

## ESTUDO TÉCNICO

---

**Tema:** Brasil perdeu 23.091 leitos hospitalares em dez anos

**Área Técnica:** Saúde

**Referências:** OCDE (2017), Panorama de la santé 2017; Datasus/Ministério da Saúde (Tabnet) – Rede Assistencial, Organização Mundial de Saúde (OMS).

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde, Leitos, Leitos Clínicos.

---

### 1 Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é relativamente novo, com apenas 30 anos. Se comparado aos tempos do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) – que assegurava cobertura de saúde apenas aos seus contribuintes, portanto, a quem estivesse trabalhando e formalmente registrado –, o SUS significou um rearranjo institucional para contemplar a totalidade da população, com princípios constitucionais importantes: universalidade do acesso e a integralidade da atenção à saúde. Vale destacar a inversão do modelo da centralização federal dos serviços à municipalização, regionalização e a organização em redes, com financiamento e apoio técnico tripartite. Esse sistema ainda se encontra em construção.

Fato é que um dos problemas mais debatidos entre os gestores atualmente refere-se aos incentivos destinados ao SUS. O atual financiamento de um sistema integral e universal para mais de 200 milhões de pessoas, como atualmente conduzido, é insuficiente. A responsabilidade tripartite, definida apenas no papel, não se efetiva na prática, e os Municípios têm aumentado seus gastos na área, por se tratar de um direito fundamental previsto na Constituição. Por outro lado, a União apresenta declínio em seus gastos, e os Estados se esforçam para não ultrapassarem o mínimo obrigatório de investimentos.

O componente hospitalar exerce um papel importante na rede assistencial à saúde, capaz de agrupar serviços ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade prestados pelo SUS. Pela sua relevância, a área de assistência hospitalar também possui grande valor social e ainda concentra a maior parte dos gastos na saúde.

De acordo com Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO), nos últimos cinco anos as despesas liquidadas da União com Assistência Hospitalar e Ambulatorial (AHA) corresponderam, em média, a 44% (R\$ 43 bilhões) do total da função Saúde.

**Tabela 1 – Despesa subfunção AHA – 2012 a 2017**

Ano	Despesas com Ações e Serviços Públicos em Saúde por Subfunção Assistência Hospitalar e Ambulatorial	
	Despesas Liquidadas em R\$	% de gastos
2012	36.387.866.808,86	49,08
2013	37.556.231.289,84	43,28
2014	44.514.166.691,75	43,70
2015	46.447.081.454,67	43,85
2016	46.766.494.015,79	42,09
2017	48.640.168.454,02	41,87

Fonte: Siops, 2018.

Entre os inúmeros serviços contemplados nesta política, encontram-se os leitos hospitalares, classificados, segundo o Manual de Conceitos e Nomenclaturas de Leitos Hospitalares (BRASIL, 2016), da seguinte forma:

- 1) **clínico**: leito de internação hospitalar destinado a acomodar pacientes de qualquer especialidade clínica, sendo possível a sua subclassificação por especialidades tais como: Aids, cardiologia, clínica geral, dermatologia, geriatria, hansenologia, hematologia, nefrorologia, neonatologia, neurologia, entre outros;
- 2) **cirúrgico**: leito de internação hospitalar destinado a acomodar pacientes de qualquer especialidade cirúrgica, sendo possível a sua subclassificação por especialidade, tais como: buco maxilo facial, cardiologia, cirurgia geral, endocrinologia, gastroenterologia, ginecologia, nefrologia/urologia, neurocirurgia, oftalmologia, oncologia, ortopedia/traumatologia, otorrinolaringologia, plástica, torácica, transplante e outros;
- 3) **obstétrico**: leito de internação hospitalar destinado a acomodar as gestantes e puérperas para atendimento assistencial clínico e/ou cirúrgico. Leitos obstétricos se dividem em:
  - leitos obstétricos clínico: destinados ao tratamento de complicações relacionadas ao puerpério; tratamento de eclampsia; tratamento de edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, parto e puerpério; tratamento de intercorrências clínicas na gravidez; e tratamento de mola hidatiforme; assistência ao parto sem distócia; parto normal; e parto normal em gestação de alto risco;
  - leitos obstétricos cirúrgicos: destinados ao tratamento de descolamento manual de placenta; parto cesariano; redução manual de inversão uterina aguda pós-parto; resutura de episiorrafia pós-parto; sutura de lacerações de trajeto pélvico; tratamento cirúrgico de inversão uterina aguda pós-parto; curetagem pós-abortamento/puerperal; embriotomia; histerectomia

puerperal; tratamento cirúrgico de gravidez ectópica; tratamento de outros transtornos maternos relacionados predominantemente a gravidez;

- 4) **hospital-dia**: é um leito hospitalar destinado ao atendimento do paciente adulto ou pediátrico na unidade, por até 12 horas, para a realização de tratamento clínico, cirúrgico, diagnóstico ou terapêutico. Vale ressaltar que o leito de hospital-dia, de acordo com a legislação vigente, é considerado como leito de internação, mas para fins do cálculo da taxa de ocupação hospitalar esses leitos não são incluídos;
- 5) **pediátrico**: leito de internação hospitalar destinado a acomodar pessoas menores de 15 anos, classificado nas especialidades:
- leito pediátrico clínico,
  - leito pediátrico cirúrgico.

A faixa etária adotada para definir leitos pediátricos é referenciada pela Portaria GM/MS 1.631, de 1º de outubro de 2015, entretanto a unidade hospitalar, em conjunto com os profissionais envolvidos no atendimento, deve definir a idade máxima para internação de acordo com as condições estruturais da unidade, físicas e de recursos humanos. Essa conduta deve ser normatizada na instituição e divulgada para os gestores da rede; o limite etário deve ser o mesmo para atenção clínica e cirúrgica.

Consideram-se como leitos hospitalares as camas destinadas à internação de um paciente no hospital, não sendo considerados os leitos de observação. Os leitos de UTI são considerados complementares, portanto não inclusos neste estudo, uma vez que apresentam outra metodologia de cálculo.

## 2 Taxa de leitos para cada mil habitantes

Segundo o Ministério da Saúde, a taxa ideal de leitos fica entre 2,5 e 3 leitos para cada mil habitantes (Portaria GM/MS 1.101/2002, revogada pela Portaria 1.631/2015, que foi revogada pela Portaria de Consolidação 01/17). O índice preconizado pela OMS é de 3 a 5 leitos para cada mil habitantes, e a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), formada pelos países mais desenvolvidos, recomenda 4,7 leitos para cada mil habitantes, dado divulgado no Panorama de Saúde 2017 da OCDE.

Em análise ao estudo da organização, em países como Japão e Alemanha, por exemplo, a média é de 13,7 e 8,1 leitos para mil habitantes, respectivamente – enquanto o sistema inglês possui 2,6 leitos por mil habitantes, taxa próxima a do Brasil. Atualmente o Brasil possui uma taxa

de 2,1 leitos para cada mil habitantes, bem abaixo dos índices preconizados pelas organizações internacionais.

