



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA**  
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



---

**Monografia**

**Distribuição dos leitos hospitalares na Bahia, Brasil,  
entre 2006 e 2015 segundo o CNES**

**Ivrê Correia de Souza Campello**

Salvador (Bahia)  
Outubro, 2016

**FICHA CATALOGRÁFICA**

Campello, Ivê Correia de Souza Campello  
Distribuição dos leitos hospitalares na Bahia, Brasil, entre 2006 e 2015 segundo o CNES / Ivê Correia de Souza Campello. -- Salvador, Bahia: ICS, Campello, 2016

80 f.

Monografia, como exigência parcial e obrigatória para conclusão do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Orientador: Washington Luiz Abreu de Jesus

1. Leitos hospitalares. 2. CNES. 3. Bahia. I. Jesus, Washington Luiz Abreu de. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia. III. Distribuição dos leitos hospitalares na Bahia, Brasil, entre 2006 e 2015 segundo o CNES.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA**  
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



## **Monografia**

# **Distribuição dos leitos hospitalares na Bahia, Brasil, entre 2006 e 2015 segundo o CNES**

**Ivrê Correia de Souza Campello**

Professor orientador: **Washington Luiz Abreu de Jesus**

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60/2016.1, como pré-requisito obrigatório e parcial para conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

Salvador (Bahia)  
Outubro, 2016

**Monografia:** *Distribuição dos leitos hospitalares na Bahia, Brasil, entre 2006 e 2015 segundo o CNES*, de **Ivrê Correia de Souza Campello**.

Professor orientador: **Washington Luiz Abreu de Jesus**

**COMISSÃO REVISORA:**

- **WASHINGTON LUIZ ABREU DE JESUS** (Presidente, Professor orientador) Médico, com Doutorado em Saúde Pública (ISC/UFBA) e Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade (SBMFC/AMB). Pós-graduado em Saúde Pública / Sanitarista - Atenção Primária em Saúde (UESC), Auditoria de Sistema e Serviços de Saúde (UFBA) e em Saúde Coletiva / Mestrado Acadêmico (UEFS). Áreas de interesse e atuação: a) Saúde Pública/Saúde Coletiva (planejamento e organização do sistema e dos serviços de saúde); b) Atenção Primária em Saúde (práticas de gestão e do cuidado em saúde no curso da vida, com ênfase na Saúde do Adulto e do Idoso); c) Auditoria de Sistema e Serviços de Saúde (aspectos normativos, organização e práticas de auditoria, processos regulatórios e acreditação no SUS). Professor Adjunto da Universidade Federal de São Carlos - SP.
- **RAFAELA CORDEIRO FREIRE** Médica Sanitarista, Mestre em Saúde Coletiva e Doutora em Ciências. Professora Adjunta da Universidade Federal da Bahia, vinculada aos grupos de pesquisa: "Atenção Integral à Saúde: saúde, trabalho e funcionalidade", e "Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde".
- **JACKSON BRANDÃO LOPES** Professor Adjunto da Universidade Federal da Bahia e Professor visitante na Faculdade de Medicina do Vale do Aço. Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal da Bahia, pós-graduação *lato sensu* em Cirurgia Geral e Cirurgia Cardiovascular pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), pós-graduação *stricto sensu* (Doutorado em Ciências) pelo Departamento de Cardiopneumologia do Instituto do Coração da Faculdade de Medicina da USP.

Membro suplente:

**MÔNICA ANGELIM GOMES DE LIMA** Médica graduada pela Universidade Federal da Bahia; Mestrado e Doutorado em Saúde Coletiva (ISC/UFBA). Estágio Pós-doutoral na Universidade de Toronto (Canadá), sob a orientação do Professor Patrick Loisel, com o tema "Prevenção da Incapacidade Prolongada". Professora Associada II do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA e coordenadora do grupo de pesquisa do CNPq/UFBA "Atenção Integral à Saúde: saúde, trabalho e funcionalidade".

**TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO:** Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no X Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, com posterior homologação do conceito final pela coordenação do Núcleo de Formação Científica e de MED-B60 (Monografia IV). Salvador (Bahia), em 05 de outubro de 2016.

*À Fernanda Pedro Antunes,  
esposa e companheira.*

**AGRADECIMENTOS**

*A meu orientador, professor Washington Luiz Abreu de Jesus,*

*À minha esposa, Fernanda Pedro Antunes, e*

*Aos meus pais, Solange e Evandro.*

*Muito obrigado!*

## SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS, QUADROS E TABELAS .....	2
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS .....	4
I. RESUMO .....	5
II. OBJETIVOS.....	6
III. INTRODUÇÃO.....	7
IV. REVISÃO DA LITERATURA.....	10
IV.1 - A regionalização no SUS	10
IV.2 - Organização regional da Saúde na Bahia	13
IV.3 - O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	15
IV.4 - Leitos hospitalares	16
V. METODOLOGIA.....	20
VI. RESULTADOS.....	21
VI.1 - Aspectos territoriais e demográficos	21
VI.2 - Distribuição dos leitos no Estado, nas macrorregiões e regiões de saúde	26
VI.3 - Tipos e especialidades de leitos	40
VI.4 - Leitos por tipo e porte de estabelecimento	44
VII. DISCUSSÃO .....	47
VIII. CONCLUSÕES.....	57
IX. SUMMARY .....	58
X. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	59
XI. ANEXOS .....	62
Anexo I - Tipos de estabelecimentos segundo o CNES	62
XII. APÊNDICES .....	65
Apêndice I - Quantitativo de leitos hospitalares totais nas Macrorregiões de Saúde por tipo, 2006 a 2015.....	65
Apêndice II - Quantitativo de leitos hospitalares SUS nas Macrorregiões de Saúde por tipo, 2006 a 2015.....	67
Apêndice III - Quantitativo de leitos hospitalares totais por tipo e especialidade nos anos de 2006 e 2015 nas Macrorregiões de Saúde da Bahia.....	69
Apêndice IV - Quantitativo de leitos hospitalares SUS por tipo e especialidade nos anos de 2006 e 2015 nas Macrorregiões de Saúde da Bahia.....	72

## LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS, QUADROS E TABELAS

### *Figuras*

FIGURA I. Macrorregiões e Regiões de Saúde da Bahia.....	14
FIGURA 1. Participação das Macrorregiões de Saúde na extensão territorial da Bahia em 2015. ....	23
FIGURA 2. Participação das Macrorregiões de Saúde na composição populacional da Bahia em 2015....	25
FIGURA 3. Participação proporcional das Macrorregiões de Saúde no total de leitos e nos leitos SUS em relação ao Estado em 2015. ....	29

### *Gráficos*

GRÁFICO 1. Variação da população nas Macrorregiões de Saúde da Bahia entre 2006 e 2015.....	24
GRÁFICO 2. Evolução temporal da oferta de leitos hospitalares totais e de leitos SUS na Bahia entre 2006 e 2015, por trimestre.....	26
GRÁFICO 3. Evolução temporal da oferta total de leitos hospitalares nas Macrorregiões de Saúde da Bahia entre 2006 e 2015. ....	29
GRÁFICO 4. Evolução temporal da oferta de leitos hospitalares SUS nas Macrorregiões de Saúde da Bahia entre 2006 e 2015. ....	30
GRÁFICO 5. Taxa de leitos hospitalares totais por habitante ( $\times 10^{-3}$ ) nas Macrorregiões de Saúde e na Bahia, em 2006 e 2015. ....	37
GRÁFICO 6. Taxa de leitos hospitalares SUS por habitante ( $\times 10^{-3}$ ) nas Macrorregiões de Saúde e na Bahia, em 2006 e 2015. ....	38
GRÁFICO 7. Evolução temporal da oferta de leitos totais na Bahia por categoria de leito, entre 2006 e 2015.....	40
GRÁFICO 8. Evolução temporal da oferta de leitos SUS na Bahia por categoria de leito, entre 2006 e 2015. ....	42
GRÁFICO 9. Leitos hospitalares por 1.000 habitantes nos países-membros da OECD mais Brasil, em 2015 ou no período mais recente disponível. ....	50

### *Quadros*

QUADRO I. Macrorregiões e Regiões de Saúde da Bahia. ....	14
QUADRO II. Categorias e especialidades de leitos hospitalares segundo o CNES.....	18

### *Tabelas*

TABELA 1. Número de municípios e extensão territorial das Macrorregiões e Regiões de Saúde da Bahia.....	22
TABELA 2. Variação populacional do Estado e das Macrorregiões de Saúde da Bahia entre os anos de 2006 e 2015. ....	23
TABELA 3. Densidade populacional das Macrorregiões de Saúde da Bahia em 2015. ....	24
TABELA 4. Evolução temporal da oferta de leitos hospitalares totais e de leitos SUS na Bahia entre 2006 e 2015. ....	26
TABELA 5. Variação dos leitos totais e leitos SUS nos anos de 2006 e 2015. ....	28
TABELA 6. Evolução do número de leitos hospitalares totais por Região de Saúde da Bahia, entre 2006 e 2015.....	31
TABELA 7. Evolução do número de leitos hospitalares SUS por Região de Saúde da Bahia, entre 2006 e 2015.....	32
TABELA 8. Distribuição dos leitos hospitalares na Bahia entre as Macrorregiões e Regiões de Saúde nos anos de 2006 e 2015. ....	33
TABELA 9. Densidade de leitos totais e SUS por área nas Regiões de Saúde da Bahia em 2006 e 2015. ....	39
TABELA 10. Variação dos leitos totais por categoria para a Bahia entre os anos 2006 e 2015. ....	40
TABELA 11. Variação dos leitos SUS por categoria para a Bahia entre os anos 2006 e 2015.....	42



TABELA 12. Alocação dos leitos hospitalares totais e SUS nos Bahia segundo o tipo de estabelecimento de saúde nos anos 2006 e 2015.....	45
TABELA 13. Número de estabelecimentos segundo o porte de acordo com o CNES em 2015.....	45

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>CNES</b>	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
<b>DATASUS</b>	Departamento de Informática do SUS
<b>hab</b>	Habitante
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>km</b>	Quilômetro
<b>L<sub>SUS</sub></b>	Leitos SUS
<b>L<sub>total</sub></b>	Leitos totais
<b>NOAS</b>	Norma Operacional da Assistência à Saúde
<b>NOB</b>	Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde
<b>OECD</b>	<i>Organisation for Economic Co-operation and Development</i>
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PDR</b>	Plano Diretor de Regionalização
<b>RAS</b>	Rede (s) de Atenção à Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCU</b>	Tribunal de Contas da União

## I. RESUMO

**Distribuição dos leitos hospitalares na Bahia, Brasil, entre 2006 e 2015 segundo o CNES.** O número de leitos hospitalares é indicador da disponibilidade de recursos nos sistemas de saúde para a prestação de serviços em regime de internação hospitalar, e sua distribuição espacial num dado território revela aspectos importantes sobre a organização das redes de atenção à saúde. **OBJETIVO.** Estudar a distribuição espacial dos leitos hospitalares no Estado da Bahia e sua evolução temporal no período de 2006 a 2015. **METODOLOGIA.** Estudo descritivo exploratório com dados secundários obtidos junto ao IBGE, DATASUS e CNES, tendo como unidades de análise o estado, as macrorregiões e regiões de saúde. **RESULTADOS.** Em 2015 a Bahia possuía 31.765 leitos hospitalares totais (SUS: 25.123), valor 1,44% menor que em 2006 (SUS: - 7,16%). Grande concentração de pessoas e de leitos é observada na macrorregião Leste, que apresenta 31,6% da população, 38,01% dos leitos hospitalares do Estado e 33,76% daqueles destinados ao SUS, embora ocupe apenas 2,9% do território. A participação dos leitos SUS sobre o total foi reduzida no período de 83,96% para 79,09%. Todas as macrorregiões apresentaram diminuição na taxa de leitos por 1.000 habitantes, tendo o Estado recuado de 2,31 para 2,09 (SUS: 1,94 para 1,65). Todavia, aumentos nos quantitativos de leitos nas categorias complementar, clínico e hospital/dia demonstram estar em curso não apenas uma contração, mas também uma reordenação da malha hospitalar na Bahia.

Palavras chave: 1. Leitos hospitalares. 2. CNES. 3. Bahia.

## **II. OBJETIVOS**

### *Primário*

Estudar a distribuição espacial dos leitos hospitalares no Estado da Bahia e sua evolução temporal no período de 2006 a 2015.

### *Secundários*

1. Analisar aspectos demográficos e área de cobertura das macrorregiões e regiões de saúde;
2. Avaliar a proporção de leitos destinados ao Sistema Único de Saúde em relação ao total de leitos disponíveis;
3. Mensurar a relação leitos/população nas unidades de análise e sua variação ao longo do período;
4. Caracterizar a distribuição dos leitos hospitalares por tipo e porte dos estabelecimentos de saúde.

### III. INTRODUÇÃO

O campo da saúde é formado por instituições públicas e privadas que desenvolvem ações de promoção, prevenção e cura voltadas para seus usuários. Para fins de investigação acadêmica e avaliação em saúde, diferentes níveis desse campo podem ser abordados, como as ações desenvolvidas pelos agentes individualmente, os serviços que articulam ações de diferentes agentes, e os estabelecimentos de saúde. Outro nível de organização, ainda mais complexo e que envolve todos os demais, corresponde ao sistema de saúde (HARTZ E VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

A organização do sistema de atenção à saúde em Redes de Atenção à Saúde (RAS) é tema que vem merecendo crescente atenção por parte de pesquisadores brasileiros e de gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo a partir da virada do milênio. Essa nova forma de enxergar os sistemas de saúde de modo integrado resulta em arranjos produtivos híbridos que combinam a concentração espacial de certos serviços com a dispersão de outros (MENDES, 2011). No âmbito do SUS, entende-se que a consolidação das RAS é estratégica para superação da intensa fragmentação dos serviços, programas, ações e práticas clínicas (BRASIL, 2010).

Todavia, ainda que sem o devido aprofundamento metodológico/operacional, a ideia de rede acompanha o SUS desde seu primeiro marco legal no capítulo da saúde da Constituição Federal de 1988, expressão vitoriosa da Reforma Sanitária Brasileira (BRASIL, 1988). Na década passada, o debate em torno da busca por maior integração adquiriu nova ênfase a partir da publicação do Pacto Pela Saúde 2006, o qual destacou a importância de se aprofundar a regionalização das ações e serviços do SUS – uma diretriz constitucional – como um eixo estruturante das Diretrizes Operacionais então pactuadas, no tocante à gestão do sistema (BRASIL, 2006). Uma portaria do Ministério da Saúde publicada em 2010 estabeleceu as diretrizes para a organização da RAS (abordada no singular naquele documento) no âmbito do SUS, entre as quais se destaca o papel central da atenção primária à saúde no ordenamento da rede, no contexto da regionalização da saúde (BRASIL, 2010).

Para assegurar a resolutividade das ações em saúde nas RAS, faz-se necessário o atendimento de aspectos relacionados à economia de escala, à qualidade na prestação de serviços, à suficiência de ações e serviços e ao acesso, neste incluído a dimensão da disponibilidade de recursos (BRASIL, 2010). O fortalecimento da prestação de serviços

nos sistemas de saúde, através do aprimoramento dos recursos alocados como “entradas” nesses sistemas, deve ser acompanhado de mudanças radicais no modelo de atenção à saúde, hoje predominantemente hospitalocêntrico e curativo. A mudança almejada aponta para que os sistemas de atenção à saúde configurem repostas sociais deliberadamente organizadas e efetivas às necessidades, demandas e preferências das sociedades. Nesse particular, é razoável que uma reordenação dos sistemas de saúde, que os tornem mais eficientes e resolutivos, possa também contribuir para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (WHO, 2008; MENDES, 2011).

Ainda que o debate sobre a mudança do modelo assistencial hospitalocêntrico venha ganhando espaço nas políticas de saúde, é inegável a grande importância da participação dos hospitais em qualquer sistema de saúde contemporâneo no mundo ocidental. Especialmente em países de baixa e média renda, esses equipamentos geralmente configuram-se como parte central e mais importante do sistema, consumindo a maior parte dos recursos financeiros disponíveis (LA FORGIA E COUTTOLENC, 2008). Além de atender às demandas de hierarquia mais elevada, muitos hospitais também atuam como importante porta de entrada e acompanhamento nas RAS, especialmente nos atendimentos ambulatoriais e de urgência e emergência (RAMOS *et al.*, 2015). Face à reestruturação em curso de um modelo historicamente focado na atenção hospitalar, Filho e colaboradores (2012) questionam se, no Brasil, não estaríamos a assistir o negligenciamento das necessidades de reformulação, modernização e aprimoramento técnico deste importante espaço de atenção à saúde. Nessa temática, Filho e Barbosa (2014) afirmam que uma discussão do papel do hospital no contexto de construção e qualificação das RAS no Brasil pressupõe o reconhecimento da existência de uma “crise de acesso e qualidade na atenção hospitalar do SUS, a qual apresenta uma infraestrutura envelhecida, uma oferta insuficiente ao volume e à natureza complexa crescente das demandas e carrega o paradoxo de a oferta hospitalar de internação ser ociosa em muitos estabelecimentos, pois aí carece de qualidade resolutiva enquanto outros, com maior capacidade, operam com uma grande sobrecarga.”

Paralelamente à evolução recente dos conceitos de rede em saúde, o novo milênio foi palco em sua primeira década do surgimento de um amplo esforço de registro e monitoramento dos serviços de saúde no Brasil, denominado Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) (BRASIL, 2000). Trata-se de um Sistema de Informações em Saúde que dispõe de dados sobre as condições de infraestrutura, de

recursos humanos e de funcionamento dos estabelecimentos de saúde, públicos e privados, nas esferas federal, estadual e municipal. Entre seus propósitos, cabe destacar o auxílio ao planejamento em saúde, através da agregação de informações sobre a realidade da rede assistencial existente e suas potencialidades, permitindo a gestores, profissionais e usuários o acesso pela internet, subsidiando ainda ações de controle social do SUS.

Num país tão extenso e que optou por universalizar um sistema público de saúde, caso do Brasil, a alocação territorial dos equipamentos e serviços de saúde deve considerar, entre outros, sua resolubilidade em processos hierarquizados, bem como as condições de acesso da população aos mesmos através de deslocamentos pelo território. De fato, a estrutura e a organização do território são o substrato que condiciona, e sobre o qual atuam, as políticas públicas e os agentes sociais e econômicos que compõem a sociedade (IBGE, 2008). Assim, o conhecimento da distribuição territorial dos leitos hospitalares em operação nos diversos estabelecimentos de saúde adquire importante papel, tanto para avaliações das atuais políticas públicas, como para o planejamento das ações de ampliação e reordenamento das RAS e do papel dos hospitais nestas.

## IV. REVISÃO DA LITERATURA

### *IV.1 - A regionalização no SUS*

A Constituição Federal de 1988, além de criar o SUS ao estabelecer a universalização do acesso à saúde, atribuiu à configuração da rede assistencial as diretrizes de descentralização e de regionalização/hierarquização. Na década seguinte, a implantação das Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde (NOB 01/93 e NOB 01/96) desencadeou um processo de descentralização intenso, transferindo para os estados e, principalmente, para os municípios, um conjunto de responsabilidades e recursos para a operacionalização do SUS (BRASIL, 2001). No entanto, segundo Kuschnir e Chorny (2010), nesse período a instituição de redes deixou de ser o eixo central em torno do qual se construía a organização de serviços, devido aos rumos próprios do processo de descentralização. Esse tema voltaria ao centro do debate apenas a partir da publicação da primeira Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS), em 2001 (SILVA, 2011).

O conjunto de propostas regulamentado na NOAS-SUS 01/01 assume a regionalização como macroestratégia fundamental para o aprimoramento do processo de descentralização naquele momento específico da implantação do SUS (BRASIL, 2001):

A macroestratégia de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado de maneira a conformar sistemas funcionais de saúde, ou seja, redes articuladas e cooperativas de atenção, referidas a territórios delimitados e a populações definidas, dotadas de mecanismos de comunicação e fluxos de inter-relacionamento que garantam o acesso dos usuários às ações e serviços de níveis de complexidade necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis.

Para esse planejamento integrado, a Norma incumbiu às Secretarias Estaduais de Saúde a coordenação da elaboração de um Plano Diretor de Regionalização (PDR), através da “delimitação de regiões de saúde que cubram todo o estado e de planejamento das ações/serviços de saúde com enfoque territorial populacional, não necessariamente restrito à abrangência municipal, mas respeitando seus limites e a autoridade do gestor municipal, que garanta níveis adequados de resolução dos problemas de saúde da população.” (BRASIL, 2001)

Um conceito-chave trazido pela NOAS-SUS 01/01 e modificado pela NOAS-SUS 01/02 foi o de região de saúde, como sendo uma

[...] base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser



definida pela Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um estado pode se dividir em macrorregiões, regiões e/ou microrregiões de saúde. Por sua vez, a menor base territorial de planejamento regionalizado, seja uma região ou uma microrregião de saúde, pode compreender um ou mais módulos assistenciais (BRASIL, 2001; 2002b).

O conceito de módulo assistencial, por sua vez, remete a uma base territorial em que houvesse resolubilidade correspondente ao primeiro nível de referência, sendo constituído por um ou mais municípios atendendo a critérios específicos no modelo de gestão do sistema municipal de saúde e contemplando um conjunto de requisitos assistenciais definidos.

Posteriormente, o tema da regionalização ganhou novo marco normativo na agenda do SUS com a publicação do Pacto pela Saúde, em 2006 (BRASIL, 2006). Segundo Silva (2011), esse Pacto se propôs a substituir o formato rígido da NOAS-SUS 01/02 por uma pactuação mais flexível, de modo a permitir arranjos que contribuíssem para a regionalização e para o aperfeiçoamento de redes.

Três eixos norteiam o Pacto de 2006: medidas com impacto sobre a situação de saúde da população (Pacto pela Vida), ações para a consolidação da Reforma Sanitária e qualificação do SUS como política pública (Pacto em Defesa do SUS), e diretrizes para aprimoramento da gestão do sistema (Pacto de Gestão do SUS) (BRASIL, 2006). Esse último cuidou, entre outros aspectos, de medidas para o avanço da descentralização e da territorialização da saúde. Complementarmente ao PDR, o Pacto pela Saúde trouxe como instrumentos de planejamento para fortalecer a regionalização dois outros componentes: o Plano Diretor de Investimento e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde.

A regulamentação da Lei Federal nº 8.080/1990, ocorrida com a publicação do Decreto Federal nº 7.508/2011, aprofundou ainda mais o debate sobre a regionalização e o planejamento no SUS, ao dispor, entre outros temas, sobre redes, mapas e regiões de saúde (BRASIL, 2011):

Art. 2º Para efeito deste Decreto, considera-se:

I - Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;

[...]

V - Mapa da Saúde - descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema;

[...]

VI - Rede de Atenção à Saúde - conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde;

Os artigos quarto e sétimo deste mesmo decreto definiram que as RAS serão instituídas pelos estados em articulação com os municípios, estando as mesmas “compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores”. Atribuiu, assim, aos entes federativos o papel de definir os elementos geográficos, população usuária, rol de ações e serviços ofertados e responsabilidades de cada ente acerca das Regiões de Saúde.

Ao se delimitar espacialmente uma RAS a uma ou mais regiões de saúde, é esperado do SUS o cumprimento de sua diretriz constitucional de integralidade das ações e serviços públicos numa rede regionalizada, que se inicia e se completa na RAS. Para tanto, uma região de saúde (ou um agrupamento destas) deve conter, no mínimo, ações e serviços de (BRASIL, 1988; 2011):

- Atenção primária;
- Urgência e emergência;
- Atenção psicossocial;
- Atenção ambulatorial especializada e hospitalar;
- Vigilância em saúde.

No ano de 2013 o Ministério da Saúde publicou a Portaria n° 3.390 (BRASIL, 2013), que instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar no âmbito do SUS e definiu as diretrizes para a organização do componente hospitalar na RAS. Esse documento traz uma definição contemporânea para o equipamento milenar que denominamos “hospital”:

Art. 3º Os hospitais são instituição complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação.

Além da assistência, os hospitais devem constituir-se – segundo essa Política – em espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa e avaliação de tecnologias em saúde para a RAS. Por fim, buscando melhor integrar os hospitais ligados ao SUS ao contexto das RAS, o texto normativo os caracteriza como “um ponto ou conjunto de pontos de atenção, cuja missão e perfil assistencial devem ser definidos conforme o perfil demográfico e epidemiológico da população e de acordo com o desenho da RAS loco-regional, vinculados a uma população de referência com base territorial definida, com acesso regulado e atendimento por demanda referenciada e/ou espontânea”. Chama ainda a atenção para a necessidade de atuação articulada com o nível primário de atenção, este último reiterado como coordenador do cuidado e ordenador da RAS.

#### *IV.2 - Organização regional da Saúde na Bahia*

A regionalização da assistência à saúde adotada no Bahia pautou-se na concepção geral de regionalização como estratégia de organização hierarquizada dos serviços de saúde, em busca da integralidade da atenção e da equidade na distribuição dos recursos. Assim, formulou-se um modelo organizacional do conjunto do sistema estadual, a partir da delimitação de espaços territoriais que, em alguma medida, se superpunham e se articulavam. Do ponto de vista geográfico, isto é, do espaço físico, a lógica de delimitação territorial tomou como referência as características demográficas e socioeconômicas das diversas áreas territoriais do Estado, o que conduziu à delimitação de macrorregiões, compostas por um agrupamento de municípios que se localizam no raio de influência de uma cidade polarizadora das atividades socioeconômicas do conjunto. Assim, um município seria escolhido como *ponto de partida* para o desenho da macrorregião, a qual deveria dispor idealmente de serviços de saúde de alta complexidade ou estar incluída na relação dos municípios que viriam a ser alvo de investimentos em saúde (SESAB, 2004).

