

Carla Moura Cazelli<sup>2</sup>  
 Jussara da Silva Brito<sup>3</sup>  
 Paulo Klingelhofer de Sá<sup>4</sup>  
 Claudia Bertolli Ormelli<sup>5</sup>

Recebido em 14/11/01  
 Aprovado em 20/03/02

<sup>1</sup> O artigo é produto do seminário sobre desigualdades regionais apresentado na disciplina de políticas de saúde no Brasil do mestrado da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz em 2001

<sup>2</sup> Médica sanitarista, coordenadora de Programas de Saúde do Centro Municipal de Saúde Marcolino Candau, Secretaria Municipal de Saúde no Rio de Janeiro  
 Rua Marquês de Abrantes, 178/1201  
 CEP 22230-062 – Rio de Janeiro – RJ  
 e-mail: carlacazelli@terra.com.br

<sup>3</sup> Enfermeira, pesquisadora do Centro de Pesquisas de Medicina Tropical de Rondônia (CEPEM/RO)

Cx. Postal 87 – Agência Central dos Correios  
 CEP 78900-970 – Rondônia – RO  
 e-mail: jussara@cepem.com.br

<sup>4</sup> Médico, coordenador de Programas Especiais da Faculdade de Medicina de Petrópolis, coordenador do Programa Saúde da Família de Petrópolis  
 Rua Pedras Brancas, 500/casa 3  
 CEP 25670-200 – Petrópolis – RJ  
 e-mail: pksa@bol.com.br

<sup>5</sup> Farmacêutica, especialista em vigilância sanitária, mestre em ciências farmacêuticas, responsável pelo setor de medicamentos do Departamento de Fiscalização de Medicamentos e Afins da Coordenação de Fiscalização Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde, professora-tutora do Curso de Aperfeiçoamento de Vigilância Sanitária da Educação à Distância (EAD/Fiocruz)  
 Rua Dr. Mario Vianna, 734 – Bl. 7, apto. 802  
 CEP 24241-002 – Niterói – RJ

## Análise das desigualdades regionais na oferta de serviços de saúde no Brasil: pesquisa da assistência médico-sanitária, 1992 e 1999<sup>1</sup>

Analysis of inequalities in health services offer in Brazil by region: research of Sanitary and Medical Care, 1992 and 1999

### RESUMO

*O presente artigo analisa as desigualdades na oferta de serviços de saúde por região, a partir dos dados produzidos através da pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS), referente aos anos de 1992 e 1999. Nele é enfocada, comparativamente, a questão da desigualdade na oferta de serviços de saúde pelas grandes regiões do Brasil, não se atendo a diferenciações por estados ou municípios. Procurou-se enfatizar as variações existentes entre as regiões, e em que medida elas representam as desigualdades quanto à alocação de recursos e outras políticas públicas relativas ao Sistema Único de Saúde refletido pela oferta dos serviços de saúde.*

DESCRITORES: *Equidade no Acesso; Serviços de Saúde; Recursos em Saúde.*

### ABSTRACT

*This article analyzes the inequities found in health services by region, using data produced by the Brazilian research on Sanitary and Medical Care in 1992 and 1999. The paper focuses in comparing the issues of inequity in health services offered in different regions of Brazil, without emphasizing the differences among states and cities. The aim was to focus on the variations among regions and to which extent they represent the inequities of resource allocation and other public policies concerning the National Health System, reflected by Health Services offer.*

DESCRIPTORS: *Equity in Access; Health Services; Health Resources.*

## INTRODUÇÃO

A equidade é um princípio de justiça social, cuja falta resulta em estratificação social. Essas estratificações têm como base as relações sociais que determinam os processos de acesso desigual aos recursos materiais e aos seus produtos (TRAVASSOS, 1997).

Sendo assim, e compreendendo que saúde integra a categoria dos direitos humanos mais básicos, constituindo-se direito fundamental de um sistema democrático, o acesso a estes serviços deve ser equânime. Não sendo admissível de outro modo, pois representa direito essencial para assegurar a força da democracia, a governabilidade das nações e a legitimidade dos Estados (ALLEYNE; ROSENTHAL, 1998; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 1998).

No campo sanitário, as questões de desigualdades podem ser expressas sob a ótica do consumo de serviços de saúde. As desigualdades no adoecer e morrer não são as mesmas do consumo dos serviços de saúde. O uso de serviços de saúde pode ter impacto positivo (vacinas e tratamento de alguns cânceres) ou negativo (baixa qualidade do serviço e uso de procedimentos ineficazes, desnecessários ou até perigosos).

A saúde apresenta forte gradiente social, que é desfavorável para os indivíduos pertencentes aos grupos de menor poder aquisitivo. As

variações das taxas de mortalidade demonstram que, na maioria dos casos, há um gradiente social na morte que se mantém ao longo do tempo, mesmo com melhoria da renda média. Existem evidências de que os economicamente desfavorecidos tendem a adoecer e a morrer mais precocemente.

Segundo Travassos (1997), sabe-se que o aumento de renda per capita, até um determinado patamar, é acompanhado de melhoria

---

### A FORMULAÇÃO DE POLÍTICA DE SAÚDE VOLTADA À EQUIDADE DEVE SER REALIZADA A PARTIR DA CONCEPÇÃO DA NECESSIDADE DE IGUALDADE NO ACESSO, NA CAPACIDADE DE USO DOS SERVIÇOS, E NA QUALIDADE DE ASSISTÊNCIA

---

de indicadores sanitários, e que o estado de saúde é associado, direta e indiretamente, com a pobreza. Isto é, os mais pobres têm maior probabilidade de adoecer e de morrer precocemente.

