federal”, “municipal” e “administração pública – outros”.

⁸ Os estabelecimentos de saúde empresariais são aqueles que tem como esfera jurídica “empresa pública ou sociedade de economia mista” e “demais entidades empresariais”.

⁹ Os estabelecimentos de saúde sem fins lucrativos são os cadastrados com a esfera jurídica “entidades sem fins lucrativos”.

vez menos demarcadas, com uma rede majoritariamente mista e partilhada, ainda que em detrimento do interesse público.

Em relação a qual gestor (estadual, municipal ou dupla) o estabelecimento tem contrato/convênio, e que é responsável pelo cadastro, programação, autorização e pagamento dos serviços prestados ao SUS, identifica-se que a maioria dos estabelecimentos de saúde (80,8%) se encontra sob a gestão municipal, 14,8% possuem gestão estadual e 4,4% têm gestão dupla (Apêndice A – Tabela 11).

No entanto, analisando especificamente a concentração do parque hospitalar público da RMS, no que se refere aos 64 hospitais que atendem ao SUS, sem considerar os demais tipos de estabelecimentos (1 Central de notificação, captação e distribuição de órgãos estadual, 2 Clínica/centro de especialidade, 1 Unidade Mista, 5 pronto atendimento) que somam 145 leitos, prevalece a gestão estadual em 50% da rede, seguidos por 31,25% sob a gestão municipal e 18,75% com gestão dupla (Gráfico 2).

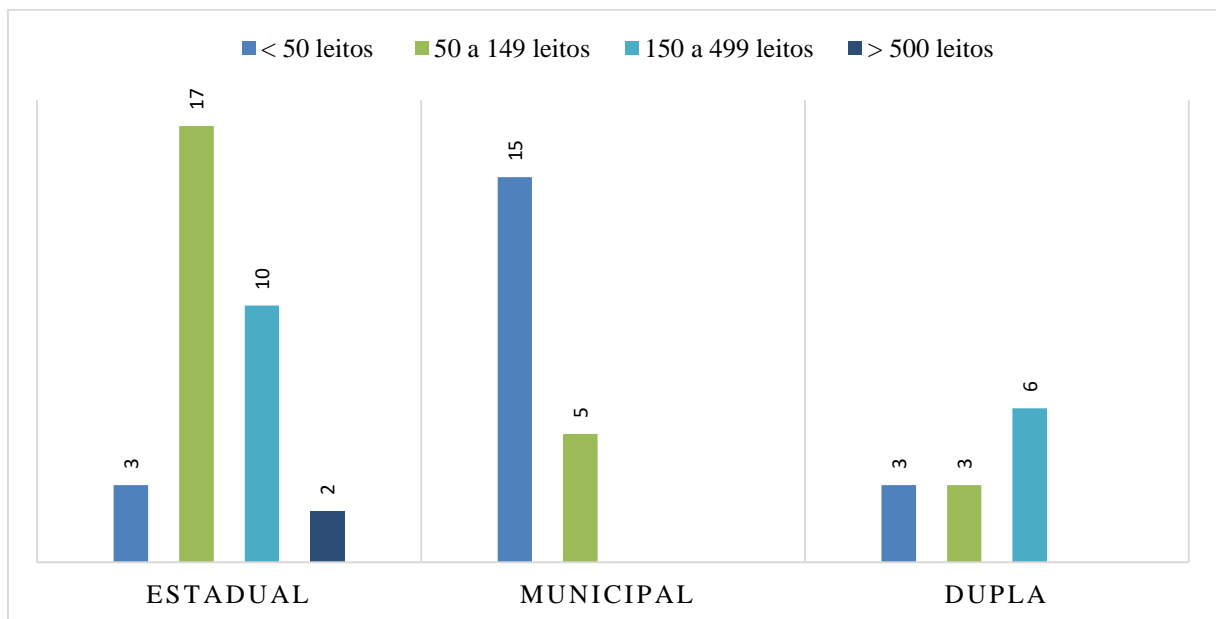
Os 32 estabelecimentos hospitalares sob gestão da rede estadual são caracterizados por 17 hospitais gerais e 15 hospitais especializados. Quanto ao porte, 3 são pequenos (até 49 leitos), 17 são médios (de 50 a 149 leitos), 10 são grandes (150 a 499 leitos) e 2 especiais (acima de 500 leitos), totalizando 5.853 leitos. Destes, 90,48% estão disponíveis ao SUS. Em relação ao regime jurídico, a maioria dos hospitais (24) é de administração pública direta, mas há também 5 entidades empresariais e 3 entidades sem fins lucrativos (Gráfico 2).

A rede hospitalar sob gestão municipal é predominantemente de pequeno porte com 20 estabelecimentos, 11 considerados hospitais gerais, 6 hospitais dia e 3 hospitais especializados. Nesse conjunto existem 5 estabelecimentos que possuem entre 50 a 100 leitos, sendo 4 hospitais gerais localizados nos municípios de Candeias, Simões Filho, Pojuca e São Sebastião do Passé, e 1 hospital especializado em Salvador, totalizando 752 leitos, com 82,31% atendendo ao SUS. Quanto à natureza jurídica, 10 são de administração pública direta, 5 entidades empresariais e 5 filantrópicas.

Ainda existem 12 unidades sob gestão dupla, sendo 6 hospitais especializados, 5 hospitais gerais e 1 hospital dia. Quase todos estão concentrados no município de Salvador, com exceção de um hospital geral de médio porte (com 55 leitos) em Pojuca. Destes hospitais, os de médio e grande porte são vinculados a entidades sem fins lucrativos, enquanto os pequenos são entidades empresariais. Este tipo de gestão é o que apresenta maior discrepância entre o percentual de leitos SUS (46,54%) em relação ao total existente (2.110 leitos).

Nesse sentido, grande parte do parque hospitalar público na RMS é constituído por estabelecimentos com menos que 150 leitos, como pode ser observado no gráfico a seguir, compondo uma rede eminentemente de hospitais de pequeno (32,81%) e médio (39,06%) porte (Gráfico 2).

Gráfico 2- Distribuição de estabelecimentos hospitalares que atendem ao SUS, segundo esfera de gestão e porte de leitos, Região Metropolitana de Salvador- BA, 2017.



Fonte: CNES/DATASUS, julho/2017.

b) Leitos

Dos 10.820 leitos existentes na RMS, 6.960 (64,3%) estão disponíveis ao SUS e estes se dividem em ordem decrescente, nas seguintes especialidades: 2.044 (29,4%) Clínico; 1.688 (24,3%) Cirúrgico; 872 (12,5%) Outras especialidades - Crônicos, Psiquiatria, Reabilitação, Pneumologia Sanitária; 822 (11,8%) Unidade Isolamento, UTI adulto, Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional; 658 (9,5%) Pediátrico; 639 (9,2%) Obstétrico e 237 (3,4%) Hospital dia. Salvador concentra 87,2% da oferta de leitos públicos e é o único município que dispõe de todas as especialidades (Apêndice A – Tabela 12).

No tocante à participação dos leitos SUS em relação ao total por especialidade, observa-se que o menor percentual (24,9%) se refere aos leitos hospital dia, destinado ao atendimento

do paciente adulto ou pediátrico na unidade, por um período até 12 horas, para a realização de tratamento clínico, cirúrgico, diagnóstico ou terapêutico. Somente o município de Salvador oferta leitos de intercorrência pós-transplante, saúde mental e AIDS, e é responsável por 76,7% dos leitos do tipo cirúrgico/diagnóstico/terapêutico (Apêndice A – Tabela 12).

Os leitos SUS de perfil clínico representam 73% dos existentes na categoria. Destinados a acomodar pacientes de qualquer especialidade clínica, abrangem a clínica geral propriamente dita, que compreendem mais de 50% do total, e outras especialidades clínicas. A oferta de leitos para queimado adulto e pediátrico, hansenologia, AIDS e geriatria são praticamente exclusivas ao SUS, enquanto as especialidades de cardiologia, neurologia e pneumologia são majoritariamente privadas (Apêndice A – Tabela 13).

Dos leitos de internação hospitalar destinados a acomodar pacientes de qualquer especialidade cirúrgica, a cirurgia geral e ortopediatraumatologia são as especialidades com maior quantitativo e a disponibilidade ao SUS aproxima-se de 70% do total. O SUS também é o principal responsável pela oferta de leitos de plástica (80,4%), transplante (80%) e buco maxilo facial (79,7%) (Apêndice A – Tabela 13).

Os leitos de longa permanência abrangem as seguintes categorias: crônicos, psiquiatria, reabilitação, pneumologia sanitária, e praticamente toda a oferta disponível ao SUS está centralizada em hospitais de Salvador. Há somente dois leitos de reabilitação em Candeias, um de psiquiatria e um de pneumologia sanitária em São Sebastião do Passé. Psiquiatria é a categoria que possui a menor disponibilidade ao SUS em relação ao total de leitos existentes (52,1%) (Apêndice A – Tabela 13).