A delimitação inicial da regionalização no Estado organizou os 417 municípios existentes em sete macrorregiões e 32 microrregiões. Essa construção levou em conta aspectos populacionais, da rede assistencial, rodoviários e do fluxo de produtividade hospitalar, além de critérios das gestões municipais na área da saúde e da resolubilidade da rede. Nos anos seguintes, a divisão territorial da saúde foi sendo alterada até que, em 2007, se estabeleceram nove macrorregiões contendo 28 microrregiões de saúde, mostradas na FIGURA I e no QUADRO I (SESAB, 2005; 2008).

FIGURA I. Macrorregiões e Regiões de Saúde da Bahia\*.



QUADRO I. Macrorregiões e Regiões de Saúde da Bahia.

<b>CENTRO-LESTE</b>	Cruz das Almas	Santa Maria da Vitória
Feira de Santana	Salvador	<b>SUDOESTE</b>
Itaberaba	Santo Antônio de Jesus	Brumado
Seabra	<b>NORDESTE</b>	Guanambi
Serrinha	Alagoinhas	Itapetinga
<b>CENTRO-NORTE</b>	Ribeira do Pombal	Vitória da Conquista
Irecê	<b>NORTE</b>	<b>SUL</b>
Jacobina	Juazeiro	Ilhéus
<b>EXTREMO SUL</b>	Paulo Afonso	Itabuna
Porto Seguro	Senhor do Bonfim	Jequié
Teixeira de Freitas	<b>OESTE</b>	Valença
<b>LESTE</b>	Barreiras	
Camaçari	Ibotirama	

\* Fonte: SESAB. Disponível em: <[http://www1.saude.ba.gov.br/mapa\\_bahia/docs/PDR\\_POP2012\\_atualizado10-07-2013.pdf](http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/docs/PDR_POP2012_atualizado10-07-2013.pdf)>. Acesso em: 23/06/2016.

Em 2012, seguindo as diretrizes para organização das redes de atenção no SUS (BRASIL, 2011), o Estado passou a reconhecer as 28 microrregiões de saúde então vigentes como regiões de saúde (CIB/BA, 2012). Assim, as denominações “macrorregião” e “microrregião” foram descontinuadas no âmbito da gestão do SUS estadual. Entretanto, quando os conceitos de região, microrregião, e macrorregião de saúde foram introduzidos pelas normas NOAS-SUS 01/01 e 01/02, estes configuravam uma representação territorial de planejamento a ser definida no âmbito estadual, de acordo com as características e estratégias de regionalização de cada estado, e não uma estrutura administrativa ou operacional (BRASIL, 2001; 2002b). Assim, mesmo tendo seu uso oficialmente descontinuado, o agrupamento macrorregional do território ainda permanece objeto de interesse para investigações científicas, devido às características geográficas, sanitárias, epidemiológicas e de oferta de serviços que justificaram sua conformação em um primeiro momento, bem como a modificação destas mesmas variáveis ao longo do tempo.

#### *IV.3 - O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*

O Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) é um Sistema de Informação em Saúde vinculado ao Ministério da Saúde que agrega informações de diversas naturezas sobre os serviços de saúde instalados em território nacional, incluindo aspectos institucionais e contratuais, geográficos, de infraestrutura, recursos humanos, bem como suas áreas de atuação e horários de funcionamento.

A criação do CNES se deu pela Portaria MS/SAS nº 376, de 03 de outubro de 2000. Após um período de consulta pública, no mesmo ano foi publicada a Portaria SAS nº 511/2000, que passou então a servir de norma para processo de cadastramento no sistema em todo território nacional (DATASUS, 2009).

O conjunto dos dados contidos nesse sistema constitui peça fundamental para a programação, o controle e a avaliação da assistência hospitalar e ambulatorial no país, sendo também um meio de verificação da correspondência entre a capacidade operacional das entidades vinculadas ao SUS e seu pagamento por serviços prestados. Além disso, trata-se de um sistema de informação que é base para a operacionalização de outros sistemas, como aqueles relacionados à produção de serviços no SUS.

O CNES tem como missão o cadastramento de todos os estabelecimentos de saúde do país, sejam eles públicos ou privados (conveniados ou não ao SUS), independentemente do tipo de serviço de atenção à saúde prestado, exigido igualmente para pessoas físicas ou jurídicas. Para este fim, se utiliza da definição de estabelecimento de saúde como qualquer “espaço físico, edificado ou móvel, privado ou público, onde são realizadas ações e serviços de saúde, por pessoa física ou jurídica, e que possua responsável técnico, pessoal e infraestrutura compatível com a sua finalidade” (DATASUS, 2016b).

São também objetivos do CNES:

- Ser o vértice da pirâmide de integração com os sistemas de informação do Ministério da Saúde;
- Possibilitar maior controle sobre o custeio que o Ministério da Saúde repassa em relação à infraestrutura fornecida pelos estabelecimentos de saúde;
- Dar maior visibilidade à sociedade do potencial assistencial brasileiro;
- Ser um instrumento de gestão para tomada de decisões por todos os atores do SUS.

Neste último quesito, o CNES propicia o conhecimento da realidade da rede assistencial existente nas diversas esferas de organização e também de suas potencialidades, auxiliando no planejamento em saúde em todos os níveis de governo. Configura ainda ferramenta para o exercício do controle social sobre a gestão do SUS. Além disso, o CNES é um importante recurso para a pesquisa em saúde, com aplicação em estudos que buscam avaliar aspectos os mais diversos das redes assistenciais hospitalar e ambulatorial, entre os quais aqueles relacionados à oferta de estabelecimentos, serviços e equipamentos (MENDES *et al.*, 2012; VILLAR *et al.*, 2015).

#### *IV.4 - Leitos hospitalares*

Para fins de estudos comparativos, leitos hospitalares são definidos como aqueles em que existe manutenção regular, equipe de saúde dedicada e que se encontram disponíveis para uso no momento. Incluem as camas para internamento em hospitais

gerais e especializados (como os psiquiátricos e centros de reabilitação, entre outros), seja para cuidados agudos ou para atendimento de condições crônicas. (OECD, 2015; 2016; THE WORLD BANK, 2016).

Os leitos no CNES encontram-se no conjunto das informações sobre os recursos físicos dos estabelecimentos. Dois grandes grupos de leitos são diferenciados na plataforma: os leitos de repouso/observação, em nível ambulatorial ou em urgência, e os leitos hospitalares. Os primeiros são destinados a acomodar pacientes que necessitem ficar sob supervisão médica e ou de enfermagem, para fins diagnósticos ou terapêuticos, durante período inferior a 24 horas, e são classificados nos seguintes subtipos (DATASUS, 2016a):

- Pediatria
- Feminino
- Masculino
- Indiferenciado

Já os leitos hospitalares, objeto do presente estudo, são descritos pelo CNES como “camas destinadas à internação de um paciente no hospital”, sendo classificados em sete categorias (ou tipos): clínico, cirúrgico, obstétrico, pediátrico, complementar, hospital/dia e outras especialidades. Em cada uma destas existe ainda uma denominação de especialidade atribuída ao uso do leito. Além disso, o Cadastro discrimina, por especialidade, se os leitos que o estabelecimento possui são ou não ofertados à rede SUS. As categorias e especialidades de leitos contidas nas tabelas de cadastramento do CNES e disponíveis para consulta nos relatórios da plataforma do sistema na internet (DATASUS, 2016c) são mostradas no QUADRO II.

A definição do número de leitos hospitalares necessário ao atendimento de determinada população é tema antigo e não consensual na literatura, havendo recomendações pautadas tão somente no número de leitos por 1.000 habitantes, ao passo que outras separam a quantidade necessária de leitos para cuidados agudos daqueles destinados a pacientes crônicos, ou sugerem ainda diferenciar a demanda por grupos de especialidades médicas, como clínica médica, cirurgia, obstetrícia e pediatria (ROCHA, 1975; FILHO *et al.*, 2012).

**QUADRO II. Categorias e especialidades de leitos hospitalares segundo o CNES.**

<b>Cirúrgico</b>	<b>Complementar</b>
BUCO MAXILO FACIAL	UNIDADE DE CUIDADOS INTERMED. ADULTO
CARDIOLOGIA	UNIDADE DE CUIDADOS INTERMED. NEONATAL CANGURU
CIRURGIA GERAL	UNIDADE DE CUIDADOS INTERMED. NEONATAL CONVENCIONAL
ENDOCRINOLOGIA	UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS PEDIÁTRICO
GASTROENTEROLOGIA	UNIDADE INTERMEDIÁRIA
GINECOLOGIA	UNIDADE INTERMEDIÁRIA NEONATAL
NEFROLOGIA / UROLOGIA	UNIDADE ISOLAMENTO
NEUROCIRURGIA	UTI ADULTO
OFTALMOLOGIA	UTI ADULTO - TIPO I
ONCOLOGIA	UTI ADULTO - TIPO II
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA	UTI ADULTO - TIPO III
OTORRINOLARINGOLOGIA	UTI CORONARIANA TIPO II - UCO TIPO II
PLÁSTICA	UTI CORONARIANA TIPO III - UCO TIPO III
QUEIMADO ADULTO	UTI DE QUEIMADOS
QUEIMADO PEDIÁTRICO	UTI INFANTIL
TORÁCICA	UTI NEONATAL
TRANSPLANTE	UTI NEONATAL - TIPO I
<b>Clínico</b>	UTI NEONATAL - TIPO II
AIDS	UTI NEONATAL - TIPO III
CARDIOLOGIA	UTI PEDIÁTRICA - TIPO I
CLÍNICA GERAL	UTI PEDIÁTRICA - TIPO II
DERMATOLOGIA	UTI PEDIÁTRICA - TIPO III
GERIATRIA	<b>Hospital / dia</b>
HANSENOLOGIA	AIDS
HEMATOLOGIA	CIRÚRGICO/DIAGNÓSTICO/TERAPÊUTICO
LEITO / DIA	FIBROSE CÍSTICA
NEFROUROLOGIA	GERIATRIA
NEONATOLOGIA	INTERCORRÊNCIA PÓS-TRANSPLANTE
NEUROLOGIA	SAÚDE MENTAL
ONCOLOGIA	<b>Obstétrico</b>
PNEUMOLOGIA	OBSTETRÍCIA CIRÚRGICA
QUEIMADO ADULTO	OBSTETRÍCIA CLÍNICA
QUEIMADO PEDIÁTRICO	<b>Outras Especialidades</b>
SAÚDE MENTAL	ACOLHIMENTO NOTURNO
<b>Pediátrico</b>	CRÔNICOS
PEDIATRIA CIRÚRGICA	PNEUMOLOGIA SANITÁRIA (ANTIGA TISIOLOGIA)
PEDIATRIA CLÍNICA	PSIQUIATRIA
	REABILITAÇÃO

Embora a Organização Mundial da Saúde (OMS) tenha, em momento anterior, publicado recomendações quantitativas sobre o tema, atualmente o órgão não recomenda nem estabelece taxas ideais de número de leitos por habitante a serem implementadas por seus países-membros. Afirma a Organização que tal indicador depende de fatores



regionais, socioeconômicos, culturais e epidemiológicos, entre outros, os quais diferem de região para região, e de país para país. Por isso, considera impossível, além de pouco válido, o estabelecimento de uma taxa de leitos por habitante a ser aplicada de maneira generalizada pelos diversos países. Destaca ainda a importância de aspectos da organização em rede dos serviços de saúde e de sua capacidade resolutiva como variáveis que dificultam a adoção de uma “cifra ideal a ser aplicada de maneira generalizada por todos os países do planeta” (OPAS, 2003).

No Brasil, o Ministério da Saúde publicou, em 2002, parâmetros de cobertura assistencial necessários no âmbito da organização do SUS. A Portaria GM/MS nº 1.101/2002 dispõe sobre “recomendações técnicas ideais, constituindo-se em referências para orientar os gestores do SUS dos três níveis de governo no planejamento, programação e priorização das ações de saúde a serem desenvolvidas, podendo sofrer adequações regionais e/ou locais de acordo com realidades epidemiológicas e financeiras” (BRASIL, 2002a). Segundo o documento, estima-se a necessidade de leitos hospitalares de uma localidade como:

- Leitos Hospitalares Totais = 2,5 a 3 leitos para cada 1.000 habitantes;
- Leitos de UTI: calcula-se, em média, a necessidade de 4% a 10% do total de leitos hospitalares (média para municípios grandes, regiões, etc.);
- Leitos em Unidades de Recuperação (pós-cirúrgico): calcula-se, em média de 2 a 3 leitos por sala cirúrgica;
- Leitos para Pré-Parto: calcula-se, no mínimo, 2 leitos por sala de parto.

Na Portaria são apresentados ainda cálculos de necessidade de leitos hospitalares que consideram o percentual de internações programadas pelo gestor sobre a população, a taxa de ocupação hospitalar e o tempo da média de permanência em cada especialidade. Também são estabelecidos parâmetros absolutos e proporcionais para o quantitativo de leitos por especialidades médicas, divididas em: cirurgia, clínica médica, cuidados prolongados (crônicos), obstetrícia, pediatria, psiquiatria, reabilitação, fisiologia e psiquiatria em hospital/dia.

## V. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório de natureza descritiva sobre a distribuição territorial dos leitos hospitalares no Estado da Bahia, durante o período compreendido entre os anos 2006 a 2015, construído a partir de dados secundários. As unidades de análise foram o estado, as macrorregiões de saúde e as regiões de saúde. Aspectos demográficos, territoriais e da rede de estabelecimentos de saúde foram buscados nos sítios eletrônicos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e no CNES. Os quantitativos populacionais utilizados foram as estimativas anuais de população dos municípios brasileiros para o Tribunal de Contas da União (TCU), disponibilizadas pelo DATASUS. Os dados referentes à rede assistencial foram obtidos em relatórios no sítio do CNES e em arquivos de dados *.dbc* (tabelas LTBA e CADGERBA) no sítio do DATASUS. A existência de dados no CNES relacionados a leitos hospitalares na Bahia somente a partir de agosto de 2005 motivou o corte temporal do estudo entre 2006 e 2015.

Por apresentar o CNES um conjunto de dados atualizado mensalmente, optou-se por considerar-se como número de leitos de um estabelecimento em determinado ano a média obtida a partir das competências de janeiro, abril, julho e outubro. O arquivos *.dbc* foram expandidos para *.dbf* no programa Tabwin 3.6, convertidos em formato *.xlsx* no programa Microsoft Excel 2016, e importados para um banco de dados construído em Microsoft Access 2016 para este fim. Todas as figuras, gráficos, quadros e tabelas foram elaboradas em Microsoft Excel 2016, salvo quando indicação em contrário. O texto foi redigido e formatado em Microsoft Word 2016.

## VI. RESULTADOS

### *VI.1 - Aspectos territoriais e demográficos*

A Bahia possui atualmente 417 municípios, os quais cobrem em conjunto uma área de 564.733 km<sup>2</sup> (TABELA 1), tendo a cidade de Salvador como sua capital. A macrorregião de maior extensão territorial, a Oeste, ocupa 28,2% do território, sendo 9,8 vezes maior que aquela de menor extensão territorial, a macrorregião Leste, que representa apenas 2,9% do total (FIGURA 1). Isoladamente, a macrorregião Oeste é maior que a soma das cinco menores macrorregiões do estado. Em segundo lugar em extensão territorial encontra-se a macrorregião Norte, com 17,0% do território, seguida da Sudoeste, com 15,1%, e da Centro-Leste, com 12,5%. As demais macrorregiões ocupam cada uma menos de 10% do território total. Na TABELA 1 são mostrados ainda o número de municípios contidos em cada macrorregião e região de saúde.

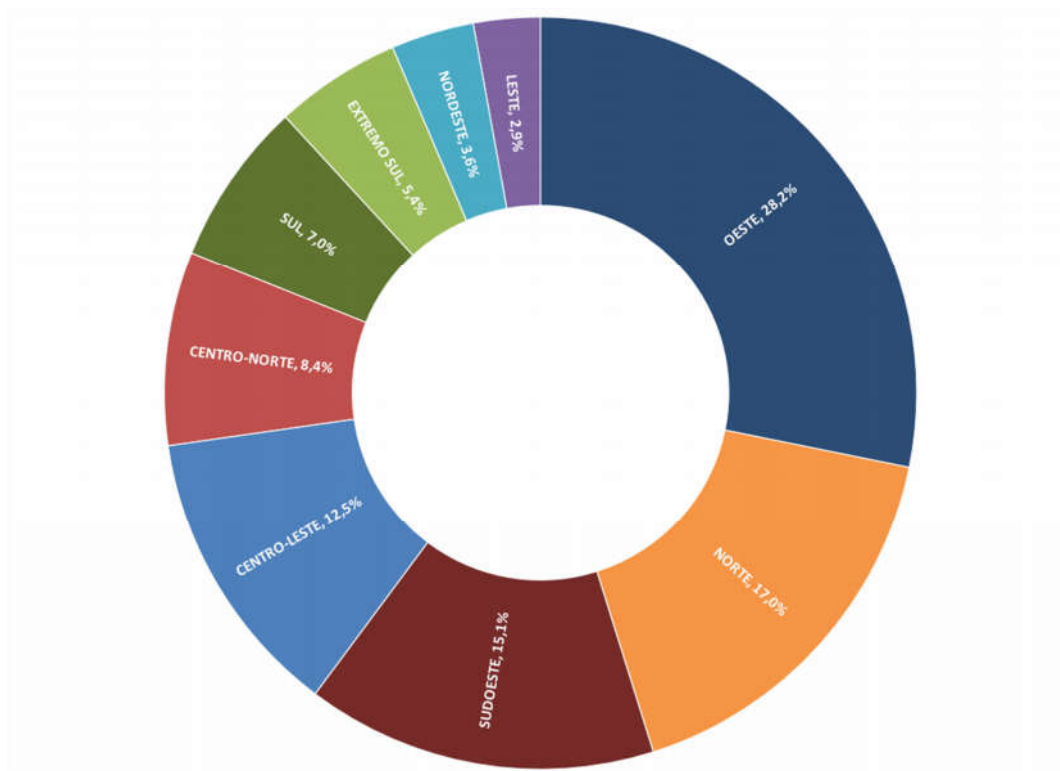
Ao longo da década compreendida entre os anos de 2006 e 2015, a população da Bahia aumentou 9,0%, passando de 13.950.146 para 15.203.934 habitantes (TABELA 2 e GRÁFICO 1). A macrorregião Oeste foi a que experimentou maior taxa de crescimento populacional na década (17,1%). O menor crescimento observado deu-se na macrorregião Sudoeste (0,6%). A macrorregião Sul foi a única que mostrou perda populacional (-0,8%). Em números absolutos, as macrorregiões Leste e Centro-Leste foram as que tiveram as maiores variações (517.023 e 248.790, respectivamente). O declínio no número de habitantes observado para o Estado e para algumas macrorregiões entre os anos de 2009 e 2010 se deve à realização do censo populacional neste último ano, o qual subsidia periodicamente a elaboração das projeções intercensitárias do TCU para os anos seguintes.

As densidades populacionais do Estado e das macrorregiões em 2015 são mostradas na TABELA 3, e a participação de cada macrorregião no total do Estado para o mesmo ano é ilustrada na FIGURA 2. A Bahia possui atualmente 26,9 habitantes por km<sup>2</sup>. Na macrorregião Leste encontra-se 31,6% da população e a maior densidade populacional (296,4 hab/km<sup>2</sup>), valor 11 vezes maior que a densidade populacional do Estado e 6,8 vezes maior que a macrorregião Nordeste, a segunda mais populosa. A macrorregião de menor densidade populacional é a Oeste, com 6,1 hab/km<sup>2</sup>, que participa com 6,4% da população do Estado.

**TABELA 1. Número de municípios e extensão territorial das Macrorregiões e Regiões de Saúde da Bahia.**

Macrorregião / Região	Municípios	Área (km <sup>2</sup> )	Área (%)
<b>CENTRO-LESTE</b>	72	70.690,826	12,52%
Feira de Santana	28	16.535,264	2,93%
Itaberaba	14	18.717,310	3,31%
Seabra	11	14.648,722	2,59%
Serrinha	19	20.789,530	3,68%
<b>CENTRO-NORTE</b>	38	47.171,561	8,35%
Irecê	19	25.213,560	4,46%
Jacobina	19	21.958,001	3,89%
<b>EXTREMO SUL</b>	21	30.645,410	5,43%
Porto Seguro	8	12.109,385	2,14%
Teixeira de Freitas	13	18.536,025	3,28%
<b>LESTE</b>	48	16.199,876	2,87%
Camaçari	6	3.058,417	0,54%
Cruz das Almas	9	1.782,064	0,32%
Salvador	10	2.916,404	0,52%
Santo Antônio de Jesus	23	8.442,991	1,50%
<b>NORDESTE</b>	33	20.147,770	3,57%
Alagoinhas	18	12.086,914	2,14%
Ribeira do Pombal	15	8.060,856	1,43%
<b>NORTE</b>	28	95.779,264	16,96%
Juazeiro	10	61.610,008	10,91%
Paulo Afonso	9	18.778,417	3,33%
Senhor do Bonfim	9	15.390,839	2,73%
<b>OESTE</b>	37	159.176,056	28,19%
Barreiras	15	75.452,438	13,36%
Ibotirama	9	32.476,551	5,75%
Santa Maria da Vitória	13	51.247,067	9,07%
<b>SUDOESTE</b>	73	85.116,318	15,07%
Brumado	21	23.841,171	4,22%
Guanambi	21	27.484,176	4,87%
Itapetinga	12	11.508,941	2,04%
Vitória da Conquista	19	22.282,030	3,95%
<b>SUL</b>	67	39.806,000	7,05%
Ilhéus	8	7.281,377	1,29%
Itabuna	22	8.603,321	1,52%
Jequié	25	18.035,068	3,19%
Valença	12	5.886,234	1,04%
	<b>417</b>	<b>564.733,081</b>	<b>100,00%</b>

**FIGURA 1. Participação das Macrorregiões de Saúde na extensão territorial da Bahia em 2015.**



**TABELA 2. Variação populacional do Estado e das Macrorregiões de Saúde da Bahia entre os anos de 2006 e 2015.**

	2006	2015	$\Delta$	$\Delta$ (%)
<b>OESTE</b>	825.732	967.197	141.465	17,1%
<b>NORTE</b>	983.220	1.105.695	122.475	12,5%
<b>CENTRO-LESTE</b>	2.024.472	2.273.262	248.790	12,3%
<b>LESTE</b>	4.284.178	4.801.201	517.023	12,1%
<b>CENTRO-NORTE</b>	743.685	829.076	85.391	11,5%
<b>EXTREMO SUL</b>	761.799	840.325	78.526	10,3%
<b>NORDESTE</b>	818.946	881.934	62.988	7,7%
<b>SUDOESTE</b>	1.805.554	1.815.979	10.425	0,6%
<b>SUL</b>	1.702.560	1.689.265	-13.295	-0,8%
	<b>13.950.146</b>	<b>15.203.934</b>	<b>1.253.788</b>	<b>9,0%</b>

GRÁFICO 1. Variação da população nas Macrorregiões de Saúde da Bahia entre 2006 e 2015.