Desigualdades na doença e na morte parecem reproduzir a complexidade da estrutura social, apresentando desvantagens que tendem a refletir os diferentes níveis de subordinação e de exploração do homem pelo homem. Essas desigual-

dades refletem as iniquidades da atenção à demanda dos serviços de saúde, no que tange ao volume e ao tipo de problema, que precisam ser consideradas na programação dos serviços e na construção de um sistema de saúde.

A formulação de política de saúde voltada à equidade deve ser realizada a partir da concepção da necessidade de igualdade no acesso, na capacidade de uso dos serviços, e na qualidade de assistência.

Na Constituição Brasileira, o significado da equidade foi tomado como igualdade no acesso aos serviços de saúde, refletindo pressupostos da teoria igualitária, implicando a existência de um sistema com grande participação do setor público onde os serviços de saúde deveriam ser distribuídos segundo o perfil de necessidades de cada grupo populacional e financiado segundo as possibilidades de cada um (TRAVASSOS, 1997).

Diminuir as desigualdades na oferta dos serviços de saúde é um dos princípios básicos para se alcançar um sistema mais justo. Sendo assim, o debate sobre equidade no Brasil é voltado, predominantemente, para a questão da redistribuição, que garantiria maior igualdade geográfica na distribuição dos recursos financeiros entre os níveis federal, estadual e municipal. Este é um dos grandes desafios da reforma do sistema tributário, no sentido de equaciona-

mento do financiamento da área de saúde (TRAVASSOS, 1997).

Também segundo Travassos (1997), o fundamento ético da igualdade é a distribuição dos serviços de saúde efetivos, que produzam impactos positivos à sobrevivência e/ou redução das incapacidades, da dor ou do desconforto, disponíveis segundo a necessidade de cada indivíduo.

No entanto, embora haja a compreensão da necessidade de uma maior responsabilidade no financiamento destas ações pelo nível federal, isso não exime as outras instâncias de compartilharem deste financiamento (PIOLA; BIASOTTO JÚNIOR, 2001).

A distribuição dos recursos financeiros deveria ser baseada exclusivamente em critérios sociais, demográficos e epidemiológicos, os quais possibilitariam uma política redistributiva voltada para maior equidade geográfica. Não obstante, ela sozinha não garante a igualdade na utilização de serviços de saúde entre grupos sociais, podendo até aumentar as desigualdades, caso não sejam acompanhadas de regulação para equidade.

As limitações da intervenção pública obrigam as famílias a assumir um percentual crescente do gasto total em saúde. Os mais pobres gastam cada vez mais com saúde. Em 1990 o gasto das famílias da América Latina em saúde, era de 56% do total do financiamento do setor. Ao contrário dos paí-

ses da União Européia, Canadá e Estados Unidos que era apenas de 35,4% (OPAS, 1998).

A universalização do acesso aos serviços de saúde é fundamental para a equidade e, teoricamente, possibilitada pela gratuidade do Sistema Único de Saúde (SUS), evitando assim a barreira econômica. No entanto, os custos intrínsecos ao consumo dos serviços de saúde, que incluem o transporte, o tempo de espera do atendimento etc., afetam

---

A UNIVERSALIZAÇÃO  
DO ACESSO AOS  
SERVIÇOS DE SAÚDE  
É FUNDAMENTAL  
PARA A EQUIDADE

---

a igualdade de oportunidade na utilização dos serviços de saúde.

Variações nas taxas de utilização expressas através das relações de proporção de estabelecimentos, leitos, equipamentos, e graus de complexidade de serviços de saúde entre as áreas geográficas e a população residente, refletem as diferenças na capacidade local de financiamento. Tais diferenças vão definir o tamanho e a complexidade da rede de serviços, e a possibilidade de compra dos servi-

ços de saúde locais. Essas variações também podem demonstrar as desigualdades sociais que são observadas dentro dos estados e municípios.

A dimensão social das desigualdades na utilização dos serviços de saúde reflete o caráter seletivo na estrutura do sistema de saúde. As variações existentes nos sistemas de saúde locais brasileiros (tamanho relativo, complexidade tecnológica da oferta de cada mercado de saúde, etc.) podem produzir ou ampliar essas desigualdades.

Compreendendo a importância de conhecermos a acessibilidade aos serviços de saúde, decidimos avaliar a Pesquisa de Estatística de Saúde do Brasil: Assistência Médico-Sanitária (AMS), relativas aos anos de 1992 e 1999 e, sempre que possível, compará-las. Pois em 1992 era incipiente a implantação da descentralização preconizada pelo SUS, como grande impulsionadora da diminuição das desigualdades regionais. Já em 1999, tínhamos a possibilidade de avaliar os reais incrementos desta Política de Saúde.

ESTATÍSTICAS DE SAÚDE:  
ASSISTÊNCIA MÉDICO-SANITÁRIA

### Histórico

A primeira estatística em saúde foi realizada pelo Serviço de Estatística de Educação em Saúde em 1931, época do Ministério da Educação e Saúde.

Em 1975 o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) assume a responsabilidade pelo planejamento, coleta, apuração, sistematização e divulgação. Entre 1976 e 1990, a coleta de dados foi anual. Em 1985 realizou-se a primeira grande alteração da pesquisa, a fim de responder às demandas do setor saúde, mantendo as variáveis anteriores e acrescentando as novas.

Em 1988 houve a unificação dos dados do questionário na Ficha de Atualização Cadastral (FAC) procurando manter a série histórica.

Em 1992 a AMS foi adequada ao SUS, e após uma interrupção de sete anos houve uma nova reformulação, que deixou de incluir uma classificação prévia do tipo de estabelecimento e introduziu uma categorização pelos recursos disponíveis (físicos, materiais e humanos) e pela complexidade tecnológica.

