



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Brasil

Vercesi de Albuquerque, Mariana; d' Ávila Viana, Ana Luiza; Dias de Lima, Luciana;
Ferreira, Maria Paula; Rodrigues Fusaro, Edgard; Lana Iozzi, Fabíola

Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 22, núm. 4, abril, 2017, pp. 1055-1064

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63050551004>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016

Regional health inequalities:
changes observed in Brazil from 2000-2016

Mariana Vercesi de Albuquerque¹

Ana Luiza d'Ávila Viana²

Luciana Dias de Lima¹

Maria Paula Ferreira³

Edgard Rodrigues Fusaro⁴

Fabíola Lana Iozzi¹

Abstract Advances in reducing poverty and inequalities in the 2000s had a paradoxical effect in Brazil. This article examines how socioeconomic transformations, and the complexity of health services, are expressed in the regions established for planning purposes and the inter-governmental management of the Brazilian Unified Health System. An effort was made to identify and explain differences in the compositions of the 438 existing health regions and their spatial distribution by comparing situations observed in 2016 with those in 2000. Factor analysis and grouping techniques were used to construct a typology in the two years of the series, which was based on a diverse set of secondary data sources. It was found that there was an evolution in terms of income levels and service provision within the health regions, with a significant improvement in the socioeconomic conditions of the population. These results suggest that there was a positive impact from the combination of strategies related to social, economic and regional policies for the promotion of development, which generated more widespread well-being within the affected areas. However, limitations remain regarding the policies implemented for the universalization of the health system.

Key words Health inequalities, Regional health planning, Unified Health System, Health regions

DOI: 10.1590/1413-81232017224.26862016

¹ Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, R. Leopoldo Bulhões 1480/Prédio da Ensp/709, Manguinhos, 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. mariana.albuquerque@ensp.fiocruz.br

² Departamento de Medicina Preventiva Faculdade de Medicina Universidade de São Paulo. São Paulo SP Brasil.

³ Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. São Paulo SP Brasil.

⁴ Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos. São Paulo SP Brasil.

Resumo Avanços na redução da pobreza e das desigualdades nos anos 2000 tiveram efeito paradoxal sobre o território brasileiro. O artigo tem como objetivo analisar como transformações socioeconômicas, de oferta e complexidade de serviços de saúde se expressam nas regiões constituídas para fins de planejamento e gestão inter-governamental do Sistema Único de Saúde. Para isso, procurou-se identificar e explicar diferenças nas composições das 438 regiões de saúde existentes e sua distribuição espacial, comparando-se situações observadas em 2016 com aquelas encontradas em 2000. Técnicas de análise fatorial e de agrupamentos foram utilizadas para a construção de uma tipologia nos dois anos da série, com base em um conjunto diversificado de fontes de dados secundários. Verificou-se evolução dos níveis de renda e oferta de serviços entre as regiões de saúde, com expressiva melhora nas condições socioeconômicas da população. Os resultados sugerem impactos positivos da combinação de estratégias relacionadas à política social, econômica e regional para a promoção do desenvolvimento com geração de bem-estar de forma mais disseminada no território. Entretanto, permanecem limitações das políticas implementadas para a universalização do sistema de saúde.

Palavras-chave Desigualdades em saúde, Regionalização, Sistema Único de Saúde, Regiões de saúde

Introdução

O território brasileiro é marcado por profundas desigualdades regionais decorrentes de heranças históricas que demarcam seus usos e da conformação política e econômica do país.

Ao longo da primeira metade do século XX, o desenvolvimento focado em atividades produtivas relacionadas às especificidades geográficas das macrorregiões produziu complexos econômicos diversos não necessariamente integrados entre si. A concentração das atividades urbanas e produtivas nos espaços litorâneos (Nordeste) e em grandes centros metropolitanos (Sudeste e Sul) ampliou-se com a industrialização e a transição rural-urbana da população¹.

A partir da década de 1970, uma série de eventos marcou a globalização do país, quando o Estado assume um novo papel de promoção da integração competitiva de lugares e regiões ao mercado mundial. Neste momento, observam-se mudanças significativas, tais como: o crescente investimento público e privado em fluidez territorial (redes e logísticas de transporte, informação e comunicação); a financeirização e informatização das atividades; o crescimento de especializações produtivas, com redefinição do papel das metrópoles como centros financeiros, de inovação e de comando econômico e político; o surgimento de novos fronts de modernização e cidades médias, incluindo a expansão do agronegócio no Centro-Oeste; a integração territorial mais seletiva, vinculada à inserção de lugares e regiões no mercado internacional; e o crescimento da mobilidade populacional em todo o território².