### 3 Contexto nacional na saúde

A realidade brasileira, no entanto, é bem diferente dos países citados. Vale ressaltar a extensão territorial do Brasil, as especificidades regionais, o quantitativo populacional, face ao sistema de saúde universal e integral adotado. O Sistema Único de Saúde caracteriza-se pelo seu contínuo processo de construção, regionalização e presença de estabelecimentos e recursos humanos não equitativos.

O Brasil possui uma rede hospitalar bastante heterogênea do ponto de vista de incorporação tecnológica e serviços, com grande concentração de recursos e de pessoal em complexos hospitalares nas cidades de médio e grande porte, com claro desequilíbrio regional e favorecimento das regiões Sul e Sudeste do país (BRASIL, 2004).

A distribuição dos serviços de saúde, em especial os de média e alta complexidade, se verifica com maior incidência nas grandes cidades e seus entornos. Tal situação gera, em parte, uma distorção na distribuição dos recursos financeiros para o SUS: cidades com essas características são as que recebem maiores volumes de recursos por parte de Estados e do governo federal. Essas situações resultam em que, além de sua população local, esses Municípios de grande porte atendam à demanda encaminhada dos pequenos e médios Municípios (CNM, 2016).

### 4 Metodologia do estudo

A área técnica de Saúde da Confederação Nacional de Municípios (CNM) apresenta um estudo exploratório e descritivo, que tem como fonte dados secundários do Datasus, portal do Ministério da Saúde que disponibiliza informações para subsidiar análises objetivas da situação sanitária, tomadas de decisão baseadas em evidências e elaboração de programas de ações de saúde.

No caso específico deste estudo, a CNM utilizou as bases das *Informações de Saúde (Tabnet) – Rede Assistencial – Cnes Recursos Físicos; Hospitalar – Leitos Internação*; como mostra a Figura 1.

Figura 1 – Portal da Saúde – Datasus/Leitos



Fonte: Datasus, 2018.

Para o atual estudo objetiva-se mostrar a situação dos leitos hospitalares ao longo de dez anos, entre os anos 2008 e 2018, como base comparativa dos períodos.

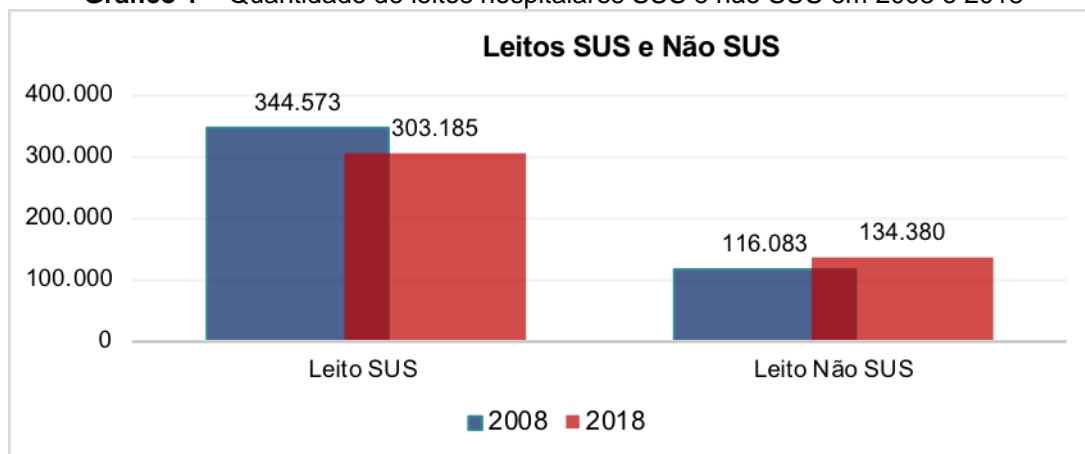
## 5 Brasil fechou mais de 23 mil leitos nos últimos dez anos

De acordo com os dados disponibilizados nos sistemas informatizados do Ministério da Saúde (Datasus), a CNM avaliou a evolução na disponibilidade e fechamento de leitos hospitalares no país.

De forma geral – leitos SUS e não SUS –, o sistema de saúde apresentava 460.656 leitos em 2008 e, em dados de 2018, o quantitativo decaiu para 437.565. São assim, globalmente, 23.091 leitos a menos. Isso corresponde a seis leitos fechados por dia, em um período de dez anos. Importante destacar que o estudo mostra comportamentos diferentes se compararmos quantitativos de (i) leitos SUS e (ii) não SUS. Enquanto o primeiro teve mais fechamentos que habilitações, o segundo grupo mostrou um aumento de aproximadamente 18.300 unidades. Isso significa que os leitos públicos diminuíram mais drasticamente, o que leva ao resultado global de perda de unidades, como mostra o Gráfico 1.



**Gráfico 1 – Quantidade de leitos hospitalares SUS e não SUS em 2008 e 2018**



Fonte: Datasus, 2018.

Em 2008, o Brasil possuía 2,4 leitos (SUS e não SUS) para cada mil habitantes, caindo para o índice de 2,1 leitos na mesma proporção de pessoas em 2018. Atualmente nenhuma das regiões do país atinge o índice recomendado pelo próprio Ministério da Saúde. As regiões Sul e Centro-Oeste são as que mais se aproximam do valor ideal, 2,4 e 2,3 respectivamente. A pior situação é no Norte, que tem 1,7 leito para cada mil habitantes, e o Nordeste e Sudeste, com 2 a cada mil.

**Tabela 2 – Quantidade de leitos hospitalares por região em 2018**

Região	Quantidade de leitos - 2018	Leitos/1000 Hab
Região Norte	31.645	1,7
Região Nordeste	115.973	2
Região Sudeste	179.427	2
Região Sul	73.507	2,4
Região Centro-Oeste	37.013	2,3
<b>Total</b>	<b>437.565</b>	<b>2,1</b>

Fonte: Datasus, 2018.

Considerando a quantidade de leitos hospitalares segundo especialidade, identifica-se que os leitos denominados “outras especialidades, pediátricos e obstétricos” apresentaram uma redução considerável.

De acordo com a tabela abaixo, entretanto, para os leitos de hospital-dia houve um aumento expressivo, que reflete possivelmente a inclusão de procedimentos rápidos, tratamentos clínico, cirúrgico, diagnóstico ou terapêutico, que ocupam o leito por um período máximo de 12 horas. Vale ressaltar que o leito do hospital-dia, de acordo com a legislação vigente, é

considerado como leito de internação, mas, para fins do cálculo da taxa de ocupação hospitalar, esses leitos não são incluídos.

**Tabela 3 – Quantidade de leitos hospitalares segundo especialidade – 2008 e 2018**

<b>Especialidade</b>	<b>Quantidade 2008</b>	<b>Quantidade 2018</b>	<b>%</b>
Cirúrgicos	<b>111.996</b>	<b>116.706</b>	4,21%
Clínicos	<b>146.068</b>	<b>154.288</b>	5,63%
Obstétrico	<b>61.971</b>	<b>53.410</b>	-13,81%
Pediátrico	<b>65.891</b>	<b>51.181</b>	-22,32%
Outras Especialidades	<b>68.037</b>	<b>51.209</b>	-24,73%
Hospital-dia	<b>6.693</b>	<b>10.771</b>	60,93%
<b>TOTAL</b>	<b>460.656</b>	<b>437.565</b>	<b>-5,01%</b>

Fonte: Datasus, 2018.