A AMS é uma pesquisa realizada pelo IBGE, cuja última divulgação foi através da publicação *Estatísticas da Saúde – 1999*, e que tem como objetivo o levantamento censitário dos dados cadastrais e gerais dos estabelecimentos de saúde no país. Ela investiga todos os estabelecimentos de saúde, individual e/ou coletiva, inclusive os de apoio à diagnose e terapia, com ou sem fins lucrativos, segundo a esfera administrativa – públicos e privados, e regime de internação – com ou sem internação, em todo o Brasil.

Essa pesquisa foi apoiada pelo Projeto Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (REFORSUS), permitindo conhecer as condições da assistência médica no Brasil, revelando o perfil da capacidade instalada em saúde, segundo as áreas geográficas específicas, detectando demandas regionais de investimentos públicos, principalmente em relação ao processo de municipalização da organização da gestão desses recursos.

---

A AMS É UMA PESQUISA  
REALIZADA PELO IBGE,  
E TEM COMO OBJETIVO O  
LEVANTAMENTO CENSITÁRIO  
DOS DADOS CADASTRAIS E  
GERAIS DOS ESTABELECIMENTOS  
DE SAÚDE NO PAÍS

---

OBJETIVO GERAL E CONSIDERAÇÕES  
METODOLÓGICAS

A análise comparativa das pesquisas da assistência médico-sanitária de 1992 e 1999, buscou identificar as necessidades de investimentos no setor saúde em áreas geográficas específicas e avaliar o desempenho da política de investimentos, quer pela capacidade instalada quer pela oferta de serviços à disposição da população.

Os principais pontos enfocados por Grandes Regiões no Brasil foram:

- estabelecimentos de saúde: com internação e sem internação, 1992/1999;
- leitos existentes para internação, 1992/1999;
- postos de trabalho em estabelecimentos de saúde, 1992/1999;
- equipamentos existentes, segundo níveis de complexidade, 1999.

A metodologia utilizada pelo IBGE incluiu análise dos dados segundo as categorias das condições de funcionamento do estabelecimento de saúde, dos equipamentos médico-hospitalares, da esfera administrativa, da especialidade, dos leitos disponíveis para internação, da modalidade de prestação de serviços, da jornada de trabalho, dos profissionais de saúde, do regime de atendimento e do vínculo com estabelecimento. Abrangendo todos os estabelecimentos existentes no país que prestam assistência à saúde individual e/ou coletiva, inclusive os de apoio à diagnose e terapia e os de controle regular de zoonoses, com ou sem fins lucrativos, particulares ou públicos, em regime ambulatorial ou de internação.

A pesquisa da AMS (IBGE), a partir de 1999, passou a especificar o número de estabelecimentos com e sem internação e os equipamentos existentes, segundo sua complexidade. Esta pesquisa também contou

com os serviços contratados ou terceirizados que funcionassem dentro dos estabelecimentos de saúde prestando serviço ao mesmo, como se fossem únicos no intuito de retratar a oferta de serviços.

As unidades de investigação da AMS foram: postos de saúde, centros de saúde, clínica ou postos de assistência médica, prontos-socorros, unidades mistas, hospitais, unidade de complementação diagnóstica e terapêutica, clínicas radiológicas, clínicas de reabilitação e clínicas odontológicas.

Os dados populacionais utilizados no nosso trabalho foram as populações residentes. São dados totais e divididos por regiões, dos anos de 1992 e 1999, do DATASUS.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Estabelecimentos de Saúde

As mudanças do universo da pesquisa entre as AMS de 1992 e 1999, com a exclusão dos estabelecimentos de análises clínicas e outros, ligados principalmente ao apoio diagnóstico e terapêuticos, exigiram cuidados para a interpretação de series históricas.

Em 1992 o total de estabelecimentos pesquisados pela AMS em atividade plena foi de 49.676. Na AMS de 1999 o número desses estabelecimentos foi de 55.226.

Os estabelecimentos foram considerados de acordo com os seguintes critérios:

- internação: com internação, aqueles com leitos (24h) e sem internação, os com atendimento ambulatorial ou urgência/emergência;

- os Serviços de Apoio à Diagnóstico e Terapia: determinação diagnóstica e/ou reabilitação (RX, fisioterapia, diálise, laboratórios etc.);

- a especializados: como o Hospital de Cardiologia, INCA etc.;

- a especialidades: serviços básicos e gerais (pediatria, c. médica etc.);

---

### A PESQUISA DA AMS DE 1999 DESTACA A ESFERA MUNICIPAL COMO A QUE MAIS INCREMENTOU OS ESTABELECIMENTOS

---

- se em atividade: plena ou parcial.

A AMS de 1999 excluiu os laboratórios simples de análise clínica e os que estavam prestando apoio à diagnose-terapia dentro de outros serviços de saúde, o que exigiu cuidados adicionais ao fazer comparações das séries históricas.

Segundo os dados das AMS, os estabelecimentos de apoio à diagnose-terapia de 1999 diminuiram 15%

em relação a 1992, principalmente as custas dos setores privados, responsáveis por mais de 90% desses estabelecimentos. Na pesquisa também consta que os serviços com internação tiveram incremento de 5,1% de 1992 para 1999, apenas as custas do aumento dos estabelecimentos do setor público, que cresceu 24,9%, enquanto o setor privado sofreu uma redução de 2,8%. A ampliação dos estabelecimentos públicos de saúde com internação ocorreu com maior intensidade na região Centro-Oeste (49,1%), seguido da região Nordeste (25,4%) e da região Norte (24,9%).

A pesquisa da AMS de 1999 destaca a esfera municipal como a que mais incrementou os estabelecimentos, tanto quanto aos sem internação, que passaram de 62% em 1992 para 92% em 1999, quanto aos com internação, que foram 70% dos serviços existentes em 1999, reflexos da descentralização promovida pelo SUS. Simultaneamente, a AMS também mostra uma redução do número do estabelecimento privados com internação em quase todo o país: 9% na região Sul e 4,4% na região Sudeste, exceto a região Norte (Amapá, Roraima, Amazonas e Rondônia), que teve um aumento de 12,4%.