De forma fragmentada, as políticas públicas incentivaram a integração internacional a partir da incorporação de novos lugares, atividades, sistemas técnicos e regulações – configurando regiões mais e menos concentradas, fluídas, densas, competitivas e interdependentes frente aos centros mais avançados do mercado mundial^{3,4}. Essa modernização resultou em um processo de reorganização produtiva, e, também, no aumento das desigualdades socioespaciais, que permaneceram associadas à concentração de poder nas mãos de determinados grupos e à de infraestruturas e de riqueza em determinados lugares e atividades.

Em geral, a configuração territorial do Sistema Único de Saúde (SUS) expressa e reproduz as desigualdades regionais no Brasil. Na primeira década de sua implantação (1990-2000), a distribuição espacial dos serviços públicos de saúde acompanhou as tendências de desconcentração e desigualdade que marcaram o processo de glo-

balização⁵. Equipamentos de média e alta complexidade mantiveram-se concentrados principalmente em capitais, metrópoles e em alguns poucos polos regionais, resultando em grande variação dos fluxos de pacientes (maior em relação aos serviços mais complexos) para utilização de serviços⁶. No caso da atenção básica, particularmente das equipes vinculadas ao Programa Saúde da Família (PSF), ocorreu o contrário. Houve expansão significativa do Saúde da Família nas regiões mais pobres do país, com maiores limitações para sua implantação em periferias metropolitanas, justamente as cidades mais ricas e densas⁷. Tal padrão de distribuição da oferta repercutiu nas desigualdades sociais e geográficas de acesso aos serviços de saúde, com diferenciações importantes entre residentes de regiões mais ou menos desenvolvidas economicamente^{6,8}.

Nos anos 2000, o Brasil experimentou diminuição da pobreza e das desigualdades^{9,10}, considerando, particularmente, a distribuição da renda na base da população¹¹, seguindo tendência contrária àquela vivenciada em países ricos e democráticos¹², transformando-se em um exemplo para o mundo. As mudanças neste início de século podem ser medidas, por exemplo, pelo aumento do PIB, da renda média municipal, da renda individual, do poder de consumo das famílias e do nível de escolaridade da população. Com relação aos indicadores de saúde, o país também registrou expressivos ganhos, mantendo as tendências de redução da mortalidade infantil e de aumento da expectativa de vida verificadas nas últimas décadas, e atingindo níveis bem melhores do que outros países emergentes e de renda média em 2010^{13,14}.

Porém, pesquisas indicam que os avanços observados nesse período tiveram efeito paradoxal sobre o território brasileiro¹⁵. Verificam-se, simultaneamente, redução dos patamares médios da pobreza e aumento da distância entre áreas com menor e maior concentração de pobres, sendo que as desigualdades ainda se encontram elevadas e se expressam de forma significativa em determinados grupos e políticas sociais. A distribuição dos municípios com muita pobreza permanece concentrada no Norte e Nordeste, em 2010, tendo em vista sua maior redução no Sul e Sudeste.

Na saúde, os reflexos das mudanças também são contraditórios. Enquanto a atenção básica se expande no território nacional incorporando as regiões metropolitanas, há diminuição da oferta de leitos hospitalares com aumento do número de hospitais de pequeno porte em diversos municípios do país¹⁶. Por sua vez, levantamentos re-

centes indicam a permanência da concentração de equipamentos de média e alta complexidade em número restrito de cidades e da necessidade de grandes deslocamentos entre macrorregiões e estados do país para a obtenção de determinados serviços¹⁷.

A partir dessas considerações, questionam-se: quais mudanças relacionadas às desigualdades regionais se expressam no sistema de saúde brasileiro no período de 2000 a 2016? Que hipóteses explicativas podem ser levantadas a partir das tendências observadas?

O objetivo do estudo foi analisar como transformações socioeconômicas, de oferta e complexidade de serviços de saúde se evidenciam nas regiões constituídas nos estados para fins de planejamento, negociação e gestão intergovernamental do SUS. Para isso, procurou-se identificar e explicar diferenciações nas composições das regiões de saúde e sua distribuição nas macrorregiões brasileiras (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul), comparando-se situações identificadas em 2016, com aquelas encontradas em 2000.

Método

Os padrões de desigualdades foram observados por meio da construção de uma tipologia que diferencia 438 regiões de saúde existentes no Brasil, em fevereiro de 2016 (www.datasus.gov.br), segundo agrupamentos com distintos perfis socioeconômicos, de oferta e complexidade de serviços de saúde. A construção dessa tipologia partiu de um de um conjunto diversificado de fontes de dados. Foram utilizados: o Censo Demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (www.ibge.gov.br); os Bancos de Dados do SUS disponíveis no Datasus (www.datasus.gov.br); e o Sistema de Contas Regionais – IBGE.