Os leitos pediátricos SUS destinados a acomodar pessoas menores de 15 anos, são classificados nas especialidades clínica e cirúrgica e correspondem a 79,6% em relação ao total. Já os leitos de obstetrícia destinados a atender as gestantes e puérperas para atendimento assistencial clínico e/ou cirúrgico correspondem a 75,5% de leitos SUS (Apêndice A – Tabela 13).

Dos leitos complementares de internação destinados a pacientes que necessitam de assistência especializada exigindo características especiais, tais como, as unidades de isolamento, isolamento reverso e as unidades de tratamento intensiva e semi-intensiva, destacam-se como leitos SUS os de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do tipo II, que representam 67,7% do seu total, agrupados nas seguintes classes: adulto, neonatal, pediátrica e coronariana. Salvador é a única cidade metropolitana que oferece leitos de UCO.

Os leitos de UTI tipo I não estão disponíveis ao SUS, assim como UTI neonatal e coronariana do tipo III. Quanto às Unidades de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru e Adulto observa-se que toda oferta disponível ao SUS está concentrada no município de Salvador, e para neonatal convencional o município de Camaçari também dispõe de 11 leitos (Apêndice A – Tabela 13).

A análise da necessidade estimada de leitos por área especializada, de acordo com os parâmetros ministeriais, indica haver uma oferta abaixo da estimativa, observando-se insuficiência para atenção à demanda em todas as áreas especializadas, especialmente na pediatria, psiquiatria e reabilitação. A única exceção são os leitos disponíveis para a clínica cirúrgica, cujo número de leitos totais é superior ao preconizado (Tabela 2).

Ainda, é possível referir que esse déficit em relação às necessidades de leitos tende a ser maior quando observam-se apenas os leitos disponíveis ao SUS. No caso dos leitos pediátricos a necessidade de leitos seria de 1.646 e são ofertados apenas 658 leitos SUS, uma diferença de -60% entre o que seria necessário e a oferta observada.

Tabela 2- Necessidade, oferta, concentração por 1.000 habitantes e cobertura potencial de leitos por área especializada SUS e não SUS, Região Metropolitana de Salvador - BA, 2017.

Área Especializada	Nec.leitos/ mil hab ¹	Total leitos ²	Leitos/ mil hab.	Cobertura Leitos	Leitos SUS ²	Leitos SUS/ mil hab	Cobertura Leitos SUS
Cirúrgica	0,44	2595	0,64	146,9	1688	0,55	126,0
Clínica Médica	0,78	2801	0,69	89,4	2044	0,67	86,1
Crônico	0,16	447	0,11	69,6	447	0,15	91,7
Obstétrica	0,28	846	0,21	75,2	639	0,21	74,9
Pediátrica	0,41	827	0,20	50,2	658	0,22	52,7
Psiquiátrica	0,45	491	0,12	27,2	256	0,08	18,7
Reabilitação	0,14	144	0,03	25,6	107	0,04	25,1
Tisiologia	0,01	62	0,01	154,4	62	0,02	203,6
Psi Hospital Dia	0,08	218	0,05	67,9	1	0,00	0,4

Fontes: ¹PM nº 1.101/02; ²CNES/DATASUS, julho/2017; IBGE- população total (4.015.205) e população de usuários exclusivamente SUS (3.045.088).

O MS definiu em portaria os parâmetros mínimos a serem considerados na distribuição de leitos pelo País para o bom atendimento da população. À época, a norma (PM nº 1.101/2002) preconizava que deveria existir de 2,5 a 3 leitos hospitalares para cada grupo de mil habitantes. De acordo com esta norma observa-se que a RMS, no que se refere aos leitos SUS, está com oferta abaixo do parâmetro mínimo com 2,3/1000hab/ano. Contudo, quando somados aos leitos privados, alcançam 2,7 leitos hospitalares totais para cada mil habitantes (Tabela 3).

Tabela 3 - Oferta, concentração por 1.000 habitantes e cobertura potencial de leitos hospitalares totais SUS e não SUS, Região Metropolitana de Salvador - BA, 2017.

Municípios	População total ¹	Nº Leitos ²	Leitos /mil hab	Cobertura leitos totais	População SUS	Nº Leitos SUS ²	Leitos SUS/mil hab	Cobertura leitos SUS
Salvador	2.953.986	7.896	2,7	89,1	2.159.433	6.069	28	93,7
RMS	4.015.205	10.820	2,7	89,8	3.045.088	6.960	2,3	76,2

Fontes: ¹IBGE - Estimativa populacional de 2017; ²CNES/DATASUS, julho/2017; ANS, junho/2017. Foi utilizado para o cálculo da cobertura potencial o padrão de 3/1.000 hab/ano proposto pela Portaria nº 1.101/2002.

No que se refere à oferta de leitos de UTI, de acordo com a PM nº 1.101/2002, calcula-se, em média, a necessidade de 4% a 10% do total de leitos hospitalares (média para municípios grandes, regiões, etc.). Já a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB)¹⁰ aponta como proporção ideal um índice de 1 a 3 leitos de UTI para cada 10 mil habitantes. Na RMS, a razão de leitos SUS pela população destinados ao cuidado intensivo (UTI) mostrou que havia 2,0 leitos/10.000hab/ano, com cobertura potencial de 65,5%. Percebe-se que a oferta de leitos de UTI satisfaz em torno de 11% do total de leitos hospitalares (10.820). Entretanto, os leitos destinados ao SUS representam menos da metade dos leitos de UTI existentes. Salvador concentra 93,6% dos leitos de UTI, e os 6,4% restantes estão distribuídos entre os municípios de Lauro de Freitas, Candeias e Camaçari (Tabela 4).

Tabela 4 – Oferta, concentração por 10.000 habitantes e cobertura de leitos UTI¹¹ SUS e não SUS, Região Metropolitana de Salvador - BA, 2017.

Municípios	População total ¹	Nº Leitos UTP ²	Leitos/ 10 mil hab	Cobertura leitos totais	População SUS	Nº Leitos SUS ²	Leitos SUS/10 mil hab	Cobertura leitos SUS
Salvador	2.953.986	1.184	4,0	134	2.159.433	562	2,6	86,8
RMS	4.015.205	1.265	3,2	105	3.045.088	598	2,0	65,5

Fontes: ¹IBGE - Estimativa populacional 2017; ²CNES/DATASUS- Competência julho/2017; ANS, junho/2017. Foi utilizado para o cálculo da cobertura potencial o padrão de 3/10.000 hab/ano proposto pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira.

¹⁰ Portal do Conselho Federal de Medicina (Levantamento do CFM em 2018).

¹¹ Leitos complementares: UTI adulto I, UTI adulto II, UTI adulto III, UTI infantil I, UTI infantil II, UTI infantil III, UTI neonatal I, UTI neonatal II, UTI neonatal III, UTI de Queimados, UTI coronariana tipo II -UCO tipo II, UTI coronariana tipo III - UCO tipo III.

c) Equipamentos

A capacidade de oferta dos equipamentos analisados mostra-se acima do preconizado. Entretanto, tem-se a concentração desses equipamentos no setor privado, o que pode dificultar o acesso da população.

Quanto ao ultrassom convencional o cálculo da necessidade estimada para a população da RMS chegou-se ao número de 199 equipamentos. Contudo, existem 288 equipamentos de ultrassonografia distribuídos entre os municípios da região, sendo que apenas 87 deles atende ao SUS. Uma capacidade de cobertura SUS de 57,6% na oferta desse equipamento, sendo que Salvador concentra 68,8% dos equipamentos existentes e 51,7% dos que estão disponíveis ao SUS.

A oferta pública dos equipamentos de ressonância magnética é satisfatória em relação a necessidade estimada para população da região. Apesar da alocação deste equipamento precisar garantir o acesso dos usuários aos exames, com o tempo máximo de deslocamento de 60 minutos ou 30 Km, somente os municípios de Camaçari, Lauro de Freitas e Salvador dispõem dos mesmos. Cerca de 89% dos equipamentos existentes e 95% dos que estão disponíveis ao SUS encontram-se em Salvador (Tabela 5).

Já a oferta e disponibilidade do tomógrafo computadorizado é estimada com base no critério geográfico com área de cobertura máxima de um raio de 75 km ou município com população maior que 100 mil habitantes, sendo esse último abordado nesta análise. Assim, na RMS há 5 municípios que têm população acima de 100 mil habitantes e dentre estes, apenas Simões Filho não dispõe de tomógrafos. Por sua vez, Salvador concentra 84,7% dos equipamentos existentes e 90% dos que estão disponíveis ao SUS. Ao comparar a oferta na RMS com a necessidade estimada recomendada pela portaria, que é de 40 tomógrafos para o total de habitantes, verifica-se que há suficiência dos equipamentos considerando os que atendem ao SUS, e o dobro do necessário se somar com os equipamentos ofertados pelo setor privado (Tabela 5).