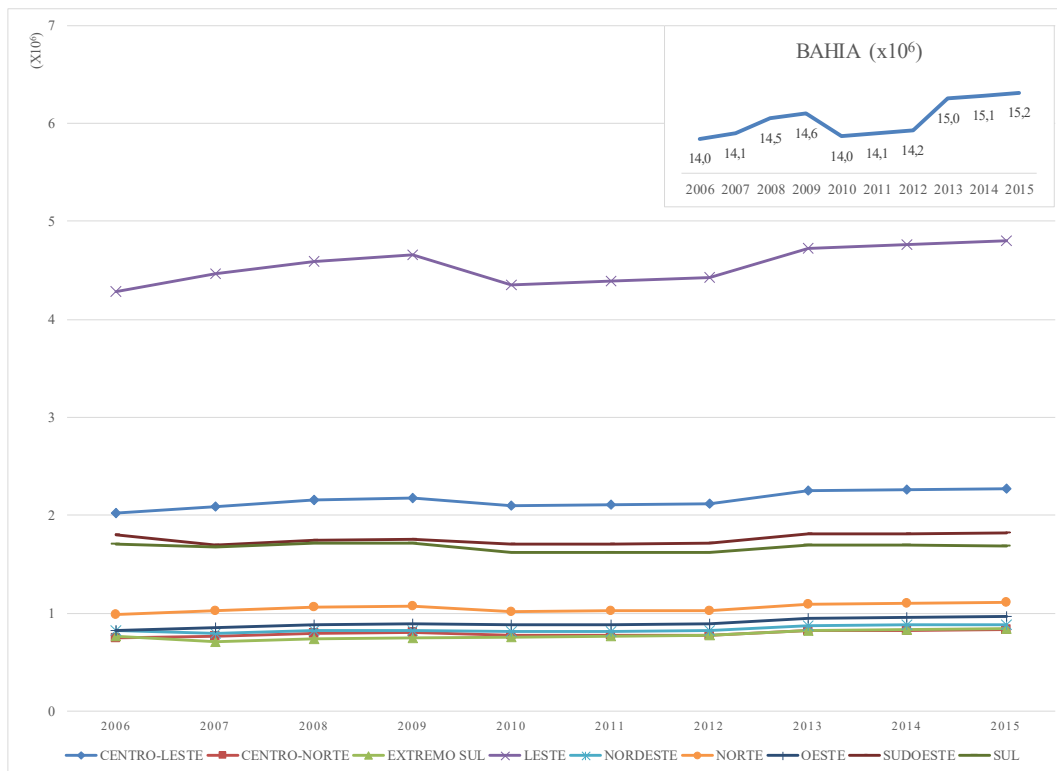
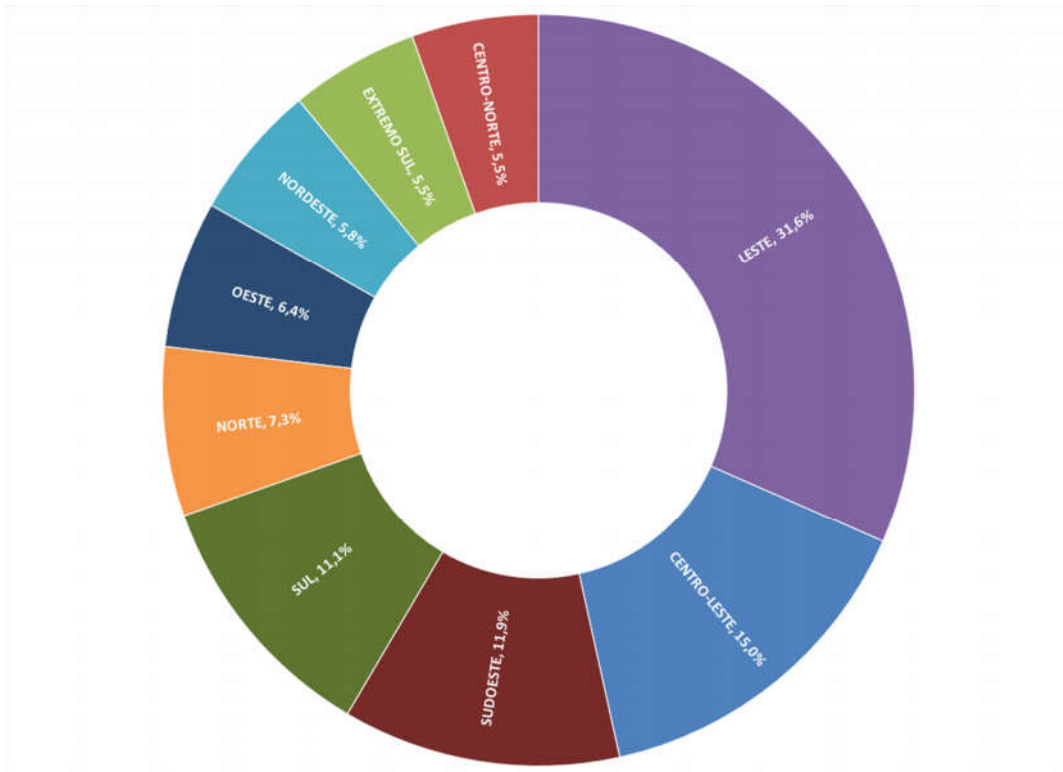


TABELA 3. Densidade populacional das Macrorregiões de Saúde da Bahia em 2015.

	Área (km <sup>2</sup> )	População (2015)	Densidade populacional (hab/km <sup>2</sup> )
<b>LESTE</b>	16.200	4.801.201	296,4
<b>NORDESTE</b>	20.148	881.934	43,8
<b>SUL</b>	39.806	1.689.265	42,4
<b>CENTRO-LESTE</b>	70.691	2.273.262	32,2
<b>EXTREMO SUL</b>	30.645	840.325	27,4
<b>SUDOESTE</b>	85.116	1.815.979	21,3
<b>CENTRO-NORTE</b>	47.172	829.076	17,6
<b>NORTE</b>	95.779	1.105.695	11,5
<b>OESTE</b>	159.176	967.197	6,1
	<b>564.733</b>	<b>15.203.934</b>	<b>26,9</b>

**FIGURA 2. Participação das Macrorregiões de Saúde na composição populacional da Bahia em 2015.**



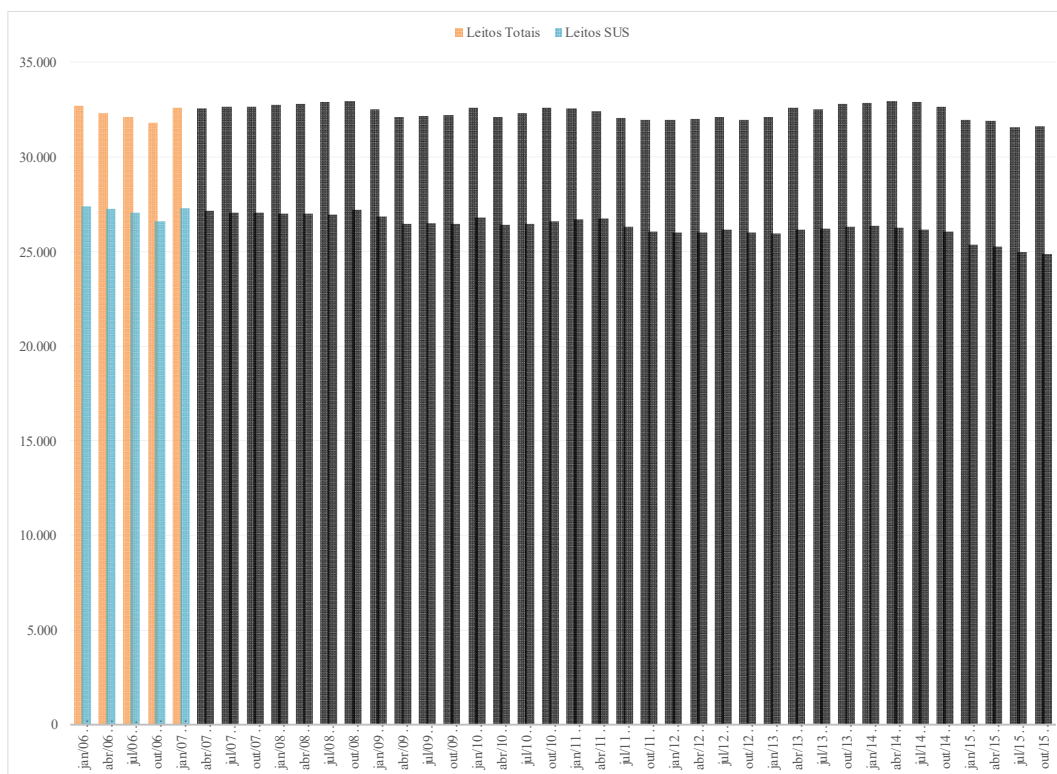
## VI.2 - Distribuição dos leitos no Estado, nas macrorregiões e regiões de saúde

A TABELA 4 e o GRÁFICO 2 mostram a variação do total de leitos e dos leitos SUS na Bahia ao longo do período compreendido entre 2006 e 2015, por ano e por trimestre, respectivamente. Em 2006, o Estado possuía 32.230 leitos hospitalares, sendo que destes 27.061 eram públicos ou contratados pelo SUS. Em 2015, houve redução de 466 no número total de leitos da rede assistencial, e de 1.938 naqueles disponíveis ao SUS. Em percentuais, as reduções representam 1,44% e 7,16%.

**TABELA 4. Evolução temporal da oferta de leitos hospitalares totais e de leitos SUS na Bahia entre 2006 e 2015\*.**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Δ	Δ %
<b>Leitos Totais</b>	32.230	32.617	32.859	32.238	32.409	32.235	32.008	32.506	32.843	31.765	-466	-1,44%
<b>Leitos SUS</b>	27.061	27.131	27.037	26.561	26.553	26.439	26.058	26.149	26.205	25.123	-1.938	-7,16%

**GRÁFICO 2. Evolução temporal da oferta de leitos hospitalares totais e de leitos SUS na Bahia entre 2006 e 2015, por trimestre.**



\* Médias obtidas a partir das competências de janeiro, abril, julho e outubro para cada ano.



A TABELA 5 discrimina por macrorregião e por região de saúde as quantidades de leitos totais e de leitos SUS nos anos de 2006 e 2015, bem como sua variação absoluta e percentual. Houve aumento no total de leitos nas macrorregiões Leste (687;  $\Delta=6,03\%$ ), Nordeste (38;  $\Delta=3,19\%$ ) e Extremo Sul (35;  $\Delta=2,36\%$ ). As maiores perdas ocorreram nas macrorregiões Sul (803;  $\Delta=-17,12\%$ ), Centro-Leste (165;  $\Delta=-3,69\%$ ) e Norte (120;  $\Delta=6,72\%$ ). As regiões com maior aumento absoluto no número total de leitos foram Salvador (632;  $\Delta=6,76\%$ ), Vitória da Conquista (204;  $\Delta=13,49\%$ ) e Santo Antônio de Jesus (159;  $\Delta=17,80\%$ ). A macrorregião Sul teve perdas em todas as suas regiões de saúde, apresentando os três maiores decréscimos absolutos entre todas as regiões no período estudado: Itabuna (348;  $\Delta=-19,42\%$ ), Ilhéus (193;  $\Delta=-21,01\%$ ) e Valença (161;  $\Delta=-30,44\%$ ).

A ampliação da oferta de leitos SUS no agrupamento macrorregional se deu de modo discreto apenas na macrorregião Oeste (16;  $\Delta=1,13\%$ ): todas as demais apresentaram redução, sendo os maiores valores observados nas macrorregiões Sul (825;  $\Delta=19,97\%$ ), Centro-Leste (401;  $\Delta=10,11\%$ ) e Sudoeste (253;  $\Delta=7,49\%$ ). As macrorregiões Centro-Leste, Centro-Norte, Nordeste e Sul mostraram redução na rede de leitos SUS em todas as suas regiões de saúde. Apenas cinco entre as 28 regiões tiveram aumento na oferta de leitos SUS: Barreiras (124;  $\Delta=19,80\%$ ), Santo Antônio de Jesus (103;  $\Delta=12,17\%$ ), Vitória da Conquista (75;  $\Delta=6,05\%$ ), Paulo Afonso (20;  $\Delta=8,22\%$ ) e Teixeira de Freitas (16;  $\Delta=2,25\%$ ). Três regiões tiveram decréscimo em 30% ou mais no número de leitos SUS instalados em relação a 2006: Ilhéus (279;  $\Delta=33,82\%$ ), Valença (174;  $\Delta=33,10\%$ ) e Senhor do Bonfim (158;  $\Delta=30,01\%$ ).

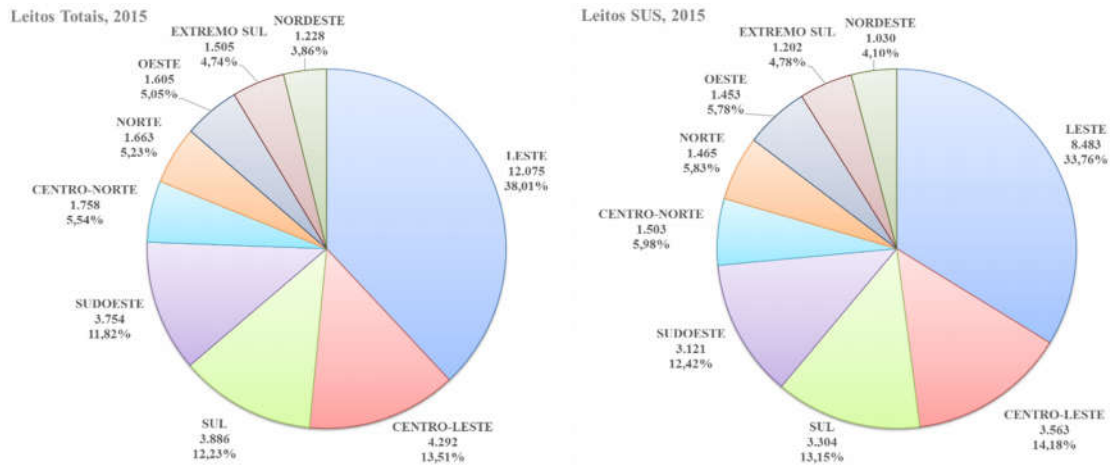
A participação proporcional das macrorregiões no número de leitos totais e de leitos SUS em relação ao Estado no ano de 2015 é mostrada na FIGURA 3, e sua variação por trimestre entre 2006 e 2015 encontra-se plotada nos GRÁFICO 3 (leitos totais) e GRÁFICO 4 (leitos SUS). A macrorregião Leste concentra mais de um terço dos leitos do Estado (38,01%), bem como daqueles destinados ao SUS (33,76%). Das outras macrorregiões, as três que possuem maior número de leitos (Centro-Leste, Sul e Sudoeste) em conjunto respondem por valores igualmente superiores a um terço dos leitos totais existentes no Estado (37,56%), e também dos leitos SUS (39,76%).

TABELA 5. Variação dos leitos totais e leitos SUS nos anos de 2006 e 2015.

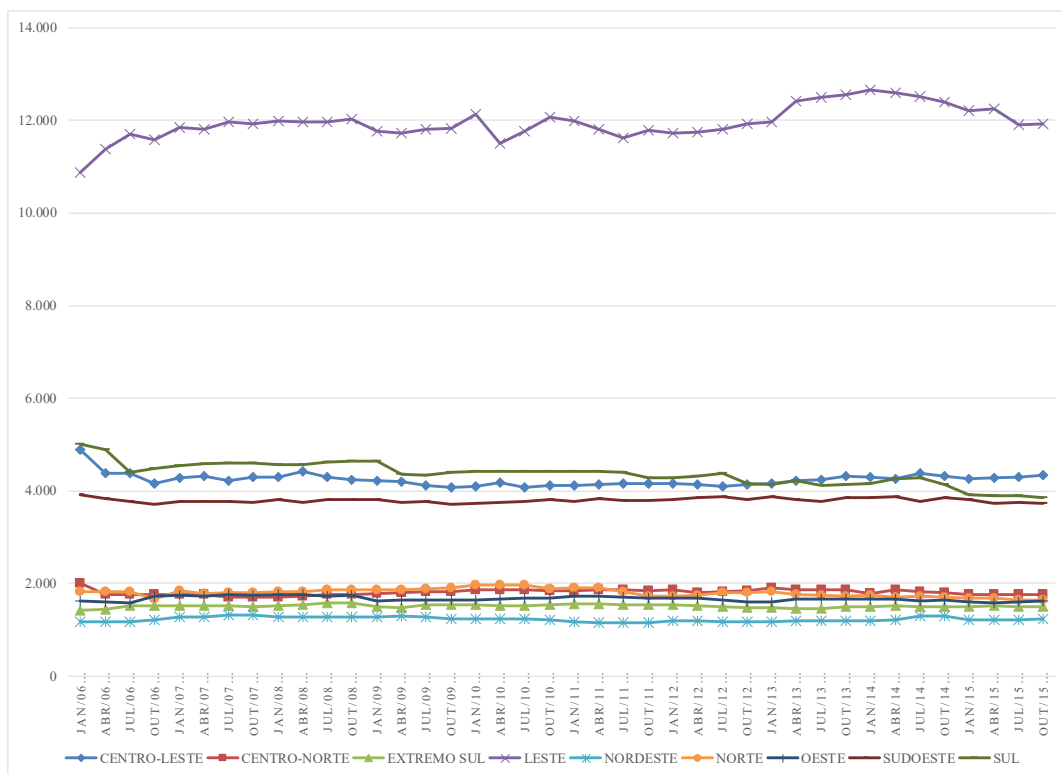
Macrorregião / Região	2006		2015		VARIÇÃO*			
	L <sub>total</sub>	L <sub>SUS</sub>	L <sub>total</sub>	L <sub>SUS</sub>	Δ L <sub>total</sub>	Δ L <sub>total</sub> (%)	Δ L <sub>SUS</sub>	Δ L <sub>SUS</sub> (%)
<b>CENTRO-LESTE</b>	4.457	3.963	4.292	3.563	-165	-3,69%	-401	-10,11%
Feira de Santana	2.320	1.964	2.343	1.817	24	1,01%	-147	-7,49%
Itaberaba	601	560	501	469	-100	-16,60%	-91	-16,21%
Seabra	315	305	308	284	-7	-2,22%	-21	-6,88%
Serrinha	1.221	1.135	1.140	993	-81	-6,66%	-142	-12,52%
<b>CENTRO-NORTE</b>	1.821	1.715	1.758	1.503	-63	-3,43%	-212	-12,35%
Irecê	839	800	854	794	15	1,79%	-6	-0,72%
Jacobina	982	915	904	709	-78	-7,89%	-206	-22,51%
<b>EXTREMO SUL</b>	1.470	1.210	1.505	1.202	35	2,36%	-8	-0,66%
Porto Seguro	610	489	620	465	10	1,68%	-24	-4,96%
Teixeira de Freitas	861	721	885	738	25	2,85%	16	2,25%
<b>LESTE</b>	11.388	8.515	12.075	8.483	687	6,03%	-32	-0,38%
Camaçari	632	488	623	472	-9	-1,46%	-17	-3,38%
Cruz das Almas	518	438	423	408	-95	-18,30%	-29	-6,69%
Salvador	9.345	6.747	9.976	6.658	632	6,76%	-89	-1,32%
Santo Antônio de Jesus	894	842	1.053	945	159	17,80%	103	12,17%
<b>NORDESTE</b>	1.190	1.062	1.228	1.030	38	3,19%	-32	-3,04%
Alagoinhas	755	637	780	621	25	3,25%	-17	-2,63%
Ribeira do Pombal	435	425	448	409	14	3,11%	-16	-3,65%
<b>NORTE</b>	1.783	1.657	1.663	1.465	-120	-6,72%	-192	-11,59%
Juazeiro	959	890	934	836	-25	-2,63%	-54	-6,04%
Paulo Afonso	256	240	291	260	35	13,66%	20	8,22%
Senhor do Bonfim	568	527	438	369	-130	-22,82%	-158	-30,01%
<b>OESTE</b>	1.628	1.437	1.605	1.453	-23	-1,38%	16	1,13%
Barreiras	765	628	829	752	64	8,37%	124	19,80%
Ibotirama	282	268	272	244	-10	-3,64%	-24	-9,06%
Santa Maria da Vitória	581	542	505	458	-76	-13,12%	-84	-15,46%
<b>SUDOESTE</b>	3.807	3.374	3.754	3.121	-53	-1,39%	-253	-7,49%
Brumado	742	680	693	602	-49	-6,54%	-78	-11,44%
Guanambi	980	946	883	795	-97	-9,87%	-152	-16,04%
Itapetinga	575	517	464	419	-111	-19,34%	-98	-18,92%
Vitória da Conquista	1.510	1.231	1.714	1.306	204	13,49%	75	6,05%
<b>SUL</b>	4.688	4.129	3.886	3.304	-803	-17,12%	-825	-19,97%
Ilhéus	920	824	727	546	-193	-21,01%	-279	-33,82%
Itabuna	1.789	1.528	1.442	1.266	-348	-19,42%	-262	-17,12%
Jequié	1.452	1.252	1.351	1.141	-102	-6,99%	-111	-8,85%
Valença	527	525	367	351	-161	-30,44%	-174	-33,10%
	<b>32.230</b>	<b>27.061</b>	<b>31.765</b>	<b>25.123</b>	<b>-466</b>	<b>-1,44%</b>	<b>-1.938</b>	<b>-7,16%</b>

\* Legenda de cores: verde (valores positivos), amarelo (entre 0 e -30%) e vermelho (valores menores que -30%).

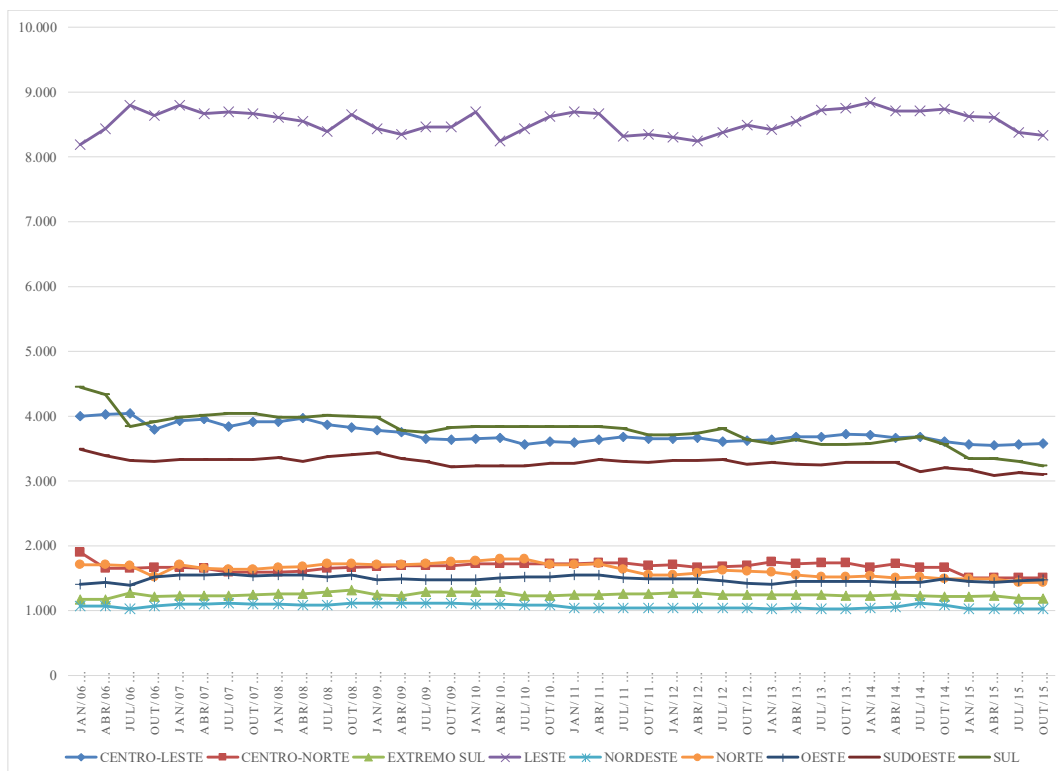
**FIGURA 3. Participação proporcional das Macrorregiões de Saúde no total de leitos e nos leitos SUS em relação ao Estado em 2015.**



**GRÁFICO 3. Evolução temporal da oferta total de leitos hospitalares nas Macrorregiões de Saúde da Bahia entre 2006 e 2015.**



**GRÁFICO 4. Evolução temporal da oferta de leitos hospitalares SUS nas Macrorregiões de Saúde da Bahia entre 2006 e 2015.**



Nas TABELA 6 são apresentadas as variações anuais entre 2006 e 2015 dos leitos totais para cada região de saúde, com ordenação decrescente pela variação percentual da diferença no número de leitos entre o início e o fim do período. Apenas três regiões tiveram variação positiva maior que 10%: Santo Antônio de Jesus (17,80%), Paulo Afonso (13,66%) e Vitória da Conquista (13,49%). Dezesete regiões cursaram com variação negativa e, entre estas, uma teve queda superior a 30% (Valença, -30,44%) e outras sete tiveram quedas entre 10% e 30%: Senhor do Bonfim (-22,82%), Ilhéus (-21,01%), Itabuna (-19,42%), Itapetinga (-19,34%), Cruz das Almas (-18,30%), Itaberaba (-16,60%) e Santa Maria da Vitória (-13,12%).

**TABELA 6. Evolução do número de leitos hospitalares totais por Região de Saúde da Bahia, entre 2006 e 2015.**

Região de Saúde	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	$\Delta$ (%)
<b>S<sup>o</sup> Antônio de Jesus</b>	894	900	913	913	1.047	1.058	1.062	1.046	1.075	1.053	17,80%
<b>Paulo Afonso</b>	256	238	232	230	232	240	266	279	287	291	13,66%
<b>Vitória da Conquista</b>	1.510	1.476	1.499	1.491	1.465	1.507	1.577	1.633	1.669	1.714	13,49%
<b>Barreiras</b>	765	868	886	783	795	851	838	851	867	829	8,37%
<b>Salvador</b>	9.345	9.776	9.845	9.672	9.624	9.605	9.631	10.212	10.360	9.976	6,76%
<b>Alagoinhas</b>	755	863	832	833	803	733	748	753	785	780	3,25%
<b>Ribeira do Pombal</b>	435	434	445	441	424	424	436	431	467	448	3,11%
<b>Teixeira de Freitas</b>	861	910	928	883	901	903	900	867	876	885	2,85%
<b>Irecê</b>	839	784	801	866	865	872	887	897	862	854	1,79%
<b>Porto Seguro</b>	610	610	624	629	631	641	607	604	623	620	1,68%
<b>Feira de Santana</b>	2.320	2.158	2.170	2.061	2.092	2.158	2.207	2.285	2.388	2.343	1,01%
<b>Camaçari</b>	632	674	693	667	657	657	655	634	657	623	-1,46%
<b>Seabra</b>	315	311	318	314	322	328	328	326	317	308	-2,22%
<b>Juazeiro</b>	959	996	1.031	1.089	1.188	1.049	950	980	964	934	-2,63%
<b>Ibotirama</b>	282	299	288	289	319	320	293	275	271	272	-3,64%
<b>Brumado</b>	742	730	744	734	751	755	751	732	698	693	-6,54%
<b>Serrinha</b>	1.221	1.214	1.234	1.190	1.165	1.139	1.108	1.134	1.130	1.140	-6,66%
<b>Jequié</b>	1.452	1.382	1.413	1.445	1.452	1.442	1.494	1.489	1.461	1.351	-6,99%
<b>Jacobina</b>	982	949	939	948	993	987	946	979	960	904	-7,89%
<b>Guanambi</b>	980	966	967	955	974	959	914	894	916	883	-9,87%
<b>S<sup>ta</sup> Maria da Vitória</b>	581	579	568	560	549	539	525	520	508	505	-13,12%
<b>Itaberaba</b>	601	596	597	586	539	518	492	490	484	501	-16,60%
<b>Cruz das Almas</b>	518	538	537	532	540	486	455	464	449	423	-18,30%
<b>Itapetinga</b>	575	593	588	582	576	578	596	571	553	464	-19,34%
<b>Itabuna</b>	1.789	1.828	1.832	1.772	1.794	1.776	1.711	1.589	1.601	1.442	-19,42%
<b>Ilhéus</b>	920	908	885	760	717	700	625	612	708	727	-21,01%
<b>Senhor do Bonfim</b>	568	575	581	559	530	552	554	499	469	438	-22,82%
<b>Valença</b>	527	465	473	459	464	460	458	463	441	367	-30,44%
	<b>32.230</b>	<b>32.617</b>	<b>32.859</b>	<b>32.238</b>	<b>32.409</b>	<b>32.235</b>	<b>32.008</b>	<b>32.506</b>	<b>32.843</b>	<b>31.765</b>	<b>-1,44%</b>

A TABELA 7 traz resultados para as mesmas variáveis com recorte para a rede de leitos SUS. Vinte e três regiões tinham menos leitos SUS em 2015 em comparação a 2006. Três destas reduziram percentualmente em mais de 30% sua malha: Ilhéus (-33,82%), Valença (-33,10%) e Senhor do Bonfim (-30,01%). Oito regiões tiveram quedas entre 10 e 30%: Jacobina (-22,51%), Itapetinga (-18,92%), Itabuna (-17,12%), Itaberaba (-16,21%), Guanambi (-16,04%), Santa Maria da Vitória (-15,46%), Serrinha (-12,52%) e Brumado (-11,44%). Apenas cinco regiões aumentaram seu número de leitos SUS, duas com variação maior que 10%: Barreiras (19,80%) e Santo Antônio de Jesus (12,17%).