A opção por essas fontes de dados baseou-se em seis diretrizes: a) dados válidos, consistentes

e confiáveis; b) dados largamente aceitos e reconhecidos pelas respectivas áreas técnicas; c) dados padronizados e atualizados periodicamente; d) dados com cobertura nacional e que permitissem sua disagregação a nível municipal; e) dados de preferência de acesso público e que possibilitassem um pareamento mínimo a nível municipal; f) dados que apresentassem série histórica.

As variáveis selecionadas para compor a tipologia expressam as condições definidas para aferição dos padrões de desigualdades entre as regiões (Tabela 1). Os resultados foram analisados em dois períodos: 2000-2008 e 2010-2015, denominados, respectivamente, como edição 2000 e edição 2016. Os anos dos dados variaram de acordo com sua periodicidade e atualização, optando-se pela edição mais recente da fonte para sua obtenção.

Utilizaram-se os dados mais recentes (edição 2016) para a realização de análise fatorial¹⁸ com extração por componentes principais para cada uma das dimensões descritas no Quadro 1. Foram gerados dois escores fatoriais com média zero e variância igual a 1 que expressam a situação socioeconômica das regiões e a oferta e complexidade do sistema de saúde regional.

O grau de desenvolvimento socioeconômico dos municípios pertencentes às regiões de saúde é medido pelo fator relacionado ao *Desenvolvimento Socioeconômico*. As regiões que atingem os maiores valores nesse indicador caracterizam-se por agruparem os municípios mais urbanizados, populosos, industrializados e dinâmicos economicamente. O fator relacionado à *Oferta e Complexidade dos Serviços de Saúde* indica o grau de complexidade dos serviços oferecidos nas regiões. Maiores valores nesse indicador indicam maior oferta e complexidade do sistema de saúde.

A seguir foi realizada uma análise de agrupamentos (*k-means*) utilizando-se os dois escores¹⁸ e obtendo-se cinco grupos de regiões. A partir de uma análise da distribuição dos dois escores nos cinco grupos gerados foi possível reescrever os agrupamentos segundo combinações dos dois

Tabela 1. Critério de construção da tipologia das regiões de saúde. Brasil, 2016.

Desenvolvimento socioeconômico	Oferta e complexidade dos serviços de saúde		
	Baixa (-1,62217 a -012590)	Média (-012591 a 1,16828)	Alta (1,16829 a 3,22391)
Baixa (-1,8811 a -0,3515)		Grupo 1	
Média (-0,3514 a 0,8529)			Grupo 3
Alta (0,8530 a 4,0873)	Grupo 2	Grupo 4	Grupo 5

Quadro 1. Variáveis utilizadas na construção da tipologia. Brasil, 2016.

Grupos de regiões	Variáveis	Fonte	Edição 2016	Edição 2000
Desenvolvimento Socioeconômico	Renda Domiciliar per capita (em Reais)	Censo Demográfico IBGE	2010	2000
	PIB per capita (em R\$1,00)	Contas Regionais – IBGE	2013	2000
	% de pessoas de 10 anos e mais com pelo menos o ensino fundamental	Censo Demográfico IBGE	2010	2000
	% de pessoas de 10 anos e mais com pelo menos ensino médio	Censo Demográfico IBGE	2010	2000
	Densidade populacional	Elaboração dos autores	2010	2000
Oferta e complexidade dos serviços de saúde	Número de leitos por 1.000 habitantes	CNES	Dez/2015	Dez/2005
	Número de médicos por 1.000 habitantes	CNES	Dez/2015	Dez/2005
	% de beneficiários de planos de saúde	ANS	Set/2015	Dez/2000
	% de internações de alta complexidade no SUS no total de internações	SIH	2014	2008

fatores expressos em três categorias: Baixa, Média e Alta (Tabela 1).

Para a edição 2000 a tipologia foi reproduzida padronizando-se as variáveis correspondentes a essa edição segundo as médias e os desvios padrões dos seus componentes obtidos na edição 2016, e aplicando os coeficientes dos escores fatoriais obtidos nessa última edição. Posteriormente, esses escores foram classificados segundo os critérios apresentados na Tabela 2.

Tais procedimentos garantiram a comparação entre os dois períodos, dado que os padrões para a construção dos escores fatoriais foram os mesmos para as edições 2000 e 2016. Para 2000, as 438 regiões de saúde foram desenhadas a partir da agregação dos municípios existentes naquele ano (5507 no total). Os 63 municípios criados a partir de 2000 foram agregados nas mesmas regiões de saúde dos municípios dos quais se desmembraram.