Para esta análise da pesquisa da AMS escolhemos como indicadores as taxas de cobertura (número de estabelecimentos, segundo sua especificidade, por 100.000 habitantes). Segundo a nossa observação, as maiores desigualdades regionais são per-

cebidas na distribuição dos estabelecimentos de apoio diagnóstico e terapêutico e especializadas, onde o Norte e o Nordeste têm quase a metade da oferta proporcional do Brasil.

Na análise das Tabelas 1 e 2 observa-se um aumento da taxa de cobertura dos estabelecimentos, com e sem internação, do setor público, de 1992 para 1999, as custas das regiões Norte, Nordeste e principalmente da Centro-Oeste. Este aumento é compensado pela diminuição da cobertura dos estabelecimentos priva-

dos, mostrando um saldo final negativo quanto à cobertura de estabelecimentos de saúde por habitante, em todo o Brasil. As regiões Norte e Nordeste também apresentaram, no que tange aos estabelecimentos privados com internação, uma cobertura que acompanha a região Sudeste, ficando abaixo apenas das regiões Sul e Centro-Oeste. A taxa de cobertura dos estabelecimentos por habitante, que era menor na região Nordeste em 1992, tornou-se menor na região Sudeste, em 1999.

Esses resultados provavelmente refletem o processo de descentralização do SUS, o qual incrementou o número de estabelecimentos nas regiões Norte e Nordeste.

Quando decompos os dados sobre os equipamentos da AMS de 1999, observamos que, no âmbito dos estabelecimentos de apoio diagnóstico-terapêutico, existe uma desigualdade significativa, mostrando que as regiões Norte e Nordeste têm essas taxas de cobertura abaixo da média nacional (Tabela 3).

**TABELA 1 – Estabelecimentos de saúde por esfera administrativa segundo regime de internação nas grandes regiões do Brasil – 1992**

Regiões Brasileiras	Estabelecimentos públicos sem internação/ 100.000 hab.	Estabelecimentos públicos com internação/ 100.000 hab.	Total de estabelecimentos públicos/ 100.000 hab.	Estabelecimentos privados sem internação/ 100.000 hab.	Estabelecimentos privados com internação/ 100.000 hab.	Total de estabelecimentos privados/ 100.000 hab.	Total de estabelecimentos: públicos e privados/ 100.000 hab.
Norte	2,46	0,27	2,74	0,40	0,28	0,69	3,42
Nordeste	1,82	0,23	2,05	0,71	0,29	1,00	3,05
Sudeste	1,30	0,07	1,37	1,40	0,33	1,73	3,10
Sul	2,22	0,07	2,30	1,68	0,48	2,16	4,46
Centro-Oeste	1,45	0,16	1,61	1,17	0,66	1,83	3,44
Brasil	1,68	0,14	1,82	1,16	0,36	1,52	3,34

Fonte: IBGE, DATASUS, Estatísticas da Saúde – Assistência Médico-Sanitária – 1992.

**TABELA 2 – Estabelecimentos de saúde por esfera administrativa segundo regime de internação nas grandes regiões do Brasil – 1999**

Regiões Brasileiras	Estabelecimentos públicos sem internação/ 100.000 hab.	Estabelecimentos públicos com internação/ 100.000 hab.	Total de estabelecimentos públicos/ 100.000 hab.	Estabelecimentos privados sem internação/ 100.000 hab.	Estabelecimentos privados com internação/ 100.000 hab.	Total de estabelecimentos privados/ 100.000 hab.	Total de estabelecimentos: públicos e privados/ 100.000 hab.
Norte	2,77	0,28	3,05	0,30	0,27	0,56	3,61
Nordeste	2,09	0,26	2,36	0,60	0,26	0,86	3,22
Sudeste	1,33	0,07	1,40	0,77	0,28	1,05	2,45
Sul	2,20	0,09	2,29	0,65	0,39	1,05	3,34
Centro-Oeste	1,61	0,23	1,83	0,63	0,56	1,19	3,03
Brasil	1,80	0,16	1,96	0,66	0,31	0,97	2,93