**TABELA 7. Evolução do número de leitos hospitalares SUS por Região de Saúde da Bahia, entre 2006 e 2015.**

Região de Saúde	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	$\Delta$ (%)
<b>Barreiras</b>	628	719	743	688	691	719	702	699	732	752	19,80%
<b>S<sup>to</sup> Antônio de Jesus</b>	842	850	858	852	963	985	982	961	970	945	12,17%
<b>Paulo Afonso</b>	240	222	218	216	218	226	251	246	254	260	8,22%
<b>Vitória da Conquista</b>	1.231	1.226	1.237	1.229	1.193	1.250	1.291	1.307	1.301	1.306	6,05%
<b>Teixeira de Freitas</b>	721	737	753	726	743	747	743	736	751	738	2,25%
<b>Irecê</b>	800	738	752	806	796	799	811	826	790	794	-0,72%
<b>Salvador</b>	6.747	6.906	6.727	6.626	6.593	6.610	6.508	6.820	6.904	6.658	-1,32%
<b>Alagoinhas</b>	637	692	685	697	678	630	637	636	646	621	-2,63%
<b>Camaçari</b>	488	526	539	513	494	481	435	400	445	472	-3,38%
<b>Ribeira do Pombal</b>	425	413	411	414	414	414	407	396	427	409	-3,65%
<b>Porto Seguro</b>	489	493	529	539	517	508	517	507	482	465	-4,96%
<b>Juazeiro</b>	890	917	953	991	1.060	938	855	873	859	836	-6,04%
<b>Cruz das Almas</b>	438	422	424	435	445	430	430	434	430	408	-6,69%
<b>Seabra</b>	305	301	308	304	312	318	318	319	308	284	-6,88%
<b>Feira de Santana</b>	1.964	1.915	1.896	1.816	1.797	1.850	1.886	1.894	1.889	1.817	-7,49%
<b>Jequié</b>	1.252	1.196	1.220	1.240	1.245	1.235	1.287	1.268	1.243	1.141	-8,85%
<b>Ibotirama</b>	268	271	260	261	291	292	265	247	243	244	-9,06%
<b>Brumado</b>	680	671	678	645	637	639	634	624	600	602	-11,44%
<b>Serrinha</b>	1.135	1.120	1.122	1.060	1.040	1.018	986	1.015	1.013	993	-12,52%
<b>S<sup>ta</sup> Maria da Vitória</b>	542	560	538	534	523	513	499	494	478	458	-15,46%
<b>Guanambi</b>	946	914	918	896	856	854	830	809	818	795	-16,04%
<b>Itaberaba</b>	560	573	565	526	473	457	447	453	455	469	-16,21%
<b>Itabuna</b>	1.528	1.566	1.545	1.521	1.550	1.535	1.482	1.370	1.395	1.266	-17,12%
<b>Itapetinga</b>	517	524	526	554	556	552	552	532	511	419	-18,92%
<b>Jacobina</b>	915	887	877	884	931	925	877	913	890	709	-22,51%
<b>Senhor do Bonfim</b>	527	519	527	517	491	490	481	428	400	369	-30,01%
<b>Valença</b>	525	464	464	435	444	440	436	436	415	351	-33,10%
<b>Ilhéus</b>	824	792	769	640	603	587	514	510	560	546	-33,82%
	<b>27.061</b>	<b>27.131</b>	<b>27.037</b>	<b>26.561</b>	<b>26.553</b>	<b>26.439</b>	<b>26.058</b>	<b>26.149</b>	<b>26.205</b>	<b>25.123</b>	<b>-7,16%</b>

Na TABELA 8 são analisadas a participação percentual dos leitos SUS no conjunto de leitos totais (%SUS) e as taxas de leitos totais e de leitos SUS por 1.000 habitantes, nos anos de 2006 e 2015. Em 2006, a proporção dos leitos SUS nas 28 regiões de saúde variava entre 72,21% em Salvador e 99,57% em Valença. Exceto por duas regiões da macrorregião Leste (Salvador e Camaçari), todas as regiões de saúde possuíam mais de 80% de leitos hospitalares disponíveis ao SUS. Na análise macrorregional, a variação de participação foi de 74,77% (Leste) a 94,19% (Centro-Norte), estando apenas a primeira abaixo de 80%. A participação do SUS no total da rede de leitos do Estado era de 83,96% naquele ano.

**TABELA 8. Distribuição dos leitos hospitalares na Bahia entre as Macrorregiões e Regiões de Saúde nos anos de 2006 e 2015.**

Macrorregião / Região	2006					
	L <sub>total</sub>	L <sub>SUS</sub>	%SUS	Pop. 2006	L <sub>total</sub> /hab*	L <sub>SUS</sub> /hab†
<b>CENTRO-LESTE</b>	4.457	3.963	88,93%	2.024.472	2,20	1,96
Feira de Santana	2.320	1.964	84,65%	1.023.627	2,27	1,92
Itaberaba	601	560	93,18%	243.608	2,47	2,30
Seabra	315	305	96,83%	166.062	1,90	1,84
Serrinha	1.221	1.135	92,93%	591.175	2,06	1,92
<b>CENTRO-NORTE</b>	1.821	1.715	94,19%	743.685	2,45	2,31
Irecê	839	800	95,32%	382.389	2,19	2,09
Jacobina	982	915	93,23%	361.296	2,72	2,53
<b>EXTREMO SUL</b>	1.470	1.210	82,30%	761.799	1,93	1,59
Porto Seguro	610	489	80,19%	361.628	1,69	1,35
Teixeira de Freitas	861	721	83,79%	400.171	2,15	1,80
<b>LESTE</b>	11.388	8.515	74,77%	4.284.178	2,66	1,99
Camaçari	632	488	77,18%	449.327	1,41	1,09
Cruz das Almas	518	438	84,50%	250.620	2,07	1,75
Salvador	9.345	6.747	72,21%	3.161.113	2,96	2,13
Santo Antônio de Jesus	894	842	94,24%	423.118	2,11	1,99
<b>NORDESTE</b>	1.190	1.062	89,26%	818.946	1,45	1,30
Alagoinhas	755	637	84,40%	501.377	1,51	1,27
Ribeira do Pombal	435	425	97,70%	317.569	1,37	1,34
<b>NORTE</b>	1.783	1.657	92,93%	983.220	1,81	1,68
Juazeiro	959	890	92,80%	496.307	1,93	1,79
Paulo Afonso	256	240	93,76%	233.566	1,10	1,03
Senhor do Bonfim	568	527	92,78%	253.347	2,24	2,08
<b>OESTE</b>	1.628	1.437	88,28%	825.732	1,97	1,74
Barreiras	765	628	82,05%	347.997	2,20	1,80
Ibotirama	282	268	95,03%	185.688	1,52	1,44
Santa Maria da Vitória	581	542	93,20%	292.047	1,99	1,86
<b>SUDOESTE</b>	3.807	3.374	88,63%	1.805.554	2,11	1,87
Brumado	742	680	91,64%	422.890	1,75	1,61
Guanambi	980	946	96,58%	426.330	2,30	2,22
Itapetinga	575	517	89,83%	255.441	2,25	2,02
Vitória da Conquista	1.510	1.231	81,54%	700.893	2,15	1,76
<b>SUL</b>	4.688	4.129	88,07%	1.702.560	2,75	2,43
Ilhéus	920	824	89,62%	362.717	2,54	2,27
Itabuna	1.789	1.528	85,38%	520.239	3,44	2,94
Jequié	1.452	1.252	86,23%	540.178	2,69	2,32
Valença	527	525	99,57%	279.426	1,89	1,88
	<b>32.230</b>	<b>27.061</b>	<b>83,96%</b>	<b>13.950.146</b>	<b>2,31</b>	<b>1,94</b>

\* Leitos totais por 1.000 habitantes.

† Leitos SUS por 1.000 habitantes.

Macrorregião / Região	2015					
	L <sub>total</sub>	L <sub>SUS</sub>	%SUS	Pop. 2015	L <sub>total</sub> /hab	L <sub>SUS</sub> /hab
<b>CENTRO-LESTE</b>	4.292	3.563	83,00%	2.273.262	1,89	1,57
Feira de Santana	2.343	1.817	77,53%	1.171.570	2,00	1,55
Itaberaba	501	469	93,62%	260.769	1,92	1,80
Seabra	308	284	92,21%	189.580	1,63	1,50
Serrinha	1.140	993	87,10%	651.343	1,75	1,52
<b>CENTRO-NORTE</b>	1.758	1.503	85,50%	829.076	2,12	1,81
Irecê	854	794	92,97%	424.670	2,01	1,87
Jacobina	904	709	78,44%	404.406	2,24	1,75
<b>EXTREMO SUL</b>	1.505	1.202	79,87%	840.325	1,79	1,43
Porto Seguro	620	465	74,95%	382.250	1,62	1,22
Teixeira de Freitas	885	738	83,31%	458.075	1,93	1,61
<b>LESTE</b>	12.075	8.483	70,25%	4.801.201	2,51	1,77
Camaçari	623	472	75,68%	607.729	1,03	0,78
Cruz das Almas	423	408	96,51%	271.237	1,56	1,51
Salvador	9.976	6.658	66,74%	3.445.693	2,90	1,93
Santo Antônio de Jesus	1.053	945	89,74%	476.542	2,21	1,98
<b>NORDESTE</b>	1.228	1.030	83,87%	881.934	1,39	1,17
Alagoinhas	780	621	79,60%	553.470	1,41	1,12
Ribeira do Pombal	448	409	91,29%	328.464	1,36	1,25
<b>NORTE</b>	1.663	1.465	88,08%	1.105.695	1,50	1,32
Juazeiro	934	836	89,56%	540.656	1,73	1,55
Paulo Afonso	291	260	89,27%	257.969	1,13	1,01
Senhor do Bonfim	438	369	84,13%	307.070	1,43	1,20
<b>OESTE</b>	1.605	1.453	90,53%	967.197	1,66	1,50
Barreiras	829	752	90,71%	454.966	1,82	1,65
Ibotirama	272	244	89,69%	200.447	1,35	1,21
Santa Maria da Vitória	505	458	90,69%	311.784	1,62	1,47
<b>SUDOESTE</b>	3.754	3.121	83,14%	1.815.979	2,07	1,72
Brumado	693	602	86,84%	421.748	1,64	1,43
Guanambi	883	795	89,98%	468.394	1,89	1,70
Itapetinga	464	419	90,30%	256.134	1,81	1,64
Vitória da Conquista	1.714	1.306	76,19%	669.703	2,56	1,95
<b>SUL</b>	3.886	3.304	85,04%	1.689.265	2,30	1,96
Ilhéus	727	546	75,09%	325.294	2,23	1,68
Itabuna	1.442	1.266	87,83%	534.585	2,70	2,37
Jequié	1.351	1.141	84,51%	511.221	2,64	2,23
Valença	367	351	95,77%	318.165	1,15	1,10
	<b>31.765</b>	<b>25.123</b>	<b>79,09%</b>	<b>15.203.934</b>	<b>2,09</b>	<b>1,65</b>



Macrorregião / Região	VARIÇÃO		
	$\Delta L_{total} / hab^*$	$\Delta L_{SUS} / hab^\dagger$	$\Delta \%SUS^\ddagger$
<b>CENTRO-LESTE</b>	-0,31	-0,39	-5,93
Feira de Santana	-0,27	-0,37	-7,12
Itaberaba	-0,54	-0,50	0,44
Seabra	-0,27	-0,34	-4,61
Serrinha	-0,32	-0,40	-5,84
<b>CENTRO-NORTE</b>	-0,33	-0,49	-8,70
Irecê	-0,18	-0,22	-2,35
Jacobina	-0,48	-0,78	-14,79
<b>EXTREMO SUL</b>	-0,14	-0,16	-2,43
Porto Seguro	-0,06	-0,14	-5,24
Teixeira de Freitas	-0,22	-0,19	-0,48
<b>LESTE</b>	-0,14	-0,22	-4,52
Camaçari	-0,38	-0,31	-1,50
Cruz das Almas	-0,51	-0,24	12,01
Salvador	-0,06	-0,20	-5,46
Santo Antônio de Jesus	0,10	-0,01	-4,50
<b>NORDESTE</b>	-0,06	-0,13	-5,39
Alagoinhas	-0,10	-0,15	-4,80
Ribeira do Pombal	0,00	-0,09	-6,40
<b>NORTE</b>	-0,31	-0,36	-4,85
Juazeiro	-0,21	-0,25	-3,25
Paulo Afonso	0,03	-0,02	-4,49
Senhor do Bonfim	-0,81	-0,88	-8,64
<b>OESTE</b>	-0,31	-0,24	2,25
Barreiras	-0,38	-0,15	8,66
Ibotirama	-0,16	-0,23	-5,34
Santa Maria da Vitória	-0,37	-0,39	-2,51
<b>SUDOESTE</b>	-0,04	-0,15	-5,49
Brumado	-0,11	-0,18	-4,80
Guanambi	-0,41	-0,52	-6,60
Itapetinga	-0,44	-0,39	0,47
Vitória da Conquista	0,40	0,19	-5,35
<b>SUL</b>	-0,45	-0,47	-3,03
Ilhéus	-0,30	-0,60	-14,53
Itabuna	-0,74	-0,57	2,44
Jequié	-0,05	-0,09	-1,72
Valença	-0,73	-0,77	-3,80
	<b>-0,22</b>	<b>-0,29</b>	<b>-4,87</b>

\* Variação dos leitos totais no período de 2006 a 2015. Legenda de cores: verde (valores positivos), amarelo (entre 0 e -0,5) e vermelho (valores menores que -0,5).

† Variação dos leitos SUS no período de 2006 a 2015. Legenda de cores: verde (valores positivos), amarelo (entre 0 e -0,5) e vermelho (valores menores que -0,5).

‡ Variação da participação dos leitos SUS no total de leitos no período de 2006 a 2015. Legenda de cores: verde (valores positivos), amarelo (entre 0 e -10%) e vermelho (valores menores que -10%).

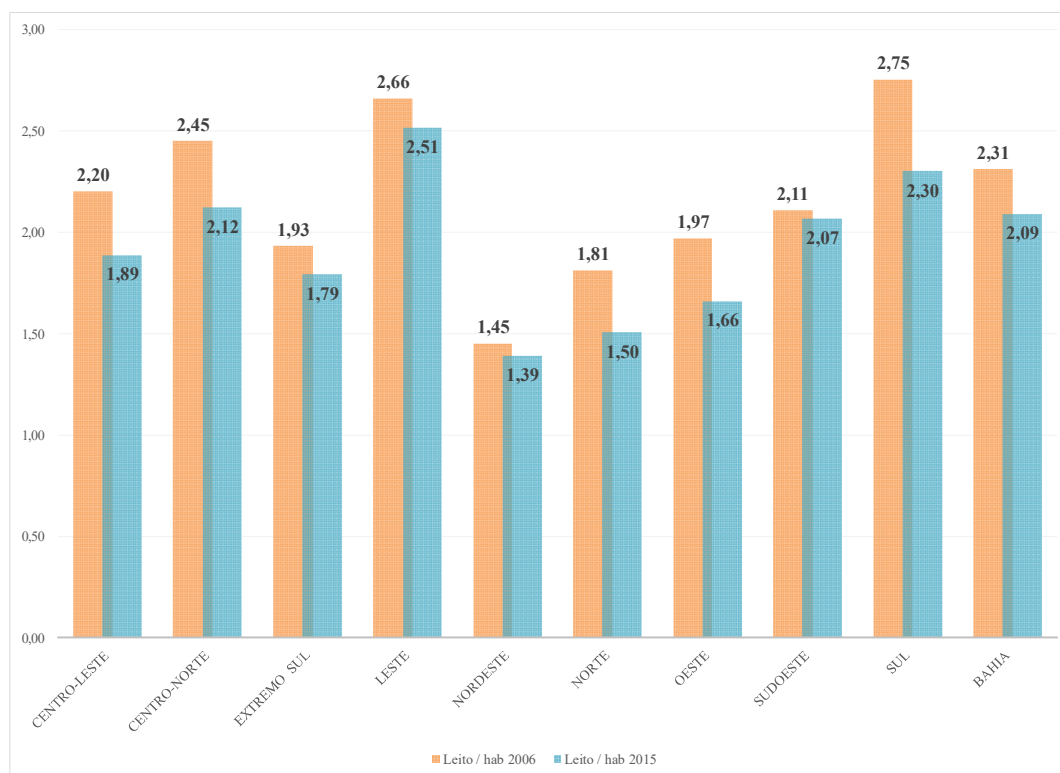
Em 2015, essa participação apresentou redução em 23 das 28 regiões de saúde. As regiões com aumento na participação, em ordem decrescente, foram: Cruz das Almas (%SUS 96,51;  $\Delta = 2,01$ ), Barreiras (%SUS 90,71;  $\Delta = 8,66$ ), Itabuna (%SUS 87,83;  $\Delta = 2,44$ ), Itapetinga (%SUS 90,30;  $\Delta = 0,47$ ) e Itaberaba (%SUS 93,62;  $\Delta = 0,44$ ). Reduções maiores que 10% foram percebidas nas regiões Jacobina (%SUS 78,44;  $\Delta = -14,79$ ) e Ilhéus (%SUS 75,09;  $\Delta = -14,53$ ). A proporção dos leitos SUS em 2015 variou entre 66,74% em Salvador e 96,51% em Cruz das Almas. Somaram-se às regiões Salvador e Camaçari outras seis com participação do SUS em menos de 80% do conjunto de leitos existentes (Feira de Santana, Jacobina, Porto Seguro, Alagoinhas, Vitória da Conquista e Ilhéus). Entre as macrorregiões, apenas a Oeste teve aumento nesse indicador (%SUS 90,53;  $\Delta = 2,25$ ). A variação macrorregional nesse nível de agregação oscilou entre 70,25% (Leste) e 90,53% (Oeste). No conjunto do Estado, o percentual de leitos SUS em 2015 foi de 79,09%, uma redução de 4,87 pontos em relação a 2006.

A Bahia dispunha em 2006 de 2,31 leito/hab<sub>(x10<sup>3</sup>)</sub>. Separados apenas os leitos SUS, havia 1,94 leito para cada mil habitantes. A macrorregião Sul teve a melhor relação tanto para o total de leitos (2,75) como para os leitos SUS (2,43). A macrorregião Nordeste, por sua vez, teve os piores resultados: 1,45 para o total de leitos e 1,30 para a rede SUS. Entre as regiões de saúde, Itabuna foi a de melhor desempenho (3,44 leitos totais e 2,94 leitos SUS) e a única que em 2006 apresentou valor maior que 3,0 leito/hab<sub>(x10<sup>3</sup>)</sub>. No mesmo ano, Paulo Afonso foi a região de saúde que apresentou os piores indicadores, 1,10 (leitos totais) e 1,03 (leitos SUS).

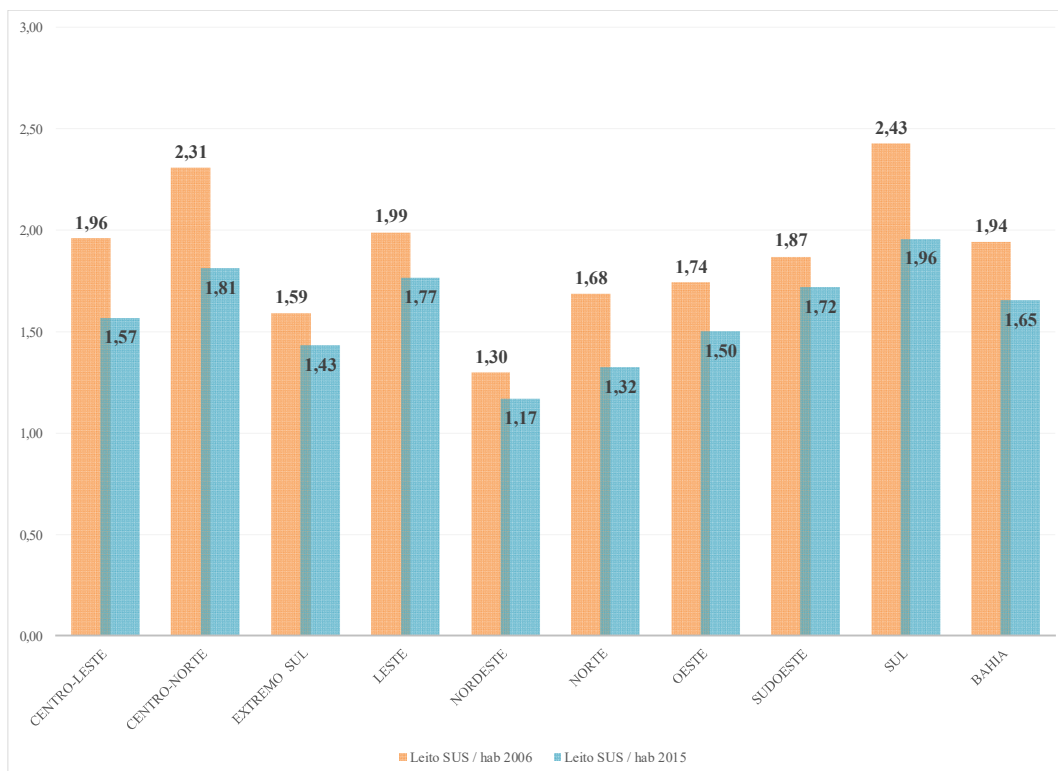
Em 2015, o Estado teve esses indicadores reduzidos, tanto para o total de leitos como para os leitos SUS: 2,09 leitos totais ( $\Delta = -0,22$ ) e 1,65 leitos SUS por 1.000 habitantes ( $\Delta = -0,29$ ). Em todas as macrorregiões se observou declínio na densidade de leitos *per capita*. A macrorregião Leste foi a que obteve maior taxa no total de leitos para o ano (2,51;  $\Delta = -0,14$ ), e o Sul continuou com a melhor relação se considerados apenas os leitos SUS (1,96;  $\Delta = -0,47$ ). Das 28 regiões de saúde, observa-se que 25 apresentaram redução na taxa leitos totais por 1.000 habitantes. Apenas Vitória da Conquista, Santo Antônio de Jesus e Paulo Afonso tiveram aumento na densidade *per capita* de leitos (0,40, 0,10, e 0,03, respectivamente). Cinco regiões apresentaram redução maior que 0,5: Senhor do Bonfim (-0,81), Itabuna (-0,74), Valença (-0,73), Itaberaba (-0,54) e Cruz das Almas (-0,51). Na rede SUS, somente Vitória da Conquista teve desempenho melhor nesse ano em comparação a 2006, com incremento de 0,19 na taxa de leitos SUS por

1.000 habitantes. Todas as demais experimentaram redução em suas taxas, sendo que seis cursaram com redução maior que 0,5: Senhor do Bonfim (-0,88), Jacobina (-0,78), Valença (-0,77), Ilhéus (-0,60), Itabuna (-0,57) e Guanambi (-0,52). A maior relação leito/população encontrada em 2015 no nível regional foi 2,90 para leitos totais (Salvador;  $\Delta=-0,06$ ) e 2,37 para leitos SUS (Itabuna;  $\Delta=-0,57$ ). As menores taxas foram vistas em Camaçari, com 1,03 leito/hab<sub>(x10<sup>3</sup>)</sub> ( $\Delta=-0,38$ ) para toda a rede e 0,78 leito/hab<sub>(x10<sup>3</sup>)</sub> ( $\Delta=-0,31$ ) para os leitos SUS. A variação entre 2006 e 2015 nos valores de leitos/hab<sub>(x10<sup>3</sup>)</sub> totais e SUS para as macrorregiões e para a Bahia estão representadas nos GRÁFICOS 5 e 6.