Resultados

Os cinco grupos de regiões de saúde gerados na tipologia podem ser descritos como:

- Grupo 1 – apresenta como principal característica o baixo desenvolvimento socioeconômico. Na edição de 2016 incluía 175 regiões com 2.151 municípios que englobavam 22,5% da po-

pulação do Brasil localizados predominantemente na região Nordeste;

- Grupo 2 – caracteriza-se por apresentar níveis médios e altos de desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta e complexidade dos serviços de saúde locais. Incluía 47 regiões, 482 municípios e 5,7% da população do Brasil na edição de 2016, sendo que a maioria dessas regiões localizava-se nas macrorregiões Centro-Oeste, Sudeste e Norte;

- Grupo 3 – representa as regiões de saúde com níveis médios e altos de desenvolvimento socioeconômico e de oferta de serviços. Na edição 2016 englobava 129 regiões e 1.891 municípios que agregavam 20,3% da população do Brasil. Essas regiões localizavam-se predominantemente nas macrorregiões Sudeste e Sul;

- Grupo 4 – caracteriza-se por agrupar regiões com alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços. Incluía 27 regiões, 300 municípios e 10,6% da população do Brasil, localizadas em sua grande maioria, na macrorregião Sudeste;

- Grupo 5 – expressa regiões com alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços. Agregava 60 regiões, 746 municípios e 40,9% da população, localizadas predominantemente nas macrorregiões Sudeste e Sul.

Observou-se grande evolução dos níveis de renda e oferta de serviços entre as 438 regiões de

Tabela 2. Distribuição das regiões de saúde segundo tipologia. Brasil. 2000 e 2016.

Tipologia	2000			2016		
	Regiões	%	População	Regiões	%	População
Grupo 1	336	76,4	79.735.932	175	40,0	45.948.301
Grupo 2	17	4,1	8.395.337	47	10,7	11.652.320
Grupo 3	76	17,4	51.050.166	129	29,5	41.574.787
Grupo 4	6	1,1	15.955.438	27	6,2	21.593.928
Grupo 5	3	0,9	14.662.297	60	13,7	83.713.123
Total	438	100,0	169.799.170	438	100,0	204.482.459

Fonte: Datasus e IBGE. Elaboração dos autores.

saúde durante a década de 2000, com expressiva melhora nas condições socioeconômicas da população. Comparando as duas edições da tipologia, em 2016, 40% das regiões de saúde foram classificadas como Grupo 1, ou seja, com baixo desenvolvimento socioeconômico. Quando aplicados os padrões socioeconômicos e de oferta de serviços dessa edição nos dados de 2000, 76,4% das regiões de saúde situaram-se nesse grupo. Em 2016, 46 milhões (22% da população) residiam nas regiões de saúde do grupo 1, enquanto em 2000 esse agrupamento agregava 79 milhões de pessoas (50% da população) (Tabela 2).

Em 2016, os grupos 4 e 5 agregavam 87 regiões de saúde. Em 2000, apenas 9 regiões apresentavam níveis socioeconômicos e de oferta de serviços similares aos observados nesses dois grupos em 2016. Em 2000, esses grupos abarcavam 18% da população brasileira contra 50% em 2016. O número de municípios passou de 71, em 2000, para mais de 1.000, em 2016.

É importante destacar que, em 2000, apenas 3 regiões de saúde apresentavam padrões de desenvolvimento socioeconômico e oferta de serviços similares aos observados no Grupo 5 de 2016. Destas, duas localizavam-se no estado de São Paulo e uma no Rio Grande do Sul.

Esse mesmo movimento é observado nos demais agrupamentos. Em 2000, 17 regiões seriam classificadas no agrupamento 2 (médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta/complexidade assistencial) contra 47 em 2016. Já no agrupamento 3 (médio desenvolvimento socioeconômico e média/alta oferta/complexidade assistencial), 76 classificavam-se nesse grupo em 2000 contra 129 em 2016 (Tabela 2).

Nas macrorregiões brasileiras é visível a mudança dos agrupamentos, dado que, em 2000, apenas 6 regiões de saúde do agrupamento 3 e nenhuma dos agrupamentos 4 e 5, localizavam-

se nas macrorregiões Norte e Nordeste. Em 2016, com exceção do agrupamento 5 na macrorregião Norte, cresceu o número de regiões dos diversos agrupamentos com a presença do grupo 4 (em 2016) e a expansão do grupo 2 (entre 2000 e 2016), apesar, ainda, da grande concentração do agrupamento 1, predominando a combinação baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa disponibilidade/oferta de serviços de saúde. A região Nordeste caracterizava-se por uma maior presença, em 2016, dos grupos 3, 4 e 5, o que demonstra uma melhoria no perfil de desenvolvimento socioeconômico e da oferta de serviços (Figura 1).