Tabela 5 – Necessidade, oferta e cobertura de equipamentos de diagnóstico por imagem SUS e não SUS, Região Metropolitana de Salvador - BA, 2017.

Equipamentos	¹Necessidade	N^oEquip.	Cobertura		²N^oEquip. SUS	Cobertura SUS
			Total	Necessidade		
Tomógrafo						
Computadorizado	40	85	212,5	30	40	133,3
Ultrassom convencional	199	288	144,7	151	87	57,6
Ressonância Magnética	24	57	237,5	18	21	116,7

Fonte: ¹PM nº1.631/15. ²CNES/DATASUS-julho/2017. IBGE- Estimativa populacional em 2017 (4.015.205) e população de usuários que exclusivamente SUS (3.045.088).

d) Profissionais médicos

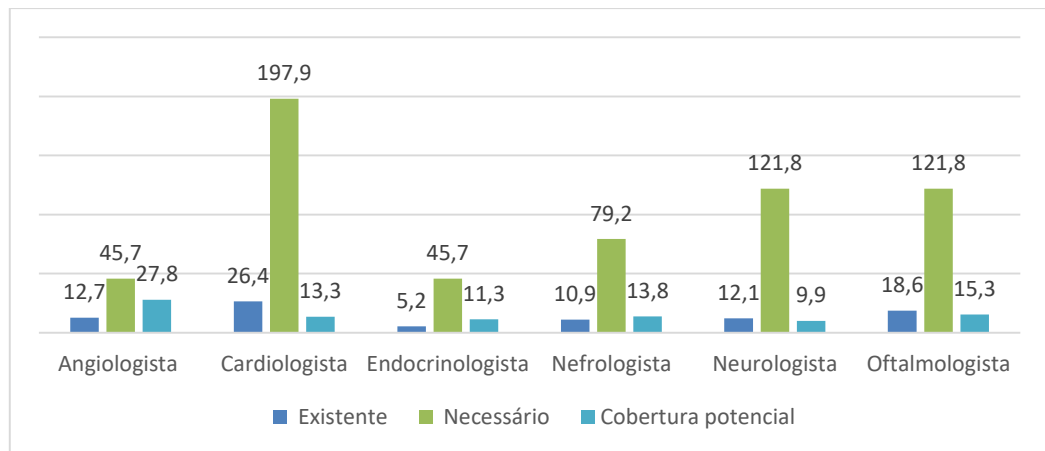
A RMS possui 2.613 profissionais médicos das especialidades analisadas pelo estudo (angiologista, cardiologista, endocrinologista, nefrologista, neurologista e oftalmologista), cadastrados em estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, estando 76,4% destes lotados na alta complexidade (Apêndice A – Tabela 14). O que é compreensível nesta situação tendo em vista a presença de hospitais em 12 dos municípios que compõe a região.

Somente nos municípios de Camaçari, Candeias, Lauro de Freitas e Salvador há médicos de todas as especialidades selecionadas, sendo que o maior percentual se refere ao médico cardiologista (30,7%), seguido por oftalmologista (21,7%), angiologista (14,8%), neurologista (14,0%), nefrologista (12,7%) e endocrinologista (6,0%) (Apêndice A- Gráfico 4).

A respeito dos tipos de vínculo da categoria médica nas especialidades estudadas, observa-se que em Salvador há predominância de contratos de Pessoa Jurídica seguido por Pessoa Física, enquanto nos municípios mais afastados dos grandes centros urbanos há maior proporção de contratos temporários e de outros tipos de vínculos empregatícios (Apêndice A- Tabela 15). Esse cenário apresenta instabilidade para a manutenção desses profissionais na rede de atenção à saúde.

Quanto à oferta de médicos na RMS vinculados a estabelecimentos que atendem ao SUS, foi observado um deficit geral em todas as especialidades analisadas, especialmente em Cardiologia. Cabe ressaltar a oferta inferior a 10/100.000 habitantes na especialidade de endocrinologia, quando o quantitativo de médicos necessários seria de 45,7 (Gráfico 3).

Gráfico 3- Oferta, necessidade de médicos especialistas por 100.000 habitantes e cobertura potencial na Região Metropolitana de Salvador - BA, 2017.



*Cálculo realizado com base nos parâmetros relativos ao quantitativo de médicos especialistas da PM nº 1.631/15. Fonte: CNES/DATASUS, julho/2017.

Para a estimativa da cobertura potencial de médicos, de acordo com as especialidades, foi utilizada a população potencialmente usuária do SUS da RMS, tendo em vista que o quantitativo de médicos se refere aos que atendem em estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS. Entretanto, reconhecendo que no Brasil o direito à saúde é constitucional, a cobertura potencial pode ser ainda menor do que a que foi apresentada.

e) Consultas

A análise da produção ambulatorial no período de 2012 a 2013, revelou que houve redução de 25,8% na realização de consultas especializadas no município de Salvador. No aspecto global, ocorreram pequenas variações entre os anos, porém chama a atenção a produção de consultas em oftalmologia no ano de 2012, e um certo equilíbrio entre 2013 e 2017. E o expressivo aumento nas consultas de nefrologia entre 2016 e 2017. As consultas de angiologia reduziram-se ao longo dos anos estudados, com exceção de 2015 (Tabela 6).

Em relação aos parâmetros para necessidade de consultas médicas por 100.000 habitantes, a especialidade que apresentou o maior déficit percentual de consultas foi neurologia, chegando a 79% em 2013. As consultas de angiologia e cardiologia apresentaram-se também deficitárias ao longo de todos os anos estudados, já endocrinologia recuperou o crescimento nos últimos anos. Vale destacar que em 2017 a produção de consultas em

nefrologia, cujo histórico é de insuficiência, excedeu o quantitativo necessário em 280%, superando até mesmo as consultas em oftalmologia que apresentou tendência de alta produção (Tabela 6).

Tabela 6 - Número de consultas médicas por especialistas e diferença percentual em relação ao parâmetro*, Salvador - BA, entre os anos de 2012 a 2017.

Ano	Angiologista		Cardiologista		Endocrinologista		Neurologista		Nefrologista		Oftalmologista	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2012	1088	-36,0	4887	-19	2727	9	1907	-71	962	-40	11894	376
2013	899	-47,1	4404	-27	1737	-31	1371	-79	714	-55	8277	231
2014	766	-54,9	4141	-31	1821	-27	1429	-78	732	-54	7741	210
2015	819	-51,8	4082	-32	2177	-13	1449	-78	737	-54	7804	212
2016	660	-61,2	3972	-34	2505	0	1682	-74	818	-49	7852	214
2017	781	-54,1	4602	-23	2885	15	2072	-68	6072	280	7508	200

*Cálculo realizado com base nos parâmetros relativos ao quantitativo de consultas especializadas da PM nº 1.631/15 (Angiologista-1.700, Cardiologista-6.000, Endocrinologista-2.500, Neurologista -6.500, Nefrologista-1.600, Oftalmologista- 2.500, por 100.000 habitantes)

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

6 DISCUSSÃO

O presente estudo destaca a insuficiência da rede para atender as necessidades de serviços de saúde da população, expondo como uma das principais dificuldades os problemas relacionados à infraestrutura, sobretudo do SUS. Na RMS a oferta de serviços de saúde na atenção especializada e hospitalar apresenta desigualdade de distribuição, que resulta, por um lado, do maior adensamento tecnológico nos grandes centros, e por outro de lacunas assistenciais nos municípios com menos recursos. Além disso, percebe-se uma elevada proporção da oferta de serviços ao SUS por meio de organizações de natureza particular, e a não complementariedade entre os subsistemas de saúde público e privado. Assim, a despeito de Salvador concentrar quase toda a oferta de serviços de saúde da região (82,7%), apenas 9,3% dos estabelecimentos de saúde existentes no município estão disponíveis ao SUS.

Em termos de assistência hospitalar se nota o aumento de hospitais públicos de pequeno e médio portes na esfera municipal, e com os incentivos federais e estaduais à criação de leitos em hospitais de grande porte. Já os privados, seguem uma lógica típica de mercado, e mesmo quando conveniados ao SUS, apresentam uma tendência a concentrar-se em espaços com melhores rentabilidades (COELHO, 2012).

Em que pese a existência de hospitais públicos em todos os municípios da RMS, (exceto Vera Cruz), cabe ressaltar o pequeno porte desses estabelecimentos e baixa capacidade resolutiva nos municípios menores, especialmente dos que se encontram sob a gestão municipal e que representam 71,4% dos Hospitais de Pequeno Porte (HPP) da RMS. Já os estabelecimentos que têm contrato/convênio com a gestão estadual são predominantemente de médio e grande porte, embora a maioria destes possuam menos que 100 leitos. As informações analisadas demonstram que apenas 28% dos leitos na RMS estão em hospitais de grande porte e porte especial, considerados como mais eficientes e com maior adensamento de tecnologia dura.