**GRÁFICO 5. Taxa de leitos hospitalares totais por habitante ( $\times 10^{-3}$ ) nas Macrorregiões de Saúde e na Bahia, em 2006 e 2015.**



**GRÁFICO 6. Taxa de leitos hospitalares SUS por habitante ( $\times 10^{-3}$ ) nas Macrorregiões de Saúde e na Bahia, em 2006 e 2015.**



Na TABELA 9 é mostrada a relação de leitos hospitalares totais e SUS por área (em  $\text{km}^2$ ) para cada região de saúde, nos anos 2006 e 2015. A Bahia dispunha de 0,06 leito total/ $\text{km}^2$  no intervalo estudado, com leve variação no recorte para a rede SUS (0,05 em 2006 contra 0,04 em 2015). Somente sete regiões possuíam em 2006 taxa maior ou igual a 0,10 leito/ $\text{km}^2$ , tanto para leitos totais como para leitos SUS: Feira de Santana, Camaçari, Cruz das Almas, Salvador, Santo Antônio de Jesus, Ilhéus e Itabuna. Em 2015, as mesmas sete mantiveram-se com taxas maiores que 0,10 no cálculo de leitos totais e, à exceção da região de Ilhéus, também em relação aos leitos SUS. Nos dois anos analisados, apenas a região de Salvador obteve taxas superiores a 1,0 leito/ $\text{km}^2$ . Seis regiões apresentam até 0,02 leito/ $\text{km}^2$ , nas macrorregiões Oeste, Norte e Leste.

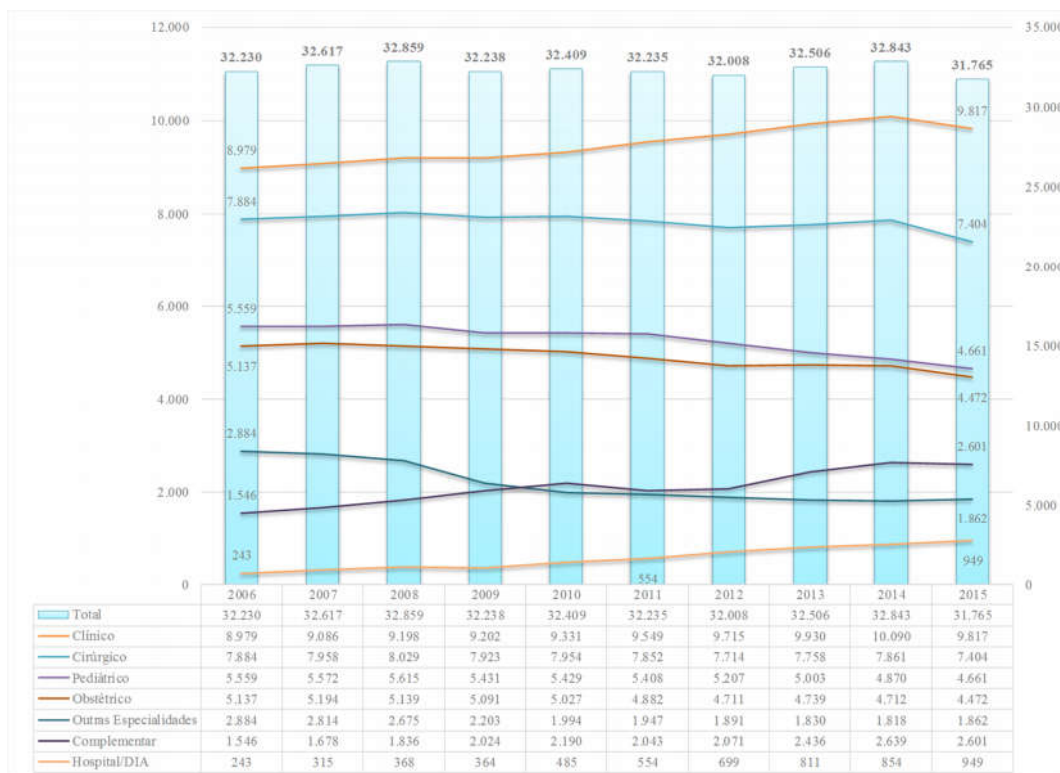
**TABELA 9. Densidade de leitos totais e SUS por área nas Regiões de Saúde da Bahia em 2006 e 2015.**

Região	Área (km <sup>2</sup> )	2006				2015			
		L <sub>total</sub>	LSUS	L <sub>total</sub> /km <sup>2</sup>	LSUS /km <sup>2</sup>	L <sub>total</sub>	LSUS	L <sub>total</sub> /km <sup>2</sup>	LSUS /km <sup>2</sup>
Feira de Santana	16.535,3	2.320	1.964	0,14	0,12	2.343	1.817	0,14	0,11
Itaberaba	18.717,3	601	560	0,03	0,03	501	469	0,03	0,03
Seabra	14.648,7	315	305	0,02	0,02	308	284	0,02	0,02
Serrinha	20.789,5	1.221	1.135	0,06	0,05	1.140	993	0,05	0,05
Irecê	25.213,6	839	800	0,03	0,03	854	794	0,03	0,03
Jacobina	21.958,0	982	915	0,04	0,04	904	709	0,04	0,03
Porto Seguro	12.109,4	610	489	0,05	0,04	620	465	0,05	0,04
Teixeira de Freitas	18.536,0	861	721	0,05	0,04	885	738	0,05	0,04
Camaçari	3.058,4	632	488	0,21	0,16	623	472	0,20	0,15
Cruz das Almas	1.782,1	518	438	0,29	0,25	423	408	0,24	0,23
Salvador	2.916,4	9.345	6.747	3,20	2,31	9.976	6.658	3,42	2,28
S <sup>o</sup> Antônio de Jesus	8.443,0	894	842	0,11	0,10	1.053	945	0,12	0,11
Alagoinhas	12.086,9	755	637	0,06	0,05	780	621	0,06	0,05
Ribeira do Pombal	8.060,9	435	425	0,05	0,05	448	409	0,06	0,05
Juazeiro	61.610,0	959	890	0,02	0,01	934	836	0,02	0,01
Paulo Afonso	18.778,4	256	240	0,01	0,01	291	260	0,02	0,01
Senhor do Bonfim	15.390,8	568	527	0,04	0,03	438	369	0,03	0,02
Barreiras	75.452,4	765	628	0,01	0,01	829	752	0,01	0,01
Ibotirama	32.476,6	282	268	0,01	0,01	272	244	0,01	0,01
S <sup>ta</sup> Maria da Vitória	51.247,1	581	542	0,01	0,01	505	458	0,01	0,01
Brumado	23.841,2	742	680	0,03	0,03	693	602	0,03	0,03
Guanambi	27.484,2	980	946	0,04	0,03	883	795	0,03	0,03
Itapetinga	11.508,9	575	517	0,05	0,04	464	419	0,04	0,04
Vitória da Conquista	22.282,0	1.510	1.231	0,07	0,06	1.714	1.306	0,08	0,06
Ilhéus	7.281,4	920	824	0,13	0,11	727	546	0,10	0,07
Itabuna	8.603,3	1.789	1.528	0,21	0,18	1.442	1.266	0,17	0,15
Jequié	18.035,1	1.452	1.252	0,08	0,07	1.351	1.141	0,07	0,06
Valença	5.886,2	527	525	0,09	0,09	367	351	0,06	0,06
	<b>564.733,1</b>	<b>32.230</b>	<b>27.061</b>	<b>0,06</b>	<b>0,05</b>	<b>31.765</b>	<b>25.123</b>	<b>0,06</b>	<b>0,04</b>

### VI.3 - Tipos e especialidades de leitos

O GRÁFICO 7 e a TABELA 10 elencam a evolução anual dos leitos totais agrupado por categorias (tipos) para a Bahia no período de 2006 a 2015, segundo classificação do CNES.

**GRÁFICO 7. Evolução temporal da oferta de leitos totais na Bahia por categoria de leito, entre 2006 e 2015.**



**TABELA 10. Variação dos leitos totais por categoria para a Bahia entre os anos 2006 e 2015.**

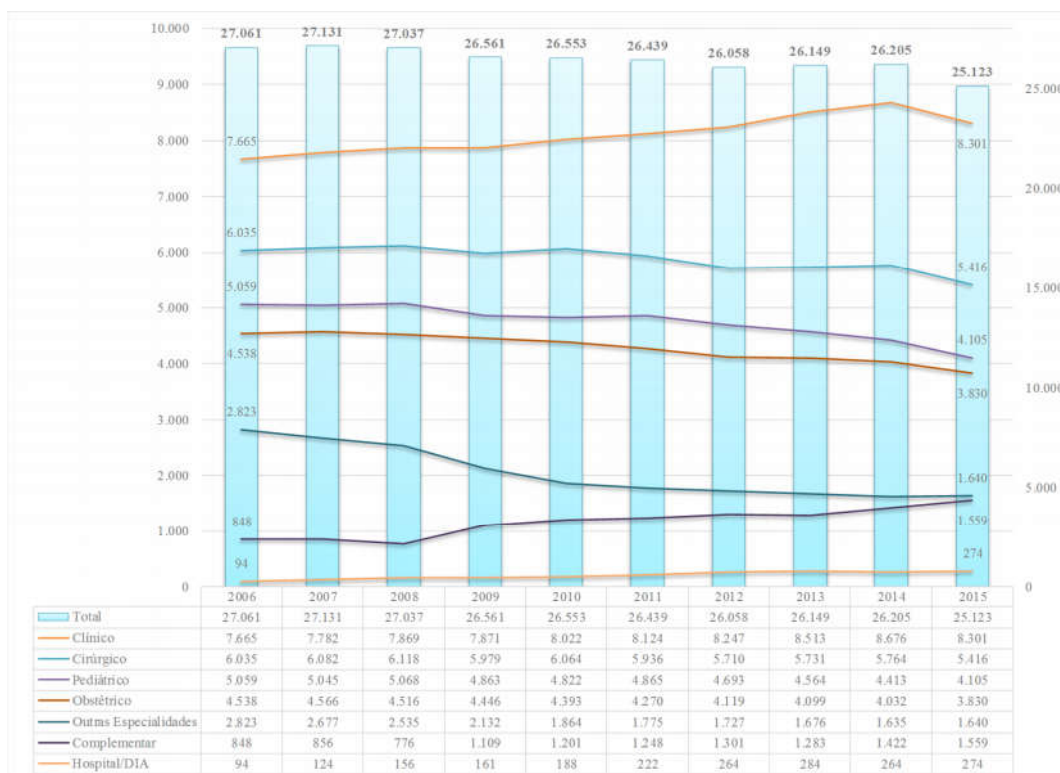
	2006	2015	Δ	Δ%
Complementar	1.546	2.601	1.055	68,26%
Clínico	8.979	9.817	838	9,34%
Hospital/DIA	243	949	706	290,94%
Cirúrgico	7.884	7.404	-480	-6,09%
Obstétrico	5.137	4.472	-665	-12,94%
Pediátrico	5.559	4.661	-898	-16,15%
Outras Especialidades	2.884	1.862	-1.023	-35,46%
<b>Total</b>	<b>32.230</b>	<b>31.765</b>	<b>-466</b>	<b>-1,44%</b>

As categorias complementar, clínico e hospital/dia apresentaram ganhos de 1.055, 838 e 706 leitos no período, respectivamente. As demais tiveram redução no número

ofertado, sendo a maior perda no agrupamento chamado de “outras especialidades” (1.023). Em números proporcionais, o maior ganho ocorreu na categoria hospital/dia (290,94%), e a maior redução igualmente se deu em “outras especialidades” (-35,46%). Tomadas as categorias em ordem decrescente, o grupo complementar ocupava a 6ª posição em 2006. A partir de 2010, passou à 5ª posição, à frente da categoria “outras especialidades”. A observação das categorias por macrorregião (APÊNDICE I) mostra aumento no número de leitos complementares em todas as macrorregiões, à exceção da Centro-Norte. Os maiores ganhos ocorreram na macrorregião Leste (599), Centro-Leste (112), Sul (103) e Sudoeste (100). O incremento observado no grupo hospital/dia também teve contribuições de todas as macrorregiões exceto da Centro-Norte. Entretanto, a participação da macrorregião Leste (549) foi bastante acima das demais, respondendo por 77,7% da variação. Já na categoria “clínico” houve bastante heterogeneidade, variando entre a maior perda na macrorregião Sul (188) e o maior ganho na macrorregião Leste (943). O grupo “outras especialidades” teve seu maior ganho na macrorregião Oeste (85) e perdas expressivas na Leste (766), Centro-Leste (286) e Sul (80). Os leitos pediátricos foram reduzidos em todas as macrorregiões à exceção da Centro-Leste, com as maiores perdas na macrorregião Sul (243), Sudoeste (241), Oeste (162) e Norte (161). Leitos obstétricos igualmente foram reduzidos em todas as macrorregiões, exceto na Centro-Norte, e as macrorregiões que mais contribuíram para essa redução foram a Centro-Leste (160), Leste (156), Sul (147) e Sudoeste (129). O grupo cirúrgico teve ganho em sete macrorregiões, sendo a mais importante a Sudoeste (168). Todavia, grandes perdas ocorreram na macrorregião Leste (453) e Sul (266).

A evolução das categorias para os leitos SUS no período é mostrada no GRÁFICO 8 e na TABELA 11 para o Estado. No APÊNDICE II, pode-se observar o detalhamento destas informações por macrorregião.

**GRÁFICO 8. Evolução temporal da oferta de leitos SUS na Bahia por categoria de leito, entre 2006 e 2015.**



**TABELA 11. Variação dos leitos SUS por categoria para a Bahia entre os anos 2006 e 2015.**

	2006	2015	Δ	Δ%
Complementar	848	1.559	710	83,73%
Clínico	7.665	8.301	636	8,29%
Hospital/DIA	94	274	180	191,49%
Cirúrgico	6.035	5.416	-619	-10,26%
Obstétrico	4.538	3.830	-708	-15,61%
Pediátrico	5.059	4.105	-954	-18,85%
Outras Especialidades	2.823	1.640	-1.183	-41,91%
	27.061	25.123	-1.938	-7,16%

Os leitos disponíveis ao SUS também tiveram variação positiva apenas nas categorias complementar (710), clínico (636) e hospital/dia (180) e, entre as perdas, a de maior magnitude ocorreu no grupo “outras especialidades” (1.183). As categorias que mostraram maior variação percentual em relação a 2006 foram hospital/dia (191,49%) e “outras especialidades” (-41,91%). Exceto à macrorregião Centro-Norte, todas as demais contribuíram para o ganho observado no número de leitos complementares, sendo o ganho mais expressivo na macrorregião Leste (463). Na categoria hospital/dia, contribuições importantes para a variação positiva observada ocorreram na macrorregião Leste (105) e



Centro-Leste (38). Os leitos clínicos tiveram grande acréscimo na macrorregião Leste (825), e perdas importantes na Sul (162) e Centro-Norte (94). Perdas expressivas dos leitos agrupados em “outras especialidades” ocorreram nas macrorregiões Leste (947) e Centro-Norte (285). Os leitos pediátricos foram reduzidos em oito macrorregiões, com maiores variações na Sudoeste (243), Sul (235), Norte (168) e Oeste (152). As macrorregiões que mais contribuíram para a redução percebida nos leitos obstétricos foram a Centro-Norte (190), Leste (159), Sul (155) e Sudoeste (145). Por fim, os leitos cirúrgicos mostraram importante redução nas macrorregiões Sul (276) e Leste (271).

Através dos dados obtidos do CNES é possível se estudar a variação nos quantitativos de leitos para além das categorias (tipos), refinando-se a análise segundo as especialidades cadastradas na plataforma, para cada macrorregião ou região de saúde. Nos APÊNDICES III e IV são mostradas tabelas com informações sobre os quantitativos de leitos hospitalares totais e SUS, por categoria e especialidade, nos anos de 2006 e 2015 em cada macrorregião de saúde. Embora a análise de todo o conteúdo dessas tabelas exceda o escopo do presente trabalho, alguns de seus aspectos podem ser aqui ressaltados.

As reduções observadas no grupo “outras especialidades”, tanto no total de leitos como nos leitos SUS, tiveram seus maiores componentes nos leitos de pacientes crônicos e de psiquiatria. No primeiro grupo, a macrorregião Leste apresentou queda de 221 leitos totais no período, envolvendo 210 leitos SUS. Os leitos psiquiátricos apresentaram as maiores perdas nas macrorregiões Leste (518 totais e 682 SUS), Centro-Leste (306 leitos totais e SUS) e Sul (93 leitos totais e 76 SUS).

Em todas as macrorregiões houve fechamento de leitos SUS pediátricos clínicos e abertura, em menor número, de leitos pediátricos cirúrgicos. Os fechamentos foram mais significativos nas macrorregiões Leste, Norte, Oeste, Sudoeste e Sul. O mesmo padrão se percebe quanto aos leitos pediátricos totais da rede, exceto que na macrorregião Centro-Leste houve balanço positivo em ambas as especialidades de leitos.

Os leitos obstétricos do tipo cirúrgico apresentaram redução em todas as macrorregiões, sendo maiores as perdas na macrorregião Leste (181 totais e 200 SUS), Sul (116 totais e 112 SUS) e Centro-Leste (87 totais e 97 SUS).

#### *VI.4 - Leitos por tipo e porte de estabelecimento*

Na TABELA 12 são mostrados os tipos de estabelecimentos de saúde segundo o CNES que possuíam leitos hospitalares associados no período estudado. Cabe destacar que muitos leitos hospitalares na plataforma estão alocados em estabelecimentos classificados em outra categoria que não as hospitalares, a exemplo de centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos estaduais, centros de parto normal isolados, centros de atenção psicossocial e até mesmo um consultório isolado. Não foi possível, a partir da metodologia proposta para o estudo, filtrar eventuais incoerências nos dados coletados no CNES, uma vez que diversos estabelecimentos nominados como “hospital” em suas razões sociais encontram-se nessas categorias. A descrição de cada tipo de estabelecimento segundo o CNES pode ser consultada no ANEXO I.

Parte expressiva dos leitos totais (79,46%) e dos leitos SUS (81,26%) em 2015 estavam alocados entre os 473 hospitais gerais com leitos cadastrados na Bahia. Em segundo lugar estiveram os leitos em hospitais especializados, com 14,40% de participação nos leitos totais e 14,28% nos leitos SUS. Unidades mistas e hospitais/dia foram os demais tipos de estabelecimentos com participação importante na distribuição dos leitos hospitalares.

O número de leitos em hospitais gerais aumentou entre 2006 e 2015 em 2,68% para os leitos totais e 0,10% para os leitos SUS. Já os leitos em hospitais especializados foram reduzidos em 17,26% e 26,62% para os leitos totais e SUS, respectivamente. Leitos em unidades mistas igualmente apresentaram redução, de 57,35% na contagem dos leitos totais e 59,36% nos leitos SUS. Os leitos em hospitais/dia, por sua vez, tiveram aumentos de 200,90% (leitos totais) e 106,10% (leitos SUS).

Já na TABELA 13 os diversos estabelecimentos com leitos hospitalares foram agrupados, para o ano de 2015, segundo o porte do estabelecimento, baseado no número de leitos: estabelecimentos de pequeno porte (até 50 leitos); estabelecimentos de médio porte (entre 50 e 150 leitos); estabelecimentos de grande porte (entre 150 e 500 leitos); e estabelecimentos de capacidade extra (acima de 500 leitos).

**TABELA 12. Alocação dos leitos hospitalares totais e SUS nos Bahia segundo o tipo de estabelecimento de saúde nos anos 2006 e 2015.**

	2006			2015		
	Leitos Totais	Leitos SUS	Nº de Estab.	Leitos Totais	Leitos SUS	Nº de Estab.
CENTRAL DE NOTIFICAÇÃO, CAPTAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE ÓRGÃOS ESTADUAL				98	39	5
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL				36	36	6
CENTRO DE PARTO NORMAL - ISOLADO	40	40	9	90	90	3
CLÍNICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	6	0	1	125	89	10
CONSULTÓRIO ISOLADO	50	50	1			
HOSPITAL ESPECIALIZADO	5.530	4.890	93	4.576	3.588	77
HOSPITAL GERAL	24.583	20.395	466	25.241	20.416	473
HOSPITAL/DIA - ISOLADO	251	82	34	755	169	89
POLICLÍNICA	1	0	1			
POSTO DE SAÚDE	1	1	1			
PRONTO ATENDIMENTO				33	11	4
PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	4	0	1	66	31	6
PRONTO SOCORRO GERAL	24	0	2	4	3	2
UNIDADE MISTA	1.741	1.604	136	743	652	46
	<b>32.230</b>	<b>27.061</b>	<b>745</b>	<b>31.765</b>	<b>25.123</b>	<b>721</b>

**TABELA 13. Número de estabelecimentos segundo o porte\* de acordo com o CNES em 2015.**

	≤ 50	> 50 e ≤ 150	> 150 e ≤ 500	> 500	TOTAL
CENTRAL DE NOTIFICAÇÃO, CAPTAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE ÓRGÃOS ESTADUAL	4	1			5
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	6				6
CENTRO DE PARTO NORMAL - ISOLADO	2	1			3
CLÍNICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	9	1			10
HOSPITAL ESPECIALIZADO	47	18	12		77
HOSPITAL GERAL	325	122	23	3	473
HOSPITAL/DIA - ISOLADO	88	1			89
PRONTO ATENDIMENTO	4				4
PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	6				6
PRONTO SOCORRO GERAL	2				2
UNIDADE MISTA	46				46
	<b>539</b>	<b>144</b>	<b>35</b>	<b>3</b>	<b>721</b>

\* Por serem os valores de leitos calculados segundo a média para o ano, por trimestre, pode haver número decimal de leitos em um estabelecimento. Logo, as categorias “médio porte”, “grande porte” e “capacidade extra” se iniciam em > 50, >150, e >500, respectivamente, e não em 51, 151 e 500.

Os estabelecimentos de pequeno porte correspondem a 74,8% (n=539) do total de unidades que possuem leitos hospitalares no Estado, sendo que 460 (63,8% do total geral de unidades) estão classificados em uma das três categorias de hospitais no CNES. Os estabelecimentos de médio porte compreendem 20,0% dos estabelecimentos (n=144), com três destes não pertencendo a uma categoria hospitalar. Já os estabelecimentos de grande porte representam 4,9% das unidades (n=35), distribuídos entre hospitais especializados e hospitais gerais. Três hospitais gerais (0,4%), todos localizados na capital Salvador, possuem capacidade extra: Hospital Geral Roberto Santos (690 leitos), Hospital Santa Isabel (507 leitos) e Hospital Santo Antônio (1005 leitos).

## VII. DISCUSSÃO

No ano de 2015, a Bahia era dividida no âmbito do SUS em 28 regiões de saúde, as quais, até 2012, eram agrupadas oficialmente em nove macrorregiões de saúde. A comparação da extensão territorial e da população residente em 2015 nesses agregados de municípios mostra, contudo, grandes variações macrorregionais, com reflexos importantes nas densidades populacionais. Macrorregiões que ocupam grandes parcelas da área do Estado – como a Oeste (28,2%), Norte (17,0%) e a Sudoeste (15,1%) – apresentaram densidades populacionais relativamente baixas (6,1, 11,5 e 21,3 hab/km<sup>2</sup>, respectivamente) quando comparadas às macrorregiões de maior densidade, como a Leste (296,4), Nordeste (43,8) e Sul (42,4), ou mesmo à média do Estado (26,9). A macrorregião Leste, que inclui a capital do Estado, além de possuir a maior densidade populacional, concentrava ainda naquele ano 31,6% da população, 38,01% dos leitos do Estado e 33,76% daqueles destinados ao SUS, embora ocupasse apenas 2,9% do território da Bahia.

O Estado registrou a desativação de 466 leitos hospitalares totais em 2015 (n=31.765) quando comparado ao ano de 2006 (n=32.230), representando queda de 1,44%. Todavia, em sete dos nove anos posteriores a 2006 se observa valores maiores que o do início da série analisada, inclusive no ano de 2014. Ademais, a observação por trimestre (GRÁFICO 2) mostra variações do indicador que não representam visualmente uma tendência em particular ao longo da década. Embora tenha havido redução do número total de leitos para o Estado, entre as macrorregiões houveram três que, em 2015, mostraram ganhos frente ao período inicial: Leste (6,03%), Nordeste (3,19%) e Extremo Sul (2,36%). A macrorregião Sul teve perdas especialmente significativas, com redução de 803 leitos no período (-17,12%).

Já em relação aos leitos SUS, o ano de 2015 (n=25.123) registrou o fechamento de 1.938 leitos frente a 2006 (n=27.061), um decréscimo de 7,16%. Aqui, contudo, nota-se redução em relação ao ano anterior na maioria dos anos seguintes a 2006, em particular no biênio 2014-2015. A macrorregião Oeste foi a única em que se observou discreta elevação na oferta de leitos SUS (n=16; 1,13%), e a macrorregião Sul apresentou a maior queda, tanto em valores absolutos (825 leitos), como em variação proporcional ao início da série (-19,97%). A participação da rede SUS no total de leitos existentes mostrou redução de 83,96% para 79,09% entre 2006 a 2015, embora cinco das 28 regiões de saúde

tenham cursado com variação positiva do indicador no período. Entre as macrorregiões, a cobertura do SUS no ano de 2015 variou entre 70,25% (Leste) e 90,53% (Oeste).

No intervalo entre 2006 e 2015 a população do Estado aumentou 9,0%, sendo as maiores taxas observadas nas macrorregiões Oeste (17,1%) e Norte (12,5%), e os maiores ganhos absolutos nas macrorregiões Leste e Centro-Leste. Na macrorregião Sul ocorreu discreta retração da população (-0,8%) ao longo do período. O aumento populacional, aliado à desativação de leitos percebida, resultou na queda da relação leitos por 1.000 habitantes, tanto para o total de leitos como para a rede SUS. A Bahia em 2006 registrou 2,31 leitos/hab<sub>(x10<sup>3</sup>)</sub>, contra 2,09 em 2015, no cálculo do total de leitos. Na rede SUS, o indicador foi reduzido de 1,94 em 2006 para 1,65 em 2015. Regionalmente, todas as macrorregiões acompanharam o decréscimo. A macrorregião Nordeste teve em ambos os anos os menores valores (redução de 1,45 para 1,39 nos leitos totais, e de 1,30 para 1,17 nos leitos SUS). A macrorregião Sul era a que possuía os maiores valores no ano de 2006: 2,75 (leitos totais) e 2,43 (leitos SUS). Mesmo tendo liderado as perdas absolutas de leitos (totais e SUS) e apresentado as maiores taxas de redução, essa macrorregião ainda possuía em 2015 valores superiores à média do estado, com 2,30 leito total/hab<sub>(x10<sup>3</sup>)</sub> e 1,96 leito SUS/hab<sub>(x10<sup>3</sup>)</sub>, e liderava a classificação entre as macrorregiões no âmbito do SUS, além de apresentar o segundo melhor desempenho no conjunto total de leitos, atrás apenas da macrorregião Leste (esta com 2,51 leitos totais por 1.000 habitantes em 2015).