A macrorregião Centro-Oeste diversificou-se, em 2016, pela maior presença dos grupos 2 e 3, caracterizando-se, portanto, por combinar médio e alto desenvolvimento socioeconômico com baixa e média disponibilidade/oferta de serviços de saúde. As macrorregiões Sudeste e Sul apresentaram desconcentração ou interiorização do desenvolvimento e da oferta de serviços, com forte presença dos grupos 3 e 5, com destaque para a presença do grupo 5 em maior proporção no estado de São Paulo.

Quando se observa a transição das regiões entre os grupos no período do estudo constata-se que, das 336 regiões classificadas como grupo 1 em 2000, 175 (52,1%) permaneceram no grupo 1 em 2016. Essas regiões localizavam-se basicamente nas macrorregiões Norte e Nordeste. Para o grupo 2 migraram 45 regiões (13,4%) que apresentaram melhora nas condições socioeconômicas, localizando-se nas macrorregião Centro-Oeste, no noroeste de Minas Gerais e no Tocantins. Já para o grupo 3, com melhora nas condições socioeconômicas e na oferta de serviços, migraram 109 (32,4%), destas 336 regiões do grupo 1 (em 2000). Essas regiões localizavam-se na macrorregião Sul, em Minas Gerais e no lito-

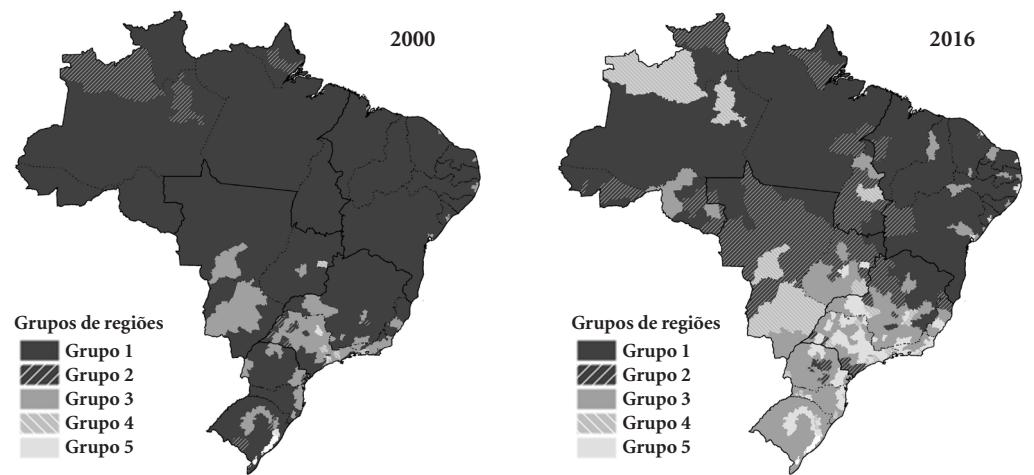


Figure 1. Distribuição das 438 regiões de saúde segundo tipologia de municípios. Brasil. 2000 e 2016.

Fonte: Datasus e IBGE. Elaboração dos autores.

Nota: Grupo 1 = regiões com baixo desenvolvimento socioeconômico e com baixa, média ou alta oferta/complexidade de serviços de saúde; Grupo 2 = regiões com médio ou alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta/complexidade de serviços de saúde; Grupo 3 = regiões com médio desenvolvimento socioeconômico e com média ou alta oferta/complexidade de serviços de saúde; Grupo 4 = regiões com alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta/complexidade de serviços de saúde; Grupo 5 = regiões com alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta/complexidade de serviços de saúde.

ral do Nordeste. Seis regiões, localizadas nos estados de Tocantins, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Santa Catarina e Mato Grosso do Sul, migraram para o grupo 4, com alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços. Além disso, uma região de saúde localizada no estado de Santa Catarina migrou do grupo 1 para o 5 entre 2000 e 2016 (Figura 1).

Em relação ao grupo 2, que englobava 17 regiões em 2000, apenas duas permaneceram neste grupo em 2016, uma localizada no estado do Amapá e outra no estado de São Paulo. As demais regiões apresentaram melhorias nas condições socioeconômicas e na oferta de serviços. Das 76 regiões classificadas como grupo 3, em 2000, pouco mais de 80% migraram para os grupos 4 e 5, apresentando, sobretudo, aumento no desenvolvimento econômico. Essas regiões localizavam-se basicamente no estado de São Paulo e no litoral da região Sul.

Entre 2000 e 2010, o PIB *per capita* cresceu e a renda domiciliar *per capita* aumentou de R\$ 584 para R\$ 668 (em reais de julho de 2010), com uma expressiva diminuição da pobreza. A elevação do nível educacional da população foi significativa. Entre 2000 e 2016, as pessoas de 10 anos ou mais com pelo menos o ensino fundamental

passaram de 34,9% para quase 50% da população brasileira e com pelo menos o ensino médio de 19,3% para 31,8%.