A complexidade da temática exige a verificação do quantitativo de leitos hospitalares SUS por Estados, capitais, tipo de leito e especialidade. A diminuição e aumento de unidades é um dado quantitativo, mas isso não basta. É necessário verificar, perante o perfil atual da população, quais tipos e onde esses leitos foram fechados e/ou habilitados.

De acordo com os dados do Datasus, a CNM avaliou a evolução na disponibilidade – na abertura e fechamento – de leitos hospitalares no país. A análise corresponde ao período de janeiro de 2008 a janeiro de 2018 e tomou por base:

- i. regiões, Unidades da Federação (UF) e quantitativo de leitos hospitalares SUS;
- ii. quantitativos de leitos SUS por Estado e capital.

Tal abordagem se deve em parte ao estudo da CNM, no qual foram agrupados estabelecimentos e repasses por porte de Município. Verificou-se a concentração de verbas e estabelecimentos de saúde nas grandes capitais em detrimento do resto do país. No ano de 2015, as 26 capitais mais o Distrito Federal (0,49% do total de Municípios) receberam do Ministério da Saúde 47% dos recursos destinados aos seis blocos de financiamento do SUS, enquanto os outros 5.543 Municípios (ou 99,5% do total de cidades) receberam 53%, pouco mais da metade desses recursos. Tal concentração também se mostra em termos de recursos humanos na área da saúde, em especial dos profissionais médicos.

## 6 Análise

Objetivando uma visão do quantitativo dos leitos hospitalares nos Estados e, a partir da concentração de estabelecimentos, recursos humanos e financeiros nas capitais, inicia-se a

avaliação pelas categorias leitos SUS e não SUS por UF, avaliando ainda os leitos SUS especificamente nas capitais e a relação com o quantitativo dos leitos em funcionamento nos Municípios no interior dos Estados.

Ao analisar o quantitativo de leitos por Unidade Federativa nos anos de 2008 e 2018, percebe-se que 25 Estados apresentaram queda nos índices de leitos por mil habitantes, e somente Rondônia e Roraima conseguiram obter um pequeno avanço na disponibilidade de leitos hospitalares.

Vale ressaltar que em 14 Estados identifica-se a abertura de leitos, no entanto esta ação não satisfaz ao aumento populacional ocorrido para a área no período. Isto é, mesmo com a abertura de leitos hospitalares, houve queda no índice de leitos por mil habitantes, em razão do aumento populacional expressivo. A exemplo disso, o Estado de Alagoas, que possuía 6.146 leitos em 2008, para atender 3.127.557 pessoas, passou a ter 6.424 leitos em 2018, um crescimento de 4%, ou seja, abertura de 288 unidades, no entanto a população cresceu 8% e passou a contabilizar 3.375.823 pessoas. Nesse caso, o aumento populacional superou a abertura de novos leitos no Estado e conseqüentemente diminuiu o índice de leitos por mil habitantes.



**Tabela 4 – Quantidade de leitos SUS e não SUS e Cobertura da Atenção Básica por UF – 2008 e 2018**

Região/ UF	Pop_2008	Leitos 2008	Leitos /1000 hab 2008	Pop_2017	Leitos 2018	Leitos /1000 hab 2018	Cobertura Atenção Básica 2018
<b>Região Norte</b>							
Acre	680.073	1.394	2,05	829.619	1.452	1,75	88.31%
Amazonas	3.341.096	5.599	1,68	4.063.614	5.829	1,43	64.88%
Amapá	613.164	1.010	1,65	797.722	1.139	1,43	82.43%
Pará	7.321.493	14.718	2,01	8.400.056	15.320	1,82	66.64%
Rondonia	1.493.566	3.578	2,40	1.780.365	4.304	2,42	74.24%
Roraima	412.783	721	1,75	522.636	941	1,80	79.39%
Tocantins	1.280.509	2.478	1,94	1.550.194	2.660	1,72	95.53%
<b>Região Nordeste</b>							
Alagoas	3.127.557	6.146	1,97	3.375.823	6.424	1,90	81.56%
Bahia	14.502.575	31.025	2,14	15.345.055	29.331	1,91	78.68%
Ceará	8.450.527	17.815	2,11	9.020.460	17.971	1,99	86.37%
Maranhão	6.305.539	15.694	2,49	7.034.026	14.111	2,01	86.92%
Paraíba	3.742.606	9.710	2,59	4.025.558	8.562	2,13	98.05%
Pernambuco	8.734.194	21.904	2,51	9.476.282	21.296	2,25	81.02%
Piauí	3.119.697	8.103	2,60	3.219.257	7.611	2,36	100%
Rio Grande do Norte	3.106.430	7.823	2,52	3.507.003	7.477	2,13	84.33%
Sergipe	1.999.374	3.762	1,88	2.288.116	3.190	1,39	88.86%
<b>Região Sudeste</b>							
Espírito Santo	3.453.648	7.602	2,20	4.016.356	7.677	1,91	71.99%
Minas Gerais	19.850.072	44.946	2,26	21.119.536	41.343	1,96	89.31%
Rio de Janeiro	15.872.362	50.790	3,20	16.718.956	37.885	2,27	69.78%
São Paulo	41.011.635	95.374	2,33	45.094.866	92.522	2,05	60.64%
<b>Região Sul</b>							
Paraná	10.590.169	28.550	2,70	11.320.892	27.288	2,41	77.03%
Rio Grande do Sul	10.855.214	30.104	2,77	11.322.895	30.957	2,73	75.83%
Santa Catarina	6.052.587	14.923	2,47	7.001.161	15.262	2,18	88.87%
<b>Região Centro-Oeste</b>							
Distrito Federal	2.557.158	6.207	2,43	3.039.444	6.742	2,22	61.2%
Goiás	5.844.996	17.724	3,03	6.778.772	17.498	2,58	73.02%
Mato Grosso do Sul	2.336.058	6.046	2,59	2.713.147	5.588	2,06	77.94%
Mato Grosso	2.957.732	6.910	2,34	3.344.544	7.185	2,15	76.11%
<b>Brasil</b>							
<b>Brasil</b>	<b>189.612.814</b>	<b>460.656</b>	<b>2,43</b>	<b>207.706.355</b>	<b>437.565</b>	<b>2,11</b>	<b>75%</b>

Fonte: Ministério da Saúde, 2018.

Também foi incluído na Tabela 4 o percentual de cobertura da Atenção Básica no Brasil (75%) e nos 27 Estados. No ano de 2018, somente o Estado do Piauí apresenta cobertura total (100%) de sua população na Atenção Primária, seguido dos Estados da Paraíba (98%) e Tocantins (95%). Já os Estados de São Paulo (60%) e Distrito Federal (61%), que estão entre os mais populosos do país, apresentam a menor taxa de cobertura.