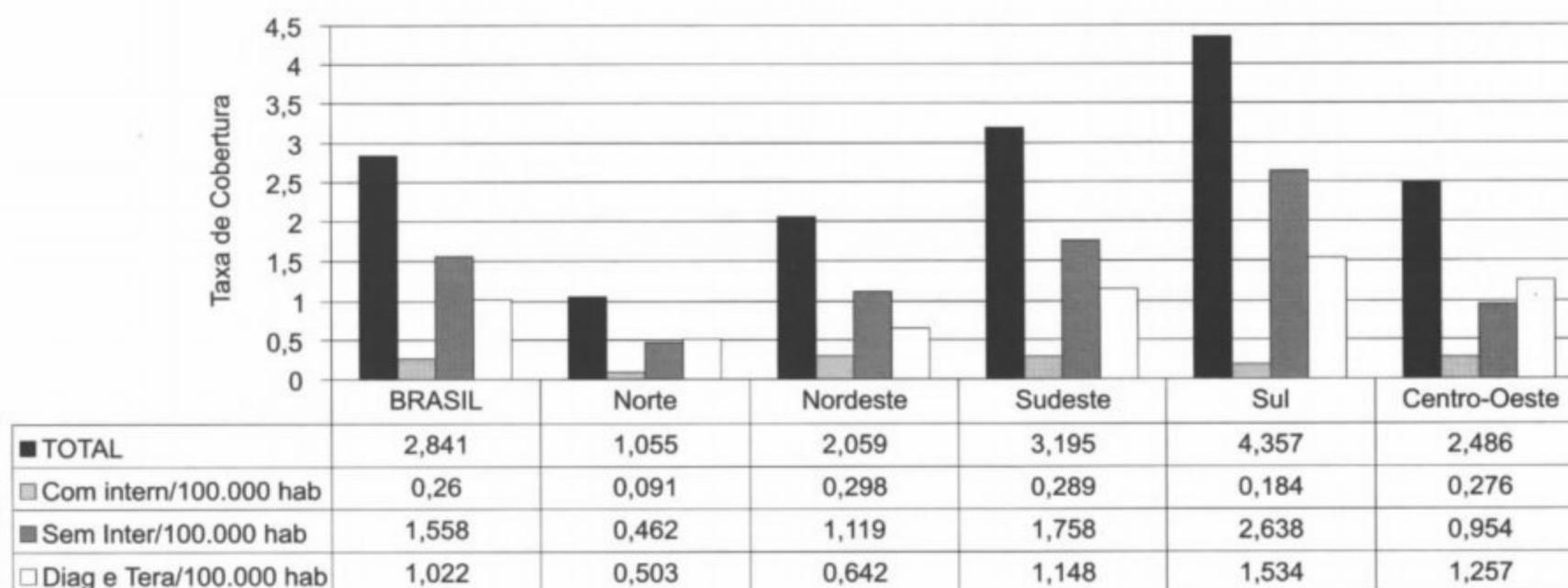
Fonte: IBGE, DATASUS, Estatísticas da Saúde – Assistência Médico-Sanitária – 1999.

**TABELA 3 – Taxa de cobertura dos estabelecimentos de saúde, segundo regime de internação e apoio diagnóstico-terapêutico, nas grandes regiões do Brasil – 1999**

Regiões brasileiras	Estabelecimentos com internação/ 100.000 hab.	Estabelecimentos sem internação/ 100.000 hab.	Estabelecimentos com apoio diagnóstico terapêutico/ 100.000 hab.	TOTAL/ 100.000 hab.
Norte	4,19	28,21	0,67	3,31
Nordeste	4,59	22,53	0,81	2,79
Sudeste	2,48	14,16	1,50	1,81
Sul	4,28	23,44	1,75	2,95
Centro-Oeste	6,09	16,81	1,60	2,45
Brasil	3,63	19,13	1,29	2,40

Fonte: IBGE, DATASUS, Estatística da Saúde – Assistência Médico-Sanitária – 1999.

**GRÁFICO 1 – Estabelecimentos, segundo regime de internação e apoio diagnóstico-terapêutico, vinculados ao SUS, por 100.000 habitantes, por grandes regiões – 1999**



\* Estabelecimentos especializados e em atividade.

Fonte: IBGE, 1999. Assistência Médico-Sanitária.

A análise dos dados dos estabelecimentos especializados de saúde (Instituto Nacional do Câncer – INCA, Hospital de Cardiologia de Laranjeiras, etc.), revelou mais claramente a desigualdade da oferta desses serviços especializados, pois a cobertura na região Norte (0,503/100.000) e Nordeste (0,642/100.000) são a metade da média nacional (1,022/100.000), enquanto a cobertura na região Sul é

50% maior do que a mesma média (1,534/100.000).

É certo que apesar de a análise da decomposição dos estabelecimentos por postos de saúde, ambulatórios etc., revelar que o número desses estabelecimentos não reflete o seu tamanho e sua especificidade, pode-se inferir, através da taxa de cobertura de estabelecimentos com especialização por habitan-

te, que o acesso que os usuários do SUS têm aos serviços de alta complexidade, é desigual entre as grandes regiões do país. Isso mostra que se quisermos estudar a iniquidade do sistema de saúde, através da oferta de serviços, será preciso o aprofundamento dos dados existentes e a formulação de sugestões para o incremento necessário à próxima pesquisa da AMS.

## POSTOS DE TRABALHO

Para avaliar a distribuição regional dos profissionais foi escolhida a classe médica para avaliação, utilizando-se o parâmetro de um médico por 1.000 habitantes segundo orientação da recente consulta pública do Ministério da Saúde.

A percepção comum de que a região Sudeste concentra maior número de médicos se confirma através da análise do número de postos de trabalho médicos pela AMS em 1992 e 1999. O Sudeste apresentou quase três vezes mais médicos/1.000 hab. do que o recomendado (1 médico/1.000) e a região Norte ficou abaixo. Segundo a AMS, 1999, o número de postos aumentou 39,7% em relação a 1992, em todas as grandes regiões, tanto no setor público como no privado.