Já em relação à oferta e complexidade dos serviços de saúde, observou-se que o número de leitos por mil habitantes apresentou queda, passando de 2,5 em 2000, para 2,2 em 2016. O investimento na oferta de leitos não acompanhou as tendências de crescimento de outros indicadores que provocaram mudanças nas regiões de saúde do país: crescimento populacional, da renda, do PIB e do nível educacional. Ao mesmo tempo em que houve queda geral do número de leitos verificou-se o aumento de 1,18 para 1,72 médicos por mil habitantes. Também aumentou a participação dos planos de saúde, expressa pelo percentual de beneficiários, o qual passou de 19,8% para 35,3% da população brasileira entre 2000 e 2015.

Apesar da melhora observada nos indicadores analisados, a desigualdade entre as regiões persiste. A renda domiciliar dos residentes nas regiões do grupo 1 equivaliam a 30% do observado no grupo 5. No grupo 1, os médicos que atendiam ao SUS representavam 92% do total de médicos contra 70% no grupo 5. Enquanto no Grupo 5, 58% da população possuía plano de saúde, no grupo 1 esse percentual equivalia a 5% (Tabela 3)

Discussão

Diversos fatores podem ser relacionados para explicar as mudanças nas desigualdades territoriais observadas a partir das regiões de saúde. A primeira hipótese explicativa é de que estas refletem a combinação de políticas sociais e econômicas, com crescimento da renda e da escolaridade, associados a estratégias regionais de desenvolvimento.

Nos anos 2000, a condução do Estado brasileiro adquiriu novos contornos com vistas à redução da pobreza e das desigualdades, que envolveram a adoção de diferentes iniciativas¹⁵, dentre as quais se destacam: as políticas de transferência de renda (tais como o programa bolsa família e o benefício de prestação continuada), os incentivos ao aumento do emprego formal e a política de valorização do salário mínimo, a expansão dos recursos destinados à educação, o aumento do investimento público em infraestrutura e voltado para a expansão de serviços, o crédito imobiliário e o incentivo para aumento da produção e do consumo no mercado interno.

Segundo Araújo¹, o novo padrão de crescimento focado na produção e no consumo de massa teve efeitos regionais diferenciados e favoreceu especialmente o Norte e o Nordeste do país, sendo que o aumento do salário mínimo real repercutiu mais no Nordeste, com resultados bem acima da média brasileira. O dinamismo do consumo resultou, num segundo momento, na expansão de indústrias de alimentos e bebidas e a política habitacional na ampliação do setor de construção civil.

Outras estratégias adotadas privilegiaram a dimensão territorial do desenvolvimento de modo explícito e buscaram valorizar as diversidades regionais do país, estimulando novos acordos intergovernamentais e intersetoriais¹⁹⁻²¹. A distribuição da população no território é outra variável chave para explicar as mudanças de cenário brasileiro. O Centro-Oeste, parte do Norte e a porção oeste do Nordeste se adensaram e as cidades médias cresceram com maior intensidade nesse período.

A política de saúde acompanhou de forma particular as propostas de desenvolvimento regional, ora se inserindo em projetos intersetoriais, como no caso do Plano Saúde na Amazônia Legal, ora investindo na regionalização setorial, visando melhorar a integração dos serviços de saúde, a distribuição dos recursos e a ampliação do acesso²²⁻²⁴.

De modo mais específico, considera-se que as mudanças da tipologia no período 2000 a 2016 podem ser compreendidas pelo comportamento de seus componentes: crescimento do PIB per capita, do nível de renda das famílias brasileiras, do nível educacional, da oferta de médicos e da medicina suplementar.

No Norte e, sobretudo, no Centro-Oeste, a diversificação dos grupos representados se justifica, em parte, pelo fato de que as duas macrorregiões tiveram seu desenvolvimento socioeconômico muito atrelado à expansão da agropecuária e mineração, com vocação exportadora, uso intenso de tecnologia e ampliação da infraestrutura logística (transporte e comunicação). Tais atividades resultaram num crescimento populacional

Tabela 3. Principais características dos agrupamentos de regiões de saúde no Brasil 2016.