Atualmente, com os esforços dos Municípios, o percentual de cobertura dos serviços da atenção básica de saúde ofertados pelo Programa de Saúde da Família alcança mais de 150

milhões de brasileiros. Essa população conta com as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Porém essa cobertura expressiva da atenção básica, e que certamente demanda serviços ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade, não tem reflexo na abertura de novos leitos hospitalares, nem mesmo como um mecanismo compensatório para a população descoberta de serviços básicos, uma vez que em 25 Estados houve queda no índice de leitos por habitante.

Ainda sobre a Tabela 4, os Estados de Goiás (2,5/1.000 habitantes) e Rio Grande do Sul (2,7/1.000 habitantes) possuem os melhores índices entre as Unidades Federativas e podem ser enquadrados na taxa ideal de leitos segundo o Ministério da Saúde, que fica entre 2,5 e 3 leitos para cada mil habitantes (Portaria GM/MS 1.101/2002, revogada pela Portaria de Consolidação 01/17). No entanto, se considerarmos o índice preconizado pela OMS de 3 a 5 leitos para cada mil habitantes, nenhum Estado brasileiro se enquadra nesse indicador.

A verificação do total de leitos hospitalares SUS por Estado depende da qualificação do dado. Nesse caso, esse processo será analisado de acordo com o comparativo de leitos habilitados ou desabilitados nos Municípios do interior dos Estados em relação a sua respectiva capital. Ao analisar o número global de leitos, excluindo as capitais dos Estados, a redução chega à ordem de 13%. Nas regiões Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste houve uma redução de 9.469 (13%), 20.561 (20%) e 2.170 (13%), respectivamente. Apenas nas regiões Sul e Norte houve uma manutenção do quantitativo de leitos.

A diferenciação do comportamento do quantitativo de leitos por UF, sem contar aqueles instalados nas capitais, guarda relação com a possibilidade da regionalização e interiorização dos estabelecimentos de alta complexidade para além das grandes cidades. Na Tabela 5 estão disponíveis o quantitativo de leitos em funcionamento nas capitais e nos demais Municípios do interior dos Estados.

O resultado global de leitos nos Municípios no interior dos Estados mostra uma redução de 32.929 unidades (-13%), quantitativo expressivo se relacionado ao também fechamento de leitos nas capitais dos Estados. Os Municípios do interior que mais apresentaram variação na diminuição de leitos hospitalares SUS, a saber: na região Norte, Roraima (-21,36%) e Tocantins (-5,87%); na região Nordeste, Paraíba (-21,41%) e Piauí (-14,60%); na região Sudeste, Rio de Janeiro (-33,70%) e Minas Gerais (-19,07%); na região Sul, Paraná (-6,23%) e Santa Catarina (-0,43%); e na região Centro-Oeste, Goiás (-19,03%) e Mato Grosso do Sul (-12,63%).

Entre as Unidades da Federação que ampliaram o quantitativo de leitos, tem-se: região Norte, Amapá (32,62%) e Rondônia (13,63%); nas regiões Nordeste e Sudeste, nenhum Estado aumentou leitos, sendo os que menos reduziram leitos Ceará (-1,11%), Alagoas (-3,94%), Espírito Santo (-7,81%) e São Paulo (-16,57%); na região Sul, apenas o Rio Grande do Sul aumentou em 3,51%; e finalmente, na região Centro-Oeste, nenhum Estado aumentou leitos<sup>1</sup> sendo o Mato Grosso (-1,79%) o que menos reduziu.

**Tabela 5 – Leitos hospitalares SUS nas capitais e Municípios do interior – janeiro de 2008 a janeiro de 2018**

Região/Unidade da Federação	Leitos SUS CAPITAIS		% em relação a 2008	Comparativo	Leitos SUS MUNICÍPIOS DO INTERIOR		% em relação a 2008.	Comparativo
	2008	2018			2008	2018		
<b>TOTAL</b>	<b>96.539</b>	<b>88.080</b>	<b>-8,76%</b>		<b>248.034</b>	<b>215.105</b>	<b>-13,28%</b>	
<b>Região Norte</b>	<b>7.881</b>	<b>8.859</b>	<b>12,41%</b>		<b>15.754</b>	<b>15.594</b>	<b>-1,02%</b>	
Rondônia/ Porto Velho	733	1194	62,89%	aumentou	1863	2117	13,63%	aumentou
Acre/ Rio Branco	681	710	4,26%	aumentou	610	587	-3,77%	diminuiu
Amazonas/ Manaus	2.680	2733	1,98%	aumentou	2140	2290	7,01%	aumentou
Roraima/ Boa Vista	476	683	43,49%	aumentou	220	173	-21,36%	diminuiu
Pará/ Belém	2.424	2515	3,75%	aumentou	8751	8277	-5,42%	diminuiu
Amapá/ Macapá	602	591	-1,83%	diminuiu	279	370	32,62%	aumentou
Tocantins/ Palmas	285	433	51,93%	aumentou	1891	1780	-5,87%	diminuiu
<b>Região Nordeste</b>	<b>32.247</b>	<b>30.199</b>	<b>-6,35%</b>		<b>72.508</b>	<b>63.039</b>	<b>-13,06%</b>	
Maranhão/ São Luís	2.968	3.105	4,62%	aumentou	10729	9382	-12,55%	diminuiu
Piauí/ Teresina	2.276	2.396	5,27%	aumentou	4972	4246	-14,60%	diminuiu
Ceará/ Fortaleza	6.094	5.144	-15,59%	diminuiu	8793	8695	-1,11%	diminuiu
Rio Grande do Norte/ Natal	2.123	2.095	-1,32%	diminuiu	4625	4059	-12,24%	diminuiu
Paraíba/ João Pessoa	2.254	2.080	-7,72%	diminuiu	6110	4802	-21,41%	diminuiu
Pernambuco/ Recife	6.179	6.399	3,56%	aumentou	12528	10401	-16,98%	diminuiu
Alagoas/ Maceió	2.643	2.176	-17,67%	diminuiu	2817	2706	-3,94%	diminuiu
Sergipe/ Aracaju	1.829	1.395	-23,73%	diminuiu	1560	998	-36,03%	diminuiu
Bahia/ Salvador	5.881	5.409	-8,03%	diminuiu	20374	17750	-12,88%	diminuiu
<b>Região Sudeste</b>	<b>36.079</b>	<b>31.033</b>	<b>-13,99%</b>		<b>100.058</b>	<b>79.497</b>	<b>-20,55%</b>	
Minas Gerais/ Belo Horizonte	6.056	5.299	-12,50%	diminuiu	27735	22447	-19,07%	diminuiu
Espírito Santo/ Vitória	1.299	1.166	-10,24%	diminuiu	4392	4049	-7,81%	diminuiu
Rio de Janeiro/ Rio de Janeiro	13.554	9.352	-31,00%	diminuiu	21448	14219	-33,70%	diminuiu
São Paulo/ São Paulo	15.170	15.216	0,30%	aumentou	46483	38782	-16,57%	diminuiu
<b>Região Sul</b>	<b>9.540</b>	<b>8.232</b>	<b>-13,71%</b>		<b>43.822</b>	<b>43.253</b>	<b>-1,30%</b>	
Paraná/ Curitiba	3.419	2.735	-20,01%	diminuiu	17573	16479	-6,23%	diminuiu
Santa Catarina/ Florianópolis	1.213	944	-22,18%	diminuiu	10063	10020	-0,43%	diminuiu
Rio Grande do Sul/ Porto Alegre	4.908	4.553	-7,23%	diminuiu	16186	16754	3,51%	aumentou
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>10.792</b>	<b>9.757</b>	<b>-9,59%</b>		<b>15.892</b>	<b>13.722</b>	<b>-13,65%</b>	
Mato Grosso do Sul/ Campo Grande	1.411	1.238	-12,26%	diminuiu	2676	2338	-12,63%	diminuiu
Mato Grosso/ Cuiabá	1.058	1.395	31,85%	aumentou	3963	3892	-1,79%	diminuiu
Goiás/ Goiânia	3.688	2.959	-19,77%	diminuiu	9253	7492	-19,03%	diminuiu
Distrito Federal/ Brasília	4.635	4.165	-10,14%	diminuiu	0	0	0	n/d

Fonte: Datasus, 2018.