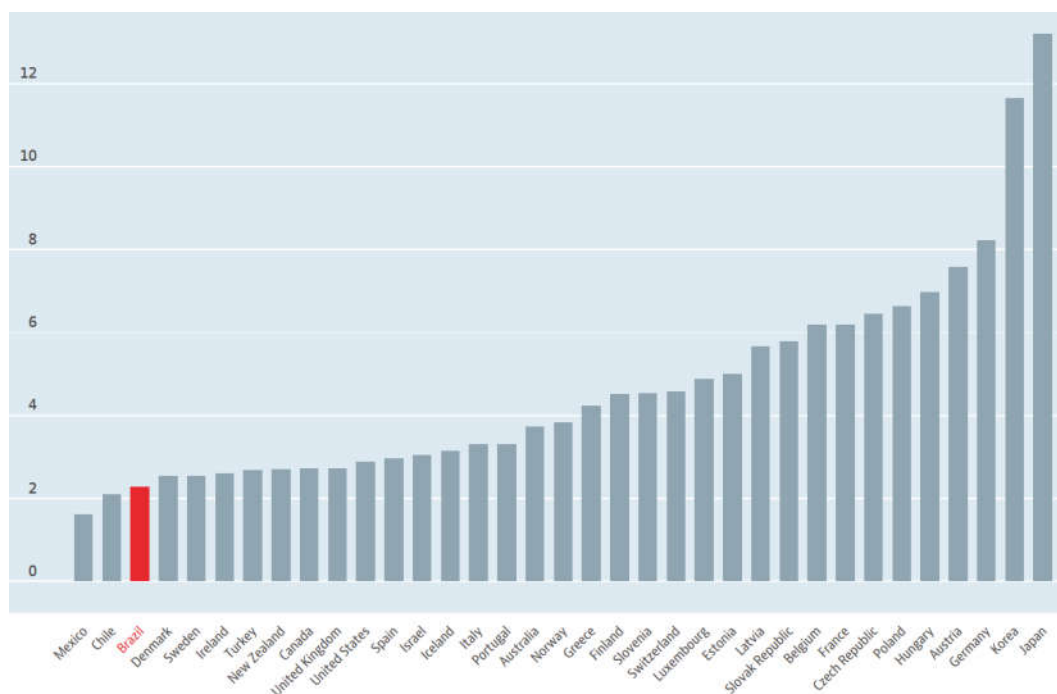
Evidencia-se no presente estudo uma tendência de diminuição na oferta de leitos hospitalares na Bahia destinados a atender uma população que se encontra em crescimento e que, sabidamente, tem tido sua expectativa de vida ampliada, com repercussões importantes em seus padrões de vida e adoecimento, que pressiona os sistemas de saúde público e privado por novas soluções e maiores aportes financeiros. Tal tendência parece também estar presente na história recente do Brasil e de outros países. La Forgia e Couttolenc (2008) observaram um aumento no número de hospitais no Brasil nas últimas décadas do século passado, principalmente à custa do setor público, com importante parcela dos novos leitos sendo alocados em pequenos estabelecimentos municipais. Anotam os autores que a densidade de leitos em 2002 no país era de 2,70 leitos totais/hab<sub>(x10<sup>3</sup>)</sub> e que, embora fosse esse indicador maior que o encontrado nos demais países da América Latina, no início dos anos 1980 o Brasil dispunha de cerca de quatro leitos para cada 1.000 habitantes. O trabalho destaca que essa queda é consistente com tendências internacionais, e se explica no Brasil em parte devido ao aumento no

número de leitos públicos não ter superado a redução então observada no setor privado, em um ambiente de crescimento populacional.

Segundo Filho e colaboradores (2012), o número total de leitos do Brasil passou de 448.888 em 1976 para 544.357 em 1992, declinando para 471.171 em 2002. Contudo, os autores atribuem tanto o crescimento registrado no primeiro momento, como o declínio posterior, principalmente à dinâmica do setor privado. Posteriormente, em 2009, foram contabilizados 431.996 leitos, uma redução de mais 8,5% em relação a 2002. Do total de leitos observados, 152.892 (35,4%) eram públicos e 279.104 (64,6%) privados. Em todas as grandes regiões do país ocorreu diminuição no número total de leitos entre 2002 e 2009, paralelamente a um aumento no número de leitos públicos, à exceção da Região Sul, que teve redução também nesse grupo. Mendes e colaboradores (2012), ao analisarem a rede de assistência hospitalar nacional através de dados registrados no Sistema de Informações Hospitalares do SUS e no CNES, entre os anos de 1999 e 2009, observaram redução de 26,6% no número total de leitos.

Dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD) mostram que o número de leitos *per capita* vem caindo na maioria de seus países afiliados ao longo da última década, de uma média de 5,5 leitos/hab<sub>(x10<sup>3</sup>)</sub> no ano 2000 para 4,8 em 2013. A Organização atribui essa redução a avanços na área médica, que vem diminuindo períodos de internação em procedimentos cirúrgicos, reduzindo a necessidade de longas internações. Em muitos países europeus, a crise financeira iniciada em 2008 também motivou a redução da capacidade hospitalar como parte das políticas de redução dos gastos públicos em saúde. Nesse grupo de países, somente Coréia do Sul e Turquia mostraram aumento no número de leitos a partir da virada do milênio (OECD, 2015). Em comparação aos 35 países que compõem a OECD, da qual o Brasil é parceiro, embora não seja membro, o país encontra-se à frente apenas de México e Chile, com 2,29 leitos/hab<sub>(x10<sup>3</sup>)</sub> (GRÁFICO 9). As informações mais recentes disponíveis na instituição destacam valores que variam de 1,62 leitos/hab<sub>(x10<sup>3</sup>)</sub> para o México em 2014 a 13,20 leitos/hab<sub>(x10<sup>3</sup>)</sub> para o Japão em 2014 (OECD 2016).

**GRÁFICO 9. Leitos hospitalares por 1.000 habitantes nos países-membros da OECD mais Brasil, em 2015 ou no período mais recente disponível.\***



O Banco Mundial, compilando informações da OMS e de outras fontes, aponta redução na média mundial da relação de leitos por habitantes nos últimos cinquenta anos (THE WORLD BANK, 2016). Enquanto em 1970 existiam no mundo 3,1 leitos/hab<sub>(x10<sup>3</sup>)</sub>, em 2005 a média era de 2,9 leitos/hab<sub>(x10<sup>3</sup>)</sub>. Nessa série, o Brasil teve seus leitos *per capita* reduzidos de 3,7 leitos/hab<sub>(x10<sup>3</sup>)</sub> para 2,4. Um estudo do parque hospitalar brasileiro feito por Gonçalves (1977) mostra valor semelhante para o início do período: em 1971 registrou-se no Brasil 3,8 leitos/hab<sub>(x10<sup>3</sup>)</sub>. O estudo aponta, contudo, que entre os anos 1960 e 1970 houve crescimento da malha hospitalar, possuindo o país 3,3 leitos/hab<sub>(x10<sup>3</sup>)</sub> em 1962.

A evolução acelerada do conhecimento médico, tão marcante em nossa era, aliada a avanços na gestão de processos em saúde, vem promovendo a substituição de determinados procedimentos hospitalares por atendimentos ambulatoriais, excluindo muitas vezes a necessidade de internação do paciente ou diminuindo o tempo de permanência do mesmo no hospital. Esse movimento, que tende a diminuir a demanda

\* Fonte: OECD. Disponível em: <<https://data.oecd.org/healthqt/hospital-beds.htm>>. Acesso em: 24/08/2016. Dados para o Brasil referem-se ao ano de 2012.



por serviços hospitalares, deve ser avaliado com o contrapeso da mudança demográfica e nosológica por que passam as populações nesse novo milênio, a exigir dos sistemas de saúde respostas que perpassam todos os níveis de atenção. Nesse contexto, ainda que se espere no Brasil que a centralidade da Estratégia da Saúde da Família, enquanto modelo de atenção ordenador das RAS, deva contribuir para o aumento da resolubilidade das ações em saúde na atenção primária (com conseqüente redução da participação da atenção hospitalar nas redes, sobretudo em agravos crônicos manejáveis naquele nível), há que se reconhecer que não partimos de um cenário de pleno atendimento às necessidades de saúde da população quando passamos a propor no país a alteração do modelo de atenção à saúde, tanto no sistema público como no sistema privado de saúde. O Brasil é um país de economia periférica com industrialização tardia, que até meados do século XX ainda possuía a maior parte de sua população habitando a zona rural. Além disso, a configuração dos sistemas público e privado de saúde passou por drásticas mudanças nas últimas décadas, e o projeto da Reforma Sanitária, ainda em implantação, foi e é objeto de disputa pelos atores sociais. Disso resulta um sistema de saúde relativamente jovem, e em grande medida ainda em construção. Portanto, a redução *per capita* de leitos em curso na Bahia e no Brasil, embora também seja notada em outras partes do mundo, deve ser abordada enquanto fenômeno único, não necessariamente possuindo os mesmos determinantes que os observados nas demais nações.

A heterogeneidade constatada neste trabalho na densidade de leitos *per capita* entre os agregados territoriais da Bahia é semelhante a achados de outros estudos nacionais. Filho e Barbosa (2014), em levantamento junto ao CNES, registraram que em outubro de 2011 o Brasil dispunha de 504.338 leitos, com 2,62 leitos/hab<sub>(x10<sup>3</sup>)</sub>. Destes, 356.608 (70,7%) eram destinados aos usuários do SUS, resultando em 1,85 leito SUS/hab<sub>(x10<sup>3</sup>)</sub>. O número total de leitos por Estado da Federação variou de 1,66 leito/hab<sub>(x10<sup>3</sup>)</sub> no Amapá a 3,39 leitos/hab<sub>(x10<sup>3</sup>)</sub> no Rio de Janeiro. Nesse estudo, apenas Estados, além do Rio de Janeiro, apresentaram número total de leitos acima de 3,00/hab<sub>(x10<sup>3</sup>)</sub>: Rio Grande do Sul (3,12), Goiás (3,08) e Distrito Federal (3,07), segundo informações constantes do anexo do trabalho. Se utilizados apenas os leitos SUS, o número de leitos disponíveis oscilou entre 1,41 leito/hab<sub>(x10<sup>3</sup>)</sub> no Amapá a 2,32 leitos/hab<sub>(x10<sup>3</sup>)</sub> no Piauí. A Bahia nessa análise apresentou 2,26 leitos totais/hab<sub>(x10<sup>3</sup>)</sub> e 1,85 leitos SUS/hab<sub>(x10<sup>3</sup>)</sub>. O estudo destacou ainda grandes diferenças na comparação das capitais com as médias para os Estados às quais pertencem, identificando importante

concentração de leitos nessas cidades, com ofertas sempre maiores que a média dos estados. Salvador, capital da Bahia, contava então com 3,20 leitos totais/hab<sub>(x10<sup>3</sup>)</sub> e 2,20 leitos SUS/hab<sub>(x10<sup>3</sup>)</sub>.

Também se valendo das informações do CNES, uma análise das regiões de saúde que compõem a região metropolitana do estado de São Paulo em 2011 abordou um grupamento denominado como “leitos gerais” (cirurgia, clínica médica, obstetrícia e pediatria) no cálculo do número de leitos *per capita*. A relação leitos totais por 1.000 habitantes variou de 0,8 a 2,2, e o indicador leitos SUS/hab<sub>(x10<sup>3</sup>)</sub> oscilou entre 0,7 e 2,7, refletindo acentuada heterogeneidade na alocação territorial dos leitos nessa área do estado. Os maiores valores foram observados na região São Paulo, onde se localiza a capital paulista. (OBSERVATÓRIO DE SAÚDE DA REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO, 2011). Em outro estudo que recentemente abordou a rede de atenção hospitalar de São Paulo, com dados referentes a junho de 2010 (BITTAR *et al.*, 2011), constatou-se a existência de 103.149 leitos hospitalares no Estado, sendo 64.730 destinados ao SUS. Embora esses dados tenham sido obtidos através do CNES, estabelecimentos com leitos hospitalares vinculados ao SUS e sem faturamento de produção hospitalar naquele ano foram excluídos do estudo, por supor-se corresponderem a erros cadastrais. As taxas de leito/população então obtidas incluíram apenas os leitos existentes em hospitais cadastrados como gerais ou especializados, e excluíram os leitos psiquiátricos e de longa permanência. Restou assim achado de 1,53 leito total/hab<sub>(x10<sup>3</sup>)</sub> e 1,20 leito SUS/hab<sub>(x10<sup>3</sup>)</sub>. Observou-se igualmente no trabalho que os leitos existentes não estavam uniformemente distribuídos no Estado, com variações entre as regiões de saúde que foram de 1,03 até 2,55 leitos totais/hab<sub>(x10<sup>3</sup>)</sub>. Tomados apenas os leitos SUS, as taxas oscilaram entre 0,89 a 2,06 leitos SUS/hab<sub>(x10<sup>3</sup>)</sub>.

O planejamento das RAS, ao projetar que problemas de todos os níveis de complexidade sejam passíveis de resolução em seu território de abrangência, deve ocupar-se não apenas do número de pessoas usuárias a serem atendidas, mas também de questões logísticas dentro da rede e do descolamento da população pelo território. Nesse sentido, a heterogeneidade na distribuição dos leitos hospitalares na Bahia apresenta ainda outra dimensão: as grandes distâncias que separam parte dos equipamentos hospitalares à sua população cliente. O funcionamento da atenção hospitalar como um ponto da RAS pressupõe condições adequadas de deslocamento das pessoas, em tempo igualmente adequado, a partir de seus domicílios ou de outros pontos da rede. Todavia, observam-se

grandes vazios no território quando se analisa a relação leito/área: enquanto a região de saúde Salvador dispunha, em 2015, da maior densidade de leitos por área, com 3,42 leitos totais/km<sup>2</sup> e 2,28 leitos SUS/km<sup>2</sup>, a segunda região nesse quesito, Cruz das Almas, apresentava somente 0,24 e 0,23 para leitos totais e SUS, respectivamente. O Estado, por sua vez, contabilizou 0,06 leito total/km<sup>2</sup> e 0,04 leito SUS/km<sup>2</sup> no mesmo ano. Somente sete regiões de saúde, localizadas em três macrorregiões, possuíam densidade maior ou igual a 0,10 leito total/km<sup>2</sup>.

Segundo Bittar e colaboradores (2011), as diferenças regionais podem ser explicadas pela “evolução histórica do sistema de atenção médica, que acompanhou o desenvolvimento socioeconômico das regiões, ocasionando a criação de mais serviços hospitalares em áreas com maior número de trabalhadores formais (lógica da previdência social) ou com capacidade de financiar e manter os serviços de saúde privados”. Referindo-se ao SUS de São Paulo, os autores questionam se as diferenças regionais, com base em indicadores de leitos *per capita*, justificariam a criação de novos hospitais e leitos para aperfeiçoamento do Sistema, por serem as comparações realizadas geralmente com países desenvolvidos, que possuem características distintas entre si e em relação ao Brasil. Pontua ainda o cenário de reduções observado nestes países.

Os parâmetros de necessidades de leitos estabelecidos pela Portaria GM/MS n° 1.101 de 2002 vem sendo questionados na literatura em sua pertinência e adequação (BITTAR *et al.*, 2011; FILHO *et al.*, 2012; FILHO E BARBOSA, 2014). Contudo, continuam válidos para o planejamento público em saúde, ainda que se refiram somente às necessidades de leitos totais, sem estabelecer parâmetros para os leitos SUS. Em 2006, apenas as macrorregiões Leste e a Sul da Bahia atendiam ao critério de 2,5 a 3,0 leitos/hab<sub>(x10<sup>3</sup>)</sub>. Dez anos depois, somente a macrorregião Leste permaneceu atendendo ao quesito, com 2,51 leitos/hab<sub>(x10<sup>3</sup>)</sub>. Entre as regiões de saúde, quatro das 28 estiveram no intervalo proposto pela Portaria: Itabuna (2,70), Jequié (2,64), Salvador (2,90) e Vitória da Conquista (2,56).

A análise da distribuição dos leitos na Bahia nos dez últimos anos mostra que três categorias de leitos cursaram com incrementos em seus quantitativos, tanto no cômputo total como no recorte da rede SUS: leitos complementar, clínicos e de hospital/dia. No primeiro grupo foram observados os maiores ganhos absolutos. Contudo, proporcionalmente aos valores de 2006, os leitos categorizados como hospital/dia no CNES foram os que apresentaram maiores ganhos proporcionais, quase triplicando sua

presença nos leitos totais e duplicando no SUS. Além de leitos de longa permanência (crônicos) e psiquiátricos, agrupados em “outras especialidades”, foram desativados também leitos cirúrgicos, obstétricos e pediátricos no Estado. Para além da exclusão de leitos ocasionada pela Reforma Psiquiátrica no Brasil, percebe-se em verdade que os ganhos e perdas nas diversas categorias e especialidades na Bahia demonstram uma intensa reordenação de sua malha hospitalar, a merecer investigação posterior para melhor compreensão.

Mais de 90% do total de leitos do Estado encontram-se em hospitais gerais ou especializados, o mesmo ocorrendo na malha disponível ao SUS. Entre 2006 e 2015, contudo, houve redução do número de leitos em hospitais especializados, e expressivo aumento nos leitos em hospitais/dia. Dos 721 estabelecimentos que possuíam pelo menos um leito hospitalar cadastrado no CNES em 2015, a maior parte era composta por hospitais gerais, seguido de hospitais/dia e hospitais especializados. Os estabelecimentos de pequeno porte (até 50 leitos) responderam por 74,8% do total de unidades. Estabelecimentos de médio e grande porte representaram 20,0% e 4,9%, respectivamente. Existem três hospitais de capacidade extra no Estado, todos localizados na capital Salvador.

Um estudo dos estabelecimentos de saúde do estado de São Paulo em 2010 mostrou que 82% eram hospitais gerais ou especializados, 9% eram hospitais psiquiátricos, 3% eram hospitais de pacientes crônicos (hanseníase, tuberculose, geriátricos e outros) e 6% consistiam em outros tipos unidades com leitos (prontos-socorros e unidades mistas) (BITTAR *et al.* 2011).

A nível nacional, Ugá e López (2007) relataram que, em 2005, os hospitais de até cinquenta leitos somavam 4.705 estabelecimentos em todo o país, representando 62% das unidades hospitalares e 18% dos leitos existentes no sistema de saúde brasileiro. A maior parte dessas unidades (83%) se distribuía entre municípios que não as capitais estaduais, sendo 57% situados em cidades até 30.000 habitantes. Embora aquele estudo tenha constatado expressiva vinculação dos hospitais de pequeno porte ao SUS (78% realizavam internações para o SUS), sua resolubilidade foi considerada baixa com base em dados de produção hospitalar. Além disso, uma análise da rede hospitalar de São Paulo em 2012 mostrou que a taxa de ocupação hospitalar em hospitais de pequeno porte foi inferior à de hospitais de porte médio, grande e de capacidade extra. O estudo indicou a

importância do efeito escala para a eficiência desses equipamentos, de modo que hospitais de maior porte apresentaram desempenho superior aos demais (RAMOS, *et al.* 2015).

Na Bahia, três quartos dos estabelecimentos com leitos cadastrados no CNES possuem até cinquenta leitos. Logo, debater o papel dos estabelecimentos de pequeno porte nas RAS do Estado assume especial importância, sobretudo devido à sua grande presença em municípios do interior do estado. Ugá e López (2007) consideram esse segmento estratégico para a integralidade do cuidado no SUS, pelo seu potencial de:

- (i) Agregar resolubilidade à assistência prestada pelas unidades da atenção básica da rede existente (acesso a leitos de internação e procedimentos de baixa complexidade);
- (ii) Garantir continuidade da assistência prestada entre os diferentes níveis de complexidade, em um sistema de referência e contra-referência para os serviços hospitalares;
- (iii) Estimular a fixação dos profissionais de saúde na rede municipal.

Todavia, segundo Filho e colaboradores (2012), a atenção hospitalar passa por uma crise de acesso e qualidade no SUS, ocasionada pelo envelhecimento de sua infraestrutura, oferta insuficiente frente ao volume e complexidade crescente da demanda, além do “paradoxo da oferta hospitalar”: ociosidade em muitos estabelecimentos, que carecem de qualidade resolutiva, concomitante ao sobrecarregamento em estabelecimentos de maior capacidade.

Este trabalho buscou contribuir para o conhecimento da atenção hospitalar na Bahia nos últimos dez anos, valendo-se dos registros disponíveis no CNES. Sua principal limitação reside no uso de dados secundários, obtidos a partir de um Sistema de Informação em Saúde que, embora seja de inscrição e atualização obrigatórias para os estabelecimentos de saúde, ainda carece de mecanismos efetivos para assegurar maior precisão das informações recebidas pelo mesmo. Além de possíveis erros cadastrais, a alocação de determinado leito a determinada categoria e especialidade no Sistema, como “pediatria cirúrgica” ou “pediatria clínica”, pode não corresponder à destinação real do leito. Outrossim, leitos podem estar cadastrados, existirem *in loco*, mas não estarem operacionais. De todo modo, trata-se de uma base de dados de extrema riqueza por sua abrangência e diversidade, além de configurar-se como registro oficial de todos os estabelecimentos de saúde do país, com importância no planejamento e gestão do sistema de saúde brasileiro. Contudo, reconhece-se que a realização de um censo hospitalar, a exemplo do conduzido por Pugliese e colaboradores (1971) nos hospitais de Salvador, em 1970, produziria um retrato mais fiel da realidade da rede hospitalar baiana.

Outro aspecto consiste na dificuldade em se estimar a demanda por atenção hospitalar de uma população através do número de leitos necessários ao seu atendimento. A densidade de leitos *per capita* tem sido utilizado há pelo menos 50 anos para comparações entre diferentes localidades, no Brasil e no mundo. Embora o país possua normatização legal quanto ao número de leitos por 1.000 habitantes que deve, em tese, orientar as políticas em saúde, a pertinência da padronização de um valor ou faixa de valores é objeto de debate na literatura (OPAS, 2003; FILHO *et al.*, 2012). Numa análise de agregados de municípios, como a aqui realizada, o uso desse indicador não leva em conta as dinâmicas de deslocamentos dos usuários entre municípios, que podem ou não fazer parte de uma mesma região ou macrorregião de saúde. Ainda que se reconheça tais limitações desse indicador, se uma RAS deve buscar a resolubilidade das ações em saúde em seu conjunto de pontos de atenção, a grande variabilidade na densidade de leitos *per capita* entre as macrorregiões e regiões de saúde aqui notada serve como pano de fundo para um questionamento: o aprimoramento das RAS na Bahia objetivará dotar todas as 28 regiões de saúde do Estado com níveis semelhantes de resolubilidade, ou a efetiva operacionalização das RAS na Bahia passará por um arranjo territorial mais abrangente, nos moldes das extintas macrorregiões de saúde? Embora não deva servir como parâmetro único para o reordenamento das RAS, a redução das desigualdades na oferta de leitos nos agregados regionais deve estar contemplada na formulação de políticas públicas orientadas para a atenção hospitalar no Estado.

Tema recorrente em meios de comunicação de cunho geral (CANCIAN, 2016; CFM, 2016), a queda do número de leitos no Brasil é corroborada na Bahia pelo presente trabalho. O Estado viu o fechamento de 466 leitos entre 2006 e 2015, com algumas regiões de saúde apresentando quedas superiores a 20%. O SUS teve sua malha diminuída em 1.938 leitos hospitalares, e sua participação no total contabilizado diminuiu de 83,96% para 79,09% no período. Todavia, a evolução dos sistemas de saúde público e privado na Bahia e no Brasil nas últimas décadas não pode ser adequadamente compreendida somente a partir da oferta de equipamentos e serviços. Outras dimensões – como as que abordam os modelos de atenção à saúde, a disputa política do papel do Estado na formulação de políticas públicas, as relações de trabalho no campo da saúde e os movimentos do capital associado ao complexo produtivo da saúde ao redor do globo – necessitam ser trazidas ao debate para uma leitura mais aprofundada das modificações por que passam as RAS.

