

Oferta de Leitos de UTI no Brasil à Luz dos Princípios Constitucionais da Equidade e da Universalidade em Tempos de Covid-19

DORIVAL FAGUNDES COTRIM JUNIOR¹

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil.

LUCAS MANOEL DA SILVA CABRAL²

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil.

FELIPE DUTRA ASENSI³

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil.

RESUMO: Este artigo tem como objetivo apresentar um mapeamento dos números de leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) do Sistema Único de Saúde (SUS) e Não SUS (privado) no Brasil e ponderar sobre as desigualdades regionais na oferta dos leitos. Com base nos dados, serão apresentadas reflexões sobre os desafios no combate à Covid-19, o que certamente exige uma razoável oferta de leitos de UTI, especialmente para os casos mais graves, à luz dos princípios da equidade e da universalidade. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, cuja coleta de dados foi realizada a partir de levantamentos feitos no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), através do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES), do Instituto Nacional de Geografia e Estatística (IBGE) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). No artigo, é analisada a oferta de leitos de UTI (públicos e privados) dos 26 Estados e Distrito Federal, assim como as cinco regiões: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste. Por fim, conclui-se que os princípios do SUS só serão concretizados se a regulação pública dos leitos para Covid-19 for implementada nos âmbitos público e privado, observando-se também as regras constitucionais específicas da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Covid-19; pandemia; leitos de UTI; direito à saúde.

ABSTRACT: This article aims to present a mapping of the number of beds in the Intensive Care Unit (ICU) of the Unified Health System (SUS) and Non-SUS (private) in Brazil and to consider regional inequalities in the supply of beds. Based on the data, reflections on the challenges in combating

1 Orcid: <<https://orcid.org/0000-0002-7389-7635>>.

2 Orcid: <<https://orcid.org/0000-0001-6144-8050>>.

3 Orcid: <<https://orcid.org/0000-0002-7522-7926>>.

Covid-19 will be accepted, which certainly requires a reasonable offer of ICU beds, especially for the most serious cases, in the light of the principles of equity and universality. This is an exploratory and descriptive study, whose data collection was carried out based on surveys carried out at the Informatics Department of the Unified Health System (Datassus), through the National Health Establishment Registration System (SCNES), the National Institute of Geography and Statistics (IBGE) and the National Supplementary Health Agency (ANS). The article analyzes the offer of ICU beds (and private publics) from the 26 states and the Federal District, as well as the 5 regions: North, Northeast, Midwest, South and Southeast. Finally, it is concluded that the principles of SUS will only be realized if the public regulation of beds for Covid-19 is implemented in the public and private spheres, also observing specific constitutional health rules.

KEYWORDS: Covid-19; pandemic; ICU beds; right to health.

SUMÁRIO: Introdução; Metodologia; Resultados; Discussões; Considerações finais; Referências.

INTRODUÇÃO

As primeiras ações de enfrentamento à Covid-19 no Brasil tiveram início em 9 de fevereiro de 2020 (Oliveira *et al.*, 2020; Croda *et al.*, 2020), com a repatriação dos brasileiros que viviam em Wuhan, epicentro do novo coronavírus (Candido *et al.*, 2020). Essa repatriação ocorreu possivelmente por pressão internacional, dado que o governo federal, especialmente o atual presidente e o seu núcleo de apoiadores, já demonstrou desprezo pela vida da população (The Lancet, 2020) e costuma diminuir a gravidade desta crise sanitária (Marson; Ortega, 2020; Ortega; Orcini, 2020), ora em curso, que já causou mais de 85 mil mortes (Brasil, 2020a). Ainda em fevereiro (26.02.2020), foi confirmado o primeiro caso de coronavírus no País (Rodriguez-Morales *et al.*, 2020), e desde então os números não param de crescer (Jesus *et al.*, 2020).

Em março de 2020, iniciou-se um processo de expansão das ofertas de leitos Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) no setor público e privado (Moreira, 2020; Pires; Carvalho; Xavier, 2020). Uma das principais estratégias utilizadas pelos governadores foi a construção de hospitais de campanha (Brasil, 2020b), sendo que, em maio de 2020, menos da metade dos hospitais previstos para atender pacientes com Covid-19 foram entregues (Mascarenhas *et al.*, 2020). Um levantamento realizado pelo consórcio de veículos de imprensa junto às secretarias municipais e estaduais de saúde indicou que apenas 47% das 196 unidades prometidas foram finalizadas, ou seja, 94 estruturas. Ainda restavam 102 a serem concluídas (Brasil, 2020b).

Os desafios no combate à Covid-19, especificamente no que concerne à oferta de leitos de UTI, exigem um olhar apurado a respeito de dois princípios constitucionais do SUS: a universalidade e a equidade (arts. 196 e ss. da Constituição). Ambos podem servir de argumento em defesa da regulação pública dos leitos por uma autoridade sanitária única.

A Conferência de Alma-Ata, assim como as premissas do ideário relacionado ao *Welfare State*, ao indicarem a importância do direito à saúde, reforçaram, em boa medida, o princípio da universalidade, o que levou o Brasil a implementar, antes do SUS, programas de extensão de cobertura, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS), posteriormente ampliadas por outras políticas, até que decantaram na Oitava Conferência Nacional de Saúde, na Assembleia Nacional Constituinte e, finalmente, na Carta Magna da República (Paim, 2010; Abrasco, 1985). Por universalização, em síntese, entende-se que o acesso às ações e aos serviços de saúde deve ser garantido a todas as pessoas, independente de fatores como sexo, raça, classe, ocupação, ou quaisquer outras características sociais ou pessoais (Cordeiro, 1991; Andrade; Andrade, 2010; Viegas; Penna, 2013; Silva; Filho, 2009).

O princípio da universalidade, constitucionalizado nos arts. 194 e 196 da Constituição Federal de 1988 (presente também no art. 7º da Lei nº 8.080/1990), assim como o da equidade, estão fortemente relacionados à ideia de justiça em diversos pensadores, conforme aponta Perelman (1996), e sobre o primeiro há referências importantes (Almeida; Giovanela; Mattos, 2002; Paim, 2002). A ideia de universal na literatura sanitária e de seguridade social tem o sentido de ser ou estar disponível para todos, sem exclusão, como na expressão “cobertura universal”.

O princípio da equidade, por sua vez, também está presente na Constituição de 1988, mas não de forma expressa (Paim, 2010; Campos, 2006), o que não acarreta maiores prejuízos na doutrina do direito à saúde. O conceito se aproxima com o da igualdade, apesar de ser diferente, o que não será explorado no artigo, sendo que muitos os utilizam como intercambiáveis (Vieira da Silva; Almeida-Filho, 2009).

As ações em equidade são um contraponto para as desigualdades, desde as de saúde às socioeconômicas (Kadt; Tasca, 1993). Nesse sentido, as instituições internacionais entendem que a noção de equidade acarreta na diminuição, ao menos, de diferenças contornáveis, sanáveis e injustas; e, no âmbito dos serviços de saúde, aplica-se conforme as necessidades

e capacidades contributivas, em alguns casos (OPS, 1997; Paim, 2010; Lucchese, 2003).

Com base na formulação aristotélica de justiça, é cabível distinguir dois tipos de equidade: a horizontal e a vertical. A primeira se aplica em situações de igualdade de tratamento para iguais e a segunda determina a desigualdade no tratamento para desiguais (Vieira da Silva; Almeida-Filho, 2009), isso porque há situações, como nos serviços de saúde, em que um tratamento rigorosamente igual acarretaria injustiça, priorizando recursos, por exemplo, para serem aplicados em políticas de suporte aos mais vulneráveis (Cohn, 2005).

Nesse sentido, torna-se pertinente apresentar os marcos conceituais que viabilizem a análise interpretativa a respeito da equidade (Whitehead, 1992). Os teóricos que estudam o conceito o fazem a partir de diferentes perspectivas de justiça (Siqueira-Batista; Schramm, 2005), cada qual com suas concepções, a respeito de igualdade, assim como consideram o noção de equidade determinado por Perelman (1996), que, em resumo, a entende como instrumento da justiça para a resolução de paradoxos criados pelos diferentes tipos de igualdade (Paim, 2010).

Equidade não se contrapõe à universalidade, e vice-versa, pois a própria universalidade pode ser, em si, um instrumento de equidade, à medida que democratiza (amplia) o quantitativo de pessoas com acesso à rede e aos serviços de saúde, assim como amplia a própria oferta de serviços (Paim, 2006). Deste modo, construir e concretizar serviços de saúde universais é uma estratégia para permitir o acesso às classes populares e subalternizadas a serviços e produtos melhores (Paim, 2010).

Resumidamente, por equidade compreende-se que os tratamentos dados às pessoas devem ser desiguais, na medida das suas desigualdades, pois cada um tem necessidades distintas, a fim de diminuir as desigualdades (Cordeiro, 1991; Escorel, 2001; Paim, 2006; Fausto; Viana; Lima, 2003). Uma ação concreta, que pode ser mobilizada a partir desse princípio, é a maior alocação de recursos nas áreas onde há mais carência, como nas regiões Norte e Nordeste.