<sup>1</sup> Por ser o Distrito Federal, as informações de leitos hospitalares estão consolidadas apenas por UF, não havendo distinção para Brasília.

Também foram analisados os quantitativos de leitos SUS nas respectivas capitais, no intuito de verificar tendência de fechamento geral de leitos tanto no interior quanto nas capitais ou ainda uma possível interiorização de leitos. O resultado global de leitos nas capitais mostra uma redução de 8.459 unidades (8%), quantitativo que representa um pouco mais da metade dos leitos SUS fechados (13,28%), se comparado com o total global de leitos nos Municípios do interior dos Estados.

Nessa série de dados foi possível comparar o quantitativo de leitos hospitalares SUS para Brasília. A capital federal apresentava em 2008 um total de 4.635, passando em 2018 a 4.165 (-470) ou, em termos percentuais, uma redução de -10,14%. Assim como na capital do país, é necessário que posteriormente sejam aferidos os quantitativos das categorias “Municípios do interior” e “capitais” para verificar onde, quanto e se houve “compensação” de, por exemplo, fechamento de leitos na capital para abertura no interior.

De forma regional e individualizada, o quantitativo de leitos hospitalares SUS nas capitais mostrou que apenas a região Norte apresentou aumento (12,41%) entre 2008 e 2018. Os destaques por regiões foram, no Norte do país, as cidades de Porto Velho (Rondônia), Palmas (Tocantins) e Boa Vista (Roraima), que aumentaram o quantitativo em 62,89%; 51,93% e 43,49% respectivamente. Na mesma região, Macapá foi a única capital a diminuir leitos (-1,83%).

No Sudeste do país, nenhuma das capitais teve aumento significativo do quantitativo de leitos. São Paulo registrou em 2018 apenas 0,30% de leitos a mais do que em 2008. As cidades de Rio de Janeiro e Belo Horizonte apresentaram respectivamente as maiores diferenças de leitos a menos: 31,00% e 12,50% respectivamente.

Na região Nordeste, Teresina (Piauí) e São Luís (Maranhão) foram as duas principais capitais que aumentaram o quantitativo de leitos, 5,27% e 4,62% respectivamente. Já Aracaju (Sergipe) e Maceió (Alagoas) foram as duas capitais do Nordeste com maior diminuição de leitos: -23,73% e -17,67%. Para o mesmo período, nenhuma capital da região Sul apresentou aumento de leitos SUS para internação. Florianópolis e Curitiba foram as duas cidades que mais fecharam esse tipo de unidade: -22,18% e -20,01%.

Finalmente, na região Centro-Oeste, apenas Cuiabá (Mato Grosso) apresentou aumento do quantitativo de leitos, passando de 1.058 para 1.395, um aumento de 31,85%. Goiânia e Campo Grande apresentaram uma redução na ordem de -19,77% e -12,26%, respectivamente.

Entre as UF que diminuíram leitos nos demais Municípios, mas aumentaram na respectiva capital: Acre/Rio Branco; Roraima/Boa Vista; Pará/Belém; Tocantins/Palmas; Maranhão/São Luís; Piauí/Teresina; Pernambuco/Recife; São Paulo/São Paulo e Mato Grosso/Cuiabá; em mais da metade deles (Pará, Maranhão, Piauí, Pernambuco e São Paulo), o aumento na capital não

compensou quantitativamente o fechamento no interior. No Pará, por exemplo, foram fechados 474 no interior e abertos 91 leitos em Belém.

**Quadro 1 – Leitos internação SUS – comparativo Estados e capitais**

Região/ UF/ Capital	Leitos internação – SUS			
	Estado (2008-2018)		Capital (2008-2018)	
<b>Região Norte</b>	<b>Região Norte</b>			
Rondônia/Porto Velho	aumentou	13,63%	aumentou	62,89%
Acre/Rio Branco	diminuiu	-3,77%	aumentou	4,26%
Amazonas/Manaus	aumentou	7,01%	aumentou	1,98%
Roraima/Boa Vista	diminuiu	-21,36%	aumentou	43,49%
Pará/Belém	diminuiu	-5,42%	aumentou	3,75%
Amapá/Macapá	aumentou	32,62%	diminuiu	-1,83%
Tocantins/Palmas	diminuiu	-5,87%	aumentou	51,93%
<b>Região Nordeste</b>	<b>Região Nordeste</b>			
Maranhão/São Luís	diminuiu	-12,55%	aumentou	4,62%
Piauí/Teresina	diminuiu	-14,60%	aumentou	5,27%
Ceará/Fortaleza	diminuiu	-1,11%	diminuiu	-15,59%
Rio Grande do Norte/Natal	diminuiu	-12,24%	diminuiu	-1,32%
Paraíba/João Pessoa	diminuiu	-21,41%	diminuiu	-7,72%
Pernambuco/Recife	diminuiu	-16,98%	aumentou	3,56%
Alagoas/Maceió	diminuiu	-3,94%	diminuiu	-17,67%
Sergipe/Aracaju	diminuiu	-36,03%	diminuiu	-23,73%
Bahia/Salvador	diminuiu	-12,88%	diminuiu	-8,03%
<b>Região Sudeste</b>	<b>Região Sudeste</b>			
Minas Gerais/Belo Horizonte	diminuiu	-19,07%	diminuiu	-12,50%
Espírito Santo/Vitória	diminuiu	-7,81%	diminuiu	-10,24%
Rio de Janeiro/Rio de Janeiro	diminuiu	-33,70%	diminuiu	-31,00%
São Paulo/São Paulo	diminuiu	-16,57%	aumentou	0,30%
<b>Região Sul</b>	<b>Região Sul</b>			
Paraná/Curitiba	diminuiu	-6,23%	diminuiu	-20,01%
Santa Catarina/Florianópolis	diminuiu	-0,43%	diminuiu	-22,18%
Rio Grande do Sul/Porto Alegre	aumentou	3,51%	diminuiu	-7,23%
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>Região Centro-Oeste</b>			
Mato Grosso do Sul/Campo Grande	diminuiu	-12,63%	diminuiu	-12,26%
Mato Grosso/Cuiabá	diminuiu	-1,79%	aumentou	31,85%
Goiás/Goiânia	diminuiu	-19,03%	diminuiu	-19,77%
Distrito Federal/Brasília	n/d	0,00%	diminuiu	-10,14%

Fonte: Datasus, 2018.