## VIII. CONCLUSÕES

1. A densidade populacional no Estado da Bahia apresenta grande variabilidade entre as macrorregiões de saúde. Grande concentração de pessoas e de leitos hospitalares é observada na macrorregião Leste, que apresenta 31,6% da população, 38,01% dos leitos hospitalares do Estado e 33,76% daqueles destinados ao SUS, embora ocupe apenas 2,9% do território;
2. Em 2015, a Bahia possuía 31.765 leitos hospitalares, sendo 25.123 destinados ao SUS. Foram subtraídos 466 leitos totais (1,44%) e 1.938 leitos SUS (7,16%) entre 2006 e 2015 de sua malha hospitalar. Todavia, ocorreram ganhos nas categorias de leitos complementares, clínicos e de hospital/dia, demonstrando haver não apenas uma contração, mas também uma reordenação da malha hospitalar no Estado;
3. Mais de 90% do total de leitos e dos leitos SUS encontram-se em hospitais gerais ou especializados. Os estabelecimentos de pequeno porte (até 50 leitos) responderam por 74,8% do total de unidades em 2015. Estabelecimentos de médio e grande porte representaram 20,0% e 4,9%, respectivamente. A participação da rede SUS no total de leitos existentes mostrou redução de 83,96% para 79,09% no período estudado;
4. O aumento populacional de 9% no Estado, aliado à desativação de leitos, resultou na queda da densidade *per capita* de leitos em todas as macrorregiões de saúde, tanto para o total de leitos como para a rede SUS. A Bahia em 2006 registrou 2,31 leitos/hab<sub>(x10<sup>3</sup>)</sub>, contra 2,09 em 2015, no cômputo total de leitos. Na rede SUS, o indicador foi reduzido de 1,94 em 2006 para 1,65 em 2015;
5. Existe grande heterogeneidade na distribuição de leitos entre as macrorregiões e regiões de saúde no Estado. A redução das desigualdades na oferta de leitos nesses agregados deve estar contemplada na formulação de políticas públicas orientadas para a atenção hospitalar no Estado no contexto das RAS;

## IX. SUMMARY

**Distribution of hospital beds in Bahia, Brazil, between 2006 and 2015 according to the CNES.** The number of hospital beds is an indicator of the availability of resources in health systems. Its distribution along the territory reveals important aspects of the organization of health care networks. **OBJECTIVE.** To study the distribution of hospital beds in the state of Bahia, Brazil, and its evolution from 2006 to 2015. **METHODOLOGY.** Exploratory study using secondary data obtained from IBGE, DATASUS and CNES. The state and its regions and macro-regions were analyzed. **RESULTS.** In 2015, the state of Bahia presented 31,765 hospital beds, 1.44% less than in 2006. In the public sector (SUS) the reduction was 7.16% (n=25,123 beds). Large concentration of people and beds is observed in eastern macro-region, which has 31.6% of the population, 38.01% of hospital beds in the state and 33.76% of those available for users of the public health care system, although it occupies only 2.9% of the state territory. The participation of public beds in the total was reduced from 83.96% to 79.09%. All macro-regions showed a decrease in bed density *per capita*. In Bahia, it's value retreated from 2.31 to 2.09 (SUS: 1.94 to 1.65). Some categories of hospital beds were increased in the period, suggesting changes in hospital care network beyond simple reduction in hospital beds observed in other settings.

Keywords: 1. Hospital beds. 2. CNES. 3. Bahia.



## X. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bittar OJN, Mendes JDV, Magalhães A. Rede hospitalar no Estado de São Paulo: mapear para regular. 2011;54.
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988.
- Brasil. Portaria MS/SAS nº 376, de 03 de outubro de 2000. 2000.
- Brasil. REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE: APROFUNDANDO A DESCENTRALIZAÇÃO COM EQUIDADE NO ACESSO. 2001;01.
- Brasil. Portaria n.º 1101/GM de 12 de junho de 2002. 2002a.
- Brasil. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. 2002b;.
- Brasil. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006 [Internet]. 2006. Recuperado de: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html)
- Brasil. Portaria GM nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 [Internet]. 2010. Recuperado de: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)
- Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 [Internet]. 2011. Recuperado de: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)
- Brasil. PORTARIA Nº 3.390, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2013 [Internet]. 2013. Recuperado de: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390\\_30\\_12\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html)
- Cancian N. SUS perde 23 mil leitos hospitalares em 5 anos, diz Conselho de Medicina. Folha São Paulo [Internet]. 17 de maio de 2016; Recuperado de: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/05/1772077-sus-perde-23-mil-leitos-hospitalares-em-5-anos-diz-conselho-de-medicina.shtml>
- CFM. Em cinco anos, Brasil perde 23,6 mil leitos de internação no SUS [Internet]. 2016 [citado 7 de agosto de 2016]. Recuperado de: [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=26171:2016-05-17-12-26-58&catid=3](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=26171:2016-05-17-12-26-58&catid=3)
- CIB/BA. Resolução CIB nº 275/2012. 2012;
- DATASUS. SCNES Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: Manual de Operação [Internet]. 2009. p. 412. Recuperado de: <http://cnes.datasus.gov.br/>
- DATASUS. CNES Notas Técnicas: Recursos Físicos [Internet]. 2016a [citado 2 de abril de 2016]. Recuperado de: [http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/\NT\\_RecursosF\\_sicos.htm](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/\NT_RecursosF_sicos.htm)
- DATASUS. CNES: Institucional [Internet]. 2016b [citado 28 de março de 2016]. Recuperado de: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/sobre/institucional.jsp>
- DATASUS. CNES: Relatório de leitos [Internet]. 2016c. Recuperado de: [http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Tipo\\_Leito.asp?VEstado=29&VMun=&VComp=201512](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=29&VMun=&VComp=201512)
- Filho ADN, Barbosa Z. O papel dos hospitais nas Rede de Atenção à Saúde: elementos para pensar uma agenda estratégica para o SUS. CONSENSUS [Internet]. 2014;(11):42–9. Recuperado de: <http://www.conass.org.br/consensus/armando-de->

negri-o-papel-hospital-na-rede-de-atencao-saude/

- Filho ADN, Barbosa Z, Yonekura T. Dimensionamento de número de leitos e tipologia hospitalar: o desafio de fazer as perguntas certas e de construir suas respostas. 2012;1–101.
- La Forgia GM, Couttolenc BF. Hospital Performance in Brazil [Internet]. 2008. Recuperado de: <http://elibrary.worldbank.org/doi/book/10.1596/978-0-8213-7358-3>
- Gonçalves EL. Equipamento hospitalar no Brasil. Presença, regionalização e tendências. Rev Saude Publica. 1977;11(1):143–50.
- Hartz ZM de A, Vieira-da-Silva LM. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos a prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. 1ª ed. 2005.
- IBGE. Regiões de influência das cidades 2007. 2008.
- Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. Cien Saude Colet. 2010;15(5):2307–16.
- Mendes ADCG, Sá DA De, Miranda GMD, Lyra TM, Tavares RAW. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. Cad Saude Publica. 2012;28(5):955–64.
- Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2ª ed. 2011.
- Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo. Análise Situação dos Leitos Hospitalares na Região Metropolitana de São Paulo [Internet]. 2011. Recuperado de: <http://www.observasaude.sp.gov.br>
- OECD. Health at a Glance 2015: OECD indicators [Internet]. 2015. Recuperado de: [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2015-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en)
- OECD. Hospital beds [Internet]. 2016 [citado 8 de agosto de 2016]. Recuperado de: <https://data.oecd.org/healthqt/hospital-beds.htm>
- OPAS. Leitos por Habitante e Médicos por Habitante. 2003;
- Pugliese C, Loureiro S, Santos ACS, Padilha HP, Souza JM, Lessa I. Inquérito sêbre assistência hospitalar e morbidade no município do Salvador (Bahia), Brasil. Rev Saude Publica. 1971;5(1):1–16.
- Ramos MC de A, Cruz LP da, Kishima VC, Pollara WM, Lira ACO de, Couttolenc BF. Performance evaluation of hospitals that provide care in the public health system, Brazil. Rev saúde pública [Internet]. 2015;49:1–9. Recuperado de: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4544687&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Rocha JS. Utilização de leitos hospitalares gerais em Ribeirão Preto, São Paulo (Brasil). Rev Saude Publica. 1975;9(4):477–93.
- SESAB. Plano Diretor de Regionalização 2004 [Internet]. 2004. Recuperado de: [http://www1.saude.ba.gov.br/mapa\\_bahia/docs/PDR\\_2004.doc](http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/docs/PDR_2004.doc)
- SESAB. Plano Diretor de Regionalização 2005 [Internet]. 2005 [citado 6 de abril de 2016]. Recuperado de: [http://www1.saude.ba.gov.br/mapa\\_bahia/docs/PDR\\_2005.txt](http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/docs/PDR_2005.txt)
- SESAB. Plano Diretor de Regionalização 2008. 2008; Recuperado de:

[http://www1.saude.ba.gov.br/mapa\\_bahia/PDR\\_POP-2007\\_atualizado\\_em\\_16-04-2008.pdf](http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/PDR_POP-2007_atualizado_em_16-04-2008.pdf)

Silva SF Da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Cien Saude Colet.* 2011;16:2753–62.

The World Bank. Hospital beds (per 1,000 people) [Internet]. 2016 [citado 16 de maio de 2016]. Recuperado de: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.BEDS.ZS>

Ugá MAD, López EM. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. *Cien Saude Colet.* 2007;12(4):915–28.

Villar VCFL, Souza CTV de, Delamarque EV, Seta MH De. Distribuição dos mamógrafos e dos exames mamográficos no estado do Rio de Janeiro, 2012 e 2013. *Epidemiol e Serviços Saúde* [Internet]. março de 2015;24(1):105–14. Recuperado de: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222015000100105&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000100105&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)

WHO. Service delivery: toolkit on monitoring health systems strengthening. 2008.

## XI. ANEXOS

### **Anexo I - Tipos de estabelecimentos segundo o CNES\***

- Posto de Saúde: unidade destinada à prestação de assistência a uma determinada população, de forma programada ou não, por profissional de nível médio, com a presença intermitente ou não do profissional médico.
- Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde: unidade para realização de atendimentos de atenção básica e integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialista nestas áreas. Podendo ou não oferecer: SADT e Pronto Atendimento 24 Horas.
- Policlínica: unidade de saúde para prestação de atendimento ambulatorial em várias especialidades, incluindo ou não as especialidades básicas, podendo ainda ofertar outras especialidades não médicas. Podendo ou não oferecer: SADT e Pronto atendimento 24 Horas.
- Hospital Geral: hospital destinado à prestação de atendimento nas especialidades básicas, por especialistas e/ou outras especialidades médicas. Pode dispor de serviço de Urgência/Emergência. Deve dispor também de SADT de média complexidade. Podendo ter ou não SIPAC.
- Hospital Especializado: hospital destinado à prestação de assistência à saúde em uma única especialidade/área. Pode dispor de serviço de Urgência/Emergência e SADT. Podendo ter ou não SIPAC. Geralmente de referência regional, macrorregional ou estadual.
- Unidade Mista: unidade de saúde básica destinada à prestação de atendimento em atenção básica e integral à saúde, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais, com unidade de internação, sob administração única. A assistência médica deve ser

---

\* Extraído de [http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo\\_estabelecimento.htm](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo_estabelecimento.htm) . Acesso em 26/08/2016.

permanente e prestada por médico especialista ou generalista. Pode dispor de urgência/emergência e SADT básico ou de rotina. Geralmente nível hierárquico 5.

- Pronto Socorro Geral: unidade destinada à prestação de assistência a pacientes com ou sem risco de vida, cujos agravos necessitam de atendimento imediato. Podendo ter ou não internação.
- Pronto Socorro Especializado: unidade destinada à prestação de assistência em uma ou mais especialidades, a pacientes com ou sem risco de vida, cujos agravos necessitam de atendimento imediato.
- Consultório Isolado: sala isolada destinada à prestação de assistência médica ou odontológica ou de outros profissionais de saúde de nível superior.
- Unidade Móvel Fluvial: barco/navio equipado como unidade de saúde, contendo no mínimo um consultório médico e uma sala de curativos, podendo ter consultório odontológico.
- Clínica Especializada/Amb. Especializado: clínica especializada destinada à assistência ambulatorial em apenas uma especialidade/área da assistência (Centro Psicossocial/Reabilitação, etc.).
- Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia: unidades isoladas onde são realizadas atividades que auxiliam a determinação de diagnóstico e/ou complementam o tratamento e a reabilitação do paciente.
- Unidade Móvel Terrestre: veículo automotor equipado, especificamente, para prestação de atendimento ao paciente.
- Unidade Móvel de Nível Pré-hospitalar na Área de Urgência e Emergência: veículo terrestre, aéreo ou hidroviário destinado a prestar atendimento de urgência e emergência pré-hospitalar a paciente vítima de agravos a sua saúde.(PTMS/GM 824, de 24/06/1999).
- Farmácia: Estabelecimento de saúde isolado em que é feita a dispensação de medicamentos básicos/essenciais (Programa Farmácia Popular) ou medicamentos excepcionais / alto custo previstos na Política Nacional de Assistência Farmacêutica.
- Unidade de Vigilância em Saúde: é o estabelecimento isolado que realiza trabalho de campo a partir de casos notificados e seus contatos, tendo como objetivos: identificar

fontes e modo de transmissão; grupos expostos a maior risco; fatores determinantes; confirmar o diagnóstico e determinar as principais características epidemiológicas, orientando medidas de prevenção e controle a fim de impedir a ocorrência de novos eventos e/ou o estabelecimento de saúde isolado responsável pela execução de um conjunto de ações, capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.

- Cooperativa: unidade administrativa que disponibiliza seus profissionais cooperados para prestarem atendimento em estabelecimento de saúde.
- Centro de Parto Normal Isolado: Unidade intra-hospitalar ou isolada, especializada no atendimento da mulher no período gravídico puerperal, conforme especificações da PT/MS 985/99.
- Hospital/Dia - Isolado: unidades especializadas no atendimento de curta duração com caráter intermediário entre a assistência ambulatorial e a internação.
- Central de Regulação de Serviços de Saúde: é a unidade responsável pela avaliação, processamento e agendamento das solicitações de atendimento, garantindo o acesso dos usuários do SUS, mediante um planejamento de referência e contra-referência.
- Laboratório Central de Saúde Pública – LACEN: estabelecimento de saúde que integra o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB), em conformidade com normalização vigente.
- Secretaria de Saúde: unidade gerencial/administrativa e/ou que dispõe de serviços de saúde, como vigilância em saúde (vigilância epidemiológica e ambiental; vigilância sanitária), regulação de serviços de saúde.

(Tabela alterada de conformidade com a Portaria nº 115 de 19 de maio de 2003, Portaria nº 745 de 13 de dezembro de 2004, Portaria nº 333 de 23 de junho de 2005 e Portaria nº 717 de 28 de setembro de 2006).

## XII. APÊNDICES

### Apêndice I - Quantitativo de leitos hospitalares totais nas Macrorregiões de Saúde por tipo, 2006 a 2015.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Δ
<b>CENTRO-LESTE</b>	<i>4.457</i>	<i>4.279</i>	<i>4.318</i>	<i>4.150</i>	<i>4.118</i>	<i>4.144</i>	<i>4.134</i>	<i>4.234</i>	<i>4.318</i>	<i>4.292</i>	<i>-165</i>
Cirúrgico	913	855	888	870	874	854	852	893	941	945	32
Clínico	1.294	1.246	1.235	1.176	1.174	1.195	1.266	1.298	1.308	1.303	10
Complementar	131	128	140	135	161	182	180	209	240	243	112
Hospital/DIA	4	4	6	7	13	18	19	37	57	60	56
Obstétrico	906	890	908	873	839	807	756	753	763	746	-160
Outras Especialidades	483	388	370	335	313	303	295	276	241	198	-286
Pediátrico	725	768	771	754	745	786	767	768	770	798	73
<b>CENTRO-NORTE</b>	<i>1.821</i>	<i>1.733</i>	<i>1.739</i>	<i>1.814</i>	<i>1.858</i>	<i>1.859</i>	<i>1.833</i>	<i>1.877</i>	<i>1.822</i>	<i>1.758</i>	<i>-63</i>
Cirúrgico	340	333	345	367	379	382	372	376	355	347	7
Clínico	717	672	671	696	719	717	697	708	695	679	-38
Complementar	52	47	45	53	54	57	58	56	53	52	1
Hospital/DIA	1	2	2				2	2	2	2	1
Obstétrico	293	279	292	320	325	324	325	351	342	309	17
Outras Especialidades	7	5	1	5	5	5	4	3	4	8	1
Pediátrico	412	396	384	373	376	375	376	382	372	361	-51
<b>EXTREMO SUL</b>	<i>1.470</i>	<i>1.519</i>	<i>1.552</i>	<i>1.512</i>	<i>1.532</i>	<i>1.543</i>	<i>1.507</i>	<i>1.470</i>	<i>1.499</i>	<i>1.505</i>	<i>35</i>
Cirúrgico	352	362	380	367	360	360	351	353	367	365	13
Clínico	452	462	474	458	459	440	425	418	439	440	-12
Complementar	69	77	92	87	90	106	94	94	105	110	41
Hospital/DIA		1	4	9	11	16	16	16	16	26	26
Obstétrico	244	255	264	271	285	292	294	294	293	271	27
Outras Especialidades		1	4	5	8	6	6	10	19	21	21
Pediátrico	353	362	336	316	320	324	321	286	260	273	-80
<b>LESTE</b>	<i>11.388</i>	<i>11.888</i>	<i>11.988</i>	<i>11.783</i>	<i>11.868</i>	<i>11.805</i>	<i>11.803</i>	<i>12.355</i>	<i>12.540</i>	<i>12.075</i>	<i>687</i>
Cirúrgico	3.449	3.539	3.545	3.527	3.541	3.464	3.372	3.349	3.329	2.996	-453
Clínico	2.314	2.366	2.499	2.637	2.706	2.977	3.106	3.271	3.330	3.256	943
Complementar	976	1.082	1.161	1.280	1.385	1.234	1.254	1.519	1.614	1.575	599
Hospital/DIA	231	297	337	328	437	494	616	695	707	779	549
Obstétrico	1.388	1.493	1.441	1.413	1.337	1.273	1.227	1.298	1.301	1.232	-156
Outras Especialidades	1.911	1.993	1.869	1.422	1.232	1.133	1.088	1.067	1.082	1.146	-766
Pediátrico	1.120	1.118	1.138	1.177	1.232	1.230	1.140	1.157	1.177	1.091	-29
<b>NORDESTE</b>	<i>1.190</i>	<i>1.297</i>	<i>1.278</i>	<i>1.273</i>	<i>1.227</i>	<i>1.157</i>	<i>1.184</i>	<i>1.184</i>	<i>1.252</i>	<i>1.228</i>	<i>38</i>
Cirúrgico	275	322	305	301	291	264	258	258	279	279	4
Clínico	391	430	447	440	424	407	413	400	427	430	40
Complementar	35	43	48	49	48	45	47	60	64	68	34
Hospital/DIA	1	1	4	4	4	4	21	22	27	31	30
Obstétrico	287	288	260	270	257	237	241	238	242	219	-68
Outras Especialidades	8	8	8	8	8	10	12	11	11	11	3
Pediátrico	194	205	207	202	195	191	193	197	203	190	-4

[continuação]

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Δ
<b>NORTE</b>	1.783	1.808	1.843	1.877	1.950	1.842	1.770	1.758	1.720	1.663	-120
Cirúrgico	383	395	395	393	445	427	413	414	409	390	7
Clínico	509	513	525	551	549	518	516	518	511	509	0
Complementar	27	29	31	45	66	57	69	69	70	68	42
Hospital/DIA	4	9	14	14	16	16	17	17	17	17	13
Obstétrico	357	361	366	364	400	390	351	347	353	333	-25
Outras Especialidades	87	88	95	99	86	78	87	92	91	92	5
Pediátrico	416	414	417	412	390	357	317	302	269	255	-161
<b>OESTE</b>	1.628	1.746	1.742	1.632	1.663	1.709	1.655	1.646	1.646	1.605	-23
Cirúrgico	331	345	339	335	345	368	360	358	373	340	9
Clínico	438	512	494	464	473	482	471	473	477	477	40
Complementar	74	89	94	126	131	96	89	101	103	100	26
Hospital/DIA								4	5	2	2
Obstétrico	342	340	354	367	366	361	345	338	332	318	-24
Outras Especialidades	2		1	4	17	71	63	56	64	89	87
Pediátrico	441	461	460	337	331	331	327	316	293	279	-162
<b>SUDOESTE</b>	3.807	3.765	3.797	3.761	3.767	3.799	3.837	3.830	3.836	3.754	-53
Cirúrgico	731	748	749	746	739	760	801	888	905	900	168
Clínico	1.267	1.278	1.272	1.256	1.255	1.261	1.273	1.313	1.360	1.312	45
Complementar	79	81	113	113	118	124	135	163	187	179	100
Hospital/DIA	2	2	2	3	3	3	4	10	14	14	12
Obstétrico	656	645	618	608	626	616	582	546	526	528	-129
Outras Especialidades	79	72	67	65	65	80	83	78	74	70	-9
Pediátrico	993	940	977	971	961	957	959	833	770	753	-241
<b>SUL</b>	4.688	4.582	4.603	4.437	4.427	4.378	4.287	4.154	4.211	3.886	-803
Cirúrgico	1.109	1.061	1.084	1.019	981	974	937	871	904	843	-266
Clínico	1.599	1.607	1.582	1.524	1.573	1.553	1.549	1.532	1.544	1.412	-188
Complementar	104	102	114	137	138	144	146	165	204	207	103
Hospital/DIA	0				1	4	5	9	10	18	18
Obstétrico	664	645	637	606	593	583	590	575	560	517	-147
Outras Especialidades	307	261	261	262	261	263	253	239	233	227	-80
Pediátrico	905	908	926	890	880	858	808	763	757	662	-243
	<b>32.230</b>	<b>32.617</b>	<b>32.859</b>	<b>32.238</b>	<b>32.409</b>	<b>32.235</b>	<b>32.008</b>	<b>32.506</b>	<b>32.843</b>	<b>31.765</b>	<b>-466</b>



**Apêndice II - Quantitativo de leitos hospitalares SUS nas Macrorregiões de Saúde por tipo, 2006 a 2015.**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Δ
<b>CENTRO-LESTE</b>	3.963	3.909	3.890	3.705	3.621	3.643	3.636	3.680	3.665	3.563	-401
Cirúrgico	731	723	746	719	708	686	671	705	722	710	-21
Clínico	1.126	1.126	1.106	1.046	1.030	1.041	1.099	1.131	1.129	1.115	-11
Complementar	99	95	88	105	109	136	149	140	154	152	53
Hospital/DIA	4	4	6	7	13	18	19	29	40	42	38
Obstétrico	837	836	852	809	773	744	699	692	679	648	-190
Outras Especialidades	478	388	370	335	313	303	295	276	239	194	-285
Pediátrico	688	737	722	686	676	716	705	707	703	703	15
<b>CENTRO-NORTE</b>	1.715	1.625	1.629	1.690	1.727	1.724	1.688	1.739	1.679	1.503	-212
Cirúrgico	317	310	322	342	347	347	335	340	308	271	-46
Clínico	682	640	639	665	683	681	658	671	662	588	-94
Complementar	52	47	40	36	44	48	46	45	36	34	-18
Hospital/DIA	1	0	0				2	2	2	2	1
Obstétrico	261	247	261	286	291	288	284	310	304	278	17
Outras Especialidades	7	5	1	4	4	4	3	2	4	8	1
Pediátrico	396	377	367	358	358	357	360	370	364	322	-74
<b>EXTREMO SUL</b>	1.210	1.230	1.282	1.265	1.261	1.255	1.260	1.243	1.232	1.202	-8
Cirúrgico	293	296	317	310	292	282	295	302	307	294	1
Clínico	391	395	411	396	386	375	376	362	375	370	-21
Complementar	49	55	61	68	70	87	78	66	63	59	10
Hospital/DIA		0	1	4	3	9	8	8	8	9	9
Obstétrico	202	202	214	223	236	230	231	242	235	221	20
Outras Especialidades		1	3	4	7	5	5	9	18	19	19
Pediátrico	276	282	275	260	268	268	267	256	228	231	-46
<b>LESTE</b>	8.515	8.704	8.547	8.425	8.495	8.505	8.355	8.615	8.749	8.483	-32
Cirúrgico	2.332	2.371	2.333	2.298	2.416	2.338	2.172	2.181	2.205	2.061	-271
Clínico	1.676	1.708	1.825	1.904	2.028	2.188	2.289	2.500	2.578	2.501	825
Complementar	404	420	345	557	626	621	660	671	767	867	463
Hospital/DIA	86	112	133	134	156	180	219	220	185	191	105
Obstétrico	1.147	1.243	1.176	1.131	1.082	1.042	1.009	1.032	1.027	988	-159
Outras Especialidades	1.898	1.902	1.775	1.397	1.146	1.055	1.012	991	964	952	-947
Pediátrico	973	951	960	1.005	1.042	1.082	994	1.022	1.024	924	-49
<b>NORDESTE</b>	1.062	1.105	1.095	1.111	1.092	1.044	1.044	1.032	1.072	1.030	-32
Cirúrgico	238	245	238	236	233	216	214	216	231	229	-9
Clínico	375	413	427	424	419	402	399	386	403	393	19
Complementar	23	24	29	40	39	36	39	38	38	35	12
Hospital/DIA	1	1	4	4	4	4	4	4	4	4	3
Obstétrico	249	237	214	225	218	207	206	203	205	192	-57
Outras Especialidades	8	7	7	7	8	10	12	11	11	11	3
Pediátrico	168	178	178	174	172	170	171	174	180	165	-3

[continuação]