A oferta total de leitos de UTI é regrada pelos princípios constitucionais da universalidade e da equidade (Brasil, 1988), pois o sistema de saúde é único, embora funcione a partir de dois setores (público e privado). Ainda assim, a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e é responsabilidade do Estado assegurá-lo.

Como se investiga a oferta de leitos de UTI no país à luz dos princípios da equidade e da universalidade (Macinko; Starfield, 2002; Starfield, 2001), é fundamental estabelecer um entendimento sobre essas diretrizes constitucionais do SUS, a partir de trabalhos seminais que foram publicados neste sentido (Nogueira; Pires, 2004; Paim; Silva, 2010; Cordeiro, 2001; Fausto; Viana; Lima, 2003; Travassos, 1997; Slaibi, 2010; Santos, 2007). Tais diretrizes normativas foram forjadas no âmago de um processo de lutas travadas pelos movimentos da reforma sanitária, desde o final dos anos 1970 (Mattos, 2009). Esses movimentos, não homogêneos, construíram um amplo consenso em torno de princípios básicos que deveriam subsidiar a atuação estatal no campo da saúde, “a começar pela inequívoca afirmação de que a saúde deveria ser considerada como um direito de todos e um dever do Estado, seguindo por uma compreensão bastante ampliada da saúde e de seus determinantes sociais” (Mattos, 2009). E essas orientações normativas, fruto dessas mobilizações, é que deu origem, em linhas gerais, ao que hoje se chama de princípios e diretrizes do SUS.

A Constituição de 1988 estabelece, em seu art. 23, II, que é competência comum à União, aos estados e aos municípios “cuidar da saúde” da população. Em seu art. 198, I, define que a descentralização é um dos princípios que regem o SUS. O mesmo artigo dispõe, ainda, que as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único.

A organização da rede de serviços de saúde do SUS é uma tarefa complexa, uma vez que ela é composta por milhares de unidades de diferentes tipos, tamanhos e complexidade técnicas, geridas pelos municípios, pelos estados e, ainda, pelo Governo Federal, além das unidades de saúde filantrópicas e privadas conveniadas ao SUS. A relação entre os entes federados é uma relação conflituosa, que envolve poderes, sendo estes desiguais (Spedo; Tanaka; Pinto, 2009).

O funcionamento de uma rede é, essencialmente, baseado no fluxo dos usuários, que a percorrem através dos mecanismos de referência e contrarreferência. As unidades primárias e os serviços de urgência e emergência representam a “porta de entrada” da rede de serviços de saúde. Como são poucos os municípios que podem possuir ou efetivamente possuem uma rede completa de serviços, a dependência entre eles é enorme. Em tempos pandêmicos, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde só aumenta e a

distribuição e a alocação de recursos, de forma a não levar em consideração as desigualdades regionais, só intensificam a dificuldade na garantia do direito à saúde através do SUS.

Portanto, neste momento de enfrentamento ao vírus Sars-CoV-2, este artigo tem como objetivo apresentar um mapeamento dos números de leitos de UTI do Sistema Único de Saúde (SUS) e Não SUS (privado) no Brasil e ponderar as desigualdades regionais na oferta dos leitos (Sousa Junior; Gonçalves; Cruz, 2020). Além disso, o artigo apresenta reflexões sobre os desafios no combate ao Covid-19, que certamente exige uma razoável oferta de leitos de UTI, especialmente para os casos mais graves, como demonstra a literatura especializada (Noronha *et al.*, 2020; Hernández *et al.*, 2020; Shoukat *et al.*, 2020; Li *et al.*, 2020; Romanò, 2020).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, cuja coleta de dados foi realizada a partir dos dados disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), através do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES), do Instituto Nacional de Geografia e Estatística (IBGE) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

No artigo, é analisada a oferta de leitos de UTI (públicos e privados) dos 26 estados e do Distrito Federal, assim como as cinco regiões: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste.

A disponibilidade de leitos de UTI possui basicamente duas estruturas nos estados e Distrito Federal: 1) a rede pública no âmbito do SUS, composta por prestadores governamentais e privados contratados que atendem basicamente a população sem plano de saúde (rede pública); 2) a rede privada (não SUS) independente da demanda governamental, financiada basicamente pela utilização dos segurados dos planos privados de assistência à saúde, com o contributo dos subsídios estatais, renúncias e isenções fiscais. Em junho de 2020, a ANS (2020) informava que, no Brasil, 22,41% da população tinha plano privado de assistência hospitalar e ambulatorial.

Para análise dos dados, foram considerados os seguintes leitos de UTI:

QUADRO 1: LEITOS DE UNIDADE TERAPIA INTENSIVA (UTI):

	Classificação dos leitos de UTI	Descrição
<i>Leito de Unidade Terapia Intensiva (UTI)</i> Descrição: são leitos destinados à internação de pacientes graves ou de risco, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias aos diagnósticos e terapêutica em consonância a PT/GM/MS nº 3.432/1998 e a RDC/Anvisa nº 07/2010.	Leito de Unidade de Terapia Intensiva – Adulto (Tipo I, II ou III)	São aqueles destinados à assistência de pacientes com idade superior a 15 anos. A faixa etária adotada para definir leitos de Terapia Intensiva Adulto é referenciada pela Portaria GM/MS nº 1.631, de 1º de outubro de 2015. Entretanto, a unidade hospitalar, em conjunto com os profissionais envolvidos no atendimento, deve definir a idade mínima para internação de acordo com as condições estruturais da unidade – físicas e de recursos humanos. Esta conduta deve ser normatizada na instituição e publicizada para os gestores da rede e o limite etário deve ser o mesmo para atenção clínica e cirúrgica.
	Leito de Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica Tipo II e III	UTI destinada à assistência a pacientes com idade entre 29 dias e menor que 15 anos. Observação: a faixa etária adotada para definir leitos de terapia intensiva pediátrica é referenciada pela Portaria GM/MS nº 1.631/2015; entretanto, a unidade hospitalar, em conjunto com os profissionais envolvidos no atendimento, deve definir a idade máxima para internação de acordo com as condições estruturais da unidade – físicas e de recursos humanos. Esta conduta deve ser normatizada na instituição e publicizada para os gestores da rede e o limite etário deve ser o mesmo para atenção clínica e cirúrgica.
	Leito de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)	Conforme a PT/GM/M nº 930, de 10 de maio de 2012, considera-se como Unidade Neonatal o serviço de internação responsável pelo cuidado integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, dotado de estruturas assistenciais que possuam condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal são serviços hospitalares voltados para o atendimento de recém-nascido grave ou com risco de morte, destinada à assistência a pacientes admitidos com idade entre 0 e 28 dias.
	Unidade de Terapia Intensiva Especializada em Queimados Adulto e Pediátrico	A Unidade de Terapia Intensiva Especializada em Queimados é um serviço hospitalar com no mínimo cinco leitos, destinado aos usuários queimados em situação clínica grave ou de risco, necessitando de cuidados intensivos, com equipe interdisciplinar e multiprofissional, 24 horas por dia.
	Leitos de Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UCO)	É a unidade de terapia intensiva dedicada ao cuidado a pacientes com síndrome coronariana aguda.
	Leitos de UTI II (Pediátrica/Adulto) Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)-Covid-19	É a unidade de terapia intensiva dedicada ao cuidado a pacientes síndrome respiratória aguda grave (SRAG)-Covid-19

Fonte: Portaria nº 895, de 31 de março de 2017, e Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – Ministério da Saúde (MS).

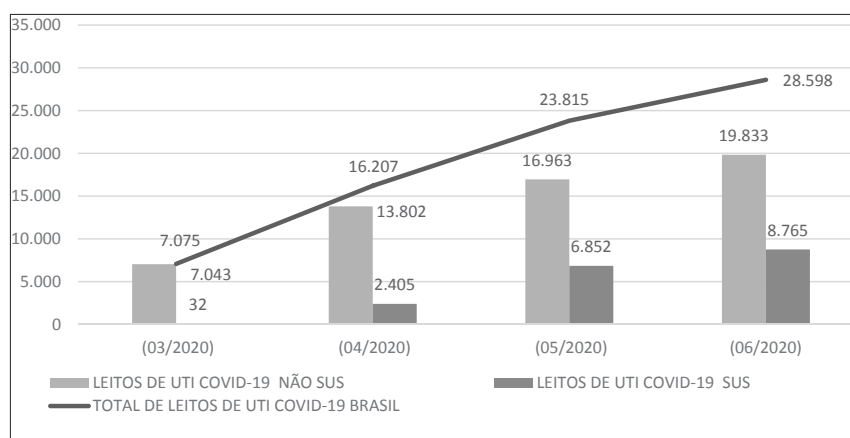
No artigo, também será investigado se as regiões e as unidades federativas estaduais alcançam o mínimo de leitos determinado pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1984), qual seja, de 1 a 3 leitos a cada 10 mil habitantes, dado que este é um parâmetro internacionalmente reconhecido. Considerando o momento pandêmico e a velocidade da curva de transmissão, nos estudos mais recentes realizados nos epicentros mundiais da epi-

demia, especificamente até março de 2020, a demanda chegou a 2,4 leitos de UTI por 10 mil habitantes, segundo a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) (AMIB, 2020).