O Quadro 1 trata apenas do comportamento quantitativo dos leitos, ou seja, não podemos afirmar se seu aumento ou diminuição se traduz diretamente em melhoria ou piora dos recursos



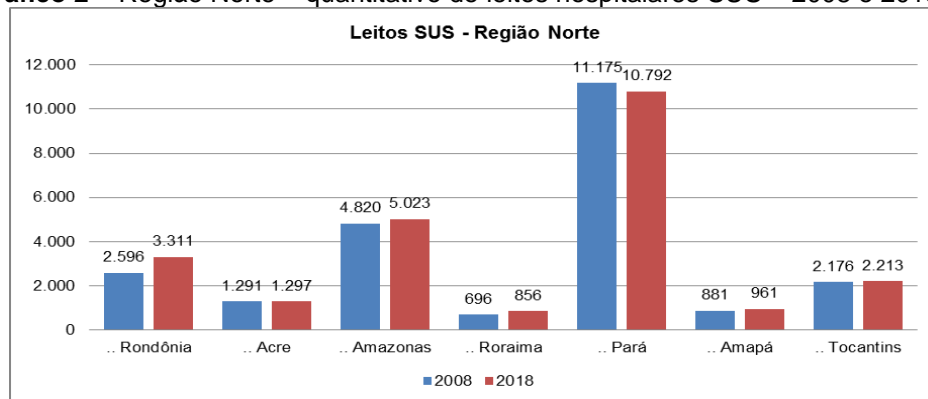
físicos em saúde, seja no interior, seja na capital; já que essas medidas dependem de especificidades: fatores sociais de saúde, extensão territorial, perfil epidemiológico, constituição e organização de Redes de Atenção etc. Mesmo assim, é possível estabelecer novos critérios e parâmetros que motivem as mudanças nas diretrizes e aos princípios estaduais e nacionais da Regionalização e Descentralização do SUS. Tais preceitos teriam como tendência, ao longo do tempo, o aumento loco-regional de estabelecimentos de média e alta complexidade, hoje majoritariamente concentrados nas capitais. Apenas os Estados do Amapá e do Rio Grande do Sul registraram diferenças quantitativas nesse aspecto.

Outra questão em análise diz respeito ao cenário de fechamento de leitos para internação no interior e regiões metropolitanas, mas com abertura em maior percentual nas capitais; nesse caso Acre, Roraima, Pará, Tocantins, Maranhão, Piauí, Pernambuco, São Paulo e Mato Grosso registraram esse fenômeno. Apenas em Rondônia foi registrado um aumento de leitos hospitalares SUS no Estado (461 a mais em 2018) e na capital Porto Velho (254 a mais em 2018).

## 6.1 Região Norte

A região Norte apresenta uma média de 1,7 leito/1.000 hab. Pelos dados do Datasus, foi possível verificar que, no total geral, houve um aumento de leitos hospitalares SUS entre o período de janeiro de 2008 a janeiro de 2018. Como mostra o Gráfico 2, dos sete Estados, apenas no Pará o quantitativo de 2018 é menor do que em 2008. O Estado passou de 11.175 leitos para 10.792; uma diferença unitária de 383 (3,43%). Nos demais Estados, o aumento no total de leitos foi de: Rondônia (27,54%), Acre (0,46%), Amazonas (4,21%), Roraima (22,99%), Amapá (9,08%) e Tocantins (1,70%).

**Gráfico 2 – Região Norte – quantitativo de leitos hospitalares SUS – 2008 e 2018**



Fonte: Datasus, 2018.

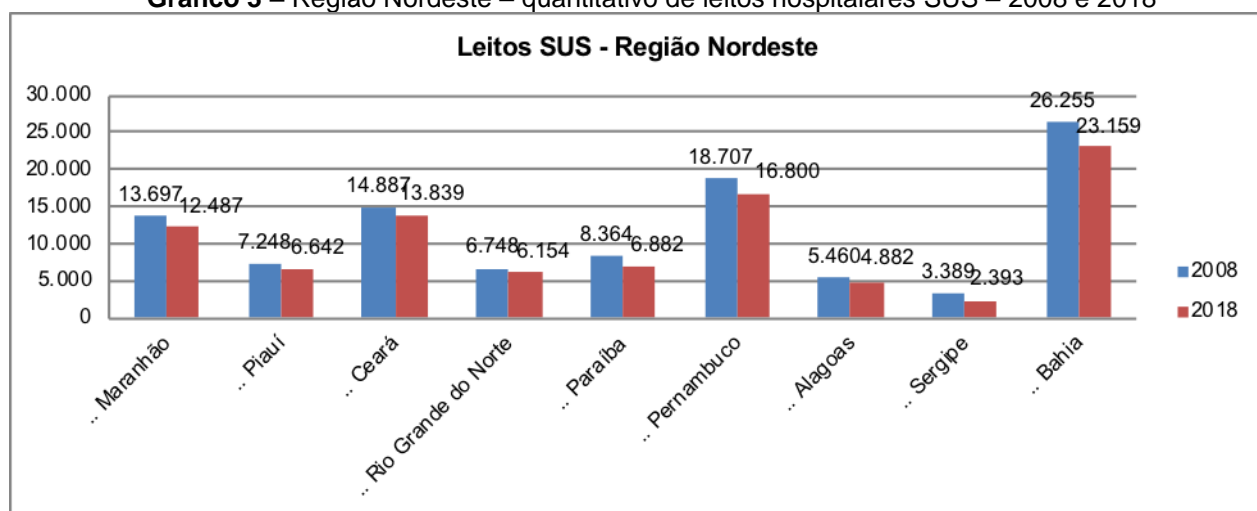


A região em questão se caracteriza pela sua extensão (cobre 45,25% do território nacional), os vazios demográficos, pela mobilidade fluvial, as grandes distâncias percorridas fluvialmente (rios) e a presença de população ribeirinha dispersa. Grande parte dela está distribuída nos centros urbanos, em cerca de 500 Municípios por toda a região.

## 6.2 Região Nordeste

A respeito dos leitos hospitalares na região Nordeste verificou-se que em todos os Estados ocorreu diminuição de unidades. A maior queda se deu nos Estados de Sergipe (29,39%), Paraíba (17,72%) e Bahia (11,79%). O Gráfico 3 mostra o comportamento do quantitativo em 2008 e 2018.