Política nacional¹² vem buscando incrementar um novo modelo de organização e financiamento para pequenos hospitais públicos e filantrópicos brasileiros, que possuam entre 5 e 30 leitos de internação cadastrados no CNES, redefinindo o papel assistencial destes estabelecimentos no SUS para conferir maior resolutividade às suas ações e favorecer o processo de descentralização e de regionalização com a organização de redes de atenção à saúde, garantindo o acesso qualificado aos serviços e a continuidade da atenção prestada na atenção básica e média complexidade (BRASIL, 2017).

Do ponto de vista do debate de como incorporar tecnologia e tornar resolutivo pequenos hospitais, de menos de 50 leitos, que em geral contam com poucos profissionais médicos e cobrem pequenos contingentes populacionais, Coelho (2012) discute três estratégias que vem sendo pensadas, quais sejam: 1) fechar estes pequenos hospitais ou fundi-los em hospitais maiores; 2) definir o papel destes hospitais no sistema de saúde conformando-lhes um patamar mínimo de complexidade, em termos de número de leitos, apoio diagnóstico e clínicas; 3) articular estes hospitais em rede com outros hospitais mais complexos que lhes possam servir de retaguarda.

Todas as alternativas citadas encontram obstáculos e, para o autor, a solução consiste em revisar as políticas de descentralização e ampliar os investimentos para a construção de hospitais de maior porte pelos Estados ou pela União, estruturando assim, redes de caráter regional com altos níveis de complexidade que poderão se articular a este grande parque de hospitais de menor porte, com funções e compartilhamento de responsabilidades bem definidos (COELHO, 2012).

Já o relatório elaborado pelo grupo do Banco Mundial (2017), destaca a necessidade de algumas reformas estratégicas para oferecer mais e melhores serviços de saúde. A começar pela

¹² Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte através da Portaria GM/MS nº 1.044/2004.

racionalização da rede de prestação de serviços, especialmente a rede hospitalar, visando atingir um melhor equilíbrio entre acesso e escala (eficiência). Mais especificamente, reduzindo o número de hospitais de pequeno porte (que não são eficientes em termos de custos) e adotando modelos de gestão mais eficientes. Ademais, sugere a melhor integração dos vários níveis de prestação de serviços, e a oferta de incentivos para impulsionar a produtividade dos profissionais de saúde e alinhar os mecanismos de pagamento dos provedores aos custos efetivos (WORLD BANK, 2017).

No entanto, segundo Campos (2018) não se deve analisar a eficiência da rede hospitalar apenas com base em indicadores de produtividade, desconsiderando o conjunto de benefícios em relação ao acesso e inclusão das pessoas. Nesse sentido, defende que a solução para a maioria dos pequenos hospitais, presentes em milhares de municípios e periferia de regiões metropolitanas, seria sua transformação em unidades mistas, integrando, no mesmo serviço, urgência/emergência, SADT básico, maternidade, etc. Assim, assegurando maior cobertura populacional com grande racionalidade assistencial e financeira.

A questão do crescimento do número de hospitais acompanhado com a diminuição do número de leitos, foi apontada por Braga Neto et al. (2012) que consideram a equação um paradoxo e o grande desafio para o futuro da atenção e gestão hospitalar no Brasil. No que se refere à rede hospitalar instalada no Brasil, no período de 2008 a 2010, quanto aos arranjos de financiamento adotados e ao grau de compartilhamento, Machado et al (2015) revelam que a oferta de leitos é maior para a população beneficiária de planos de saúde quando comparada à população usuária exclusivamente do SUS. Mais especificamente discutindo a oferta dos leitos de UTI, no mesmo período, os autores apontam que as regiões Norte e Nordeste não atingem o patamar mínimo (4% do total de leitos existentes), enquanto o Brasil alcança, na média, o mínimo de leitos de UTI estimados pelo MS. Ainda de acordo com o estudo, a razão entre número de leitos totais e população na Bahia e no Brasil é de 2,1 e 2,6, respectivamente.

Na RMS a razão de leitos hospitalares totais para cada mil habitantes, em 2017, é de 2,7, superior ao limite mínimo (>2,5) preconizado pelo MS. Com base apenas nas disposições normativas sobre a necessidade de leitos, é possível dizer que não faltam leitos na região. Entretanto, mesmo considerando uma cobertura de Planos de Saúde de aproximadamente 24% da população, a oferta de leitos hospitalares para o SUS, na RMS, não atende as necessidades da população potencialmente usuária, apresentando razão de 2,3 leitos por mil habitantes. Ademais, a proporção de hospitais de menor porte e menor complexidade no âmbito do SUS,

assim como a disponibilidade e a distribuição dos leitos para as populações SUS e não SUS, indicam agravamento das iniquidades e da segmentação no sistema de saúde.

Quanto aos leitos de UTI, em 2017, Salvador apresenta a razão de 4,0 leitos de UTI por 10 mil habitantes, maior do que na RMS, sendo que menos da metade destes estão disponíveis ao SUS (1,9). O resultado é semelhante ao exposto pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) que mapeou a distribuição dos leitos de UTI entre os estados e as capitais. Segundo o levantamento realizado em 2018, Salvador apresenta 4,1 leitos por 10 mil habitantes, e 1,9 considerando os leitos SUS. Na Bahia a razão de leitos de UTI por habitante/ano é de 1,3 e 0,6 leitos SUS, enquanto o País conta com 2,1 leitos de UTI e 1,0 leitos SUS por 10 mil habitantes (CFM, 2018).

O texto elaborado pelo CFM alerta ainda sobre a concentração dos leitos nas capitais do Brasil. Entre as Regiões Metropolitanas, observa-se que 68% dos leitos de UTI do SUS e 80% dos leitos da rede privada e suplementar estão concentrados nestas áreas. A análise confere com o observado na RMS, em que a capital concentra 93,6% dos leitos de UTI existentes (CFM, 2018).

O mesmo ocorre com os leitos de longa permanência, especialmente em Psiquiatria que praticamente toda a oferta disponível ao SUS (52,1%) está centralizada em hospitais de Salvador. Essa situação pode estar causando a desassistência aos pacientes com transtornos mentais nos locais com baixa quantidade de leitos, sobretudo, aqueles que dependem dos serviços públicos.

A redução de leitos psiquiátricos no País é decorrente da Política de Saúde Mental (Lei 10.216/2001) que tem como uma de suas principais diretrizes a reestruturação da assistência hospitalar psiquiátrica, objetivando uma redução gradual, programada e pactuada dos leitos psiquiátricos de baixa qualidade hospitalar (BRASIL, 2011). Entretanto, além da resistência dos donos de hospitais privados voltados para o lucro, o orçamento do MS destinado a saúde mental (entre 2,2 e 2,9 dos gastos totais com a saúde) é escasso (DUARTE; GARCIA, 2013).

No que tange à produção ambulatorial em Salvador, nas especialidades selecionadas, constataram-se déficits, especialmente nas consultas em neurologia. O número de consultas oftalmológicas, todavia, superou os parâmetros recomendados em todos os anos da série. Uma hipótese explicativa a ser considerada é a utilização da especialidade por todas as faixas etárias, além da prática de mutirões, a organização de atividades campanhistas e a existência de projetos

específicos de oftalmologia, como o Projeto Olhar Brasil¹³, podendo a alta produção nessa especialidade ser resultado dessas ações.

Do mesmo modo, a oferta de profissionais médicos cadastrados em estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS não é suficiente para atender às necessidades da população, e além do mais, estão lotados, em maior percentual, na alta complexidade. Outro problema observado refere-se à multiplicidade de formas de contratação com predominância de contratos de pessoa física e jurídica na capital, e de contratos temporários e outros tipos de vínculos empregatícios nos municípios mais afastados dos grandes centros urbanos. Esse cenário resulta da política de recursos humanos centrada na incorporação das terceirizações com diferentes números e formas de adoção entre os entes federados, o que exige uma nova postura do gestor para lidar com os distintos tipos de contrato, e, conseqüentemente, com as variações nos salários, benefícios, direitos, que implica em dificuldades para a contratação, manutenção e motivação dos profissionais.

A estimativa de cobertura encontrou superávit na oferta dos equipamentos de diagnose selecionados. Entretanto, os que atendem ao SUS representam metade ou menos do total existente, e além disso estão concentrados em Salvador (90% dos tomógrafos, 51,7% dos ultrassons convencionais, 95% das ressonâncias magnéticas), principalmente em prestadores privados. Essa condição pode refletir no aumento da realização de procedimentos desnecessários, visto que o setor privado está em busca de lucros e a organização do SUS sofre influências devido a elevada compra de serviços.