RESULTADOS

No gráfico 1, observamos um crescimento considerável nos números de leitos de UTI no Brasil. Até junho de 2020, foram cadastrados no SCNES 28.598 leitos (SUS e Não SUS), como leitos de UTI II (Pediátrica/Adulto) Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)-Covid-19. Sobre a expansão de leitos, chama a atenção o fato de que 69% se deu no setor privado e apenas 31% no setor público.

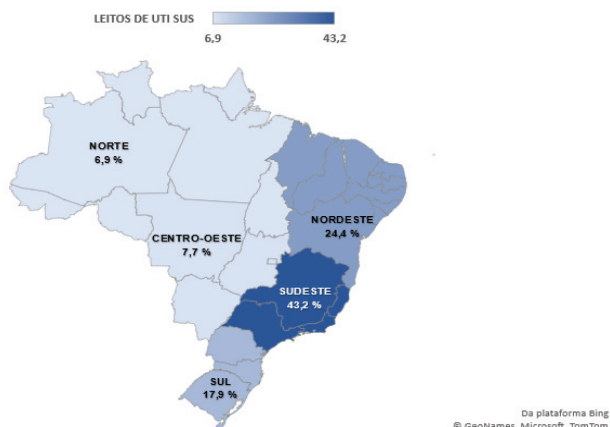
GRÁFICO 1: CRESCIMENTO DOS LEITOS DE UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO (UTI) ADULTOS E PEDIÁTRICAS HABILITADOS PARA TRATAMENTO DE COVID-19:



Fonte: Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – Ministério da Saúde (MS).

Apesar de a expansão de leitos ser significativa, sua distribuição se deu de forma desigual entre regiões brasileiras, tanto dos leitos públicos quanto dos privados. No caso dos leitos públicos, a região Sudeste concentra (43,2%) dos leitos de UTI, enquanto as regiões Norte (6,9) e Centro-Oeste (7,7) não alcançam 10% (ver mapa 1 e apêndice único). É preciso salientar, todavia, que essas iniquidades regionais na oferta dos leitos de UTI já estavam presentes antes da pandemia, como aponta uma série de estudos a partir da análise dos seus respectivos dados (Carvalho, 2017; Cucinotta; Vaneli, 2020; Zimmermann *et al.*, 2020; Salluh; Lisboa, 2016), afrontando diretamente o princípio da equidade.

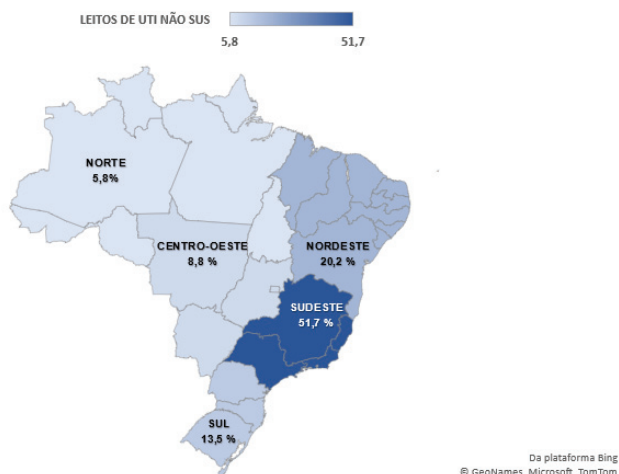
**MAPA 1: PROPORÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS DE UTI TOTAIS (SUS) POR REGIÕES DO BRASIL —
COMPETÊNCIA: JUNHO DE 2020:**



Fonte: Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – Ministério da Saúde (MS).

No caso dos leitos privados, a região Sudeste concentra (51,7%) dos leitos de UTI, enquanto as regiões Norte (5,8), Centro-Oeste (8,8) e Sul (13,5) não alcançam 15% (ver mapa 2 e apêndice único).

**MAPA 2: PROPORÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS DE UTI TOTAIS (NÃO SUS) POR REGIÕES DO BRASIL —
COMPETÊNCIA: JUNHO DE 2020:**



Fonte: Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – Ministério da Saúde (MS).

Adiciona-se ainda aos números de leitos o fato de que a proporção nacional de leitos de UTI do SUS é de 15,22 para 100 mil habitantes e os beneficiários de planos privados de saúde ficam com uma fatia numericamente maior dos leitos. A proporção de leitos de UTI privado é nove (9) vezes maior que a rede pública, cuja proporção é de 141,91 para 100 mil beneficiários.

Em alguns estados, essa proporção é ainda maior (apêndice único), como Rondônia (15,98 leitos SUS/100 mil habitantes e 340,03 leitos Não SUS/100 mil habitantes), Acre (10,09 leitos SUS/100 mil habitantes e 364,43 leitos privados/100 mil habitantes), Roraima (8,25 leitos SUS na mesma proporção indicada e 309,01 leitos Não SUS na mesma proporção), Maranhão (9,40 SUS e 257,55 Não SUS) e Bahia (11,84 SUS e 205,74 Não SUS).

O estado que se destaca por ter a menor disparidade dessa proporção de 100 mil habitantes é São Paulo, que ostenta a marca de 15,70 leitos SUS por cem mil habitantes e 102,92 leitos não SUS igualmente por cem mil habitantes.

Quando se considera a região geográfica, a maior discrepância no resultado proporcional a cada cem mil habitantes entre leitos SUS e Não SUS ocorre na região Norte e a menor, na região Sul. Em escala crescente de disparidade se tem, respectivamente, as regiões Sul, Sudeste, Centro-Oeste, Nordeste e Norte.

Detalhe não menos importante e que deve ser considerado no planejamento das ações e serviços de saúde é que a região Norte é a que mais vem sendo afetada pela Covid-19 (Mendonça *et al.*, 2020), sendo justamente a que proporcionalmente menos oferta leitos SUS (11,90 a cada cem mil habitantes ou 1,19 a cada dez mil) e a que apresenta, como mencionado, a maior diferença proporcional entre leitos SUS e Não SUS, quase dezenove vezes mais (18,93 aproximadamente), conforme o apêndice único. Em face disso, há uma necessidade urgente de realocar recursos e reorganizar a rede de atenção à saúde em toda a região Norte, como também em todo o País, como apontam inúmeros estudos (Almeida, 2020; Costa; Junqueira, 2020).

REGIÃO NORTE

A região Norte é caracterizada por rarefações demográficas e baixa densidade técnica, herdadas de períodos pretéritos do processo de ocupação espacial brasileira, tendo sido a última região a ampliar a mecanização (Santos; Silveira, 2001). Neste vasto e complexo território, houve uma expansão da população iniciando entre os anos 1950 e 1960, que resultou no crescimento de 1 para 5 milhões de pessoas vivendo na Amazônia (Imazon, 2014). Essa tendência se mantém desde então.

Atualmente na Amazônia Legal estima-se que viva uma população de 18,4 milhões de pessoas. No norte e oeste predomina a Bacia Amazônica, sendo ocupada predominantemente por indígenas e onde se concentram as grandes áreas de preservação. Por outro lado, no sul e no leste, a pressão pela disputa de terras com o agronegócio é intensa, sendo consideradas zonas de tensão (Théry, 2005).

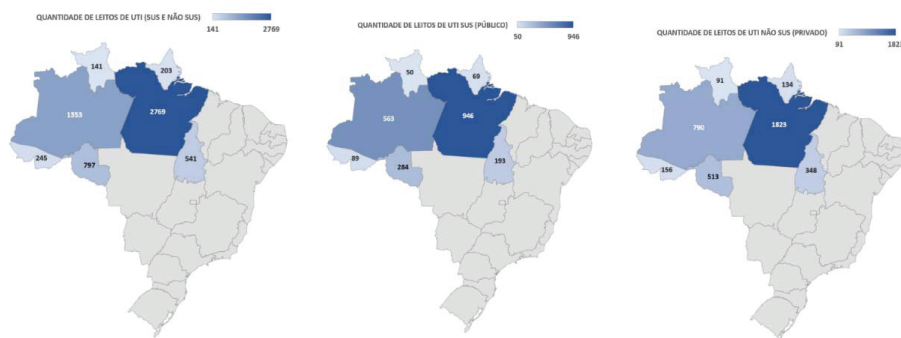
Essa região é composta por 7 estados e é a maior região do País em extensão territorial, correspondendo a quase 45% da área total do País. Dos 10 estados brasileiros com maiores taxas de mortalidade, cinco são dessa região. Para atender essa população, o território dispõe de um total de 6.049 leitos públicos e privados (leitos totais), correspondendo a uma taxa de 32,82 leitos/100.000 habitantes e aproximadamente 3,28 a cada dez mil habitantes, sendo as menores taxas do País em todo o cenário.