**Gráfico 3 – Região Nordeste – quantitativo de leitos hospitalares SUS – 2008 e 2018**



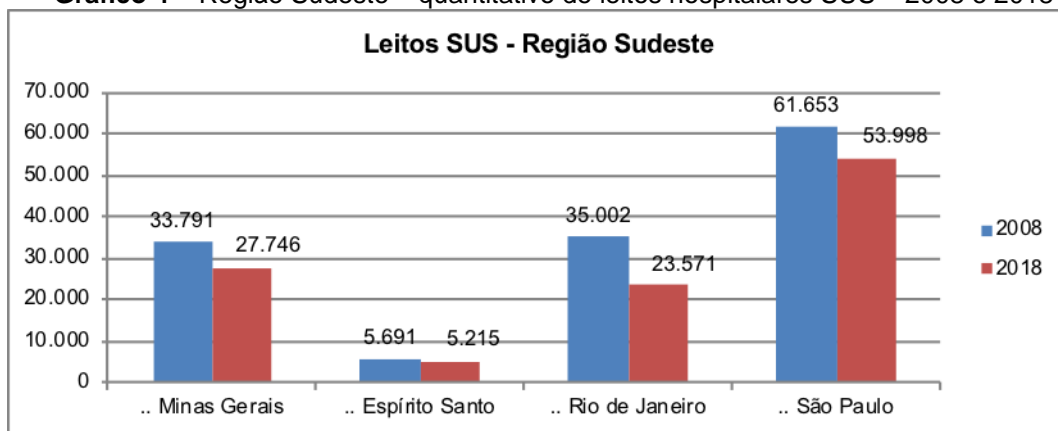
Fonte: Datasus, 2018.

O quantitativo de leitos hospitalares SUS na Região foi de 104.755 (jan./2008) para 93.238 (jan./2018), uma redução na ordem de 11%. Nos demais Estados da Região as diminuições percentuais dos leitos se mostraram da seguinte forma: Maranhão (-8,83%), Piauí (-8,36%), Ceará (-7,04%), Rio Grande do Norte (-8,80%), Pernambuco (-10,19%) e Alagoas (-10,59%).

## 6.3 Região Sudeste

A partir dos dados obtidos, quando comparadas as cinco regiões do país, a Sudeste tem o maior número de leitos hospitalares. No total são 110.530 (jan./2018), distribuídos em quatro Estados, como mostra o gráfico abaixo. O Estado com a maior redução do quantitativo entre 2008 e 2018 foi o Rio de Janeiro, com 33% leitos a menos.

**Gráfico 4 – Região Sudeste – quantitativo de leitos hospitalares SUS – 2008 e 2018**



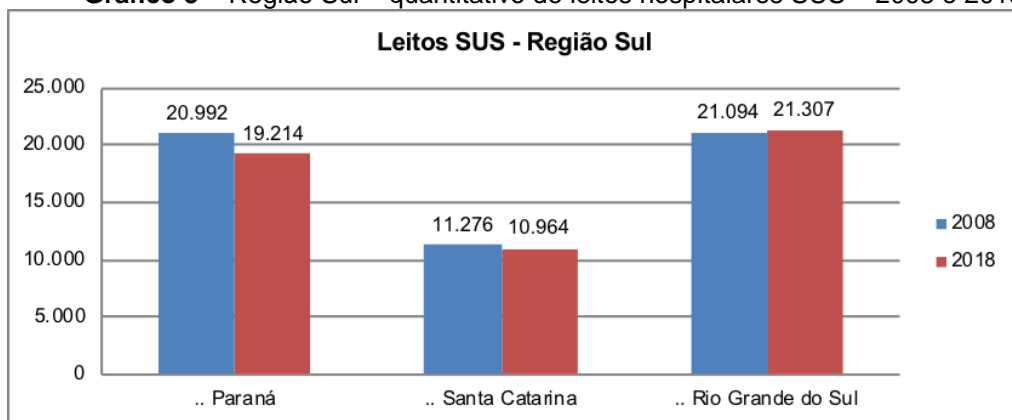
Fonte: Datasus, 2018.

Nos demais Estados a diferença de leitos entre 2008 e 2018 foi: Minas Gerais com 6.045 (-17,89%), Espírito Santo com 476 (-8,36%) e São Paulo com 7.655 (-12,42%).

#### 6.4 Região Sul

Na região Sul, apenas o Estado do Rio Grande do Sul registrou aumento no quantitativo de leitos para internação: 1% (213). Em 2014, o Estado detinha o maior índice do país, de 2,82 leitos hospitalares por mil habitantes. Na época, o número de leitos hospitalares públicos e privados, sem contabilizar os complementares (de UTI, de isolamento e cuidados intermediários), chegou a 31.554, sendo 22.002 pelo SUS (SES/RS, 2014).

**Gráfico 5 – Região Sul – quantitativo de leitos hospitalares SUS – 2008 e 2018**



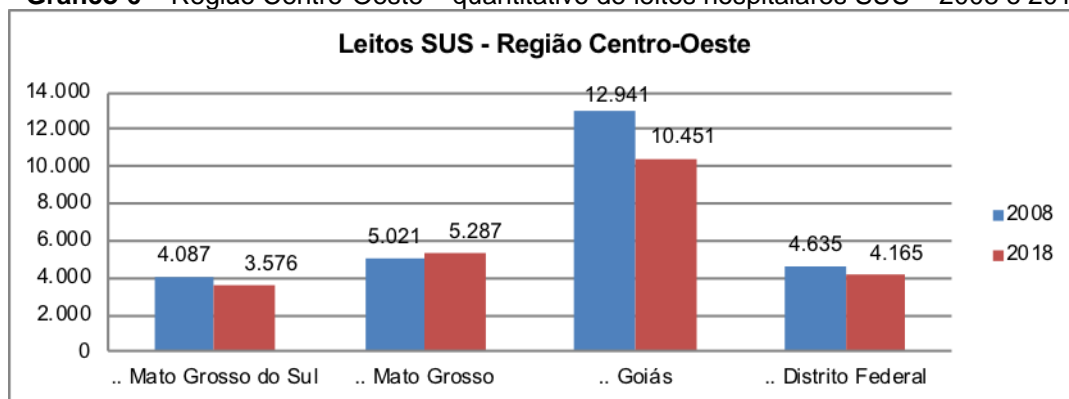
Fonte: Datasus, 2018.

Como mostra o Gráfico 5, Santa Catarina teve uma redução de 2,77% (312) e o Estado do Paraná diminuiu em 8,47% (1.778) no período de 2008 a 2018. Em ambos houve uma redução de leitos, tanto nas capitais quanto no resto do território (Quadro 1).

## 6.5 Região Centro-Oeste

Na região Centro-Oeste, apenas o Mato Grosso teve aumento de leitos no período de 2008 a 2018. O global do Estado passou de 5.021 para 5.287 leitos hospitalares SUS (5,30%). Nos outros dois Estados e no Distrito Federal (DF), a **diminuição** de leitos hospitalares SUS foi respectivamente: Mato Grosso do Sul, 511 (-12,50%); Goiás, 2.490 (-19,24%); e DF, 470 (-10,14%).

**Gráfico 6 – Região Centro-Oeste – quantitativo de leitos hospitalares SUS – 2008 e 2018**



Fonte: Datasus, 2018.

## 7 Considerações finais

É de se compreender que estudos demonstram uma tendência mundial de se priorizar o atendimento primário, o de emergência e os serviços de apoio ao diagnóstico, com o objetivo central de se reduzir drasticamente as internações hospitalares. O Brasil vivencia a evolução do seu sistema de saúde, a incorporação de novas tecnologias e o fortalecimento dos outros níveis de atenção, como a Atenção Básica. Esse nível básico ou primário de atenção à saúde atua com foco nas ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, isso significa uma mudança do objetivo principal da assistência à saúde da população. Ou seja, aumenta-se a atenção para as ações básicas e ambulatoriais de saúde para que se reduzam as intervenções hospitalares.