Ao avaliarmos as regiões segundo a proporção de médicos por 1.000

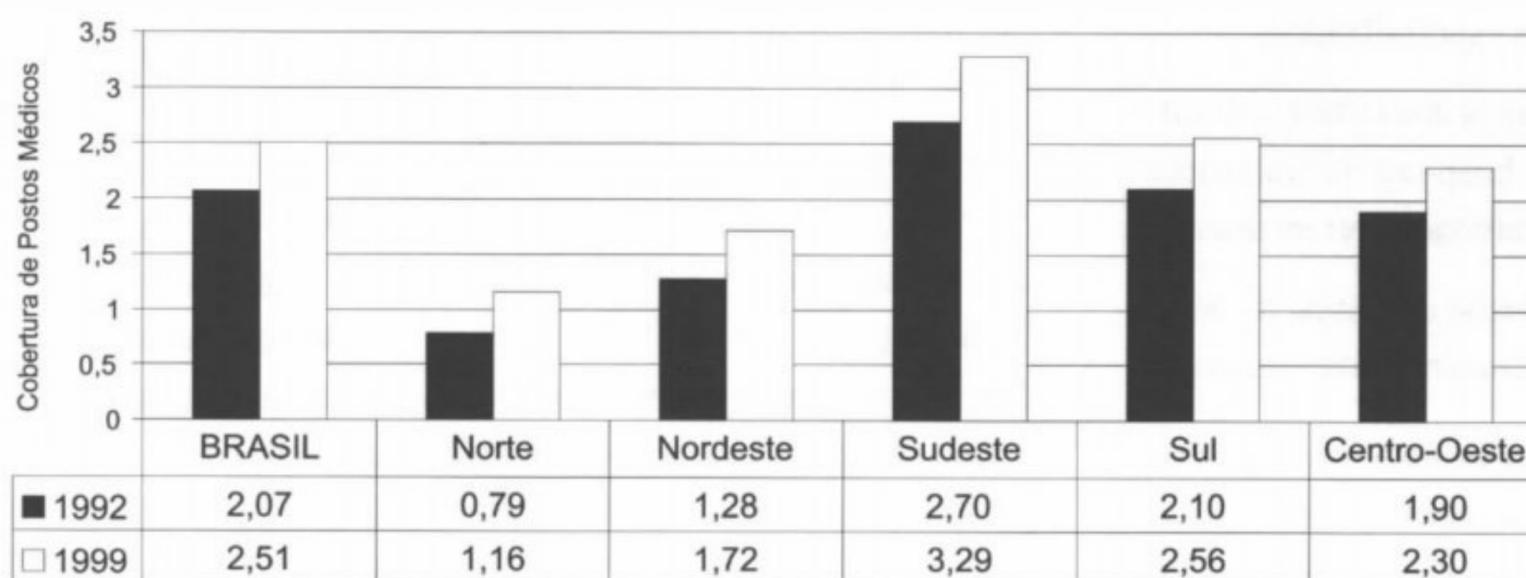
hab., em 1992, percebemos que as regiões Sudeste e Sul possuem valores semelhantes. Um pouco mais atrás vem a região Centro-Oeste (devido, principalmente, ao Distrito Federal). Bem mais atrás vem o Nordeste e, por fim, o Norte. Em 1999 esta colocação se mantém, mas ocorre uma redução na diferença de valores, ou seja, o número de médicos por 1.000 hab. no Norte e Nordeste cresceu significativamente, reduzindo um pouco a desigualdade para com as demais regiões. Assim, a desigualdade, segundo a cobertura da população por médicos, reduziu-se de 1992 para 1999.

Vale destacar que o crescimento da cobertura populacional, nas regiões Norte e Nordeste foram bastante significativos na área pública em comparação com as demais regiões. Porém, o crescimento se deu de forma extraordinária no setor privado nestas regiões, especialmente na região Norte.

A maior concentração dos médicos no Sul e no Sudeste se dá principalmente devido à concentração da tecnologia nestas regiões, assim como das escolas de graduação e pós-graduação, ampliando o mercado de trabalho e o estímulo profissional para sua qualificação.

A implantação do SUS ao longo da década de 1990, teve como uma de suas estratégias um forte estímulo à atenção básica através do Programa Saúde da Família (PSF/MS, 1994). As regiões Norte e Nordeste melhoraram a sua cobertura de médicos em relação à população, de 1992 para 1999, que pode ter sido influenciada pela grande adesão destas regiões ao PSF, aumentando o número de médicos no SUS. Por sua vez, ocorreu uma ampla expansão dos médicos privados nas regiões Norte e Nordeste, o que poderia ser devido à expansão da atenção de segundo e terceiro níveis no setor privado.

GRÁFICO 2 – Postos de trabalho médico em estabelecimentos de saúde, por 1.000 habitantes, segundo as grandes regiões do Brasil – 1992/1999



Fonte: Ibov, Pesquisa de Assistência Médico – Sanitária 1992 e 1999.

## LEITOS

Em relação aos leitos existentes por habitantes houve um aumento de 3% no setor público e uma redução de 18,4% no setor privado. Sendo que no Sul e no Sudeste houve queda inclusive no setor público (7,9% e 1,9%).

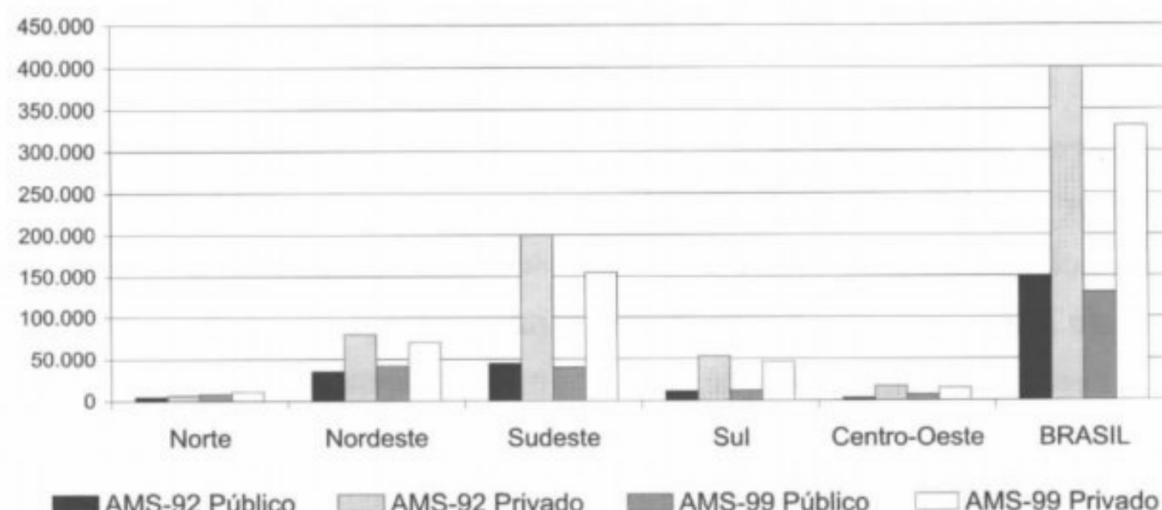
No setor privado foram registrados aumento de estabelecimentos com internação na região Norte (23,2%). A média nacional de leitos foi de 2,8/ 1.000 hab., sendo que no Norte foi de 2,2/1.000 hab. (Amazonas – 1,8 e Amapá – 1,9/1.000 hab.); e a região Centro-Oeste 3,4/1000 hab. (Goiás – 3,9/1.000 hab. e RO - 3,7/ 1.000 hab.). Observou-se também redução de 27% da oferta de leitos (3,8 a 3,0/1.000hab), principalmente em São Paulo (29,3%), Rio de Janeiro (28,9%) e Goiás (25%).