A alocação de equipamentos de diagnose, para além dos parâmetros quantitativos, deve levar em consideração sua acessibilidade. Ou seja, o deslocamento dos usuários residentes em outros bairros, a distância a ser percorrida, o tempo despendido, o custo, etc. Por se tratar de municípios pequenos, em sua maioria, com rede de serviços escassos, a preocupação consiste em estabelecer redes solidárias, devendo os serviços ser providos em municípios da mesma Região de Saúde ou mesmo de outras regiões, de modo a garantir a possibilidade de atendimento para todos aqueles que deles necessitam, no tempo adequado, para o alcance dos melhores resultados de saúde.

Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) as ações e procedimentos considerados de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar se

¹³ É um projeto em parceria dos ministérios da Saúde e da Educação, que tem como objetivo identificar e corrigir problemas visuais relacionados à refração e garantir assistência integral em oftalmologia para os casos em que forem diagnosticadas outras doenças que necessitem de intervenções. Visa contribuir para a redução das taxas de repetência e evasão escolares e facilitar o acesso da população à consulta oftalmológica e a óculos corretivos. O Projeto foi redefinido pela Portaria Interministerial nº 2.299/MS/ MEC, de 3 de outubro de 2012.

constituem em um importante elenco de responsabilidades para os gestores, e que requer a adoção de critérios para a organização dessas ações, conforme o princípio de “regionalização”, a fim de garantir a resolutividade e integralidade da assistência aos cidadãos. Entretanto, na maior parte dos estados brasileiros, esses procedimentos foram historicamente contratados/conveniados junto aos serviços de saúde, sejam privados com fins lucrativos, sejam filantrópicos ou universitários, conforme a oferta dos prestadores. Por sua vez, o acesso para a população sempre dependeu da procura espontânea e voluntária dos pacientes. Situação está que dificulta a alocação racional de serviços e equipamentos de saúde, criando desigualdades regionais, até hoje ainda não resolvidas (BRASIL, 2011).

No intuito de solucionar as dificuldades da realização de procedimentos de maior complexidade, alguns municípios construíram seus sistemas de saúde autônomos, expandindo a rede sem articulação regional. A opção pelo municipalismo levou a uma grande ineficiência, tanto interna como de escala, com serviços de saúde mal dimensionados para as necessidades da população, que se tornam ociosos, custosos e inviáveis técnica e financeiramente (MENDES, 2010). Na RMS os instrumentos de planejamento urbano (envolvendo cada município), quando existem, são fragilizados e dissociados de um planejamento metropolitano, já que este é, praticamente nulo (SILVA et al., 2015).

Embora as necessidades de saúde devam ser o grande balizador para a reorganização dos modelos de atenção e dos sistemas municipais e regionais de saúde, não se pode perder de vista, entretanto, que as necessidades de saúde são construídas histórica e socialmente, e que os critérios, processos e técnicas de definição das necessidades de serviços de saúde se estabelecem em um campo de forças de interesses distintos (PAIM, 1980). Nesse sentido, é relevante a discussão sobre o significado de padrões e técnicas disponíveis para estimar as necessidades de atendimento da população e averiguar se a magnitude da oferta atende as mesmas.

A dificuldade em utilizar parâmetros técnicos para o levantamento de necessidades de serviços e ações de saúde encontra-se, em muitos casos, em como estes são elaborados, cujas bases científicas nem sempre são explicitadas, e por vezes, são fundamentados em modelos internacionais, com dados da OMS e da OPAS, ou em regiões e serviços de saúde com realidades epidemiológicas e sociais bastante distintas daquelas em que são aplicados. Logo, os parâmetros apresentam limitações para orientar o planejador quanto às necessidades de saúde da população, assim como da oferta de serviços existentes e sua capacidade de atendimento (BRASIL, 2011).

A Portaria GM/MS 1.631/15 ao revisar os parâmetros de planejamento e programação das ações e serviços de saúde buscou definir aproximações às necessidades de saúde da população, com base em métodos epidemiológicos, qualitativos e comparativos para a descrição dos problemas de saúde de uma população. Proposições de parâmetros anteriores tiveram caráter restritivo ou "racionalizador" de recursos, delimitados pela capacidade de financiamento da época, funcionando como limites forçados simplesmente pelo ajuste dos valores das séries temporais da oferta dos serviços (BRASIL, 2015).

Para o planejamento, programação e priorização das ações de saúde se deve levar em conta as recomendações desenvolvidas a partir da medicina baseada em evidências e buscar a elaboração de protocolos clínicos que indiquem os principais procedimentos diagnósticos e terapêuticos para as doenças mais comuns (BRASIL, 2011). Outro fator importante a se avaliar é a questão da mudança do perfil epidemiológico e demográfico da população. Na RMS o processo de transição demográfica tem levado a uma população de perfil envelhecido e com ritmo de crescimento baixo. Em 2001, registrou um índice de envelhecimento de 17,3%, ao passo que, em 2015, esse índice aumentou para 40,2% (SEI Demografia, 2015).

Nos países em desenvolvimento, o crescimento da população idosa, associada ao aumento da expectativa de vida e a mudanças no estilo de vida tem gerado alterações no padrão de morbidade e mortalidade, levando a um aumento significativo no número de doenças crônicas não transmissíveis, gerando mudanças nos padrões de utilização dos serviços de saúde e conseqüentemente ampliação dos gastos, pois é necessária a incorporação tecnológica para tratamentos dessas doenças (MIRANDA, 2016).

A assistência à saúde no Brasil se configura como uma dupla institucionalidade, cujas fronteiras entre o público e o privado se tornam cada vez menos demarcadas, com uma rede majoritariamente mista e partilhada, repleta de disputas e contradições, chegando a uma situação de subversão do interesse público em saúde. Portanto, não se trata de um *mix* privado/público configurado a partir de regras claras e precisas que definam os espaços respectivos de atuação do mercado e do Estado e as formas de relacionamento entre os dois campos de ação (MENICUCCI, 2007).

No Brasil, 54% do gasto em saúde é privado, cujo setor atende apenas 25% da população, enquanto a maioria depende exclusivamente do SUS (CAMPOS, 2018). Na RMS, por exemplo, se observa a predominância do setor privado na oferta de serviços de saúde tanto da atenção ambulatorial especializada quanto hospitalar, não estando disponíveis ao SUS 89,3% das unidades que prestam serviços especializados e 54,3% dos hospitais. Na capital 90,7% das

unidades de saúde existentes não atendem ao SUS, evidenciando uma ampla desigualdade na disponibilidade de oferta entre usuários do SUS e beneficiários de planos e seguros privados de saúde.

Tais achados coadunam-se às preocupações de Viacava et al. (2018) que analisam dados relativos à evolução da rede assistencial no Brasil, e sua classificação nos segmentos público ou privado. Em 2017, os autores constataam a preponderância do setor privado em unidades de SADT (93,7%), no conjunto de clínicas especializadas/ambulatórios especializados, policlínicas e unidades mistas (86,8%), e nos hospitais públicos (64,2%). Enquanto nos prontos-socorros há predomínio do setor público, embora o atendimento em certos estabelecimentos privados também esteja direcionado ao SUS.

Vale lembrar, entretanto, que os clientes de planos de saúde também têm a possibilidade de utilizar o SUS para suprir as lacunas nas coberturas dos pacotes de serviços vendidos pelas empresas, especialmente no que se refere a tratamentos de alto custo como hemodiálise, transplantes, etc. Desse modo, o SUS funciona como uma espécie de resseguro para a saúde suplementar, o que configura outra forma de subsídio público (SESTELO, 2018).

A renúncia fiscal praticada pelo governo, ao conceder aos clientes de planos de saúde, sejam pessoas físicas ou jurídicas, o direito de deduzir do imposto de renda a pagar os gastos integrais com as mensalidades das operadoras de planos, atenua o caráter regressivo do esquema de intermediação assistencial. Além dos subsídios aos seguros privados de saúde, o Estado também desonera impostos e contribuições da indústria farmacêutica e de hospitais filantrópicos (SESTELO, 2018).

Estender a política centrada no mercado e em seguros privados para todo o povo, não é viável, financeira e socialmente (CAMPOS, 2018). A lógica mercantil que rege o esquema de intermediação assistencial pelo conjunto de empresas é bem distinta da lógica sanitária. Esta última se baseia no princípio de que o acesso aos serviços de saúde deve ser determinado pelas necessidades de saúde do usuário e não por sua capacidade de pagamento. Dentro da lógica mercantil são diversos os mecanismos que impõem barreiras de acesso, a exemplo da co-participação, com a cobrança de taxas ou franquias pela utilização dos serviços, fundamenta na ideologia de segmentação sócio-ocupacional da demanda e na organização da oferta segundo a capacidade de pagamento do usuário (SESTELO, 2018).