No entanto, essa transição precisa de estrutura e normalmente acontece em países desenvolvidos que já possuem um arcabouço institucional (política de Estado), técnico, financeiro que resulta em um sistema de saúde fortalecido, no qual as políticas implantadas efetivamente funcionam, a saúde é prioridade para a gestão pública e existem mapeamentos e diagnósticos das populações e territórios capazes de gerar qualidade no acesso à saúde.

Ao mesmo tempo deve ser ponderado que, desde a aprovação da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216/2001), o fechamento de leitos e de instituições psiquiátricas e a substituição pela possibilidade do cuidado em liberdade tiveram reflexos na composição e distribuição destes equipamentos em todo o território nacional. Como alternativa para essa área tão sensível, se fomentou os tratamentos em hospital-dia, em que o estudo consegue identificar um crescimento de quase 61% em leitos no período em análise.

As mudanças de morbimortalidade<sup>2</sup> da população são fatores a considerar: população com adoecimentos decorrentes de doenças crônicas, queda da natalidade e maior acesso ao cuidado pré-natal e aumento de acidentes de trânsito e mortes por causas externas são algumas das variáveis locais que devem ser consideradas.

As políticas específicas, os instrumentos de gestão e o subfinanciamento também podem ser fatores que indiquem as razões da diminuição de leitos. Nesse aspecto, o governo federal e Estados em geral vêm adotando uma política de descredenciamento e/ou retirada de incentivos financeiros dos chamados Hospitais de Pequeno Porte (HPP)<sup>3</sup>, situação que poderia explicar, em parte, a diminuição de leitos hospitalares SUS.

A gestão municipal vem utilizando instrumentos de monitoramento das internações por meio de Sistemas de Gerência e a confecção de contratos entre prestadores e Entes cada vez mais detalhados que, juntamente com o fortalecimento da Atenção Básica em Saúde (ABS), representam variáveis que não podem ser descartadas para uma avaliação profunda do contexto hospitalar.

Por último, quanto ao financiamento e gestão da Média e Alta Complexidade, níveis de atenção que devem ser organizados e executados pelos Estados e governo federal, os demonstrativos orçamentários apontam um aumento na oferta de procedimentos, medicamentos e insumos, mas o governo federal tem mantido seus valores e repasses, criticamente defasados, inviabilizando os demais Entes na gestão e ampliação da oferta desses serviços.

---

<sup>2</sup> Aquelas doenças causadoras de morte em determinadas populações, espaços e tempos (Brasil, 2002).

<sup>3</sup> Estabelecimentos com até 30 leitos localizados em regiões sanitárias com menos de 30.000 habitantes (UGÁ; LÓPEZ, 2007).

Diante do exposto, a CNM entende que o sistema de saúde brasileiro não está fortalecido para a desabilitação progressiva de parte dos leitos hospitalares. A regionalização e a regulação ainda se mostram incipientes (CONASS, 2015) tendo em vista, entre outros fatores, o volume de ações judiciais e vazios assistenciais nas diversas regiões do país.

A constituição da rede de atenção à saúde dá-se por meio de intrincada trama de interações entre aqueles responsáveis pela organização do sistema (gestores), os responsáveis pela organização e pela produção dos serviços (gerentes e profissionais) e os cidadãos. Nesse processo, estão envolvidas instituições, projetos e pessoas que se articulam, conectam e constroem vínculos. Os usuários têm esperado meses por leitos hospitalares, procedimentos cirúrgicos e exames. Desativar leitos por questões alheias à necessidade loco-regional, tende a mostrar-se incapaz de reduzir a demanda reprimida por internações.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *Projeto de redução da morbimortalidade por acidente de trânsito: mobilizando a sociedade e promovendo a saúde*. 2. ed. revista. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde; Coordenação do Projeto de Promoção da Saúde, 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prog\\_reducao\\_acidentes.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prog_reducao_acidentes.pdf)>. Acesso em: 29 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. *Pequenos Hospitais: uma estratégia alternativa de organização e financiamento*. Versão Preliminar. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://200.214.130.94/HPP/#>>. Acesso em: 29 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. *Manual de Conceitos e Nomenclaturas de Leitos Hospitalares*. SPA/CRACH/DAS 01/2016. Disponível em: <[http://ebserh.gov.br/documents/695105/1744025/Manual+Leitos+19\\_10\\_16+-VF.pdf/a1cef2e4-a6ed-4881-96cd-a2a99ec15b5c](http://ebserh.gov.br/documents/695105/1744025/Manual+Leitos+19_10_16+-VF.pdf/a1cef2e4-a6ed-4881-96cd-a2a99ec15b5c)>. Acesso em: 7 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. *Datasus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/leiintbr.def>. Acesso em: 10 de agosto de 2018.

CNM. Desigualdades na distribuição de serviços de saúde entre os Municípios. *Nota Técnica*. Disponível em: <https://www.cnm.org.br/biblioteca/download/2502> , Acesso em: 10 de agosto de 2018.

CONASS. *Redes de Atenção às Urgências e Emergências: avaliação da implantação e do desempenho das Unidades de Pronto Atendimento*. Disponível em: <<http://www.resbr.net.br/redes-de-atencao-as-urgencias-e-emergencias-avaliacao-da-implantacao-e-do-desempenho-das-unidades-de-pronto-atendimento/#.Wstr-39v-Uk>>. Acesso em: 2 abr. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM); CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CREMESP). *Demografia Médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades*. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=NoticiasC&id=2323>>. Acesso em: 11 fev. 2016.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL (SES/RS). *Site institucional*. Disponível em: <<https://estado.rs.gov.br/rs-tem-o-maior-numero-de-leitos-hospitalares-por-habitante-entre-estados-brasileiros>>. Acesso em: 20 mar. 2018.

GRANZOTTO, José A. et al. Análise do perfil epidemiológico das internações em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista da AMRIGS*, Porto Alegre, v. 56, n. 4, pp. 304-307, out/dez. 2012. Disponível em: <<http://www.amrigs.org.br/revista/56-4/1046.pdf>>. Acesso em: 29 mar. 2018.

OCDE. *Panorama de la santé 2017: Les indicateurs de l'OCDE*. Éditions OCDE, Paris, 2017. Disponível em: <[https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2017\\_health\\_glance-2017-fr](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2017_health_glance-2017-fr)>. Acesso em: 05 de agosto de 2018.



OMS. *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde: Declaração de Alma-Ata*, 1978. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/mostrantp.cfm?codigodest=586>>. Acesso em: 4 mar. 2007.

UGÁ, Maria Alicia Domínguez; LÓPEZ, Elaine Machado. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 4, Rio de Janeiro, jul./ago. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000400013&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400013&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 02 de agosto de 2018.

Área Técnica de Saúde – CNM  
(61) 2101-6000  
(51) 3132-7155

---