Características	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Total
Rendimento domiciliar per capita médio (em reais)	271	484	582	660	895	668
Produto Interno Bruto per capita	9.230	21.975	23.111	30.023	37.286	26.446
Pessoas de 10 anos ou mais com pelo menos o ensino fundamental (%)	31,9	44	46,4	55,3	58,6	49,2
Pessoas de 10 anos ou mais com pelo menos o ensino médio (%)	17,5	26,5	28,8	36,2	40,2	31,8
Beneficiários de planos de saúde na população (%)	5,4	14,6	25,4	39,5	58,1	35,3
Médicos por mil habitantes	0,63	0,9	1,42	1,6	2,61	1,72
Médicos SUS no total de médicos (%)	92,2	86,5	83,3	78,1	70,0	75,4
Leitos por mil habitantes	1,7	1,7	2,4	1,9	2,5	2,2
Leitos SUS no total de leitos (%)	88,8	76,6	72,9	68,7	62,5	70,6

Fonte: Datasus e IBGE. Elaboração dos autores.

concentrado em poucos centros urbanos, nem sempre seguido de investimentos e planejamento capazes de absorver as novas demandas por serviços urbanos e sociais. Esse dinamismo socioeconômico, que ocorreu de forma mais expressiva nas regiões do Centro-Oeste, foi em parte acompanhado da expansão da oferta de serviços de saúde.

Já as mudanças no Nordeste caracterizaram-se pela melhoria no perfil de desenvolvimento socioeconômico e da oferta de serviços, porém extremamente concentrada em poucas regiões. Uma das explicações para este fato é que, por um lado, os investimentos e a expansão de atividades econômicas mantiveram a tendência histórica de concentração nas capitais e em tradicionais polos regionais e, por outro, algumas poucas áreas dessa macrorregião se inseriram no recente processo de expansão do agronegócio (a exemplo do oeste baiano).

No Sudeste e no Sul observou-se interiorização do desenvolvimento e da oferta de serviços, em maior proporção no estado de São Paulo. Em parte, esta tendência pode ser explicada pela desconcentração das indústrias, dos serviços e da população urbana que vem ocorrendo nestas regiões, desde as décadas de 1980-1990. Associa-se a isto a histórica concentração da riqueza, dos recursos e dos serviços no Sul e Sudeste, especialmente no estado de São Paulo – área *core* da macrorregião mais rica do país.

A melhoria da distribuição das regiões de saúde segundo os grupos da tipologia, com destaque para a perda de importância do peso do agrupamento 1, no intervalo de 16 anos, são indicativos de como a combinação entre política social, econômica e regional pode ser um caminho para a elevação da produção econômica com geração de bem estar de forma mais disseminada em termos regionais (visto não somente como melhor distribuição de renda, mas também como oferta de serviços públicos essenciais ou universais). Houve expansão dos serviços de atenção primária à

saúde por meio da Estratégia Saúde da Família, com destaque para as regiões menos favorecidas pela oferta assistencial pública e privada. Também houve melhora na distribuição regional de serviços de média e alta complexidade, assim como dos profissionais de saúde, acompanhando o crescimento regional da renda.

Entretanto, há que se considerarem os limites das políticas implementadas na última década para a universalização do sistema de saúde. Como ressaltado por Viana e Machado²⁵, o ‘gatilho’ acionado pelo crescimento da economia e do emprego formal tem tido um impacto maior na ampliação da comercialização de planos e seguros de saúde se comparado à expansão do SUS, dado a vinculação da elevação do gasto federal à variação nominal do PIB e a canalização de recursos públicos para o financiamento do segmento privado (na forma de impostos, isenções e desonerações fiscais e subsídios diversos, inclusive ao crédito). Neste estudo, isso se evidencia pela elevação de beneficiários da medicina suplementar e de médicos que responderam por grande parte das mudanças observadas em relação à oferta/complexidade do sistema de saúde em várias regiões do país.

As políticas regionais explícitas na área da saúde nos últimos anos produziram alguns avanços, tais como a priorização de estratégias regionais de negociação intergovernamental, de investimento, planejamento e expansão da rede de serviços, de forma a enfrentar desigualdades em saúde. Mas também enfrentaram algumas limitações decorrentes da própria lógica setorial da política e do sistema de saúde, assim como das desigualdades regionais herdadas.

Portanto, diante das tendências atuais de mudanças das desigualdades regionais em saúde no Brasil, os resultados para a proteção social são incertos e dependem da centralidade conferida às políticas sociais de caráter universal no modelo desenvolvimento a ser construído para as próximas décadas.

Colaboradores

MV Albuquerque, ALD Viana e LD Lima foram responsáveis pela concepção, análise das informações e redação do artigo. MP Ferreira desenvolveu proposta metodológica, redigiu a seção de Métodos e participou da análise das informações. ER Fusaro e FL Iozzi colaboraram com a coleta e análise das informações, confecção dos quadros e figuras e redação. Todos foram responsáveis pela revisão final do artigo.