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Δ
<b>NORTE</b>	1.657	1.657	1.697	1.723	1.769	1.654	1.586	1.546	1.513	1.465	-192
Cirúrgico	336	347	347	334	370	345	331	322	319	306	-31
Clínico	486	487	501	529	533	496	492	488	482	479	-7
Complementar	22	17	21	30	39	40	50	42	44	44	22
Hospital/DIA	0	5	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Obstétrico	329	322	327	327	356	344	320	317	324	305	-24
Outras Especialidades	87	85	92	97	86	78	87	92	91	92	6
Pediátrico	397	395	400	396	377	340	296	275	243	230	-168
<b>OESTE</b>	1.437	1.549	1.541	1.483	1.505	1.524	1.465	1.439	1.453	1.453	16
Cirúrgico	281	303	298	300	307	321	308	306	315	297	17
Clínico	395	463	443	428	438	445	433	436	440	433	38
Complementar	58	64	69	96	95	95	88	84	94	98	40
Hospital/DIA								4	5	2	2
Obstétrico	302	304	318	336	335	330	314	306	301	286	-16
Outras Especialidades	2		1	4	17	21	13	6	27	89	87
Pediátrico	400	416	413	320	314	313	308	297	273	248	-152
<b>SUDOESTE</b>	3.374	3.335	3.359	3.324	3.242	3.296	3.308	3.272	3.230	3.121	-253
Cirúrgico	581	598	610	608	578	592	613	668	643	598	17
Clínico	1.124	1.136	1.124	1.120	1.105	1.118	1.130	1.166	1.224	1.172	48
Complementar	65	67	76	103	102	107	104	119	123	134	68
Hospital/DIA	2	2	2	2	2	2	2	7	10	9	7
Obstétrico	596	579	558	547	552	543	512	473	452	451	-145
Outras Especialidades	75	68	64	63	63	78	82	78	74	70	-5
Pediátrico	931	886	925	881	840	857	865	762	704	689	-243
<b>SUL</b>	4.129	4.017	3.998	3.836	3.841	3.796	3.718	3.584	3.613	3.304	-825
Cirúrgico	926	891	908	832	814	810	770	691	714	651	-276
Clínico	1.412	1.415	1.393	1.360	1.402	1.379	1.371	1.374	1.386	1.251	-162
Complementar	77	68	48	74	78	79	88	79	103	137	60
Hospital/DIA	0				0	0	0	1	1	5	5
Obstétrico	615	597	598	563	551	543	544	524	506	461	-155
Outras Especialidades	268	222	222	222	221	223	218	214	208	205	-63
Pediátrico	830	825	830	785	776	763	728	701	695	595	-235
	<b>27.061</b>	<b>27.131</b>	<b>27.037</b>	<b>26.561</b>	<b>26.553</b>	<b>26.439</b>	<b>26.058</b>	<b>26.149</b>	<b>26.205</b>	<b>25.123</b>	<b>-1.938</b>

**Apêndice III - Quantitativo de leitos hospitalares totais por tipo e especialidade nos anos de 2006 e 2015 nas Macrorregiões de Saúde da Bahia.**

Tipo / Especialidade	CENTRO-LESTE			CENTRO-NORTE			EXTREMO SUL			LESTE			NORDESTE			NORTE			OESTE			SUDOESTE			SUL		
	06	15	Δ	06	15	Δ	06	15	Δ	06	15	Δ	06	15	Δ	06	15	Δ	06	15	Δ	06	15	Δ	06	15	Δ
<b>Cirúrgico</b>	913	945	32	340	347	7	352	365	13	3449	2996	-453	275	279	4	383	390	7	331	340	9	731	900	168	1109	843	-266
BUCO MAXILO FACIAL	8	8	1			0	1		-1	72	63	-9			0	1	6	6			0	15	16	1	1	9	8
CARDIOLOGIA	6	23	18			0	1	8	7	210	201	-9			0		9	9			0	1	38	38	2	3	1
CIRURGIA GERAL	706	635	-72	301	289	-12	295	257	-38	1606	1265	-341	237	227	-10	299	282	-17	285	306	21	476	506	30	992	660	-332
ENDOCRINOLOGIA	5		-5	1		-1			0	23	10	-14			0		1	1			0		1	1	1	1	1
GASTROENTEROLOGIA	5		-5	5		-5		1	1	35	30	-5		2	2		1	1	4	4	0	26	20	-6	1	1	0
GINECOLOGIA	59	71	12	23	22	-1	19	34	15	206	159	-47	12	9	-3	26	27	2	16	20	4	61	71	10	61	27	-34
NEFROLOGIA/UROLOGIA	13	14	1	3		-3	2	2	0	109	107	-2		1	1	10	9	-1			0	44	52	8	9	3	-6
NEUROCIRURGIA	5	1	-4		1	1		7	7	126	112	-14			0	6	2	-4			0	8	53	45	1	27	26
OFTALMOLOGIA	16	45	29	7	13	7	4		-4	173	112	-61	13	11	-2	5	6	1	2	3	2	15	18	3		3	3
ONCOLOGIA	5	12	7	1		-1		4	4	79	115	36		4	4	2	3	1			0	3	9	7	41	40	-1
ORTO./TRAUMA.	58	110	52	0	20	20	26	45	19	618	634	16	13	23	10	25	37	12	26	8	-18	56	84	28	2	54	52
OTORRINOLARINGOLOGIA	12	19	7		1	1	2	3	1	37	46	9		1	1	5	2	-3			0	9	12	3	1	5	5
PLÁSTICA	16	2	-14		1	1	3	3	0	108	74	-34		1	1	5	3	-2			0	12	11	-1	1	9	9
QUEIMADO ADULTO			0			0			0		6	6			0		0				0			0			0
QUEIMADO PEDIÁTRICO			0			0			0		4	4			0		0				0			0			0
TORÁCICA	1	6	5	0		0			0	49	38	-11			0		1	1			0	7	9	2	1	3	3
TRANSPLANTE			0			0		2	2		23	23			0		1	1			0			0			0
<b>Clínico</b>	1294	1303	10	717	679	-38	452	440	-12	2314	3256	943	391	430	40	509	509	0	438	477	40	1267	1312	45	1599	1412	-188
AIDS			0			0		1	1	38	59	22	1		-1	6	2	-4			0	5	8	3	4	4	0
CARDIOLOGIA	6	35	29	10	3	-7	3	13	10	150	198	48		3	3	15	25	11	8	10	2	32	22	-10	1	11	11
CLÍNICA GERAL	1200	1191	-9	685	671	-14	447	406	-41	1594	2089	495	378	413	36	463	436	-27	428	468	40	1048	1152	104	1564	1259	-305
DERMATOLOGIA	5	1	-4			0		1	1	11	5	-6		2	2		1	1			0			0		1	1
GERIATRIA	5	5	0	5		-5		1	1	16	236	221	2	9	7	5	1	-4			0	8	4	-4	1	9	9
HANSENOLOGIA			0			0			0	33	20	-13			0	3		-3			0			0			0
HEMATOLOGIA		1	1			0			0	33	36	3			0			0			0		2	2	1	7	7
LEITO/DIA			0			0			0			0			0			0			0	1		-1			0
NEFROUROLOGIA	5	6	1	2	4	2	2	4	2	77	140	63			0	4	5	2			0	30	20	-10	1	2	2
NEONATOLOGIA	58	28	-31	3		-3		3	3	113	129	17	10		-10	6	10	3			0	102	51	-51	4	19	15

[continuação]

Tipo / Especialidade	CENTRO-LESTE			CENTRO-NORTE			EXTREMO SUL			LESTE			NORDESTE			NORTE			OESTE			SUDOESTE			SUL		
	06	15	Δ	06	15	Δ	06	15	Δ	06	15	Δ	06	15	Δ	06	15	Δ	06	15	Δ	06	15	Δ	06	15	Δ
NEUROLOGIA	5	10	5			0	2	2	49	81	32	1	1	4	10	6		0	26	35	9	3	34	31			
ONCOLOGIA	5	25	20			0	7	7	89	149	60	1	1	1	9	8		0	1	9	8	22	63	42			
PNEUMOLOGIA	5		-5	13	1	-12	2	2	113	108	-5	1	1	4	4	0	2	-2	15	9	-6		3	3			
QUEIMADO ADULTO			0			0			0	4	4			0	2	2		0			0			0			
QUEIMADO PEDIÁTRICO			0			0			0	3	3			0	4	4		0			0			0			
SAÚDE MENTAL		2	2			0			0		0			0		0		0			0			0			
<b>Complementar</b>	<i>131</i>	<i>243</i>	<i>112</i>	<i>52</i>	<i>52</i>	<i>1</i>	<i>69</i>	<i>110</i>	<i>41</i>	<i>976</i>	<i>1575</i>	<i>599</i>	<i>35</i>	<i>68</i>	<i>34</i>	<i>27</i>	<i>68</i>	<i>42</i>	<i>74</i>	<i>100</i>	<i>26</i>	<i>79</i>	<i>179</i>	<i>100</i>	<i>104</i>	<i>207</i>	<i>103</i>
U.C.. INTERM. ADULTO		23	23			0		10	10		104	104			0			6	6		9	9		18	18		
U.C. INTERM. NEO. CANG.		18	18			0		7	7		52	52			0			5	5		4	4		6	6		
U.C. INTERM. NEO. CONV.		34	34		6	6		8	8		146	146		16	16		17	17		11	11		27	27		19	19
U.C. INTERM. PED.		8	8			0			0	10	10			0				0			2	2		14	14		
UNIDADE INTERM.	6		-6			0	14		-14	124		-124	3		-3		0	2		-2	1		-1	7			-7
UNIDADE INTERM. NEO.	28	8	-20	7		-7	13	5	-8	113		-113	8	8	0	3	5	3	32	24	-8	15		-15	19	4	-16
UNIDADE ISOLAMENTO	43	41	-2	38	20	-18	25	20	-6	72	90	17	9	12	3	17	6	-11	27	29	2	29	35	6	34	23	-11
UTI ADULTO	34		-34	4		-4	17		-17	430		-430	15		-15	5		-5	4		-4	18		-18	30		-30
UTI ADULTO - TIPO I		16	16			0		2	2		55	55		12	12		4	4			0		12	12	2		-2
UTI ADULTO - TIPO II	8	38	31		16	16		36	36	49	726	677		21	21	2	27	25		10	10	4	55	51		75	75
UTI ADULTO - TIPO III			0			0		13	13	9	99	91			0			0			0		0				0
UTI COR. TIPO II			0			0			0	8	8			0		7	7			0		0				13	13
UTI DE QUEIMADOS			0			0			0	4	4			0		0		3		-3		0			1	1	
UTI INFANTIL	2		-2			0			0	63		-63			0		0	3		-3	7		-7				0
UTI NEONATAL	1		-1	3		-3			0	101		-101			0		0	4		-4	6		-6	12			-12
UTI NEONATAL - TIPO I		6	6			0			0		15	15			0		1	1		1	1		0				0
UTI NEONATAL - TIPO II	4	23	19		10	10		10	10	9	181	172			0			7	7		30	30				35	35
UTI NEONATAL - TIPO III			0			0			0	2		-2			0			0			0		0				0
UTI PEDIÁTRICA - TIPO I			0			0			0		3	3			0		1	1			0		0				0
UTI PEDIÁTRICA - TIPO II	6	28	22			0			0	3	79	76			0			7	7		5	5					0
UTI PEDIÁTRICA - TIPO III			0			0			0	2	4	2			0			0			0		0				0

[continuação]

Tipo / Especialidade	CENTRO-LESTE			CENTRO-NORTE			EXTREMO SUL			LESTE			NORDESTE			NORTE			OESTE			SUDOESTE			SUL		
	06	15	Δ	06	15	Δ	06	15	Δ	06	15	Δ	06	15	Δ	06	15	Δ	06	15	Δ	06	15	Δ	06	15	Δ
<b>Hospital/DIA</b>	4	60	56	1	2	1		26	26	231	779	549	1	31	30	4	17	13		2	2	2	14	12	0	18	18
AIDS			0			0		0	6	7	1			0		0		0		0		0					0
CIR./DIAG./TERAPÊUTICO	4	50	46	1	2	1		26	26	202	547	345	1	31	30	4	17	13		2	2	2	14	12		16	16
GERIATRIA			0			0		0		1	1			0		0		0		0		0					0
INTER. PÓS-TRANSP.			0			0		0		5	5			0		0		0		0		0				2	2
SAÚDE MENTAL		10	10			0		0	23	219	197			0		0		0		0		0		0	0		0
<b>Obstétrico</b>	906	746	-160	293	309	17	244	271	27	1388	1232	-156	287	219	-68	357	333	-25	342	318	-24	656	528	-129	664	517	-147
OBSTETRÍCIA CIRÚRGICA	397	311	-87	120	118	-1	154	125	-29	854	673	-181	106	50	-56	133	104	-29	167	116	-52	235	195	-40	347	231	-116
OBSTETRÍCIA CLÍNICA	509	436	-73	173	191	18	90	146	56	534	559	25	181	170	-12	224	229	5	175	202	27	422	333	-89	317	286	-31
<b>Outras Especialidades</b>	483	198	-286	7	8	1		21	21	1911	1146	-766	8	11	3	87	92	5	2	89	87	79	70	-9	307	227	-80
ACOLHIMENTO NOTURNO		11	11		5	5		10	10			0		4	4			0		0		0					0
CRÔNICOS	5	8	3	6		-6		2	2	726	505	-221	1	4	3	9	10	2	1	3	2	21	21	0		13	13
PNEUMO. SANITÁRIA		1	1			0		1	1	93	62	-31			0	4	4	0			0			0	7	7	0
PSIQUIATRIA	478	172	-306		3	3		5	5	959	441	-518	7	3	-4	75	78	3		5	5	58	30	-29	300	208	-93
REABILITAÇÃO	0	6	6	1		-1		3	3	134	138	4			0			0	1	82	81		20	20			0
<b>Pediátrico</b>	725	798	73	412	361	-51	353	273	-80	1120	1091	-29	194	190	-4	416	255	-161	441	279	-162	993	753	-241	905	662	-243
PEDIATRIA CIRÚRGICA	5	56	51	2	11	9	3	20	17	12	191	179		2	2		16	16	5	4	-1		22	22		24	24
PEDIATRIA CLÍNICA	720	742	22	410	350	-60	351	254	-97	1108	900	-208	194	188	-6	416	239	-177	436	275	-161	993	731	-263	905	638	-267
	<b>4457</b>	<b>4292</b>	<b>-165</b>	<b>1821</b>	<b>1758</b>	<b>-63</b>	<b>1470</b>	<b>1505</b>	<b>35</b>	<b>11388</b>	<b>12075</b>	<b>687</b>	<b>1190</b>	<b>1228</b>	<b>38</b>	<b>1783</b>	<b>1663</b>	<b>-120</b>	<b>1628</b>	<b>1605</b>	<b>-23</b>	<b>3807</b>	<b>3754</b>	<b>-53</b>	<b>4688</b>	<b>3886</b>	<b>-803</b>

**Apêndice IV - Quantitativo de leitos hospitalares SUS por tipo e especialidade nos anos de 2006 e 2015 nas Macrorregiões de Saúde da Bahia.**

Tipo / Especialidade	CENTRO-LESTE			CENTRO-NORTE			EXTREMO SUL			LESTE			NORDESTE			NORTE			OESTE			SUDOESTE			SUL		
	06	15	Δ	06	15	Δ	06	15	Δ	06	15	Δ	06	15	Δ	06	15	Δ	06	15	Δ	06	15	Δ	06	15	Δ
<b>Cirúrgico</b>	731	710	-21	317	271	-46	293	294	1	2332	2061	-271	238	229	-9	336	306	-31	281	297	17	581	598	17	926	651	-276
BUCO MAXILO FACIAL	3	4	2			0			0	40	49	9			0	1	5	5			0	9	8	-1		8	8
CARDIOLOGIA	1	5	5			0		5	5	103	96	-8			0		8	8			0	1	21	21		2	2
CIRURGIA GERAL	618	523	-95	281	238	-43	252	219	-33	1158	936	-222	201	198	-3	283	240	-44	244	272	27	431	412	-19	841	525	-317
ENDOCRINOLOGIA			0	1		-1			0	1	1	0			0			0			0			0			0
GASTROENTEROLOGIA			0	5		-5			0	6	9	4			0			0	4	4	0	13	9	-4			0
GINECOLOGIA	40	40	-1	20	13	-7	15	22	7	132	112	-20	12	6	-6	19	19	1	13	16	3	53	49	-4	50	20	-30
NEFROLOGIA/UROLOGIA	6	9	3	3		-3	0	1	1	67	67	0			0	3	1	-2			0	18	10	-8	8	1	-8
NEUROCIRURGIA			0			0		5	5	81	77	-4			0	6	2	-4			0	1	12	11	1	24	24
OFTALMOLOGIA	9	38	29	7	7	1	3		-3	85	66	-20	13	10	-3			0	2	2	1	3	10	6		1	1
ONCOLOGIA		10	10	1		-1		3	3	58	87	29			0			0			0	1	5	4	25	18	-7
ORTO./TRAUMA.	47	68	21	0	13	13	24	38	15	481	430	-51	12	15	3	25	31	6	18	4	-14	39	55	17	1	49	48
OTORRINOLARINGOLOGIA	7	13	6			0			0	13	16	3			0			0			0	2	2	0		2	2
PLÁSTICA			0			0			0	71	61	-10			0			0			0	9	3	-6		2	2
QUEIMADO ADULTO			0			0			0		6	6			0			0			0			0			0
QUEIMADO PEDIÁTRICO			0			0			0		4	4			0			0			0			0			0
TORÁCICA		1	1	0		0			0	37	26	-11			0			0			0	2	2	0		1	1
TRANSPLANTE			0			0		1	1		21	21			0			0			0			0			0
<b>Clínico</b>	1126	1115	-11	682	588	-94	391	370	-21	1676	2501	825	375	393	19	486	479	-7	395	433	38	1124	1172	48	1412	1251	-162
AIDS			0			0		1	1	33	58	26	1		-1	6	2	-4			0	5	5	0	4	4	0
CARDIOLOGIA		9	9	10	1	-9		7	7	81	89	8			0	15	24	10	5	6	1	20	15	-5		7	7
CLÍNICA GERAL	1099	1049	-50	650	583	-66	391	355	-36	1218	1682	465	362	389	28	440	416	-24	388	428	39	954	1073	119	1388	1126	-263
DERMATOLOGIA		1	1			0			0	4	3	-1			0			0			0			0		1	1
GERIATRIA		4	4	5		-5			0	4	223	220	2	4	2	5		-5			0	8	3	-5		6	6
HANSENOLOGIA			0			0			0	33	20	-13			0	3		-3			0			0			0
HEMATOLOGIA		1	1			0			0	18	25	7			0			0			0		2	2		3	3
LEITO/DIA			0			0			0			0			0			0			0			0			0
NEFROUROLOGIA		5	5	2	4	2			0	50	74	24			0	4	3	-1			0	19	4	-15		1	1
NEONATOLOGIA	27	12	-15	3		-3			0	96	109	14	10		-10	6	8	1			0	94	50	-44	4	18	14

[continuação]

Tipo / Especialidade	CENTRO-LESTE			CENTRO-NORTE			EXTREMO SUL			LESTE			NORDESTE			NORTE			OESTE			SUDOESTE			SUL		
	06	15	Δ	06	15	Δ	06	15	Δ	06	15	Δ	06	15	Δ	06	15	Δ	06	15	Δ	06	15	Δ	06	15	Δ
NEUROLOGIA		9	9			0			0	12	44	32			0	4	9	5			0	18	12	-6	3	33	30
ONCOLOGIA		24	24			0		6	6	47	103	57			0	1	8	8			0		5	5	14	51	38
PNEUMOLOGIA			0	13		-13		1	1	82	64	-19			0	4	3	-1	2		-2	7	3	-4		3	3
QUEIMADO ADULTO			0			0			0		4	4			0		2	2			0			0			0
QUEIMADO PEDIÁTRICO			0			0			0		3	3			0		4	4			0			0			0
SAÚDE MENTAL		2	2			0			0			0			0			0			0			0			0
<b>Complementar</b>	<i>99</i>	<i>152</i>	<i>53</i>	<i>52</i>	<i>34</i>	<i>-18</i>	<i>49</i>	<i>59</i>	<i>10</i>	<i>404</i>	<i>867</i>	<i>463</i>	<i>23</i>	<i>35</i>	<i>12</i>	<i>22</i>	<i>44</i>	<i>22</i>	<i>58</i>	<i>98</i>	<i>40</i>	<i>65</i>	<i>134</i>	<i>68</i>	<i>77</i>	<i>137</i>	<i>60</i>
U.C. INTERM. ADULTO		21	21			0		8	8		38	38			0			0		6	6		3	3		15	15
U.C. INTERM. NEO. CANG.			0			0			0		38	38			0			0		5	5		4	4		3	3
U.C. INTERM. NEO. CONV.			0			0			0		90	90			0	2	2		10	10		15	15		5	5	
U.C. INTERM. PED.		6	6			0			0		10	10			0			0			0		2	2		11	11
UNIDADE INTERM.	6		-6			0	5		-5	37		-37			0			0		0	1		-1	3		-3	
UNIDADE INTERM. NEO.	15	8	-8	7		-7	13	5	-8	99		-99	8	8	0		5	5	29	24	-5	15		-15	11	4	-8
UNIDADE ISOLAMENTO	42	38	-4	38	14	-24	25	19	-7	47	59	12	8	10	2	17	6	-11	26	29	3	29	31	2	34	21	-13
UTI ADULTO	17		-17	4		-4	6		-6	173		-173	7		-7	5		-5		0	8		-8	23		-23	
UTI ADULTO - TIPO I			0			0			0			0			0			0		0			0			0	
UTI ADULTO - TIPO II	8	30	23		10	10		17	17		429	429		17	17		25	25		10	10		44	44		39	39
UTI ADULTO - TIPO III			0			0			0		31	31			0			0		0			0			0	
UTI COR. TIPO II			0			0			0		8	8			0		6	6		0			0			13	13
UTI DE QUEIMADOS			0			0			0		4	4			0			0	3		-3		0			0	
UTI INFANTIL	2		-2			0			0	33		-33			0			0		0	7		-7			0	
UTI NEONATAL	1		-1	3		-3			0	15		-15			0			0		0	6		-6	7		-7	
UTI NEONATAL - TIPO I			0			0			0			0			0			0		0			0			0	
UTI NEONATAL - TIPO II	4	21	17		10	10		10	10		96	96			0			0		7	7		30	30		28	28
UTI NEONATAL - TIPO III			0			0			0			0			0			0		0			0			0	
UTI PEDIÁTRICA - TIPO I			0			0			0			0			0			0		0			0			0	
UTI PEDIÁTRICA - TIPO II	6	28	22			0			0		60	60			0			0		7	7		5	5		0	
UTI PEDIÁTRICA - TIPO III			0			0			0		4	4			0			0		0			0			0	

[continuação]

Tipo / Especialidade	CENTRO-LESTE			CENTRO-NORTE			EXTREMO SUL			LESTE			NORDESTE			NORTE			OESTE			SUDOESTE			SUL		
	06	15	Δ	06	15	Δ	06	15	Δ	06	15	Δ	06	15	Δ	06	15	Δ	06	15	Δ	06	15	Δ	06	15	Δ
<b>Hospital/DIA</b>	4	42	38	1	2	1		9	9	86	191	105	1	4	3		10	10		2	2	2	9	7	0	5	5
AIDS			0			0				0	6	7	1		0			0			0						0
CIR./DIAG./TERAPÊUTICO	4	32	28	1	2	1		9	9	58	175	118	1	4	3		10	10		2	2	2	9	7		3	3
GERIATRIA			0			0					1	1			0			0			0						0
INTER. PÓS-TRANSP.			0			0					5	5			0			0			0					2	2
SAÚDE MENTAL		10	10			0				0	23	3	-20		0			0			0				0	0	0
<b>Obstétrico</b>	837	648	-190	261	278	17	202	221	20	1147	988	-159	249	192	-57	329	305	-24	302	286	-16	596	451	-145	615	461	-155
OBSTETRÍCIA CIRÚRGICA	364	267	-97	106	96	-10	121	105	-16	735	535	-200	93	37	-56	128	85	-43	140	98	-42	199	140	-58	305	194	-112
OBSTETRÍCIA CLÍNICA	474	381	-92	155	182	27	80	116	36	412	453	41	156	155	-1	201	220	19	162	188	26	397	310	-87	310	267	-43
<b>Outras Especialidades</b>	478	194	-285	7	8	1		19	19	1898	952	-947	8	11	3	87	92	6	2	89	87	75	70	-5	268	205	-63
ACOLHIMENTO NOTURNO		11	11		5	5		10	10			0		4	4			0			0						0
CRÔNICOS	0	6	6	6		-6		2	2	715	505	-210	1	4	3	8	10	2	1	3	2	17	21	4		13	13
PNEUMO. SANITÁRIA		1	1			0		1	1	91	62	-29			0	4	4	1			0			0	7	7	0
PSIQUIATRIA	478	172	-306		3	3		4	4	959	277	-682	7	3	-4	75	78	3		5	5	58	30	-29	261	186	-76
REABILITAÇÃO	0	4	4	1		-1		2	2	134	108	-26			0			0	1	82	81		20	20			0
<b>Pediátrico</b>	688	703	15	396	322	-74	276	231	-46	973	924	-49	168	165	-3	397	230	-168	400	248	-152	931	689	-243	830	595	-235
PEDIATRIA CIRÚRGICA	5	54	49	2	10	8	3	14	11	12	152	140		2	2		9	9	5	3	-2		15	15		20	20
PEDIATRIA CLÍNICA	682	649	-34	394	312	-82	274	217	-57	961	772	-189	168	163	-5	397	221	-177	396	245	-151	931	674	-258	830	576	-255
	<b>3963</b>	<b>3563</b>	<b>-401</b>	<b>1715</b>	<b>1503</b>	<b>-212</b>	<b>1210</b>	<b>1202</b>	<b>-8</b>	<b>8515</b>	<b>8483</b>	<b>-32</b>	<b>1062</b>	<b>1030</b>	<b>-32</b>	<b>1657</b>	<b>1465</b>	<b>-192</b>	<b>1437</b>	<b>1453</b>	<b>16</b>	<b>3374</b>	<b>3121</b>	<b>-253</b>	<b>4129</b>	<b>3304</b>	<b>-825</b>