Apesar de ser a região com a menor proporção de beneficiários de planos privados de saúde do País (9,28%), a expansão das ofertas de leitos de UTI foi maior no setor privado que no público. Do total de leitos (6.049) disponíveis, apenas 36% são SUS.

Considerando apenas os leitos SUS, a região atende o mínimo estabelecido pela OMS de 1 a 3 leitos a cada dez mil habitantes (WHO, 1984), oferecendo 1,19 leitos a cada dez mil pessoas. Contudo, quando observamos essa proporção nos estados, dois deles não atingem esse mínimo estabelecido: Roraima (0,83) e Amapá (0,82). Quanto aos leitos privados, a proporção da região Norte é de 22,54 a cada 10 mil beneficiários, sendo 19 vezes maior que a oferta pública.

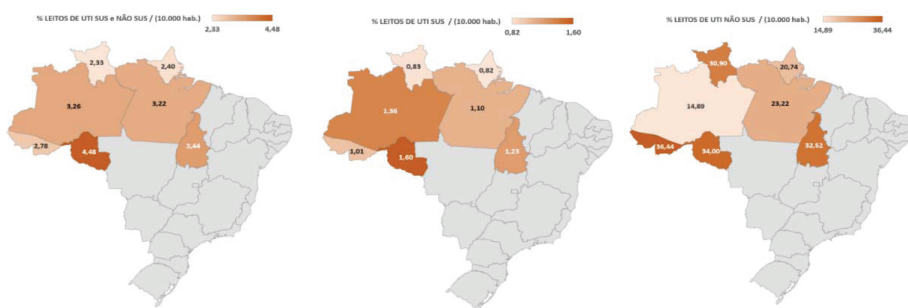
Os Mapas 3 e 4 apresentam a distribuição de leitos de UTI na região Norte.

MAPA 3: QUANTIDADE DE LEITOS DE UTI SUS E NÃO SUS NA REGIÃO NORTE DO BRASIL:



Fonte: Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – Ministério da Saúde (MS).

MAPA 4: PROPORÇÃO DE LEITOS DE UTI SUS E NÃO SUS/(10.000 HAB.) NA REGIÃO NORTE DO BRASIL:



Fonte: Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – Ministério da Saúde (MS).

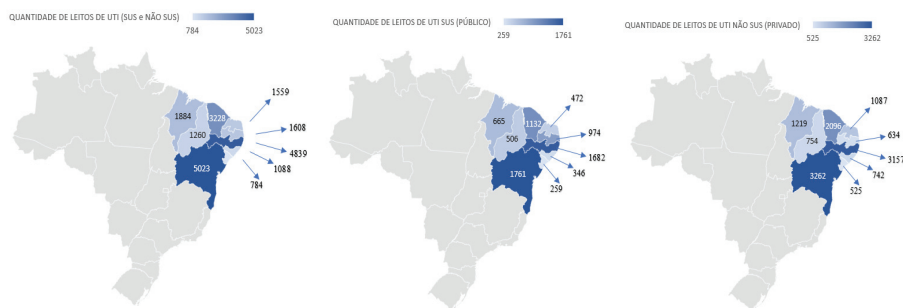
Quando analisamos a oferta de leitos tendo como pano de fundo o estudo realizado pela AMIB (2020), em que o mínimo de leitos em países epicentros da pandemia é de 2,4 leitos para 10 mil/hab., percebemos que nenhum dos estados da região atinge o índice com a oferta de leitos públicos. A região atingiria o mínimo estabelecido pelo estudo da AMIB (2020) com a unificação da oferta de leitos SUS e Não SUS, elevando a média regional para 3,28; e os estados como Roraima e Amapá, que estavam bem

distantes do mínimo necessário, atingiriam índices bem melhores, de 2,33 e 2,4 leitos/10 mil hab., respectivamente.

REGIÃO NORDESTE

A região Nordeste é composta por nove estados e é a segunda maior região brasileira em número populacional, com cerca de 57 milhões de habitantes. Desses, pouco mais de 11% são beneficiários de planos privados de saúde. É a primeira e única região brasileira em constituir um consórcio entre os estados, intitulado Consórcio Interestadual de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste (Consórcio Nordeste). Apesar de estar desempenhando um papel preponderante na escala nacional, ao contribuir efetivamente com medidas de enfrentamento à pandemia e com os grandes debates nacionais sobre a temática (Rossi; Silva, 2020), não foi capaz de reverter a situação que ocorreu nas outras regiões: uma expansão maior de leitos de UTI no setor privado que no público (mapa 5).

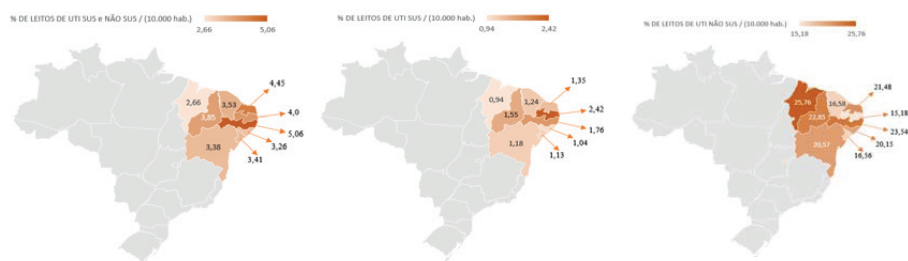
**MAPA 5: QUANTIDADE DE LEITOS DE UTI SUS E NÃO SUS
NA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL:**



Fonte: Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – Ministério da Saúde (MS).

A oferta de leitos totais de UTI na região é de 21.273; destes, apenas 7.797 são SUS e 13.476 são privados. Considerando os leitos totais, a taxa é 37,7 leitos/100.000 hab. e aproximadamente 3,73 a cada dez mil habitantes. Levando em consideração a oferta, todos os estados atingem o índice mínimo de leitos por habitantes preconizados pela OMS (1 a 3 leitos) e apresentado pelo estudo da AMIB de 2,4 leitos.

MAPA 6: PROPORÇÃO DE LEITOS DE UTI SUS E NÃO SUS/(10.000 HAB.) NA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL:



Fonte: Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – Ministério da Saúde (MS).

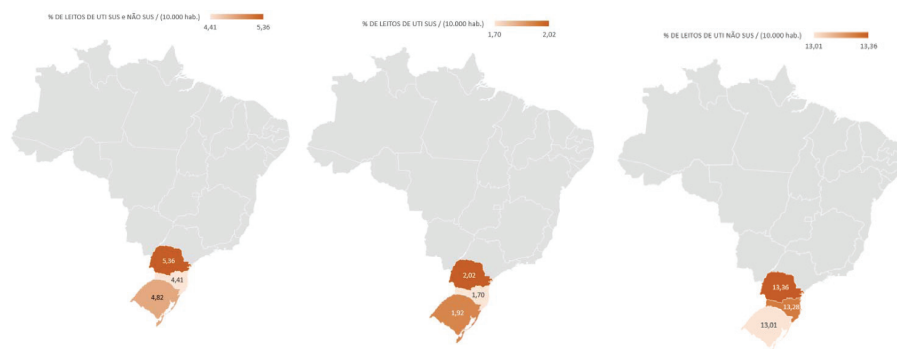
Contudo, como a oferta não é unificada (leito SUS e Não SUS), as taxas de leitos para 10 mil/hab. no SUS são menores. Apesar disso, apenas o Maranhão não atinge os índices preconizados pela OMS, ficando com uma oferta menor que 1 leito para 10 mil/hab. Outrossim, vale destacar que apenas a Paraíba atinge o índice de 2,4 leitos para 10 mil/hab. do estudo da AMIB. Os demais estados ficam todos abaixo de 2 leitos por 10 mil/hab.

Quanto à oferta de leitos privados, chama atenção que todos os estados têm uma taxa superior a 15 leitos por 10 mil beneficiários. Um fato curioso é que o Maranhão tem a pior taxa de leitos SUS (0,94/10 mil habitantes) e a maior de leitos privados (25,76/10 mil beneficiários) (mapa 6), configurando uma dominância privada que afeta negativamente a dimensão constitucional da universalidade e obstaculiza uma maior aproximação equânime entre usuários do SUS e beneficiários dos planos.

REGIÃO SUL

A região Sul possui um contingente demográfico de 29.975.984 milhões de pessoas e um total de 14.773 leitos públicos e privados (leitos totais). Assim, considerando esses dados iniciais, a proporção de leitos totais por cem mil habitantes é de 49,28 e aproximadamente 4,93 a cada dez mil habitantes.