Essas reduções podem ter sido devido às:

- alterações na organização e financiamento do setor saúde e na sua prática;
- desativação de leitos e estabelecimentos especializados;
- mudança dos critérios de internação em hospitais psiquiátricos e sem possibilidades terapêuticas, e;
- a redução do tempo de permanência (tratamento ambulatorial).

Quando analisamos a dinâmica de distribuição de leitos dentro das regiões, por unidade federada podemos observar que tais iniquidades

**GRÁFICO 3 – Leitos privados e públicos, segundo as grandes regiões – Brasil – AMS – 1992/1999**



Fonte: ICG, 1992 e 1999. Assistência Médico-Sanitária.

**TABELA 4 – Leitos por 1.000/hab., segundo as grandes regiões. Brasil – AMS 1992/1999**

REGIÕES	AMS	
	1992	1999
Norte	2.23	2.24
Nordeste	3.04	2.74
Sul	3.98	3.31
Sudeste	4.09	3.03
Centro oeste	4.17	3.46
Brasil	3.64	2.96

Fonte: ICG – Pesquisa de Assistência Médica Sanitária – Brasil – 1992-1999.

na oferta de serviços também estão presentes e demonstram que:

- a região Norte se mantém com o número de leitos abaixo do previsto;
- compõem em 1992, além da região Norte, quatro estados da região Nordeste (Bahia, Sergipe, Rio Grande do Norte e Piauí), não apresentando naquele momento nenhum estado de outras regiões, o que comparado com a AMS de 1999, revela que a diminuição de leitos atingiu a região Sudeste;

• inclusão de outros estados da região Nordeste, o que demonstra o aumento das desigualdades entre as regiões;

• diminuição do número de leitos, que antes estavam acima da média prevista nos estados do Rio de Janeiro e Goiás, com uma redução de 27% na oferta de leitos por 1.000 habitantes. Esta redução foi mais acentuada nos estados de São Paulo, com um declínio de 4,1 para 2,9(29,3%), Rio de Janeiro, de 5,2 para 3,7(28,8%) e Goiás, de 5,2 para 3,9(25%).

**QUADRO 1 – Comparativo da distribuição dos leitos públicos e privados por UF, AMS Brasil – 1992 e 1993**

Distribuição de leitos por 1.000 hab.	Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária	
	1992	1999
Menos de 4	Amazonas	Amazonas
	Pará	Amapá
	Bahia	Pará
	Amapá	Sergipe
	Sergipe	Bahia
	Rondônia	Distrito Federal
	Piauí	Espírito Santo
	Rio Grande do Norte	Alagoas
	Roraima	Ceará
		Rio Grande do Norte
	Rondônia	
	Piauí	
	Acre	
	Minas Gerais	
	São Paulo	
3 a 4 leitos	Ceará	Tocantins
	Distrito Federal	Pernambuco
	Espírito Santo	Santa Catarina
	Alagoas	Roraima
	Acre	Paraná
	Pernambuco	Rio Grande do Sul
	Santa Catarina	Mato Grosso
	Mato Grosso do Sul	Paraíba
	Minas Gerais	Rio de Janeiro
	Rio Grande do Sul	Goiás
	São Paulo	Brasil
	Paraíba	
	Maranhão	
	Brasil	
Mais de 5 leitos	Rio de Janeiro	
	Goiás	

Fonte: IBGE/Brasil – Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 92-99.

Nota: A distribuição dos leitos foi estruturada a partir da Proposta de Parâmetros de Cobertura Hospitalar - da Consulta Pública N.º 01 de Dezembro de 2000, da SAS/MS.

Necessidades de leitos: Geral - 3-4 leitos/1.000 habitantes.

## EQUIPAMENTOS

Apesar de estes não terem sido objeto da pesquisa da AMS de 1992, os dados de 1999 revelam extre-

mas desigualdades no que tange à distribuição da oferta desses recursos no país.

Para esta análise, optamos por estudar a cobertura da oferta de

equipamentos, por 100.000 habitantes, nas grandes regiões do país, relacionando-a com o padrão estipulado pela Consulta Pública n.º 1 de 08/12/2000.

A seleção para análise dos equipamentos procurou abranger várias dimensões de todos os níveis de complexidade, inclusive os aspectos do financiamento, que poderiam influenciar a distribuição espacial da oferta destes recursos.

Quanto aos equipamentos estudados na Tabela 5 (Ressonância Magnética, Mamógrafos, Tomógrafos, Equipamentos para Hemodiálise etc.), embora estejam em todas as regiões, observou-se que estão presentes em maior quantidade na região Sudeste, superando em mais de 50% a média nacional, seguida pelas regiões Centro-Oeste e Sul.