Agradecimentos

A pesquisa contou com recursos do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação e do Ministério da Saúde. ALD Viana e LD Lima são bolsistas produtividade do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Referências

1. Araújo TB. Tendências do desenvolvimento regional recente no Brasil. In: Brandão CA, Siqueira H, organizadores. *Pacto federativo, integração nacional e desenvolvimento regional*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; 2013. p. 39-51.
2. Santos M, Silveira ML. *O Brasil: território e sociedade no início do século XXI*. Rio de Janeiro, São Paulo: Record; 2001.
3. Araújo TB. Dinâmica regional brasileira nos anos novos: rumo à desintegração competitiva? In: Castro IE, Miranda M, Egler CAG, organizadores. *Redescobrindo o Brasil 500 anos depois*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2000.
4. Castillo R. Região competitiva e logística: expressões geográficas da produção e da circulação no período atual. *Anais do IV Seminário Internacional sobre Desenvolvimento Regional*; 22 a 24 de outubro de 2008, Universidade de Santa Cruz do Sul - Unisc, RS, Brasil.
5. Almeida EP. *Uso do Território Brasileiro e os Serviços de Saúde no Período Técnico-Científico-Informacional* [tese]. São Paulo: Faculdade de Filosofia Ciências e Letras; 2005.
6. Oliveira EXG, Carvalho MS, Travassos C. Territórios do Sistema Único de Saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar. *Cad Saude Publica* 2004; 20(2):386-402.
7. Viana ALD, Elias PEM, Rocha JSY, Ibañez N. *Cadernos de atenção básica*. 2ª ed. São Paulo: Cedec/Consórcio Medicina USP; 2006.
8. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Cien Saude Colet* 2006; 11(4):975-86.
9. Neri M. *A nova classe média: o lado brilhante da pirâmide*. São Paulo: Saraiva; 2011.
10. Pochmann M. *Nova classe média? O trabalho na base da pirâmide social brasileira*. São Paulo: Boitempo; 2012.
11. Medeiros M, Souza PHGF, Castro FA. A estabilidade da desigualdade de renda no Brasil, 2006 a 2012: estimativa com dados do imposto de renda e pesquisas domiciliares. *Cien Saude Colet* 2015, 20(4):971-986.
12. Piketty T. *O capital no século XXI*. Rio de Janeiro: Intrínseca; 2014.
13. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). *Committing to Child Survival: A Promise Renewed. Progress Report 2013*. New York: Unicef; 2013.
14. World Bank. *World Development Indicators 2013*. Washington: World Bank; 2013.
15. Arretche M, organizadora. *Trajetórias da desigualdade: como o Brasil mudou nos últimos 50 anos*. São Paulo: Editora da Unesp; 2015.
16. Ugá MAD, Lopez EM. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. *Cien Saude Colet* 2007; 12(4):915-928.
17. Viacava F, Xavier DR, Bellido JG, Matos VP, Magalhães MAFM, Velasco W. *Relatório de Pesquisa sobre internações na esfera municipal*. Projeto Brasil Saúde Amanhã. 2014. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Fiocruz; 2014.
18. Hair JF, Anderson R, Babin B. *Multivariate data analysis*. Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall; 2006.

19. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos e Centro de Gestão e Estudos Estratégicos. *Estudo da dimensão territorial do PPA*. Brasília: SPI/MP; 2006.
20. Brasil. Ministério da Integração Nacional. *Política Nacional de Desenvolvimento Regional. Sumário Executivo*. Brasília: Ministério da Integração Nacional; 2007.
21. Brandão C. Pacto federativo, reescalonamento do Estado e desafios para a integração e coesão regionais e para legitimar políticas de desenvolvimentos regional no Brasil. In: Brandão C, Siqueira H, organizadores. *Pacto federativo, integração nacional e desenvolvimento regional*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; 2013. p. 163-174.
22. Viana ALD, Machado CV, Baptista TWF, Lima LD, Mendonça MHM, Heimann LS, Albuquerque MV, Iozzi FL, David VC, Ibañez P, Frederico C. Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. *Cad Saude Publica* 2007; 23(2):S117- S131.
23. Viana ALD, Lima LD, organizadoras. *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2011.
24. Duarte LS, Balbim R, Contel FB. Regionalização da saúde e ordenamento territorial: análises exploratórias de convergências. In: Boueri R, Costa MA, organizadores. *Brasil em Desenvolvimento 2013 - Estado, Planejamento e Políticas Públicas*. Brasília: IPEA; 2013. v. 1, p. 147-172.
25. Viana ALD, Machado CV. Capitalismo e Estado Social: qual o sentido do SUS? A doença holandesa da política social brasileira. In: Plataforma Política Social. *SUS: Entre o Estado e o Mercado*. Caderno Temático n. 4; maio de 2014. [acessado 2016 jul 10]. Disponível em: <http://goo.gl/RJyfTl>

Artigo apresentado em 27/05/2016

Aprovado em 04/08/2016

Versão final apresentada em 04/10/2016