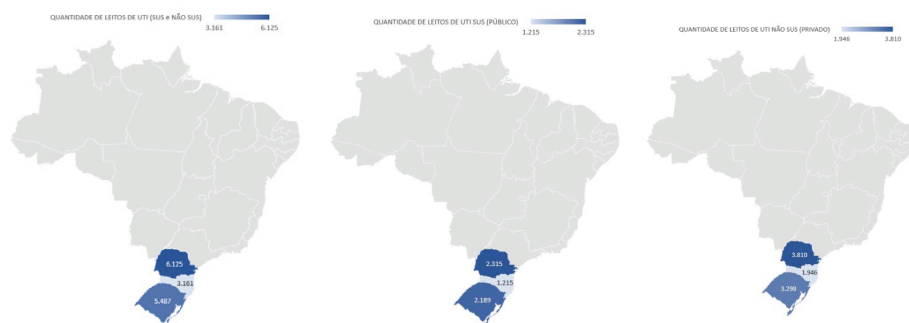
MAPA 7: PROPORÇÃO DE LEITOS DE UTI SUS E NÃO SUS/(10.000 HAB.) NA REGIÃO SUL DO BRASIL:



Fonte: Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – Ministério da Saúde (MS).

Entretanto, ao segmentar os leitos em públicos e privados, percebe-se que há uma desigualdade considerável entre esses dois tipos: 5.719 leitos SUS, que potencialmente atendem toda a população descrita, e 9.054 Não SUS, habilitados para os beneficiários de planos suplementares (6.852.060 pessoas), de modo que a proporção de leitos SUS a cada cem mil habitantes fica em 19,08 e de leitos Não SUS em 132,14, quase sete vezes mais.

MAPA 8: QUANTIDADE DE LEITOS DE UTI SUS E NÃO SUS NA REGIÃO SUL DO BRASIL:



Fonte: Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – Ministério da Saúde (MS).

Ainda assim, mesmo considerando apenas os leitos SUS, a região atende o mínimo estabelecido pela OMS de 1 a 3 leitos a cada dez mil habitantes (WHO, 1984), oferecendo 1,91 leitos a cada dez mil pessoas, bem como os seus três estados, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, cada um com as respectivas proporções de 2,02, 1,70 e 1,92. Não é a situação ideal, mas alcança o mínimo da OMS. Contudo, nenhum estado atingiu a taxa de 2,4 leitos de UTI, média da demanda em países epicentros da pandemia (AMIB, 2020). Essa taxa só é atingida com a unificação de leitos públicos e privados, elevando a média estadual para 4,93 leitos/10 mil habitantes, o que corrobora a tese da necessidade da regulamentação pública dos leitos de UTI, fortalece a concretização da universalidade e da equidade, garantindo, ainda, o direito à saúde da população.

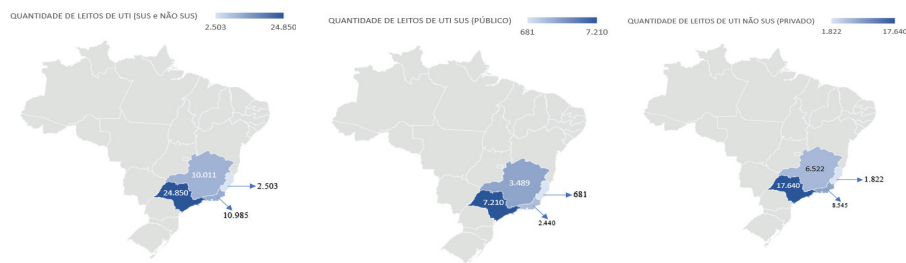
Quanto aos leitos não SUS, a proporção da região Sul é de 13,21 a cada dez mil habitantes, mantendo essa média para cada um dos respectivos estados federados: Paraná (13,36), Santa Catarina (13,28) e Rio Grande do Sul (13,01). Se forem mantidas essas segmentações na oferta de leitos de UTI, o direito à saúde, tal como preconizado na Carta Magna, estará assegurado?

REGIÃO SUDESTE

A região Sudeste é a maior em número de habitantes no País, concentrando em seus quatro estados um total de 88.371.433 pessoas e um total de 48.349 leitos de UTI, somados os públicos e os privados. Assim, considerando esses dados iniciais, verifica-se que a proporção de leitos totais a cada dez mil habitantes é de 5,47, acima do determinado pela OMS.

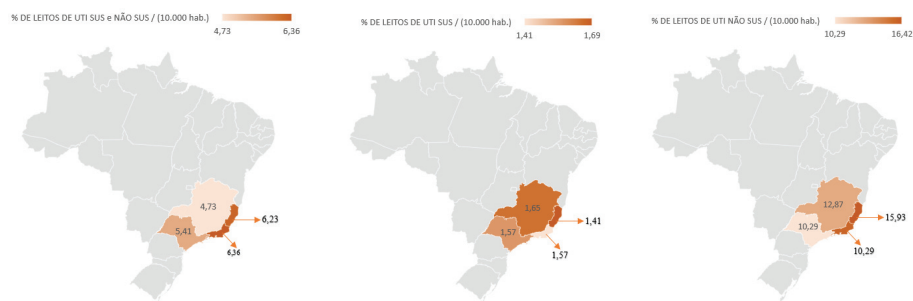
Todavia, quando se analisam separadamente os leitos públicos e privados, percebe-se que há uma desigualdade considerável entre ambos os tipos. Do total mencionado, 13.820 são leitos SUS, que podem atender toda a população de quase 90 milhões de habitantes, de forma indiscriminada, e 34.529 são de leitos Não SUS, cujos usuários são apenas os que possuem um seguro privado de saúde (28.678.570 pessoas), resultando num total proporcional de leitos SUS em 1,56 a cada dez mil habitantes e 12,04 para os leitos Não SUS sob o mesmo quantitativo. Ou seja, a oferta privada é aproximadamente 7,71 vezes maior que a pública.

MAPA 9: QUANTIDADE DE LEITOS DE UTI SUS E NÃO SUS NA REGIÃO SUDESTE DO BRASIL:



Fonte: Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – Ministério da Saúde (MS).

MAPA 10: PROPORÇÃO DE LEITOS DE UTI SUS E NÃO SUS/(10.000 HAB.) NA REGIÃO SUDESTE DO BRASIL:



Fonte: Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – Ministério da Saúde (MS).

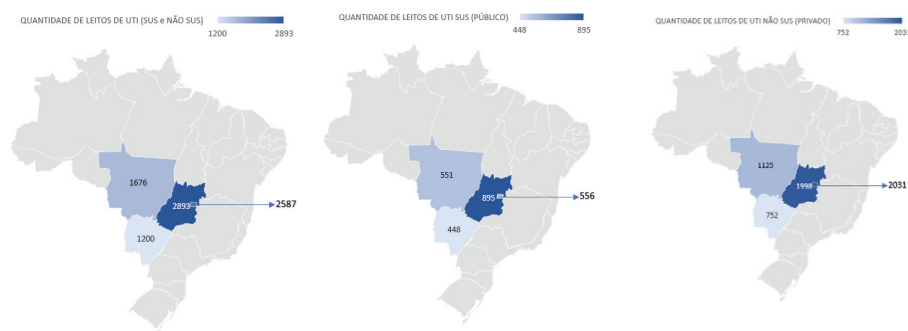
Mesmo com tamanha disparidade, a região logra êxito ao estar na média estabelecida pela OMS de 1 a 3 leitos (WHO, 1984), oferecendo 1,56 leitos SUS a cada dez mil habitantes. Os quatro estados da região igualmente conseguem ficar na média de leitos SUS e obtêm as seguintes proporções: Minas Gerais (1,65), Espírito Santo (1,69), Rio de Janeiro (1,41) e São Paulo (1,57). Por outro lado, considerando o estudo da AMIB, mesmo com a maior oferta de leitos do País, nenhum estado dessa região atinge o índice de 2,4 leitos/10 mil hab. considerando apenas a oferta de leitos SUS, justificando a necessidade de unificar a oferta pública e privada. É possível garantir o direito à saúde e os princípios do SUS com uma oferta tão desigual de serviços entre o público e privado?

No que concerne aos leitos privados (Não SUS), a proporção da região Sudeste é de 12,04 leitos a cada dez mil habitantes, sendo o Espírito Santo o estado com a maior proporção a cada dez mil, ostentando 16,42 leitos de UTI, e a menor fica com o estado de São Paulo, 10,29. Ainda assim, percebe-se que a média da oferta privada é no mínimo seis vezes maior que a pública, como é o caso do estado paulista. Em tempos pandêmicos, essas iniquidades são razoáveis? É viável o País não estabelecer a regulação pública dos leitos de UTI, a fim de que todos, públicos e privados, estejam submetidos à mesma autoridade pública sanitária, ao SUS?

REGIÃO CENTRO-OESTE

A região Centro-Oeste é a menos povoada do País, com apenas 16.297.074 pessoas e um total de 8.356 leitos de UTI, incluindo públicos e privados, o que resulta em uma média proporcional de 5,13 leitos a cada dez mil habitantes, a segunda maior do País, perdendo apenas para a região Sudeste, que ostenta a marca de 5,47, como visto. Portanto, da perspectiva regional e total (inclui os leitos SUS e não SUS), a região central do Brasil supera a marca da OMS, de 1 a 3 leitos a cada dez mil habitantes.