A adequação da oferta às necessidades da população exige que haja investimentos para a expansão e reorganização da oferta de serviços de saúde. Entretanto, o Brasil possui uma história de subfinanciamento crônico, tendo recursos da seguridade social desviados para outros

fins, desde à aprovação da reforma tributária que criou a Desvinculação das Receitas de União (DRU). Além disso, o gasto público com saúde é inferior a participação do gasto privado, o que não é compatível com um sistema universal e de atendimento integral, até mesmo quando comparado aos de outros países (MELO, 2017).

Mais recentemente, com a Emenda Constitucional 95/2016, que restringe os gastos públicos por até 20 anos, especialistas acreditam que haverá um comprometimento do acesso e qualidade dos bens e serviços à população brasileira ao longo desse período, uma vez que o país vive uma transição demográfica acelerada. A população de pessoas de mais de 65 anos dobrará nos próximos anos, crescendo as despesas previdenciárias e os custos do SUS. A redução dos gastos com saúde e com políticas sociais, de uma forma geral, afetará os grupos sociais mais vulneráveis, contribuindo para o aumento das desigualdades sociais e para a não efetivação do direito à saúde no país (VIEIRA E BENEVIDES, 2016).

Questões como o subfinanciamento, a promíscua relação entre os setores público e privado, e as desigualdades que persistem no sistema de saúde brasileiro, reforçam a necessária mobilização política a fim de garantir ao SUS sua sustentabilidade política, econômica, científica e tecnológica (PAIM et al., 2011).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise sobre a oferta de serviços de saúde na atenção especializada e hospitalar na RMS, demonstra que são necessários investimentos para ampliação da rede, sobretudo do SUS, e o alinhamento de esforços para adequação às necessidades de serviços de saúde da população. Os achados deste estudo podem contribuir especialmente no âmbito da organização da rede de serviços na RMS, visando auxiliar no planejamento em saúde, bem como dar maior visibilidade ao controle social a ser exercido pela população.

Destacam-se como principais limites deste estudo a incompletude de informações das bases de dados, as diferentes cargas horárias cadastradas no CNES, assim como a desatualização da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) no DATASUS. Outro aspecto que vale ressaltar é que na investigação da produção ambulatorial, por local de atendimento, não foram levadas em consideração as pactuações de Salvador, o que reduziria de forma significativa a cobertura apresentada, principalmente pela concentração de especialidades médicas no Estado.

Sugere-se que sejam feitos estudos mais aprofundados sobre a oferta de outros equipamentos hospitalares (centro cirúrgico, UTI, etc). Também devem ser consideradas outras dimensões do desempenho do sistema de saúde, como acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência, qualidade dos cuidados prestados, bem como sua equidade.

Cabe destacar, ainda, a necessidade do contínuo aperfeiçoamento dos critérios e parâmetros e referenciais quantitativos que devem orientar as estimativas de necessidades de saúde da população brasileira, que deem conta da enorme complexidade inerente ao perfil econômico, demográfico e epidemiológico das regiões brasileiras, marcado pelas profundas desigualdades sociais, que refletem diretamente nos níveis de saúde e bem estar de seus habitantes, balizando sempre o desenvolvimento harmônico entre as Regiões de Saúde numa perspectiva universal e igualitária.

8 REFERÊNCIAS

ARANTES, L.L. Um estudo sobre parâmetros para a oferta de serviços de saúde: dimensionamento nos planos de assistência à saúde. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2004.

BAHIA, L. ; SHEFFER, M.; DAL POZ, M. ; TRAVASSOS, C. Planos privados de saúde com coberturas restritas : atualização da agenda privatizante no contexto da crise política e econômica no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 32(12)e00185616 2016.

BRAGA NETO, F. C.; BARBOSA, P. R.; SANTOS, I. S. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: Giovanella, Lídia (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, p. 577-608.

BRASIL. Ministério da Saúde, Portaria nº 1.631, 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. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.044, 1º de junho de 2004. Institui a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, de 02 de junho de 2004, Seção 1, p. 1

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento. Glossário temático: economia da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento. – 3. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 92 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. 223 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 4)

_____. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. *Diário Oficial da União*, de 14 de setembro de 2000. Brasília, 2000.

_____. Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que específica. *Diário Oficial da União*, de 18 de março de 2015. Brasília, 2015a.
Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017. *Anexo XXIII*
Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte (Origem: PRT MS/GM 1044/2004)

_____. Casa Civil. 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. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2011.

_____. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, DF, 2016.

_____. Ministério da Saúde (MS). *CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. Brasília. [acessado 2017 Jul]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>

_____. Ministério da Saúde (MS). *Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)*. Brasília. [acessado 2017 Jul]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>

CARDOSO, M. O; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Avaliação da cobertura da atenção básica à saúde em Salvador, Bahia, Brasil (2000 a 2007). *Cad. Saúde Pública* [online]. vol.28, n.7, pp.1273-1284, 2012.

CAMPOS, G. W. S. SUS: o que e como fazer?. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2018, v. 23, n. 6 [Acessado 1 Junho 2019] , pp. 1707-1714. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05582018>>. ISSN 1678-4561.

CHAVES, S. C. L et al. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27(1):143-154, jan, 2011

COELHO, I. B. Os hospitais na reforma sanitária brasileira. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - UNICAMP, 2012

CUNHA, A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Acessibilidade a serviços de saúde em um município em gestão plena do Sistema Municipal. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2010, v. 6 n. 24, p.725-737

DONABEDIAN, A. The assessment of need. In: DONABEDIAN, A.(Ed). *Aspects of medical care administration*. Cambridge: Havard University Press: 1973

DUARTE, S. L.; GARCIA, M. L. T. Reforma psiquiátrica: trajetória de redução dos leitos psiquiátricos no Brasil. *Emancipação*, v. 13, n. 1, p. 39-54, 2013.

GUIMARÃES, C; AMARAL, P; SIMÕES, E. Rede Urbana da Oferta de Serviços de Saúde: uma análise multivariada macro regional - Brasil, 2002. In: XV ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS - ABEP, Caxambú - MG, 2006.

LOBATO, L. V. C; GIOVANELLA, L. “Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica”. In: GIOVANELLA, L, ESCOREL, S, LOBATO, L.V.C (orgs) et al. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2 ed., rev., amp; 2012. p. 89-120.

MACHADO, J. P; MARTINS, M.; LEITE, I. C. O mix público-privado e os arranjos de financiamento hospitalar no Brasil. *Saúde em Debate*, v. 39, n. especial, p. 39-50, dez. 2015.

MENICUCCI, T. M. G. *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil - atores, processos e trajetória* [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. 320p.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, Aug. 2010.

MELO, G. B. T. Análise da suficiência de consultas especializadas no município do Recife – PE. Monografia (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife; 2012.

MELO, M. F. G. C. de. Relações público-privadas no sistema de saúde brasileiro. Tese (doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Economia. Campinas, São Paulo, 2017. 206p.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n3/1809-9823-rbgg-19-03-00507.pdf>>. Acesso em: 02 mai. 2019.

PAIM, J. S. As Ambigüidades da Noção de Necessidades de Saúde. *Revista Planejamento*, v. 8, n.1/2, p. 39-46, 1980.

PAIM, J; TRAVASSOS, C; ALMEIDA, C; BAHIA, L; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, [online], 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_1.pdf

PAIM, J. S. ALMEIDA-FILHO, N.de. Análise da situação de saúde: o que são necessidades e problemas de saúde? In: PAIM, J. S. ALMEIDA-FILHO, N.de (Orgs.). *Saúde coletiva: teoria e prática*. 1 ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014, p. 29-39.

SANTOS, J. A. P. et al. Oferta da Fonoaudiologia na rede pública municipal de saúde nas capitais do Nordeste do Brasil. *Audiol., Commun. Res.* [online]. 2017, vol.22, e1665. Epub, 2017. ISSN 2317-6431. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6431-2015-1665>.

SANTOS, I. S. Evidência sobre o mix público-privado em países com cobertura duplicada: agravamento das iniquidades e da segmentação em sistemas nacionais de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 16, n. 6, p. 2743-2752, 2011.

SESTELO, J. A. F.; SOUZA, L. E. P. F.; BAHIA, L. Private health insurance in Brazil: Approaches to public/private patterns in healthcare. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 851-866, maio 2013.

SESTELO, J. A. F. Dominância financeira na assistência à saúde: a ação política do capital sem limites no século XXI. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2018, v. 23, n. 6 [Acessado 31 Maio 2019], pp. 2027-2034. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04682018>>.