Esta análise revelou claramente a desigualdade entre as regiões quanto aos equipamentos de alta e média complexidade, como mamógrafo, tomográfico, aparelho de ressonância magnética e equipamento para hemodiálise, sendo que o Norte e o Nordeste revelaram uma taxa de cobertura bem abaixo da média nacional e muito longe do padrão estimado pela Consulta Pública n.º 1 de 08/12/2000. Ressalta-se ainda que, para a cobertura de mamógrafos, também o Centro-Oeste está abaixo da média nacional. Mas, no que se refere aos demais equipamentos, a cobertura está de acordo com o padrão.

**TABELA 5 – Oferta de equipamentos, por 100.000 habitantes, segundo grandes regiões do Brasil, 1999**

	Mamógrafo	Tomógrafos	Ressonância Magnética	Equipamentos Hemodíalise
Padrão*	4,17	9,1	2,00	66,67
<b>Brasil</b>	<b>9,50</b>	<b>9,48</b>	<b>1,76</b>	<b>47,80</b>
Público	0,63	0,9	0,12	5,00
Conveniado	3,41	3,91	0,63	37,13
Privado	5,45	4,67	1,02	5,73
<b>Norte</b>	<b>2,31</b>	<b>3,95</b>	<b>0,49</b>	<b>10,55</b>
Público	0,25	0,66	0,08	1,65
Conveniado	0,82	1,56	0,33	7,83
Privado	2,10	1,73	0,08	1,07
<b>Nordeste</b>	<b>4,79</b>	<b>5,21</b>	<b>0,85</b>	<b>29,25</b>
Público	0,43	0,31	0,06	1,99
Conveniado	1,87	1,89	0,45	24,98
Privado	2,49	2,96	0,34	2,29
<b>Sudeste</b>	<b>13,50</b>	<b>13,52</b>	<b>2,52</b>	<b>62,73</b>
Público	0,87	1,37	0,17	7,31
Conveniado	4,29	5,2	0,73	46,26
Privado	8,33	6,96	1,62	9,15
<b>Sul</b>	<b>9,33</b>	<b>8,1</b>	<b>1,72</b>	<b>59,89</b>
Público	1,45	0,53	0,00	5,32
Conveniado	4,62	4,7	0,65	50,93
Privado	4,25	2,86	1,06	3,72
<b>Centro-Oeste</b>	<b>9,89</b>	<b>9,53</b>	<b>2,05</b>	<b>38,06</b>
Público	0,62	1,07	0,27	5,08
Conveniado	4,01	4,55	0,89	25,40
Privado	5,25	3,92	0,89	7,57

\* Extraído da Consulta Pública nº 1 de 08/12/2000.  
Fonte: IBGE, 1999. Assistência Médico-Sanitária.

## CONCLUSÃO

Apesar de os dados disponíveis pela AMS não permitirem por si sós analisar a efetividade da atenção prestada pelos serviços no país, a oferta serve como padrão de comparação e como fonte de dados importante que

pode ser utilizada na formulação de políticas públicas e no planejamento dos serviços, contribuindo principalmente com a definição de recursos a serem alocados no setor.

Em relação à análise sobre as desigualdades entre as regiões, esta ocorre em vários níveis, prin-

cipalmente na oferta de serviços mais complexos, como a de equipamentos de alta complexidade, mas também pode ser observada na disponibilização de leitos e mão-de-obra qualificada.

Acreditamos que a diminuição das desigualdades da oferta de serviços de saúde é um dos princípios básicos no alcance de um sistema de saúde mais justo. Sendo assim, o debate sobre equidade no Brasil deve ser focado, predominantemente, pela expansão da rede em todos os níveis de complexidade, com a compreensão da necessidade de se repensar a forma de alocação e distribuição destes entre as esferas do governo e entre as regiões, de forma equânime.

Se tais políticas forem implementadas contemplando distribuição espacial adequada às necessidades dos diferentes grupos populacionais, utilizando-se indicadores sociais e epidemiológicos, diminuirão com certeza as desigualdades e estarão atendendo aos princípios do SUS, de integralidade e universalidade do acesso.

No entanto, não estão claras as dificuldades da inclusão destas variáveis na reorientação da distribuição de recursos, e é possível que as fórmulas adotadas tornem-se complexas e de difícil compreensão, podendo não trazer ganhos reais no âmbito da equidade.

O fundamento ético da igualdade é a distribuição dos serviços de

saúde efetivos, que produzam impactos positivos referentes à sobrevivência e/ou à redução das incapacidades, da dor ou do desconforto e disponíveis segundo a necessidade de cada indivíduo (TRAVASSOS, 1997). E, embora tenhamos a convicção da necessidade de reduzir as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, algum grau de desigualdade sempre existirá (ALMEIDA, 2000).

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALLEYNE, G.; ROSENTHAL, G. Prefácio. In: *Health, social equity and changing production patterns in Latin America and the Caribbean*. Washington, DC: OPAS, 1998.
- ALMEIDA, Celia. Saúde e equidade nas reformas contemporâneas. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.24, n.54, jan./abr. 2000. p.6-21.
- BRASIL. Ministério da Saúde. SAS. Consulta Pública Nº 01/SAS/MS, W3. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/mweb/homesas.htm>>. Acesso em: 24 maio 2002.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Estatísticas de saúde: assistência médico-sanitária*. Brasília, DF: IBGE, 1999.
- KLIKSBERG, B. *Desigualdade na América Latina: o debate adiado*. São Paulo: Cortez, 2000.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL). *Health, social equity and changing production patterns in Latin America and the Caribbean*. [s. l.]: OMS, 1998.
- PIOLA, Sérgio. F.; BIASOTTO JR., Geraldo. Financiamento do SUS nos anos 90. In: NEGRI, B.; DI GIOVANNI, G. (Org.). In: *Brasil: radiografia da Saúde*. Campinas, SP: UNICAMP, 2001. p. 119-232.
- TRAVASSOS, Cláudia. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, abr. /jun. 1997. p. 325-330.