**MAPA 11: QUANTIDADE DE LEITOS DE UTI SUS E NÃO SUS
NA REGIÃO CENTRO-OESTE DO BRASIL:**



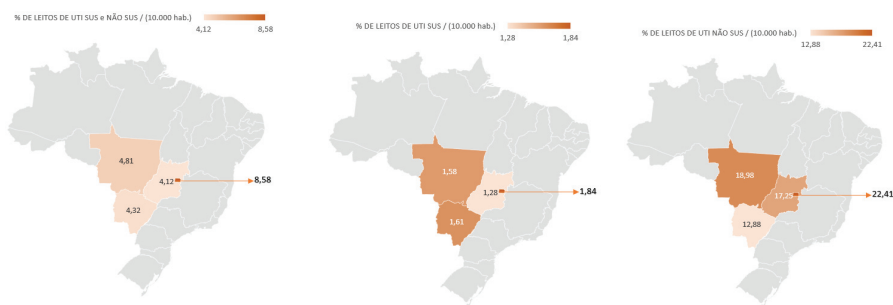
Fonte: Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – Ministério da Saúde (MS).

Contudo, um olhar apartado vai demonstrar que há diferenças significativas entre o quantitativo de leitos públicos e privados. Do total apontado, 2.450 são leitos SUS, disponíveis para toda a população da região indiscri-

minadamente, e 5.906 são leitos Não SUS, habilitados a atender os usuários de planos suplementares de saúde, cujo total de 3.240.438 pessoas representa menos de 20% (19,88%, aproximadamente) da população.

Desse modo, o total proporcional a cada de leitos SUS para cada dez mil habitantes é de 1,50 e de 18,23 para leitos Não SUS sobre o mesmo denominador, o que nos permite apontar uma média aproximada de 12,15 vezes mais oferta de leitos privados que públicos, expressando uma inelutável desigualdade, que privilegia a parcela mais abastada da população em detrimento dos demais.

**MAPA 12: PROPORÇÃO DE LEITOS DE UTI SUS E NÃO SUS/(10.000 HAB.)
NA REGIÃO CENTRO-OESTE DO BRASIL:**



Fonte: Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – Ministério da Saúde (MS).

Não obstante essas gritantes discrepâncias na oferta de leitos, a região consegue oferecer ao menos o mínimo estabelecido pela OMS de 1 a 3 leitos a cada dez mil habitantes. Quando se analisam os três estados mais o Distrito Federal, percebe-se que todos os entes igualmente atendem pelo menos o mínimo, sendo que a menor proporção é de Goiás, com 1,28 leitos SUS a cada dez mil pessoas, e a maior é do Distrito Federal, com 1,84 leitos. Ainda assim, são proporções baixas e que não só podem, como devem melhorar, desde que haja a regulação pública e centralizada dos leitos de UTI.

Assim como ocorreu em outras regiões, nenhum estado atingiu o índice de 2,4 leitos para 10 mil habitantes, considerando apenas a oferta pública. A unificação da oferta também se faz necessária nessa região para garantir a integralidade do cuidado (Pinheiro; Mattos, 2005), a equidade e a universalidade da atenção.

No que tange aos leitos privados (Não SUS), a proporção do Centro-Oeste é de 18,23, a terceira maior do Brasil, ficando atrás do Nordeste (20,41) e do Norte (22,54). O Distrito Federal se destaca por ter a maior proporção de leitos Não SUS a cada dez mil habitantes, com a impressionante marca de 22,41. O segundo colocado é o Mato Grosso, com 18,98, sendo que o menor deles é o Mato Grosso do Sul, com 12,88 leitos Não SUS a cada dez mil habitantes.

Em momentos de pandemia, as cidadãs e os cidadãos precisam se perguntar se essa situação é justa, se não é preciso uma intervenção do SUS para regular toda essa oferta nacional, inclusive e especialmente a do setor privado, e poderá exigir tal intervenção não apenas do ponto de vista retórico, mas pautado na carta republicana, sobretudo a partir dos princípios da universalidade e da equidade em saúde.

DISCUSSÕES

O trabalho analisa a distribuição da oferta de leitos totais de UTI, públicos e privados, em uma perspectiva espacial e quanto à dualidade do sistema de saúde brasileiro, à luz dos princípios da equidade e da universalidade. Desde sua origem, com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), o SUS é caracterizado como um sistema de saúde misto, composto por uma rede pública de serviços de saúde e uma rede privada, que, segundo a Carta Magna, deveria ser complementar ao SUS (Cordeiro, 1991; Heimann, L. S.; Ibanhes, L. C.; Barboza, 2005; Menicucci, 2007, 2010), mas que se sabe ter adquirido ao longo dos anos uma influência “muito intensa e extensa” na definição das políticas de saúde (Bahia; Scheffer, 2018), e que se reflete nas iniquidades observadas na oferta de leitos em todo o País.

Foi possível observar que as diferentes lógicas de atuação do setor público e do setor privado se expressaram em distintos arranjos de distribuição geográfica das ofertas SUS e Não SUS. A partir dos princípios constitucionais de universalidade e de equidade, constatou-se que a oferta do sistema público é menor e mais esparsa quando comparada à rede privada, que, ao se basear na busca de lucros, buscam as regiões de maior densidade populacional e de maior renda, não obstante estar presente em todos os estados.

Curioso é o fato de que é no Acre onde os leitos privados (Não SUS) possuem a maior oferta proporcional por habitante (36,44 a cada dez mil beneficiários de seguro) (apêndice único), tendo em vista que o estado tem

a menor proporção de beneficiários de planos privados de saúde (4,85% da população) e, mesmo assim, a expansão mais significativa da oferta de leitos de UTI foi no setor privado.

Não obstante a oferta de leitos SUS e Não SUS ter crescido durante a pandemia, a distribuição da oferta de ambos os tipos pelo território ainda não é a ideal para atender toda a população de maneira equitativa, especialmente em tempos de pandemia. Ainda assim, três estados dentre as 27 unidades federativas ainda mantêm a proporção abaixo de 1 leito a cada dez mil habitantes (desrespeitando a orientação mínima da OMS), quais sejam: Maranhão (0,94), Amapá (0,82) e Roraima (0,83).

Quanto à verificação de cumprimento dos princípios da universalidade e da equidade, a partir das conceituações estabelecidas, verificou-se que eles estão sendo descumpridos, uma vez que o acesso aos leitos de UTI está segmentado entre quem é usuário do SUS e quem possui seguro complementar (dimensão da universalidade). Pelos índices apresentados neste artigo, a oferta de leitos é extremamente desigual entre os âmbitos público (SUS) e privado (Não SUS), assim como a distribuição espacial dos leitos (dimensão da equidade).

Caso sejam mantidas essas diferenças no acesso aos leitos de UTI públicos e privados, as dimensões da equidade e da universalidade não estarão resguardadas, o que certamente acarretará prejuízos para a população e para o próprio SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em alguma medida, o Brasil tem sido capaz de dar respostas no enfrentamento da Covid-19, e isso se deve à existência do Sistema Único de Saúde (SUS). Mas muitos desafios têm sido impostos à sustentabilidade do sistema e à garantia do direito à saúde.

Nosso objetivo foi apresentar a expansão dos leitos de UTI (SUS e Não SUS) no Brasil. Ao analisar essa expansão, com base nos princípios da equidade e da universalidade, que regem a organização dos serviços de saúde nos territórios, constatou-se a necessidade da regulação pública dos leitos de UTI para a diminuição das desigualdades regionais, intensificadas no período da pandemia, e entre os segmentos da população, especificamente os beneficiários e não beneficiários de seguros privados.

Assim, em tempos de pandemia, quando a necessidade dos leitos de UTI fica ainda maior pelas próprias características da Covid-19, os princípios constitucionais da equidade e da universalidade servem de esteio em defesa da regulação pública dos leitos de UTI, também conhecido popularmente como “implementação da fila única dos leitos”.

Pelo duplo conjunto de desigualdades exposto no artigo, ambos os princípios só serão concretizados se, e somente se, a regulação pública dos leitos for implementada. Para além de uma questão de justiça, é um mandamento constitucional e, assim sendo, deve ser cumprido em sua integralidade.