SILVA, S; SILVA, B. SILVA, M. Salvador e sua região metropolitana: mudanças recentes, conflitos e perspectivas institucionais. *GeoTextos*, vol. 11, n. 2, dezembro 2015.p. 13-40

SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, L. et

al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008: p.627–73

SOUZA, L. E; BAHIA, L. Componentes de um sistema de serviços de saúde: população, infra-estrutura, organização, prestação de serviços, financiamento e gestão. In: PAIM, J.S; ALMEIDA FILHO, N (Org). *Saúde Coletiva: Teoria e Prática* Rio de Janeiro: Med Book; 2013. p. 49-68.

SOUZA, L. E. P. et al. Infraestrutura tecnológica do SUS: rede de estabelecimentos, equipamentos, desenvolvimento científico-tecnológico e inovação. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 211-229.

SOBERÓN G. La extensión de cobertura de los servicios de salud. *Gac Méd Méx* 1988;124, p.163-75.

TRAVASSOS, C; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/CEBES; 2008.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, sup. 2, p.190-198, 2004.

VIACAVA, F. et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, 2018.

VIANA, A. L. D. et. al. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saude soc.* 2015; 24(2):413-422.

VIEIRA F. S, BENEVIDES R. P. S. Os impactos do Novo Regime Fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2016. (Nota Técnica, 28).

VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Avaliação de Políticas e Programas de Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014. Temas em Saúde Coletiva.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z, VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. EDUFBA: Salvador/Rio de Janeiro, 2005, 275p.

WORLD BANK. 2017. A fair adjustment : efficiency and equity of public spending in Brazil : Volume I : síntese (Portuguese). Washington, D.C.: World Bank Group.
<http://documents.worldbank.org/curated/en/884871511196609355/Volume-I-síntese>

APÊNDICE A

Tabela 7- Distribuição de estabelecimentos de saúde de atenção especializada por município e tipo de serviço, Região Metropolitana de Salvador - BA, 2017.

Município/ Serviços	Clínica/centro de especialidade		Consultório isolado		Policlínica		SADT		Unid. Móvel de nível pré hosp.		Outros ¹⁴		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Camaçari	69		36		6		14		5		9		139
Candeias	12		27		10		4		5		1		59
Dias D'Ávila	11		8		-		1		1		1		22
Itaparica	1		-		-		-		-		-		1
Lauro de Freitas	65		126		13		16		3		8		231
Madre de Deus	7		3		-		-		2		-		12
Mata de São João	3		-		3		-		2		1		9
Pojuca	4		8		2		-		1		1		16
Salvador	1237		834		201		277		53		80		2682
São Francisco do Conde	4		3		-		-		2		2		11
São Sebastião do Passé	2		9		5		2		2		-		20
Simões Filho	6		10		4		3		3		2		28
Vera Cruz	2		2		2		-		3		1		10
Total	1423	43,9	1066	32,9	246	7,3	317	9,8	82	2,5	106	3,3	3240

Fonte: CNES/DATASUS, julho/2017.

³Outros estabelecimentos de saúde incluem: Centro de Atenção hemoterápica (6); Central de notificação, captação e distribuição de órgãos estadual (2); Cooperativa ou empresa de cessão de trabalhadores da saúde (24); Pronto Atendimento (34); Pronto Socorro Especializado (10); Pronto Socorro Geral (2); Serviço de atenção domiciliar (12); Unidade de atenção à saúde indígena (1); Unidade mista (4); Unidade móvel terrestre (11).

Tabela 8 - Distribuição dos estabelecimentos de saúde por município e tipo de serviço, Região Metropolitana de Salvador -BA, 2017

Município/ Serviços	Centro de Atenção hemoterápica	Central de notificação, captação e distribuição de órgãos estadual	Cooperativa ou empresa de cessão de trabalhadores da saúde	Clínica/centro de especialidade	Consultório isolado	Policlínica	Pronto Atendimento	Pronto Socorro Especializado	Pronto Socorro Geral	Serviço de atenção domiciliar	Unidade de atenção à saúde indígena	Unidade de serviços de apoio diagnose e terapia	Unidade mista	Unid. Móvel de nível pré hosp. Urg. E emergência	Unidade móvel terrestre	Hospital especializado	Hospital geral	Hospital dia	Total
Camaçari	-	-	-	69	36	6	7	-	-	-	-	14	2	5	-	1	3	-	143
Candeias	-	-	-	12	27	10	1	-	-	-	-	4	-	5	-	-	2	1	62
Dias D'ávila	-	-	-	11	8	-	1	-	-	-	-	1	-	1	-	-	1	-	23
Itaparica	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2
Lauro de Freitas	-	-	2	65	126	13	4	2	-	-	-	16	-	3	-	4	3	3	241
Madre de Deus	-	-	-	7	3	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	1	-	13
Mata de São João	-	-	-	3	-	3	-	-	1	-	-	-	-	2	-	-	1	1	11
Pojuca	-	-	-	4	8	2	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	2	-	18
Salvador	5	2	22	1237	834	201	17	8	1	12	1	277	1	53	11	32	30	51	2795
São Francisco do Conde	1	-	-	4	3	-	1	-	-	-	-	-	-	2	-	-	1	-	12
São Sebastião do Passé	-	-	-	2	9	5	-	-	-	-	-	2	-	2	-	-	1	-	21
Simões Filho	-	-	-	6	10	4	2	-	-	-	-	3	-	3	-	-	1	-	29
Vera Cruz	-	-	-	2	2	2	1	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	10
Total	6	2	24	1423	1066	246	34	10	2	12	1	317	4	82	11	37	47	56	3380
Total que atende ao SUS	5	2	0	137	6	36	34	2	2	0	1	32	1	80	9	23	34	7	411

Fonte: CNES/DATASUS, julho/201

Tabela 9- Distribuição de hospitais por município e tipo de serviço, Região Metropolitana de Salvador - BA, 2017.

Municípios/ Serviços	Hospital especializado		Hospital geral		Hospital dia		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº
Camaçari	1		3		-		4
Candeias	-		2		1		3
Dias D´Ávila	-		1		-		1
Itaparica	-		1		-		1
Lauro de Freitas	4		3		3		10
Madre de Deus	-		1		-		1
Mata de São João	-		1		1		2
Pojuca	-		2		-		2
Salvador	32		30		51		113
São Francisco do Conde	-		1		-		1
São Sebastião do Passé	-		1		-		1
Simões Filho	-		1		-		1
Vera Cruz	-		-		-		-
Total	37	26,4	47	33,6	56	40	140

Fonte: CNES/DATASUS, julho/2017.

Tabela 10- Natureza jurídica dos estabelecimentos de saúde que atendem SUS, Região Metropolitana de Salvador - BA, 2017.

Municípios	Administração pública	Entidades empresariais	Entidades sem fins lucrativos	Total
Camaçari	20	28	1	49
Candeias	11	5	-	16
Dias D'Ávila	4	2	-	6
Itaparica	1	-	-	1
Lauro de Freitas	15	13	-	28
Madre de Deus	8	-	-	8
Mata de São João	7	-	-	7
Pojuca	4	-	1	5
Salvador	129	97	33	259
São Francisco do Conde	9	-	-	9
São Sebastião do Passé	5	4	-	9
Simões Filho	6	3	-	9
Vera Cruz	5	-	-	5
Total	224	152	35	411

Fonte: CNES/DATASUS, julho/2017.

Tabela 11- Tipo de gestão dos estabelecimentos de saúde que atendem SUS, Região Metropolitana de Salvador - BA, 2017.

Municípios	Estadual	Municipal	Dupla	Total
Camaçari	1	48	-	49
Candeias	-	16	-	16
Dias D´Ávila	-	6	-	6
Itaparica	1	-	-	1
Lauro de Freitas	2	26	-	28
Madre de Deus	-	8	-	8
Mata de São João	-	7	-	7
Pojuca	1	4	-	5
Salvador	55	186	18	259
São Francisco do Conde	-	9	-	9
São Sebastião do Passé	-	9	-	9
Simões Filho	1	8	-	9
Vera Cruz	-	5	-	5
Total	61	332	18	411

Fonte: CNES/DATASUS, julho/2017.

Tabela 12 - Distribuição de Leitos SUS por município e especialidade, Região Metropolitana de Salvador - BA, 2017.

Municípios/ Especialidades	Cirúrgico	Clínico	Complementar	Obstétrico	Pediátrico	Outras Especialidades	Hospital Dia	Total
Camaçari	73	30	25	40	10	-	2	180
Candeias	9	30	16	19	12	2	-	88
Dias D'Ávila	8	10	-	14	16	-	-	48
Itaparica	12	12	-	12	16	-	-	52
Lauro de Freitas	34	51	10	25	22	-	19	161
Madre de Deus	6	8	1	5	10	-	-	30
Mata de São João	12	12	2	13	10	-	-	49
Pojuca	33	60	2	19	7	-	16	137
Salvador	1467	1774	762	465	533	868	200	6069
São Francisco do Conde	5	20	-	7	4	-	-	36
São Sebastião do Passé	12	21	-	6	12	2	-	53
Simões Filho	17	16	4	14	6	-	-	57
Total	1688	2044	822	639	658	872	237	6960

Fonte: CNES/DATASUS, julho/2017.