REFERÊNCIAS

- ABRASCO. Pelo direito universal à saúde. Contribuição da Abrasco para os debates da VIII Conferência Nacional de Saúde; 1985, novembro; Rio de Janeiro, Brasil.
- ALMEIDA, F. Exploring the impact of Covid-19 on the sustainability of health critical care systems in South America [published online ahead of print, 2020 Jul 5]. *Int J Health Policy Manag.*, 2020.116.
- ALMEIDA, P. F.; GIOVANOLA, L.; MATTOS, M. Sistema de saúde brasileiro: dilemas da universalização. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 61, p. 137-154, 2002.
- AMIB. AMIB apresenta dados atualizados sobre leitos de UTI no Brasil. Abril de 2020. Disponível em: <https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/28/dados_uti_amib.pdf>. Acesso em: 25 maio 2020.
- ANDRADE, E. de; ANDRADE, E. de O. O SUS e o direito à saúde do brasileiro: leitura dos seus princípios, com ênfase na universalidade da cobertura. *Rev. Bioética*, Brasília, DF: CFM, v. 18, n. 1, p. 61-74, 2010.
- BAHIA, L.; SCHEFFER, M. O SUS e o setor privado assistencial: interpretações e fatos. [Este artigo baseia-se em apresentação no Centro de Estudos Estratégicos da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em um dos debates da série: Futuros para o SUS: ideias para a ação, em julho de 2017]. *Saúde em Debate [online]*, 2018, v. 42, n. spe3, p. 158-171.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Presidência da República.
- _____. Ministério da Saúde. Governo Federal inicia construção do primeiro hospital de campanha em Águas Lindas (GO) [Internet]. 2020a.
- _____. Painel Coronavírus – Competência 20 de julho de 2020b. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS).
- CAMPOS, GWS. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. *Saúde e Sociedade*, 2006; 15(2):23-33

- CANDIDO, D. D. S. et al. Routes for Covid-19 importation in Brazil. *J Travel Med.*, 2020; 27 (3).
- CARVALHO, L. R. Distribuição espacial da oferta de saúde no Brasil no contexto do mix público-privado. Dissertação de Mestrado. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2017.
- COHN, A. Equidade, saúde e critérios para alocação de recursos. *Cien Saude Colet*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 287-288, 2005.
- CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. *Cien Saude Colet*, 6 (2) :319-328, 2001.
- CORDEIRO, H. A. *Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial, 1991.
- COSTA, N. R.; JUNQUEIRA, M. A. Disponibilidade de leitos em Unidade de Tratamento Intensivo no SUS e nos planos de saúde diante da epidemia da Covid-19 no Brasil. *Technical Report*, Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2020.
- CRODA, J. et al. Covid-19 in Brazil: advantages of a socialized unified health system and preparation to contain cases. *Rev Soc Bras Med Trop.*, 2020;53: e 20200167. Published 2020 Apr17.
- CUCINOTTA, D.; VANELLI, M. WHO Declares Covid-19 a pandemic. *Acta Biomed*, 2020; 91(1): 157-60.
- ESCOREL, S. *Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais*. Brasília: OPAS, 2001.
- FAUSTO, M. C. R.; VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. Política de saúde e equidade. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 17, n. 1, 2003, p. 58-69.
- HEIMANN, L. S.; IBANHES, L. C.; BARBOZA, R. (Ed.). *O público e o privado na saúde*. São Paulo: Hucitec, Opas, IRDC, 2005.
- HERNÁNDEZ, A. et al. Two known therapies could be useful as adjuvant therapy in critical patients infected by Covid-19. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.*, 2020;67 (5): 245-252.
- IMAZON. IPS Amazônia. 2014. Disponível em: <<http://imazon.org.br/categorias/ips-amazonia-2014/>>. Acesso em: fev. 2016.
- JESUS, J. G. et al. Importation and early local transmission of Covid-19 in Brazil, 2020. *Rev Inst Med Trop São Paulo*, 2020; 62:e 30.
- KADT, E.; TASCA, R. *Promovendo a equidade: um novo enfoque com base no setor da saúde*. Hucitec-Cooperação Italiana em Saúde: São Paulo/Salvador, 1993.
- LI, R. et al. The demand for inpatient and ICU beds for Covid-19 in the US: lessons from Chinese cities. *Preprint. medRxiv.*, 2020; 2020.03.09.20033241. Published 2020 Mar 16.
- LUCCHESI, P. T. R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para redução de desigualdades. *Cien Saude Colet*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 439-448, 2003.
- MACINKO, J. A.; STARFIELD, B. Annotated bibliography on equity in health. *International Journal for Equity in Health*, Baltimore, v. 1, n. 1, 2002.

MARSON, F. A. L.; ORTEGA, M. M. Covid-19 in Brazil. *Pulmonology*, 2020;26(4):241-244.

MASCARENHAS, M. D. M. et al. Ocorrência simultânea de Covid-19 e dengue: o que os dados revelam? *Cad. Saúde Pública* [online], v. 36, n. 6, e00126520, 2020.

MENDONÇA, F. D. Região norte do Brasil e a pandemia de Covid-19: análise socioeconômica e epidemiológica. *J Health NPEPS*, 2020;5(1):20-37.

MENICUCCI, T. M. G. *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

_____. A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado, p. 180-197. In: SANTOS, Nelson Rodrigues dos; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org.). *Gestão pública e relação público-privado na saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. 324p.

MOREIRA, R. S. Covid-19: unidades de terapia intensiva, ventiladores mecânicos e perfis latentes de mortalidade associados à letalidade no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online], v. 36, n. 5.

NOGUEIRA, V. M. R.; PIRES, D. E. P. Direito a saúde: um convite à reflexão. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, n. 3, p. 753-60, 2004.

NORONHA, K. V. M. S. et al. Pandemia por Covid-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. *Cad. Saúde Pública* [online], v. 36, n. 6.

OLIVEIRA, W. K. et al. How Brazil can hold back Covid-19. *Epidemiol Serv Saude*, 2020; 29 (2).

OPS. *La Cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los Procesos de Reforma del Sector Salud*. Washington: OPS, 1997.

ORTEGA, F.; ORSINI, M. Governing Covid-19 without government in Brazil: ignorance, neoliberal authoritarianism, and the collapse of public health leadership. *Global Public Health*, 2020.

PAIM, J. S. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 34-46, 2006.

PAIM, J. S. *Saúde política e reforma sanitária*. Salvador: CEPS-ISC, 2002.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. *BIS – Bol. Inst. Saúde* (Impr.), São Paulo, v. 12, n. 2, ago. 2010.

PERELMAN, C. *Ética e Direito*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde*. 4. ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/UERJ/Abrasco, 2005.

PIRES, L. N.; CARVALHO, L.; XAVIER, L. L. Covid-19 e desigualdade: a distribuição dos fatores de risco no Brasil. 10.13140/RG.2.2.27014.73282.

RODRIGUEZ-MORALES, A. J. et al. Covid-19 in Latin America: the implications of the first confirmed case in Brazil. *Travel Med Infect Dis.*, 2020;35:101613.

- ROMANÒ, M. Fra cure intensive e cure palliative ai tempi di Covid-19 [Between intensive care and palliative care at the time of Covid-19.]. *Recenti Prog Med.*, 2020;111(4):223-230.
- SALLUH, J. I.; LISBOA, T. Critical care in Brazil. *ICU Management & Practice*, v. 16, n. 3, 2016.
- SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. *O Brasil*. Território e sociedade no início do século XXI. Rio de Janeiro: Record, 2001.
- SANTOS, N. Acompanhamento do desenvolvimento do SUS sob o ângulo dos rumos estratégicos (ou das estratégias para visualização dos rumos). *Cien Saude Colet*, v. 12, p. 429-435, 2007.
- SHOUKAT, A. et al. Projecting demand for critical care beds during Covid-19 outbreaks in Canada. *CMAJ*, 2020;192(19):E489-E496.
- SIQUEIRA-BATISTA, R.; SCHRAMM, F. R. A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições de Amartya Sen. *Cien Saúde Colet*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 129-145, 2005.
- SLAIBI, M. C. B. G. O direito fundamental à saúde. *BIS – Bol. Inst. Saúde (Impr.)*, v. 12, n. 3, p. 227-33, 2010.
- SOUSA JUNIOR, W. C.; GONCALVES, D. A.; CRUZ, D. B. Covid-19: local/regional inequalities and impacts over critical healthcare infrastructure in Brazil. *Ambient. Soc.*, São Paulo, v. 23, e0114, 2020. Epub July 03, 2020.
- SPEDO, S. M.; TANAKA, O. Y.; PINTO, N. R. S. O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1781-1790, Aug. 2009.
- STARFIELD, B. Improving equity in health: a research agenda. *International Journal of Health Services*, Inglaterra, v. 13, n. 3, p. 545-566, 2001.
- THE LANCET. Covid-19 in Brazil: “So what?”. *Lancet.*, 2020;395(10235): 1461.
- THERY, H. Situações da Amazônia no Brasil e no continente. *Estud. Av. [online]*, 2005, v. 19, n. 53 [cited 2019-04-15], p. 37-49.
- TRAVASSOS, C. Equidade e o sistema único de saúde: uma contribuição para debate. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 325-330, abr./jun. 1997.
- VIANNA, A. L.; FAUSTO, M. C. R.; LIMA, L. D. Política de saúde e equidade. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 58-68, 2003.
- VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2013; 18:181-90.
- VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; ALMEIDA FILHO, N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, p. s217-s226, 2009.
- WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity in health. *International Journal of Health Services*, Westport, v. 22, p. 429-445, 1992.
- WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. A discussion document on the concept and principles of health promotion. Copenhagen. 9-13 July 1984.

ZIMMERMANN, I. et al. *Demanda por leitos de UTI pela Covid-19 no DF: análise das medidas de distanciamento social*. Scielo Preprints, 2020.

Sobre os autores:

Dorival Fagundes Cotrim Junior | E-mail: dorivalfcotrim@gmail.com

Doutorando em Saúde Coletiva – PPAS (IMS/UERJ), Professor Convidado do Curso de Especialização em Direito da Saúde (PUC Rio), Mestre em Direito Constitucional e Teoria do Estado (PUC Rio), Bacharel em Ciências Jurídicas e Sociais (FND/UFRJ).

Lucas Manoel da Silva Cabral | E-mail: admlucascabral@gmail.com

Doutorando e Mestre em Saúde Coletiva – Política, Planejamento e Gestão – pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Especialista em (i) Tecnologias Educacionais e (ii) Gestão de Risco de Emergências e Desastres em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Graduação em Administração, com linha de formação em Gestão da Saúde pelo Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto (UNIFASE).

Felipe Dutra Asensi | E-mail: felipedml@yahoo.com.br

Pós-Doutor em Direito pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Doutor em Sociologia pelo Instituto de Estudos Sociais e Políticos (IESP/UERJ), Mestre em Sociologia pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (IUPERJ), Advogado formado pela Universidade Federal Fluminense (UFF), Cientista Social formado pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Aperfeiçoamento em Direitos Fundamentais pela Universidad Complutense de Madrid (UCM), em Empreendedorismo pela University of Maryland (UM) e em Coaching pela University of Cambridge (UCA), Professor Visitante da Fundación Universitaria Los Libertadores (FUL), foi Visiting Scholar da Universidade de Coimbra (UC), Membro da Comissão Tutorial do Programa Internacional Erasmus Mundus (União Europeia), Membro Vitalício da Academia Luso-Brasileira de Ciências Jurídicas (ALBCJ), Membro Efetivo do Conselho Internacional de Altos Estudos em Direito (CAED-Jus), Membro Efetivo do Instituto dos Advogados Brasileiros (IAB), Senior Member da Inter-American Bar Association (IABA), Membro Benemérito do Instituto Latino-Americano de Argumentação Jurídica (ILAAJ), Membro do Comitê Consultivo Nacional da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-Integralidade), Membro Titular da Red Iberoamericana de Derecho Sanitario (RIDS), Membro do Conselho Curador do PenseSUS (Fiocruz), Membro da Asociación Latinoamericana de Sociología (ALAS), Professor de Mestrado/Doutorado da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Universidade Católica de Petrópolis (UCP) e Universidade Santa Úrsula (USU), no Brasil, e da Ambra University (Ambra), nos Estados Unidos, Editor Adjunto da Coleção Integralidade na CEPESC Editora, Presidente do Conselho Editorial da Editora Ágora21 e da Editora Pembroke Collins, Presidente da Comissão de Gestão Jurídica da OAB-RJ, Diretor do Instituto Diálogo, Diretor Administrativo do Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (CEPESC), Consultor para o Brasil do World Justice Report, Bolsista de Produtividade Jovem Cientista do Nosso Estado da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ).

Data de submissão: 31.07.2020.

Data de aceite: 25.09.2020.

Região/UF	Dados dos leitos de UTI totais (SUS e Não SUS)				Dados dos leitos de UTI SUS				Dados dos leitos de UTI Não SUS			
	População ¹	Leitos de UTI ²	(%) leitos totais	(%) Leitos/100.000 hab.	Leitos de UTI SUS ²	(%) leitos SUS	(%) Leitos SUS/100.000 hab.	Beneficiários de planos privados de saúde ³	(%) população com plano de saúde	leitos não SUS ² (privado/ suplementar)	(%) leitos Não SUS	(%) Leitos Não SUS/100.000 beneficiários
Norte	18.430.980	6.049	6,1	32,82	2.194	6,9	11,90	1.19	1,710.534	3.855	5,8	225,37
Roraima	1.277.225	297	0,8	44,85	284	0,9	15,98	1,60	150.867	513	0,8	340,03
Acre	881.935	245	0,2	27,78	89	0,3	10,09	1,01	42.806	156	0,2	364,43
Amazonas	1.444.597	133	1,4	32,64	563	1,8	13,58	1,36	530.713	790	1,2	148,86
Roraima	605.761	141	0,1	32,64	50	0,2	8,25	0,83	29.449	91	0,1	309,01
Pará	8.602.865	2769	2,8	32,19	946	3,0	11,00	1,10	785.074	1.823	2,7	232,21
Paraná	14.572.127	5.121	5,1	35,35	1.761	5,5	11,84	1,18	1.585.300	3.262	4,9	205,74
Amapá	845.731	203	0,2	24,00	69	0,6	8,16	0,82	64.604	134	0,2	207,42
Tocantins	1.572.866	541	0,5	34,40	193	0,6	12,27	1,23	107.021	348	0,5	325,17
Nordeste	57.071.654	21.273	21,5	37,27	7.797	24,4	13,66	1,37	6.602.963	17.57	20,2	204,09
Maranhão	7.075.181	1.884	1,9	26,63	665	2,1	9,40	0,94	473.303	1.219	1,8	257,55
Piauí	3.273.227	1.260	1,3	38,49	506	1,6	15,46	1,55	329.993	754	1,1	228,49
Ceará	9.132.078	3.228	3,3	35,35	1.132	3,5	12,40	1,24	1.264.232	2.096	3,1	165,79
Rio Grande do Norte	3.506.853	1.559	1,6	44,46	474	1,5	13,46	1,35	506.082	1.087	1,6	214,79
Paraná	4.018.127	1.608	1,6	40,02	974	3,0	24,24	2,42	417.664	634	0,9	151,80
Pernambuco	9.557.071	4.839	4,9	50,63	1.682	5,3	17,60	1,76	1.340.897	3.157	4,7	235,44
Alagoas	3.337.357	1.088	1,1	32,60	346	1,1	10,37	1,04	368.172	742	1,1	201,54
Sergipe	2.298.696	784	0,8	34,11	259	0,8	11,27	1,13	317.120	525	0,8	165,55
Bahia	14.873.064	5.023	5,1	33,77	1.761	5,5	11,84	1,18	1.585.300	3.262	4,9	205,74
Sudeste	88.371.433	48.349	48,9	54,71	13.820	43,2	15,64	1,56	28.678.570	34.529	51,7	120,40
Minas Gerais	21.168.791	10.011	10,1	47,29	3.489	10,9	16,48	1,65	5.065.849	6.522	9,8	128,74
Espírito Santo	4.018.650	2.503	2,5	62,28	681	2,1	16,95	1,69	1.109.725	1.822	2,7	164,18
Rio de Janeiro	17.264.943	10.985	11,1	63,63	2.440	7,6	14,13	1,41	5.362.936	8.545	12,8	159,33
São Paulo	45.919.049	24.850	25,2	54,12	7.210	22,5	15,70	1,57	17.140.060	17.640	26,4	102,92
Sul	29.975.984	14.773	15,0	49,28	5.719	17,9	19,08	1,91	6.852.060	9.054	13,5	132,14
Paraná	11.433.957	6.125	6,2	53,57	2.315	7,2	20,25	2,02	2.851.761	3.810	5,7	133,60
Santa Catarina	7.164.788	3.161	3,2	44,12	1.215	3,8	16,96	1,70	1.465.852	1.946	2,9	132,76
Rio Grande do Sul	11.377.239	5.487	5,6	48,23	2.189	6,8	19,24	1,92	2.534.447	3.298	4,9	130,13
Centro-Oeste	16.297.074	8.356	8,5	51,27	2.450	7,7	15,03	1,50	3.240.438	5.906	8,8	182,26
Mato Grosso do Sul	2.778.986	1.200	1,2	43,18	448	1,4	16,12	1,61	583.684	752	1,1	128,84
Mato Grosso	3.484.466	1.676	1,7	48,10	551	1,7	15,81	1,58	592.604	1.125	1,7	189,84
Goiás	7.018.354	2.893	2,9	41,22	895	2,8	12,75	1,28	1.157.997	1.998	3,0	172,54
Distrito Federal	3.015.268	2.587	2,6	85,80	556	1,7	18,44	1,84	906.153	2.031	3,0	224,13
Brasil	210.147.125	98.800	100,0	47,01	31.980	100,0	15,22	1,52	47.084.565	66.820	100,0	141,91

Apêndice único: Leitos Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) no Brasil – Competência: junho de 2020.

Leitos complementares: UTI adulto I, UTI adulto II, UTI adulto III, UTI infantil I, UTI infantil II, UTI infantil III, UTI neonatal I, UTI neonatal II, UTI neonatal III, UTI de Queimados, UTI coronariana tipo II – UCO tipo II, UTI coronariana tipo III – UCO tipo III, UTI II (Pediátrica/Adulto) Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)-Covid-19.

Fontes: IBGE – Estimativa populacional 2019; Indicadores obtidos junto ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES), do Ministério da Saúde – Competência junho/2020; ANS – Competência junho/2020 (não estão contabilizados 23.244 beneficiários cuja residência não foi identificada).