Tabela 13 - Número de leitos existentes e SUS por especialidade, Região Metropolitana de Salvador - BA, 2017.

Especialidades	Total leitos existentes	Leitos SUS
COMPLEMENTAR		
Unidade Isolamento	77	47
UTI Adulto - Tipo I	55	0
UTI Adulto - Tipo II	726	380
UTI Adulto - Tipo III	140	31
UTI Pediátrica - Tipo I	3	0
UTI Pediátrica - Tipo II	95	62
UTI Pediátrica - Tipo III	4	4
UTI Neonatal - Tipo I	15	0
UTI Neonatal - Tipo II	184	106
UTI Neonatal - Tipo III	10	0
UTI de Queimados	4	4
UTI Coronariana Tipo II- UCO Tipo II	8	8
UTI Coronariana Tipo III - UCO Tipo III	21	0
Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional	135	90
Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru	50	38
Unidade de Cuidados Intermediários Adulto	97	52
Total	1624	822
CIRÚRGICO		
Buco Maxilo Facial	59	47
Cardiologia	187	84
Cirurgia Geral	922	646
Endocrinologia	9	1
Gastroenterologia	36	3
Ginecologia	139	107
Nefrologiaurologia	92	50
Neurocirurgia	119	76
Oftalmologia	84	37
Oncologia	173	107
OrtopediaTraumatologia	571	399
Otorrinolaringologia	42	13
Plástica	92	74
Torácica	45	24
Transplante	25	20
Total	2595	1688
CLÍNICO		
AIDS	62	61
Cardiologia	181	66
Clinica Geral	1626	1266
Dermatologia	4	3
Geriatria	228	216
Hansenologia	25	25
Hematologia	27	17
Nefrourologia	116	65
Neonatologia	104	88

Neurologia	82	38
Oncologia	212	112
Pneumologia	106	59
Queimado adulto	18	18
Queimado pediátrico	10	10
Total	2801	2044
HOSPITAL DIA		
Cirúrgico/Diagnóstico/Terapêutico	723	224
AIDS	7	7
Intercorrência Pós-Transplante	5	5
Saúde Mental	218	1
Total	953	237
OBSTÉTRICOS		
Obstetrícia Cirúrgica	447	298
Obstetrícia Clínica	399	341
Total	846	639
OUTRAS ESPECIALIDADES		
Reabilitação	144	107
Psiquiatria	491	256
Pneumologia Sanitária	62	62
Crônicos	477	447
Total	1174	872
PEDIÁTRICO		
Pediatria Cirúrgica	186	150
Pediatria Clínica	641	508
Total	827	658

Fonte: CNES/DATASUS, julho/2017.

Tabela 14 - Número absoluto e porcentagem de profissionais médicos em estabelecimentos de saúde SUS na atenção especializada e hospitalar, Região Metropolitana de Salvador - BA, 2017.

Municípios/ Médicos	Angiologista			Cardiologista			Endocrinologista			Nefrologista			Neurologista			Oftalmologista		
	N	% Esp.	% Hos.	N	% Esp.	% Hos.	N	% Esp.	% Hos.	N	% Esp.	% Hos.	N	% Esp.	% Hos.	N	% Esp.	% Hos.
Camaçari	11	63,6	36,4	27	100	0,0	4	100,0	0,0	9	88,9	11,1	17	94,1	5,9	48	97,9	2,1
Candeias	3	0,0	100,0	2	0,0	100,0	1	0,0	100,0	2	50,0	50,0	1	0,0	100,0	4	50,0	50,0
Dias d'Ávila	0	0,0	0,0	1	0,0	100,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	1	0,0	100,0	2	0,0	100,0
Itaparica	0	0,0	0,0	1	0,0	100,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
Lauro de Freitas	10	30,0	70,0	13	84,6	15,4	7	85,7	14,3	8	87,5	12,5	5	100,0	0,0	25	96,0	4,0
Madre de Deus	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	2	100,0	0,0
Mata de São João	1	100,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	1	100,0	0,0	1	100,0	0,0
Pojuca	1	100,0	0,0	1	100,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	2	100,0	0,0	1	100,0	0,0
Salvador	357	7,6	92,4	750	14,9	85,1	144	42,4	57,6	312	26,9	73,1	332	13,3	86,7	475	19,8	80,2
São Francisco do Conde	1	0,0	100,0	2	50,0	50,0	0	0,0	0,0	1	0,0	100,0	3	33,3	66,7	0	0,0	0,0
São Sebastião do Passé	1	100,0	0,0	2	50,0	50,0	1	100,0	0,0	0	0,0	0,0	2	100,0	0,0	1	100,0	0,0
Simões Filho	2	50,0	50,0	4	25,0	75,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	3	33,3	66,7	7	71,4	28,6
Vera Cruz	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	1	100,0	0,0
Total	387	10,6	89,4	803	19,2	80,8	157	45,9	54,1	332	30,1	69,9	367	19,6	80,4	567	31,4	68,6

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Tabela 15 - Distribuição de médicos por tipo de vínculo trabalhista e município de atuação, Região Metropolitana de Salvador – BA, 2017.

Município	Estatutário	Pessoa física	Pessoa jurídica	¹Celetista	Contrato temporário	²Outros vínculos	Total
Camaçari	25	11	1	1	6	72	116
Candeias	2	-	-	-	7	4	13
Dias D'Ávila	1	-	-	-	3	-	4
Itaparica	-	-	1	-	-	-	1
Lauro de Freitas	14	2	9	4	37	2	68
Madre de Deus	-	-	-	2	-	-	2
Mata do São João	-	-	-	-	3	-	3
Pojuca	-	-	-	-	5	-	5
Salvador	345	534	678	348	112	353	2370
São Francisco do Conde	2	-	3	-	2	-	7
São Sebastião do Passé	-	-	-	-	1	6	7
Simões Filho	-	-	-	4	11	1	16
Vera Cruz	-	-	-	-	-	1	1
Total	389	547	692	359	187	439	2613

Fonte: CNES/DATASUS, julho/2017.

¹Foram considerados profissionais celetistas todos os contratos regidos pela Consolidação das Leis trabalhistas (CLT), independentemente de ser emprego público ou autônomo.

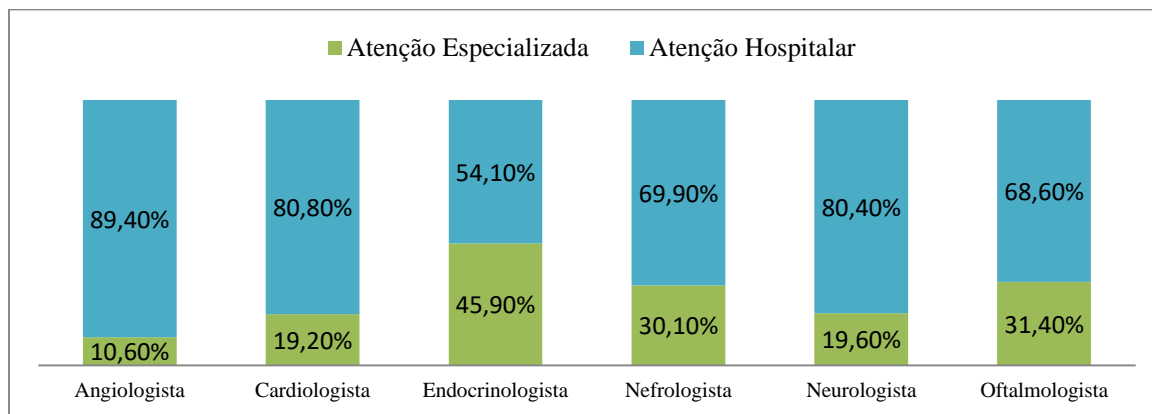
²Outros tipos de vínculo abrange os profissionais cooperados, intermediado por empresa privada, proprietários, comissionados e/ou sem tipo de vínculo cadastrado no CNES.

Tabela 16 - População, número e percentual de beneficiários de assistência médica suplementar, estimativa da população que usa exclusivamente o SUS e percentual. Salvador e RMS, 2017

Municípios	População	Beneficiários Assistência Médica Suplementar		População que utiliza exclusivamente o SUS	
		nº	%	nº	%
Salvador	2953986	794553	27	2159433	73
RMS	4015205	970117	24	3045088	76

Fontes: IBGE e ANS/TABNET(2017)

Gráfico 4 - Médicos especialistas que atendem em estabelecimentos de saúde SUS por nível de atenção, Região Metropolitana de Salvador - BA, 2017.



Fonte: CNES/DATASUS, julho/2017.